

# La conduite d'enquête auprès des personnes handicapées en Afghanistan : défis d'un terrain et réponses méthodologiques<sup>1</sup>

Parul Bakhshi  
Jean-François Trani<sup>2</sup>

---

L'enquête nationale sur le handicap est la première enquête représentative menée sur les conditions de vie des personnes handicapées en Afghanistan. Cette enquête s'inspire de la théorie des capacités de A. Sen et M. Nussbaum en ce qu'elle intègre notamment des questions sur les interrelations entre l'individu et son environnement. Lancée dans la foulée d'une réflexion sur une meilleure efficacité de l'action de l'Etat afghan et de ses partenaires (Organisations Non Gouvernementales (ONG), organisations de personnes handicapées, agences onusiennes...), dans un contexte de ressources limitées, ce projet de recherche a pour objectif premier de fournir des recommandations au décideur politique en vue de l'insertion des personnes handicapées dans les politiques publiques existantes. Une telle enquête suscite des questionnements méthodologiques multiples et soulève des problèmes majeurs d'organisation qui conduisent les auteurs à s'interroger plus généralement sur les voies et moyen d'assurer la fiabilité et la pertinence du recueil d'informations dans le cadre d'une enquête par questionnaire auprès des ménages dans les pays en situation de conflit endémique.

---

---

## Introduction : la conception de politiques publiques en Afghanistan comme fondement de l'enquête nationale sur le handicap

---

Au vu des niveaux de violence extrêmes, des déplacements forcés, de la malnutrition, et de l'absence de soins de santé, subis par la population au cours des 23 années de guerre, et le niveau de déficience physique et mental élevé qui en a résulté,

les pouvoirs publics d'Afghanistan ont jugé que le problème du handicap devait être considéré comme un sujet de préoccupation majeur. Faisant alors appel à Handicap International, le Gouvernement afghan a installé un chercheur comme conseiller technique du Ministre des Martyrs et Handicapés. Ceci afin de s'assurer que les politiques publiques en cours d'élaboration prennent en compte la situation spécifique des personnes handicapées.

Or les politiques publiques relatives aux domaines sociaux (santé, éducation, emploi, etc.), demandent

---

<sup>1</sup>. Nos remerciements vont à Jean-Luc Dubois pour ses conseils et sa relecture du présent article ainsi qu'à Tania Angeloff pour ses suggestions. Toutes les erreurs éventuelles qui demeurent sont de la responsabilité des auteurs.

<sup>2</sup> Parul Bakhshi, chercheur, psychologue sociale, consultante sur l'enquête nationale sur le handicap en Afghanistan pour Handicap International.

Jean-François Trani, économiste, actuellement honorary research fellow à Leonard Cheshire Center of Conflict Recovery, University College of London et professeur invité au C3ED, Université de Versailles Saint Quentin-en-Yvelines, anciennement chef de projet de l'enquête nationale sur le handicap en Afghanistan pour Handicap International.

une connaissance *a minima* de l'état sanitaire<sup>1</sup>, de l'état du système éducatif<sup>2</sup>, des conditions de vie et des niveaux de pauvreté<sup>3</sup> de la population afghane. Si l'on voulait que les personnes handicapées puissent bénéficier aussi de ces politiques publiques, comme l'exigeaient les acteurs du handicap<sup>4</sup> en Afghanistan, il fallait que les pouvoirs publics puissent disposer d'informations adéquates. Ceci demandait la mise en œuvre d'une méthodologie et d'outils de collecte d'informations appropriés. Cet article retrace les enjeux d'une telle démarche scientifique.

Avant la mise en œuvre de l'enquête nationale sur le handicap, il existait peu d'informations chiffrées relatives à la santé et aux conditions de vie des ménages. Cependant, malgré l'absence de données, il apparaissait clairement que l'état de santé de la population était l'un des plus déplorables au monde et que le nombre de personnes handicapées devait être élevé. Ainsi, le rapport sur le Développement humain du PNUD de 2004 plaçait l'Afghanistan à la 168<sup>ème</sup> place sur 175 pays pour l'indice de développement humain<sup>5</sup>.

De plus, le niveau de pauvreté était important. La guerre et la longue période de sécheresse en étaient largement responsables. On estimait, en 2003, que plus de 4,3 millions d'habitants vivaient sous le seuil de pauvreté pour une population totale estimée à 24,5 millions<sup>6</sup>. Les indicateurs démographiques de base étaient alarmants, le pays se caractérisant par un taux élevé de mortalité infantile et juvénile. Ainsi, le taux de mortalité infantile était de 115 pour 1.000 et celui de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) de 172 pour mille<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Ministère de la Santé Publique, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health et Indian Institute of Health Management Research (2005), *Afghanistan Health Sector Balanced Scorecard National and Provincial Results*, Kaboul, 33 p.

<sup>2</sup> UNICEF, Central Statistics Office (2003), *Multi Indicators Clusters Survey Final Report*, Kaboul, 100 p.

<sup>3</sup> « Vulnerability analysis and mapping unit of the world food programme » et « Vulnerability analysis unit of the ministry of rural rehabilitation and development » (2004), *Reports on Findings from the 2003 National Risk and Vulnerability Assessment (NRVA) in Rural Afghanistan*, Kaboul, 123 p., <http://www.mrrd.gov.af/vau/>.

<sup>4</sup> Organisations de personnes handicapées, ONG, agences des Nations Unies principalement PNUD et UNICEF.

<sup>5</sup> Programme des Nations Unies sur le Développement (2004), *Rapport National sur le Développement Humain*, Kaboul, p. 2. L'indice de développement humain s'élève alors à 0,346, au plus bas des pays en développement.

<sup>6</sup> Estimations UNICEF, Central Statistics Office, *op. cit.*, 2003.

<sup>7</sup> United Nations (2005), *Common Country Assessment*, Kaboul, 88 p.

Cependant, aucune étude n'avait été menée sur les conditions de vie des personnes handicapées au niveau national. Les recherches existantes disponibles étaient partielles et portaient soit sur les enfants handicapés scolarisés à Kaboul<sup>8</sup>, soit sur les désordres psychologiques liés aux années de conflit<sup>9</sup>, ou encore sur la perception du handicap<sup>10</sup>. Des programmes d'action relatifs au handicap ont été mis en place sans réellement connaître la nature et l'ampleur du problème. Quelles sont les conditions de vie des personnes handicapées ? Quel est leur accès au système de santé, au système scolaire ? Comment et dans quelle mesure participent-ils à la vie sociale et prennent-ils part à l'action publique ? Ces questions simples étaient sans réponse.

Afin d'améliorer l'action de l'Etat et de ses partenaires dans le domaine du handicap, et compte tenu de la faiblesse des ressources allouées, il s'avère nécessaire d'évaluer les pratiques d'intervention. Les actions menées étaient et restent fondées sur l'idée que l'ampleur des besoins rend légitime n'importe quel type d'intervention. Il en résulte une pléthore de programmes, associés à une allocation approximative des fonds disponibles, sans que soient assurés leur efficacité, leur bien-fondé et leur adéquation aux besoins et attentes de la population. L'enquête nationale sur le handicap s'est fixé pour objectif une meilleure identification des besoins et des priorités.

Or la mise en place d'une stratégie nationale du handicap fondée sur l'insertion des personnes handicapées dans les politiques publiques existantes, a pour ambition de changer cet état de fait. Le Schéma d'Appui au Développement des Nations Unies 2006-2009 (United Nations Development Assistance Framework UNDAF) va dans le même sens, en encourageant la conception de politiques publiques visant à intégrer les personnes handicapées dans les différentes sphères de la vie sociale et communautaire. Cette approche intégrative nécessite d'améliorer les informations relatives aux besoins, aux aspirations, et aux conditions de vie des personnes handicapées.

<sup>8</sup> Civic Voluntary Group (2003), *Survey results on access to education for disabled in Kabul*, Secteur éducation de la Coopération italienne, avril-juillet 2003, Kaboul, mimeo.

<sup>9</sup> Cardozo B.L., Bilukha O.O., Crawford C.A., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M. (2004), « Mental health, social functioning and disability in post-war Afghanistan », *Journal of American Medical Association*, 4, ; no. 292, pp. 575-84.

<sup>10</sup> Thakkar M., Cerveau T. et Davin E. (2004), *Afghan perception on disabilities, a research project on the perceptions and practices regarding disability in Afghanistan, to inform a communication strategy, étude menée par ALTAI Consulting pour UNICEF, UNOPS, PNUD, Kaboul, 61 p.*

L'enquête nationale sur le handicap en Afghanistan (ENHA) s'inscrit dans cette perspective et a pour objectif de fournir au décideur politique des données sur :

- la prévalence du handicap par type de handicap,
- une typologie des formes principales de handicap physique et mental,
- l'accessibilité aux services existants pour les handicapés ainsi que les conditions dans lesquelles cet accès se réalise,
- les conditions de vie des ménages,
- les représentations sociales liées au handicap et leurs conséquences sur les conditions de vie des personnes handicapées.

Cependant, la mise en œuvre d'une telle enquête, dans un pays connaissant une situation persistante de conflit armé suscite de multiples questionnements méthodologiques ainsi que de sérieux problèmes d'organisation. Ces derniers ont d'ailleurs imposé aux auteurs de contrôler étroitement la collecte de données afin d'obtenir des informations fiables. Ainsi, la présence de chercheurs sur le terrain s'est avérée indispensable, même si parfois difficile à réaliser, afin de s'assurer de la qualité de la collecte des données. Parmi les difficultés rencontrées, certaines sont liées à la nature même de l'enquête par questionnaires, mais d'autres se sont avérées plus spécifiques au contexte géopolitique et culturel et ont demandé une réflexion plus approfondie pour élaborer des solutions appropriées.

Le présent article examine les difficultés méthodologiques rencontrées à chacune des étapes de l'enquête pour obtenir des informations exploitables et ayant du sens. Cette approche critique requiert en premier lieu de définir une méthode. La seconde partie examine comment il a été tenu compte des spécificités du contexte afghan dans lequel est réalisé le recueil des données pour atteindre les objectifs fixés tout en surmontant les difficultés d'un terrain plein d'embûches. Quelques résultats relatifs à la prévalence sont aussi présentés en dernière partie.

---

## **Définir des outils et une méthode à la mesure des enjeux et des objectifs fixés**

---

### **Les choix méthodologiques d'enquête : identifier la population d'étude, assurer la représentativité de l'ensemble du pays**

Pour atteindre leurs objectifs, les auteurs ont choisi d'associer approche quantitative et approche qualitative. La première, qui fait l'objet de cet article, concerne l'enquête nationale auprès des

ménages. La seconde a consisté à pratiquer des observations plus approfondies au contact des personnes handicapées, en procédant à des récits de vie et des interviews de groupe. Les récits de vie et les interviews par « focus groups » se sont révélés des outils particulièrement adaptés pour étudier les conditions de vie des personnes handicapées, et ainsi préparer et tester les questionnaires. Cette phase exploratoire, a permis de circonvenir la population d'étude, c'est-à-dire d'identifier les situations de handicap, cerner les principales caractéristiques socio-économiques des ménages, découvrir la diversité des statuts et des modes de vie.

Bien entendu, cette démarche « d'observation participante » empruntée aux anthropologues se heurte aux limites habituelles, du rapport entre l'observateur et son sujet, et de la faiblesse du nombre d'observations réduisant les possibilités d'extrapolation et de généralisation des résultats. Une enquête quantitative statistiquement représentative s'est avérée nécessaire pour pallier à ces insuffisances. L'approche qualitative a cependant permis d'entrevoir les conditions de vie des personnes handicapées, d'appréhender les relations entre individus, avec la famille et la communauté, de mettre en évidence le niveau et les modalités du phénomène de stigmatisation dans la société afghane.

Le recours à une enquête statistique représentative, susceptible d'extrapolation, vise à permettre l'étude des conditions de vie des personnes handicapées, l'accès aux services publics de santé et d'éducation, la participation au marché du travail, les revenus, la participation sociale. La conception de cette enquête auprès des ménages s'appuie, dans une certaine mesure, sur la théorie économique de la famille<sup>11</sup> qui considère le ménage comme une entité allouant de façon optimale ses ressources et son temps en fonction d'objectifs de formation ou de santé (capital humain), de relations sociales (capital social et revenu social), de recherche d'emploi, d'agrandissement de la famille, etc.. Elle s'appuie aussi sur les travaux du groupe AMIRA<sup>12</sup> (Amélioration des Méthodes d'Investigation en Milieu Rural Africain) qui recommande la combinaison de méthodes qualitative et quantitative pour identifier les différentes catégories de

---

<sup>11</sup> Becker G. (1974)

<sup>12</sup> Pour une récente analyse de la démarche originale du groupe AMIRA, voir Charmes J. (2006), « L'héritage d'AMIRA », STATECO, n° 100, 2006, DIAL, INSEE, Paris. Voir également, Verneuil P. et Winter G. (1979) « Comment élaborer un système d'enquêtes intégrées : définition d'une méthode et d'un programme d'enquêtes interdépendantes, légères et permanentes à partir d'objectifs précis d'une politique économique », Note de travail n°24, AMIRA, INSEE, Paris, 96 p.

population (par types de handicap, par strates sociales...), et en décrire les conditions de vie et les comportements. C'est pourquoi, les auteurs ont lancé une première phase d'enquête afin de définir les principales catégories de personnes handicapées. Puis, nous avons lancé une enquête nationale par échantillonnage avec pour objectif la connaissance des caractéristiques socio-économiques, des conditions de vie et des comportements des personnes handicapées, tout en visant à mettre l'accent sur la perception et l'appréciation qu'ont les handicapés de leur propre situation<sup>15</sup>.

Plusieurs options ont été envisagées pour sélectionner l'échantillon de l'enquête, sachant que les estimations du nombre de personnes handicapées variaient entre 3 % et 10 % de la population totale<sup>16</sup>. Il a cependant semblé que le

choix d'un échantillonnage aléatoire, conduisant à ce que chaque individu de la population possède une chance égale d'être sélectionné, était le plus approprié. Un tirage aléatoire proportionnel à la population a donc été effectué en tenant compte de l'organisation administrative du pays en 34 provinces, 397 districts et 32.000 villages.

La première étape de l'échantillonnage a consisté à déterminer la taille de l'échantillon en se fondant sur un taux de prévalence compris entre 7 et 8 %. Un minimum de 1.900 personnes handicapées devait être interviewé, en se fondant sur un intervalle de confiance de 95 % (un coefficient alpha de 0,05) et une précision de 15 %, pour tenir compte de l'effet de sondage (voir tableau 1).

**Tableau 1**

**Taille de l'échantillon compte tenu de l'estimation du taux de prévalence, de la précision et de l'intervalle de confiance**

	Précision 10 %	Précision 15 %	Précision 20 %
<b>Hypothèse "vraie" du taux de prévalence du handicap de 4 %</b>			
Vraie valeur dans l'intervalle	intervalle 3.6-4.4 %	intervalle 3.4-4.6 %	intervalle 3.2-4.8 %
intervalle de confiance à 90 %	6,492	2,886	1,623
intervalle de confiance à 95 %	9,216	4,097	2,305
intervalle de confiance à 99 %	15,915	7,075	3,980
<b>Hypothèse "vraie" taux de prévalence du handicap de 6 %</b>			
Vraie valeur dans l'intervalle	intervalle 5.4-6.6 %	intervalle 5.1-6.9 %	intervalle 4.8-7.2 %
intervalle de confiance à 90 %	4,328	1,884	1,060
intervalle de confiance à 95 %	6,017	2,675	1504
intervalle de confiance à 99 %	10,391	4,619	2,598
<b>Hypothèse "vraie" taux de prévalence du handicap de 8 %</b>			
Vraie valeur dans l'intervalle	intervalle 7.2-8.8 %	intervalle 6.8-9.2 %	intervalle 6.4-9.6 %
intervalle de confiance à 90 %	3,111	1,383	778
intervalle de confiance à 95 %	4,417	1,963	1,104
intervalle de confiance à 99 %	7,628	3,918	1,907
<b>Hypothèse "vraie" taux de prévalence du handicap de 10 %</b>			
Vraie valeur dans l'intervalle	intervalle 9-11 %	intervalle 8.5-11.5 %	intervalle 8-12 %
intervalle de confiance à 90 %	2,435	1,085	609
intervalle de confiance à 95 %	3,457	1,536	864
intervalle de confiance à 99 %	5,970	2,654	1493

<sup>15</sup> Voir Dubois J-L. (1989), « Réfléchir pour mesurer : innovations méthodologiques pour la collecte et l'analyse des informations statistiques », Brochure AMIRA, n° 57, INSEE, Paris.

<sup>16</sup> Par exemple, les estimations du PNUD en 1999 étaient de 700.000 Afghans handicapés, soit 3 % de la population, voir PNUD/UNOPS (1999) « Comprehensive disabled Afghan's program: integrating disabled and marginalized people in Afghanistan ». *Journal of Mine Action*, Fall 1999-Volume3, No.3. En 2003, la Coopération italienne estimait que 4 % de la population, soit 800000 personnes étaient handicapées en Afghanistan, voir Coopération italienne (2003), « The Comprehensive national disability policy in Afghanistan submitted To the Minister of Martyrs and Disabled », Kaboul, October, 2003. Le Ministère des Martyrs et Handicapés estimaient à 2 millions le nombre d'handicapés en 2005, sur une population estimée à 25 millions, voir Ministère des Martyrs et Handicapés et PNUD (2005), *National program for action on disability*, Kaboul.

Ensuite, on a déterminé le nombre de zones aréolaires correspondant à cette taille d'échantillon, compte tenu du nombre moyen de 6,2 personnes par ménage défini par le pré-recensement de 2003-2004 du Bureau statistique central. En considérant que l'influence de la zone aréolaire est maximale pour 30 ménages par zone (c'est-à-dire que l'effet de grappe est maintenu à un faible niveau), on doit alors tirer au moins 150 zones aréolaires. Nous avons préféré considérer 175 zones aréolaires, d'une part, pour améliorer la qualité des estimateurs, mais aussi, pour prendre en compte d'éventuels problèmes de sécurité empêchant d'enquêter dans certains villages. Un total de 5.250 ménages a ainsi été retenu, les zones aréolaires ayant été sélectionnées par tirage systématique.

Deux sources de données et deux méthodes différentes ont été utilisées pour connaître la population de chaque district. Le pré-recensement a fourni les chiffres de population pour 30 provinces sur 34. Les districts ont alors été classés de même que les zones aréolaires, puis tirés de manière aléatoire, en fonction de leur population. En ce qui concerne les 4 provinces non couvertes par le pré-recensement pour des raisons de sécurité, on a utilisé des projections du recensement de 1979 fournies par le Bureau central de statistique. Les zones aréolaires ont été sélectionnées proportionnellement à la population du district. Il en a résulté un tirage de 175 zones aréolaires couvrant l'ensemble du pays et donc réparties entre les 34 provinces. Toutes les sections urbaines et les villages d'un district donné ont été listés et l'un d'entre eux (ou plusieurs en cas de multiplicité de zones aréolaires dans le district considéré) a été sélectionné de manière aléatoire.

Le cas des provinces nouvellement créées en 2004 est particulier : la province de Panjshir était intégrée dans celle de Parwan lors du pré-recensement de 2004; et la province de Daikundi faisait alors partie de l'Uruzgan. Ces deux provinces ont été considérées comme faisant partie des provinces auxquelles elles étaient rattachées. Le fait de tirer l'échantillon proportionnellement à la population assure automatiquement leur intégration.

La population d'Afghanistan, estimée par le bureau

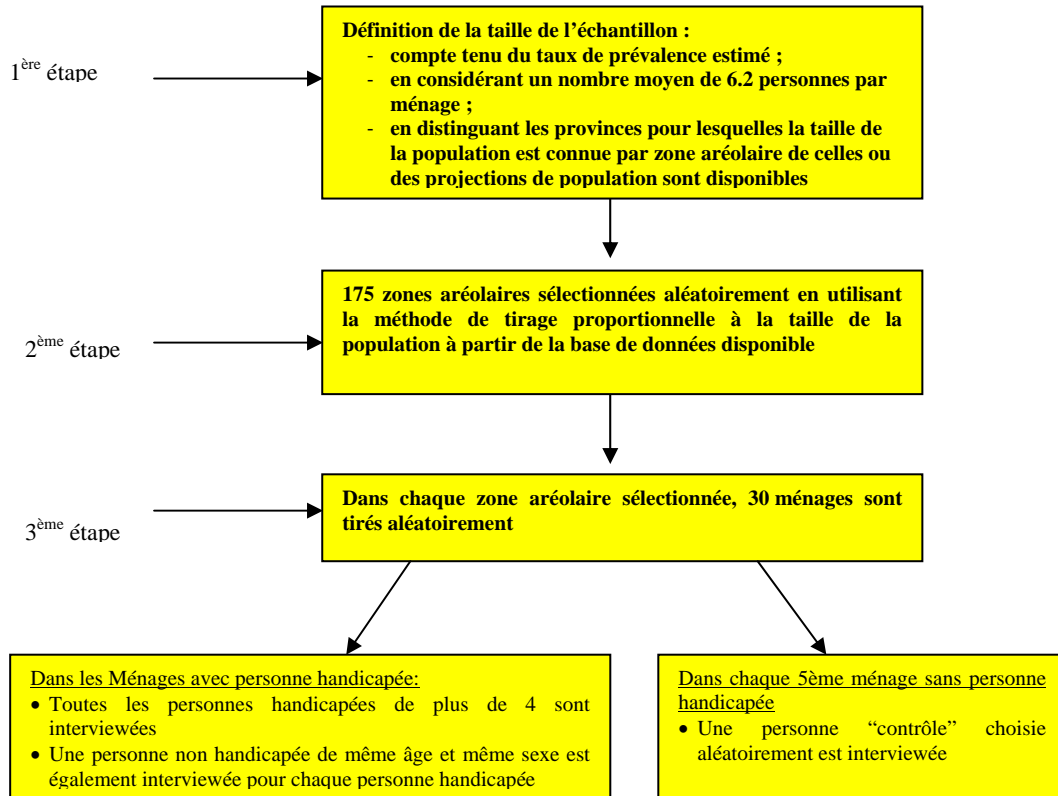
central de statistique en 2004, était de 20.691 millions d'habitants. Le pas de sondage qui en découle est donc de 118,237 (20.691 millions / 175 zones aréolaires). Compte tenu de la répartition de la population entre les provinces, les 11 premières zones aréolaires ont été sélectionnées dans les 3 provinces non couvertes par le pré-recensement : 2 dans Zabul, 3 dans Paktika, 6 dans Helmand (y compris la zone de Daikundi alors intégrée à Helmand). Les 164 zones aréolaires restantes ont été réparties dans les 30 autres provinces.

Dans ces 30 provinces où la population de 20.006.246 habitants est connue par zone aréolaire, nous avons procédé de la manière suivante. Les provinces et les villages ont été rangés par ordre alphabétique inverse avec leur population cumulée. Le pas de sondage était de 121.989,3 (20.006.246/164). Un nombre aléatoire choisi avec la procédure ALEA de Excel® a donné le point de départ de l'échantillonnage. A partir de cette première zone aréolaire les 163 zones suivantes ont été tirées en ajoutant 121.989 à chaque fois. Pour les 4 provinces manquantes, la sélection des 11 zones aréolaires a été faite de manière un peu différente. Chacune d'entre elle a été considérée isolément. Les districts ont été ordonnés par ordre alphabétique inverse en cumulant leur population. Le pas de sondage et un nombre aléatoire de départ ont été déterminés pour chaque province.

La troisième étape de l'échantillonnage a consisté à tirer un nombre constant de 30 ménages par zone aréolaire afin d'atteindre le total de 5.250 ménages. Pour s'assurer du caractère aléatoire du tirage, l'équipe d'enquêteurs se rend au centre du village en suivant les indications du Mollah ou de toute autre autorité locale. Une direction est choisie en faisant tourner un pointeur. Les enquêteurs numérotent ensuite les maisons de 1 à 30 dans la direction indiquée. Un premier ménage est alors aléatoirement sélectionné par tirage entre 1 et 30. Les 29 ménages suivants de la zone aréolaire sont sélectionnés selon la méthode de la « porte d'entrée la plus proche ». Si personne n'est présent dans l'un ou l'autre de ces ménages, le ménage le plus proche qui suit est alors retenu. Cette méthode rigoureuse et fiable en principe pose en pratique des difficultés de mise en œuvre.

Figure 1

## Les étapes de l'échantillonnage de l'enquête nationale



### Les contraintes de la base de sondage et la localisation des zones d'enquête

La constitution d'un plan de sondage s'est avérée une tâche ardue en l'absence d'estimations fiables sur l'ensemble de la population. Aucun recensement n'avait été organisé en Afghanistan depuis 1979, et le pré-recensement de 2003-2004 a laissé de côté quatre provinces pour des raisons de sécurité : les trois provinces de Helmand, Zaboul, Paktika, et la quatrième Daikundi créée ultérieurement, mais qui était lors du pré-recensement intégrée dans Helmand. Compte tenu de ces contraintes, il a fallu s'appuyer sur deux bases de données. En premier lieu, sur la liste de l'ensemble des villages du pré-recensement pour les 30 provinces. Dans le cas des trois provinces non couvertes, la sélection aléatoire d'un certain nombre de villages a été opérée à partir de la liste de l'ensemble des villages de ces provinces. Le nombre de villages sélectionnés était fonction de la taille estimée de la population dans ces trois provinces à partir des projections de population du recensement de 1979. Cependant, la fiabilité des données du pré-recensement était contestée. On a d'ailleurs pu relever, lors de notre passage dans les villages sélectionnés, de nombreuses imprécisions

concernant le nom du village, l'étendue et les limites topographiques, le nombre d'habitants et de ménages, etc., dans la liste du pré-recensement.

Le repérage des villages et des quartiers de ville retenus dans l'échantillon a été source de nouvelles difficultés. En effet, les cartes récemment produites par l'AIMS (Afghan Information and Mapping System) ne comportaient pas la totalité des villages du pays. Or il n'a pas été possible de les actualiser avec les données du recensement car ce dernier n'a pas relevé les coordonnées GPS. Les cartes utilisées furent donc les cartes d'état-major russes datant de 1986. Elles ont été complétées par les cartes dessinées à la main par le service de cartographie du Bureau central de la statistique qui s'est appuyé sur les informations des agents recenseurs. Pour les villes, les équipes ont utilisé des cartes administratives fournies par les municipalités indiquant approximativement les frontières des districts et des *Nahia*<sup>13</sup>. Il a aussi été demandé à l'AIMS de fournir les coordonnées GPS des centres d'arrondissements de Kaboul et des autres centres urbains, mais cette information n'a pas été obtenue avec précision faute de système d'information

<sup>13</sup> Arrondissements.

géographique performant. Il a donc fallu identifier le centre de chaque zone d'enquête, à partir duquel est effectué l'échantillonnage, avec l'aide d'informateurs privilégiés comme les services du cadastre des grandes villes et les autorités traditionnelles des villages.

### **Définir et repérer le handicap : une multitude de références conceptuelles**

Pour estimer les taux de prévalence en fonction des différents types de handicap, identifier les besoins des handicapés, comprendre leurs stratégies d'adaptation ainsi que les représentations sociales, il fallait au préalable définir le handicap. Or, non seulement, il n'existe pas une façon unique de définir le handicap, mais, de plus, le niveau de prévalence va dépendre de la définition retenue. En effet, la notion de handicap fait l'objet de controverses parmi les chercheurs depuis des décennies. Ainsi, par exemple, le 'modèle médical' du handicap se concentre uniquement sur l'individu et sur sa déficience. Il ne considère que l'individu et son problème physique ou mental<sup>14</sup>. Or, en se basant uniquement sur le problème de santé de l'individu, l'enquête exclurait de son champ d'étude l'idée de 'fonctionnement' dans un environnement donné, lequel a pour effet de créer la situation de handicap. A l'inverse, les tenants du 'modèle social' considèrent que les individus sont handicapés en raison des structures de la société dans laquelle ils vivent qui empêche l'adaptation de l'environnement à la déficience<sup>15</sup>. En d'autres termes, c'est l'environnement physique et social qui transforme une personne déficiente en personne handicapée.

Le « modèle de classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé » (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le

« modèle des capacités » de Sen<sup>16</sup> franchissent une étape supplémentaire dans cette réflexion en considérant le fonctionnement de l'individu dans son environnement. Cependant, la CIF se limite à lister des déficiences, des limitations en termes d'activités ainsi que les conditions dans lesquelles l'individu fonctionne au sein de son environnement. Elle ne prend pas en considération les interactions entre l'individu et son environnement, ni les choix qu'il peut effectuer compte tenu des contraintes de cet environnement. C'est pourquoi, il est apparu nécessaire de faire le lien avec l'approche des capacités. Un lien qui a été effectué en amont de la conception du questionnaire, afin de pouvoir tester la pertinence de ce paradigme pour recueillir et analyser les informations relatives aux besoins et aux souhaits des personnes handicapées. En effet, l'approche de Sen permet d'aborder le phénomène du handicap en considérant non pas ce qu'une personne fait effectivement (ses modes de fonctionnement) mais le spectre des possibilités qui lui sont offertes au sein duquel elle décide de ses modes de fonctionnement, ce que Sen appelle sa « capacité ». Cette approche inclut les interactions entre les caractéristiques individuelles et les normes sociales et tente de mesurer les possibilités de choix qui s'offrent aux individus, et donc l'ampleur des libertés individuelles. Mesurer uniquement le niveau de revenu ou l'accès à l'école laisse de côté la dynamique des interactions entre l'individu et la communauté. L'approche par les « capacités », proposée par Sen et Nussbaum, offre ainsi un cadre théorique original pour repenser la question du handicap en le considérant comme un élément de la diversité humaine. Elle permet d'évaluer la place de l'individu au sein des institutions et dans un contexte social donné<sup>17</sup>.

En effet, les informations utiles à la définition de politiques publiques liées au handicap concernent plusieurs aspects: les besoins des handicapés (éducation, conditions de vie, emploi, santé), les différents types de handicap, les causes du handicap, le degré de déficience, le niveau de pauvreté, etc... Pour tous ces aspects, des indicateurs multiples peuvent être élaborés sur la base des réponses aux questions formulées dans le questionnaire. Dans cette perspective, la question de l'éducation des personnes handicapées ne se

<sup>14</sup> Pour une description critique du modèle médical, voir Amundson R. (2000), « Against normal function ». *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31, pp. 33-53. Voir également Marks D. (1999), *Disability: Controversial Debates and Psychosocial Perspectives*. London, Routledge. Voir également Pfeiffer D. (2001), « The Conceptualisation of disability », in Altman B. M., Barnatt S. N. (eds), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we Are and Where we Need to Go*, vol. 2, Elsevier Jai, Oxford, pp. 29-52.

<sup>15</sup> Pour une explication détaillée du modèle social du handicap, voir Barnes C. (1997), « A legacy of oppression: A history of disability in western culture » in Barton L. and Oliver M. (eds.), *Disability Studies: Past Present and Future*, Leeds: The Disability Press, pp. 3-24. Voir également Shakespeare T. (2001), « The social model of disability: An outdated methodology? », in Altman B. M., Barnatt S. N. (eds), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we Are and Where we Need to Go*, vol. 2, Elsevier Jai, Oxford.

<sup>16</sup> Sen A. (1999), *Development as Freedom*, Oxford University Press, Oxford.

<sup>17</sup> Pour une vision complète de l'apport de l'approche par les capacités de Sen et Nussbaum au débat sur la perception du handicap, voir Terzi L. (2003), « A Capability Perspective on Impairment, Disability and Special Needs: Towards Social Justice in Education », communication présentée à la 3<sup>ème</sup> conférence sur l'approche par les capacités: From Sustainable Development to Sustainable Freedom, 7-9 septembre 2003, Pavia, Italie.

résume pas à des taux d'inscription ou de fréquentation scolaire<sup>18</sup>. Les indicateurs définis fournissent des informations exhaustives sur les situations de handicap sur la base du substrat conceptuel de référence. Sen, Nussbaum et d'autres auteurs proposent une approche globale qui permet d'appréhender les diverses facettes d'un phénomène comme celui du handicap : ainsi les déterminants socioculturels qui affectent la mesure du phénomène sont pris en compte<sup>19</sup> tout autant que les manifestations du handicap (tel que les limitations de mouvement, les problèmes de santé...) ou l'exclusion sociale.

### **Elaborer le questionnaire : la nécessaire cohérence entre l'outil et les objectifs de l'enquête**

Le choix d'un questionnaire fermé, avec des questions aux modalités prédéfinies, se justifie par le caractère quantitatif, national et représentatif de l'enquête qui a vocation à l'extrapolation des résultats. Cependant, pour s'assurer de la pertinence des questions, de leur signification pour les personnes interviewées et du spectre des réponses, une phase de constats empiriques par observation directe et entretiens qualitatifs a eu lieu pendant une période de 6 mois. Des entretiens de groupes, des récits de vie, des échanges avec des personnes handicapées, portant sur l'ensemble de la problématique, ont ainsi permis de comprendre les logiques d'acteurs. Une fois élaboré sur cette base, le questionnaire a été relu par des experts et des personnes handicapées, puis testé en milieu urbain comme rural.

Un certain nombre d'enquêtes sur le handicap ont déjà été menées à une échelle nationale dans quelques pays en développement, en particulier en Asie<sup>20</sup>. Ces enquêtes présentent des faiblesses sur lesquelles les concepteurs de l'enquête afghane se sont penchés. La principale d'entre-elles a trait à la détection des situations de handicap. En général, ces enquêtes ont confié le repérage des situations de handicap et l'identification des personnes

handicapées du ménage à une personne, le plus souvent l'enquêteur lui-même. Or, les enquêteurs ont généralement une expérience très limitée du handicap. Même lorsqu'il s'agit de travailleurs sociaux ou de personnel de santé, leur expérience et leur connaissance ne concernent que certains types spécifiques de handicap. Une formation souvent trop courte se limitant à des savoirs de base, à des situations facilement identifiables, ne leur permet pas d'avoir une connaissance approfondie du handicap, ce qui a pour conséquence de ne repérer que des handicaps socialement acceptés. Dans le cadre de l'enquête, afin d'éviter la sous-estimation ou une mauvaise estimation du phénomène, le repérage du handicap a été effectué de deux manières différentes :

- à partir d'un questionnaire de détection, composé de 27 questions très simples qui concernent les différents types de handicap,
- en se basant sur le point de vue de l'enquêteur et du moniteur, ce qui permet de vérifier les dires des familles qui auraient la tentation de faire passer un des leurs pour handicapé, dans l'espoir de bénéficier d'une aide.

Cette information est ensuite corroborée ou infirmée, à la fin de l'interview, par la personne dont la situation de handicap a été détectée, ce qui permet d'évaluer la perception du handicap par la personne handicapée même.

Le questionnaire de détection des situations de handicap constitue le deuxième module du questionnaire d'enquête. Il a pour fonction d'identifier les situations de déficience à partir de questions fondées sur la capacité à effectuer certaines actions de la vie courante. 27 questions identifient les aptitudes ou inaptitudes des individus composant le ménage. La question importante « vous considérez-vous handicapé » n'apparaît qu'à la fin du questionnaire individuel. A aucun moment, dans les premiers questionnaires, famille et détection du handicap, la question du handicap n'est abordée abruptement. Ceci est essentiel pour deux raisons. D'une part, les personnes handicapées font l'objet de représentations sociales particulières dans la société afghane comme c'est le cas également dans d'autres sociétés.. D'autre part ni les moniteurs de l'enquête pourtant médecins, ni *a fortiori* les enquêteurs, ne sont des spécialistes susceptibles d'identifier un handicap au cours d'une interview.

C'est pour éviter le risque de sous-estimation du handicap, que le questionnaire de détection porte sur la faculté de faire des choses, sur des aptitudes, ou, au contraire, sur des restrictions physiques et comportementales auxquelles il ne peut-être répondu que par oui ou par non. Les questions sont classées en différentes sections en fonction du type

<sup>18</sup> Pour plus de détails, voir Bakhshi P. et Trani J-F. (2006), « Towards inclusion and equality in education ? From assumptions to facts », *Handicap International*, Lyon, 63 p. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-d'intervention/programmes/afghanistan/afghanistan-toolkit-on-disability/index.html>.

<sup>19</sup> Pour une analyse de l'importance des facteurs culturels dans la mise en œuvre de programme de développement en faveur des personnes handicapées en Afghanistan, voir Coleridge P. (1999) « Development, cultural values and disability: The example of Afghanistan », in Stone E. (Ed.), *Disability and development: Learning from action and research on disability in the majority of the world*, The Disability Press, Leeds, pp. 149-168.

<sup>20</sup> Voir par exemple, UNICEF, 2001, *The Disability Survey in Nepal Report*.



de difficulté rencontrée : physique, psychologique, intellectuel ou relationnel. Ces cinq sections permettent de déceler la présence de personnes handicapées dans le ménage. La première concerne les difficultés sensorielles et physiques. C'est la plus simple. Chacune des questions fait référence à une situation particulière de handicap : paralysie, amputation, surdité.... De plus, ces situations renvoient aux handicaps les moins stigmatisant dans la société afghane. Ils concernent notamment les anciens combattants qui sont vénérés. La seconde section est relative aux difficultés intellectuelles et aux retards d'apprentissage. La troisième traite des difficultés psychologiques et des troubles du comportement. La quatrième aborde les difficultés de communication et les troubles du fonctionnement en société. La cinquième concerne plus spécifiquement l'épilepsie et les crises similaires que les experts se sont accordés à isoler en raison de leur spécificité<sup>21</sup>. Les questions portent sur ce qui est handicapant pour mener une vie épanouie au sein de sa communauté et de la société entière, et pour effectuer des choix. Dans le reste du questionnaire, la référence à la théorie des capacités permet d'enrichir la perspective du handicap en intégrant dans l'enquête la mesure des interactions entre l'individu et sa communauté<sup>22</sup>.

Outre le module de détection du handicap, le questionnaire de l'enquête comprend également deux fiches, l'une de contrôle, l'autre de commentaires, ainsi que 19 autres modules pour la version adulte et 8 autres pour la version enfants de 5 à 14 ans inclus. Ces modules concernent les caractéristiques démographiques des membres du ménage, la santé, l'éducation, l'activité et l'inactivité, les conditions de vie, la perception du handicap et le statut social. Certaines questions sont communes à celles déjà posées par d'autres enquêtes nationales, en particulier l'enquête NRVA (National Risk Vulnerable Assessment) réalisée à deux reprises en 2003 et 2005<sup>23</sup>, afin de permettre des comparaisons dans le temps ou bien entre différents sous-groupes de population. Les

<sup>21</sup> Pour une explication de l'épilepsie en Afghanistan, voir Miles M. (2002), « *Epilepsy in the Afghan village* », [http://www.disabilityworld.org/01-03\\_02/arts/afghan.shtml](http://www.disabilityworld.org/01-03_02/arts/afghan.shtml).

<sup>22</sup> Pour une compréhension des liens entre handicap et approche des capacités, voir la relation entre le modèle social et les capacités dans Burchardt T., (2004) « *Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability* », *Disability and Society*, 19 (7): 735-751. 2004. Pour la description de l'approche des capacités comme mode d'analyse du handicap, voir Mitra S. (2003), « *The capability approach of disability* », communication présentée à la 3ème conférence sur l'approche des capacités : *From sustainable development to sustainable freedom*, 7-9 septembre 2003, Université de Pavie, Italie.

<sup>23</sup> Un troisième passage est en préparation pour 2007.

questions de chaque module suivent un ordre logique et s'enchaînent de la plus simple à la plus complexe. Le questionnaire identifie, en premier lieu, les ressources disponibles au niveau du ménage, de la communauté et même de l'Etat. Ensuite, il permet d'évaluer le niveau et les possibilités d'accéder aux ressources existantes. Il cherche à mettre au jour les barrières, physiques, sociales ou psychologiques qui freinent l'accès des personnes handicapées à ces ressources. Le questionnaire donne des éléments d'appréciation et de mesure des pratiques auxquelles les personnes handicapées ont recours pour surmonter ces barrières, ainsi que les choix qui s'offrent à elles. Enfin, le questionnaire permet d'identifier, sur la base d'indicateurs adéquats, les stratégies susceptibles de renforcer les capacités des personnes handicapées, et d'accroître leurs possibilités de choix. Il donne ainsi des informations sur les changements qu'elles souhaiteraient voir apparaître dans leurs conditions de vie. Enfin, certaines questions sont formulées de manière à dépister les préjugés auxquels les personnes handicapées sont confrontées afin de proposer des pistes de changement dans le long terme.

### **Le choix des termes, ou comment désigner les situations de handicap et appréhender la différence ?**

Comment identifier les personnes handicapées sans tomber dans le piège de la question de l'anormalité<sup>24</sup> du handicap. Face au processus de stigmatisation à l'œuvre dans la société afghane, les chercheurs ont été conduits à bannir toute référence au terme de handicap dans le questionnaire et dans l'explication de la finalité du projet. Le recours à la notion de 'difficulté à faire ou à agir', *mushkelat* en dari et pachtou, a été largement employé en raison de son absence de connotation péjorative, contrairement à la notion de handicap. Ce terme est moins effrayant, et moins labellisant que le terme handicap sous ses différentes appellations vernaculaires. Parler de difficulté dans les villages permettait aussi d'empêcher l'exclusion de personnes non handicapées de l'enquête, ce que les concepteurs voulaient éviter à tout prix pour ne pas biaiser les réponses des personnes interviewées dans le groupe de contrôle. En outre, le fait d'utiliser un terme neutre permettait d'utiliser le même questionnaire pour les personnes handicapées et pour celles du groupe de contrôle, rendant la comparaison des conditions de vie des deux groupes plus aisée. L'emploi du terme

<sup>24</sup> Pour une discussion sur la vision du handicap comme anormalité notamment dans l'approche biologique du handicap, voir Oliver M. (1996), *Understanding disability: from theory to practice*, Palgrave, Basingstoke, New York.

difficulté avait aussi pour effet de minimiser la croyance en une aide directe comme contrepartie de l'interview. Les traducteurs qui ont procédé à la traduction du questionnaire dans les deux principales langues parlées en Afghanistan ont été également sensibilisés au choix des mots à employer pour exprimer le handicap. Cette sensibilisation, tout comme la formation des enquêteurs, a eu pour but de minimiser le risque de dissimulation du phénomène comme celui d'en restreindre excessivement les dimensions.

L'autre écueil concernait le risque d'inclure dans la catégorie des personnes handicapées mentales des personnes qui ne souffraient que d'un problème temporaire ou d'un trouble passager du comportement lié à un événement traumatisant (comme la perte d'un proche). Les questions insistent donc sur le caractère répétitif, constant du comportement ainsi que l'absence de causalité immédiate : untel se met en colère, il crie, il pleure tout le temps sans raison. Pour être considéré comme handicapée et ainsi être interviewée, la personne devait être recensée dans les « oui » à plusieurs questions d'une même section dans le questionnaire d'identification du handicap.

### Former les enquêteurs

La formation des moniteurs, puis celle des enquêteurs qu'ils ont assurée, constitue un enjeu majeur pour la qualité de l'information recueillie, particulièrement dans le cas d'une enquête sur le handicap. De nombreuses enquêtes sur le handicap ont négligé ce facteur de qualité essentiel pour le recueil des données. C'est pourquoi la formation a duré un mois, alternant sessions théoriques, visites de terrain et programmes dédiés aux personnes handicapées. Elle a porté sur les objectifs de l'enquête, une présentation de plusieurs jours du handicap, incluant des jeux de rôle pour sensibiliser les moniteurs, puis les enquêteurs, aux conditions de vie des handicapés. Des experts du handicap, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, ont exposé la problématique de l'enquête et les situations de handicap. Un travail a été mené sur les modes d'expression et de présentation de soi et de l'enquête: mots choisis, tonalité du propos, expressions du visage et attitudes. Des échanges ont eu lieu sur la pertinence des questions, l'organisation et le nombre des codes-réponses, le sens donné aux notions anglaises par les traductions en dari et en pachtou. Des experts ont exposé les techniques d'enquête par échantillonnage, en incluant les aspects de présentation de soi, de passage du questionnaire, de gestion des conflits, à côté des procédures d'échantillonnage, des principes du tirage aléatoire, etc. La formation a ainsi permis une forte interaction entre les concepteurs de l'enquête, les moniteurs, et les enquêteurs.

---

## Apprivoiser le terrain pour accomplir la recherche

---

La connaissance préalable du terrain permet d'éviter pièges et impairs, de repérer les personnages clés dans le village ou le quartier, de rechercher leur accord ou d'éviter de les contrarier ou de les rendre hostile au projet. Le rôle des moniteurs est fondamental car ils allient la connaissance du pays à celle de la méthodologie d'enquête et à la maîtrise des langues nationales. Ce sont eux qui présentent le projet au chef de village et à la *Shurah*<sup>25</sup>, expliquent les objectifs de l'enquête et présentent les modes d'investigation. C'est un singulier défi que d'expliquer les raisons du choix du village, de justifier pourquoi certaines maisons sont sélectionnées et pour quelle raison certaines personnes handicapées ne sont pas interviewées. Il faut aussi expliquer que l'équipe recueille des informations utiles à l'élaboration de programmes destinés à tous mais n'apportera pas pour autant une aide directe au village. L'équilibre est difficile à trouver. Certains des interviewés sont tentés de refuser de répondre quand ils voient qu'aucune aide n'en découlera. Mais à l'inverse, lorsqu'une aide matérielle est attendue, les réponses liées aux questions d'activité, de revenus et de bien possédés deviennent systématiquement sous-estimées.

### Une contrainte de taille : assurer la sécurité des équipes

Veiller à assurer la sécurité des équipes a été une contrainte majeure dans l'organisation des opérations de terrain. Elle a parfois obéré la qualité des données recueillies dans certaines zones d'enquête. Dans le cas le plus extrême, elle a rendu inaccessibles quatre zones d'enquête sur 175 pour lesquelles il a fallu effectuer des extrapolations de données manquantes.

L'héritage historique récent combiné à la situation géopolitique actuelle rend difficile la réalisation d'une enquête auprès des ménages. Avec près de 25 ans de conflit, l'Afghanistan demeure le pays où les armes sont le recours le plus commun pour régler n'importe quel type de différend : du conflit de voisinage au désaccord entre chefs de guerre. Les forces internationales de la paix soutiennent le programme des Nations Unies de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR Disarmament Demobilization and Reintegration), chargé de détruire les stocks d'armes et de désarmer les factions rivales. La dimension « réintégration » du programme pêche par son manque de perspectives d'emplois, ce qui n'incite guère à déposer les

---

<sup>25</sup> Assemblée des anciens (ou *Jirga*).

armes. Comme l'a déclaré un ancien Moudjahidin du principal chef de guerre du Nord, Rachid Dostom, devenu mutilé de guerre et chauffeur du *harbar*, homme riche du village, situé dans les plaines du Gurziwan, district de la province de Faryab : « depuis mon adolescence, je ne connais que les armes et la guerre. Je ne sais rien faire d'autre. Si Karzai ne fait rien pour nous, je retournerai voir mon chef et je reprendrai les armes, je n'ai pas le choix ». Commandeurs et chefs de guerre sont peu enclins à perdre leur influence locale en rendant les armes lourdes. Dans un tel contexte, les équipes d'enquêteurs ne pouvaient se rendre dans les villages sans requérir au préalable une autorisation des autorités gouvernementales, d'une part, et des chefs de guerre, d'autre part.

Une autre contrainte majeure est venue des élections que les forces armées opposées au Gouvernement central se sont efforcées de saboter. La période préélectorale, après la trêve hivernale, a été l'occasion de heurts sur une grande partie du pays. Enfin, la tentative de campagne d'éradication des plantations d'opium a également contribué à accroître l'insécurité<sup>26</sup>.

L'instabilité politique et le risque encouru par un tel projet se résume à quelques chiffres. Au cours de l'année 2005, la reprise des actions militaires des « rebelles » a conduit à la mort de 1.100 personnes. 3 candidats aux élections législatives et 4 personnes organisant les élections ont été également tués<sup>27</sup>. De plus, une telle enquête n'aurait probablement pas pu être menée en 2006, compte tenu de la dégradation actuelle de la situation sécuritaire<sup>28</sup>.

Outre les demandes d'autorisation pour se rendre dans les villages, d'autres contraintes ont mis à rude épreuve la qualité du recueil de données comme, par exemple, l'attente de l'accord des responsables de sécurité, les trajets aléatoires, la couverture des villages en une seule journée obligeant à aller plus vite que souhaité, des équipes restreintes et masculines dans les zones tenues par les opposants au régime, l'absence des concepteurs de l'enquête, le risque que les équipes ne se rendent pas dans le village choisi aléatoirement. Certaines zones

particulièrement dangereuses du Sud et du Sud Est (provinces de Kandahar, Uruzgan, Zabul, Helmand, Kunar, Wardak...) n'ont pu être enquêtées que pendant la trêve hivernale du conflit. A partir d'avril « avec le retour du printemps, les Talibans réapparaissent et une nouvelle saison de combat commence<sup>29</sup> ».

Ces conditions particulièrement contraignantes ont eu un fort impact sur l'enquête. Des mesures ont dû être prises pour tenir compte de cet impact et limiter les risques de biais. Les équipes ont été informées que des contrôles aléatoires de leur travail seraient effectués ; ceci dans le but de réduire le risque de remplacement d'une zone aéroportuaire par une autre plus accessible ou moins risquée. Les femmes interviewées étaient invitées à venir à la mosquée pour l'interview, afin de les isoler et de faciliter l'acceptation de l'interview par leur famille. Dans les zones dangereuses, le travail de recueil des données a commencé parallèlement au travail d'échantillonnage afin d'achever l'ensemble des interviews dans une même journée. Enfin, les équipes ne mentionnaient pas qu'elles travaillaient pour une ONG, ni même pour le Gouvernement. La façon dont les ONG internationales sont perçues varie d'un endroit à l'autre en fonction de la qualité de leurs interventions notamment, mais les attaques se sont multipliées récemment contre elles. Les populations ne font pas toujours la distinction entre les équipes de reconstruction de la coalition militaire et de la force internationale de sécurité pour l'Afghanistan qui bâtissent des projets de développement le jour, en tenue militaire et armés, et celles qui procèdent la nuit à des interpellations de personnes soupçonnées d'activités subversives dans les mêmes villages de leur zone d'intervention.

### **Accessibilité, climat et difficultés logistiques : des facteurs aggravant l'erreur d'observation**

L'Afghanistan se caractérise par un climat continental sec, avec des températures extrêmement élevées en été et très basses en hiver (moins 20° en décembre/janvier à Kaboul). La moitié du pays est totalement isolée en hiver et les routes sont impraticables dans toutes les régions montagneuses (celles des chaînes du Pamir, de l'Hindou-Kouch, du Koh-i-Baba, de Spinghar, Sia-Koh et Seloiman). Les hasards du calendrier liés au financement, aux autorisations politiques, à la formation des équipes, etc., ont conduit à débiter les opérations de terrain en décembre 2004. Il a donc fallu opérer en trois temps. Une première étape a consisté à couvrir la

<sup>26</sup> L'Afghanistan fournit 80 % de la consommation mondiale d'héroïne, première source de devises du pays.

<sup>27</sup> Cooney D. (2005), *Associated Press Writer*, 23 août 2005.

<sup>28</sup> A l'heure de la publication, le journaliste Sayed Salahuddin de l'agence Reuters indique que près de 6000 personnes ont été tuées depuis le début de 2006 dans les combats opposant pro et anti gouvernementaux, dont 1500 civils, principalement dans le sud et l'est du pays. *Afghanistan News Center*, 18 juin 2007, [www.afghanistannewscenter.com](http://www.afghanistannewscenter.com). Le bilan sera probablement bien plus lourd fin 2007.

<sup>29</sup> Bhadrakumar M. K. (2005), « Smokescreens in Afghanistan », *Asia Times Online*, June 25, 2005.

seule région de Kaboul sous la neige en renonçant à enquêter les provinces de Ghazni, Paktia et Paktika devenues en partie inaccessibles. La deuxième étape a permis de couvrir la région de Kandahar au sud, celle de Jalalabad à l'est, celle de Hérat à l'ouest dans les zones désertiques et arides accessibles l'hiver et au printemps. Les régions du Nord de Mazar-I-Sharif et de Kunduz ont été enquêtées à la fin du printemps. Enfin, en troisième lieu, toutes les zones inaccessibles du plateau central ont été couvertes de la fin du printemps à la fin de l'été 2005.

Le recours à des véhicules tout terrain a été presque partout nécessaire pour joindre les villages en dehors des axes reliant les principales agglomérations. Il est arrivé que le voyage s'achève à dos d'âne voire à pied quand seul un mince sentier dans la montagne permettait d'accéder au village. Certains villages, mal représentés ou absent des cartes, y compris militaires, ne purent être identifiés avec l'aide des autorités du district qu'une fois l'équipe parvenue au chef lieu du district. L'incapacité des habitants locaux à donner un ordre de grandeur du temps nécessaire pour rejoindre un village depuis le centre du district a pu à quelques reprises transformer une durée de déplacement prévue de quelques heures en une expédition de plusieurs jours.

### **Les relations concepteur, enquêteur et personne interviewée : aux limites de l'interview par questionnaire**

Une des difficultés majeures a été d'expliquer clairement le principe même de l'enquête, ses objectifs, la méthode utilisée, et le sens des questions. Cela a constitué un défi majeur, y compris parfois au plus haut niveau<sup>30</sup>. Pour un Mollah, un *Usualli* ou un *Malleck*<sup>31</sup>, *a fortiori* pour un habitant du village, il apparaît étrange de ne vouloir interviewer qu'une partie du village : pourquoi telle maison plutôt que telle autre ? Ceci est encore plus vrai lorsque les hasards de l'échantillonnage conduisent à ce que des personnes handicapées demeurent en dehors de l'échantillon. Comment justifier que ces personnes ne sont pas interviewées ? La parade ne fut jamais unique, ni aisée à trouver. Mais pour éviter l'incompréhension, le refus pur et simple de laisser l'enquête se dérouler, voire éviter des actes de violence, les enquêteurs ont parfois procédé à des entretiens factices.

<sup>30</sup> Le Ministère des Martyrs et Handicapés a soutenu que seul un recensement pouvait donner le taux de prévalence et a demandé, en conséquence, que toutes les personnes handicapées soient recensées et interviewées.

<sup>31</sup> L'*Usualli* est le chef de district, le *Malleck* est l'autorité administrative au niveau du village.

Il peut même arriver à ce que le respect rigoureux des règles d'échantillonnage conduise à des situations embarrassantes. Un bon exemple est celui de ce village de la province de Samangan, au nord est du pays. Sa composition en quatre hameaux distincts et espacés de quelques centaines de mètres les uns des autres, ainsi que du centre géographique et social du village occupé par la mosquée du vendredi, *Mosjet e Djumi*<sup>32</sup> a rendu la procédure de tirage aléatoire des ménages surréaliste. Le centre avait été indiqué par les membres de la *Shurah* rassemblés autour du chef de village lors de la réunion d'explication préalable au lancement de l'échantillonnage. Le nombre de ménages était approximativement de 100 dans ce village. Après avoir fait pivoter le stylo pour indiquer une direction, la numérotation des ménages a commencé dans le hameau sélectionné. Afin d'atteindre l'objectif de 30 ménages, il a fallu relancer le stylo à deux reprises et ainsi recenser les ménages dans deux des autres hameaux. Au moment d'atteindre le trentième ménage, à la sortie du troisième hameau et en direction du quatrième, un nombre a été choisi aléatoirement dans un sac comprenant les numéros de 1 à 30 afin de déterminer le premier ménage interviewé. Le hasard a voulu que le numéro 30 soit tiré. Or, la topologie du village a conduit à ce que les enquêteurs refassent exactement en sens inverse le chemin parcouru, en appliquant le principe du pas de porte le plus proche du précédent. Le chef du village, qui accompagnait l'équipe patiemment depuis près de deux heures, introduisant les enquêteurs auprès des différents chefs de ménage a alors fait amèrement remarquer que la seule partie du village laissée de côté était celle où il habitait. Et que, de plus, c'était l'endroit où toute l'équipe allait être accueillie pour le repas et pour la nuit. Il devenait alors impossible d'expliquer pourquoi les hasards de la méthode aléatoire adoptée pouvaient conduire à ne pas enquêter ce hameau. Il a donc fallu procéder à des entretiens factices pour l'apaiser.

Les questions conceptuelles et la sollicitation de la mémoire, ou de l'imagination, deviennent des gageures, en raison du faible niveau de scolarisation et de l'absence de référentiel culturel pouvant donner un sens à la question. Dans une société profondément communautaire, le recours au questionnaire individuel est perçu comme un exercice singulier, notamment dans les villages retirés. L'avis de l'interviewé s'inscrit dans un cadre familial et communautaire, en particulier pour les femmes. On retrouve ce comportement dans le processus électoral où tous les membres d'un village, voire d'un territoire contrôlé par le chef de

<sup>32</sup> Il s'agit de la mosquée principale où les habitants se retrouvent pour la grande prière du vendredi (*Djuma*).

guerre, appliquent strictement la consigne de vote collective. Aussi, les questions qui demandent un processus de singularisation de l'interviewé suscitent l'étonnement, voire l'incompréhension dans certains cas. Citons, à titre d'exemple, la question de la possession personnelle d'un terrain. La réponse de l'interviewé est positive dans la mesure où la terre appartient à la famille et la question est alors comprise comme s'adressant au groupe. Mais, dans nombres de zones rurales, cette question ne fait écho à aucune notion connue car la terre appartient au chef de famille qui la transmet à son fils aîné à sa disparition, ce dernier devant permettre la jouissance à ses frères. Cela n'empêche pas que des processus complexes d'héritages et de répartition des terres entre fils héritiers existent aussi. Il en résulte que la terre appartient souvent collectivement aux membres du ménage qui l'exploitent ensemble<sup>33</sup>. Cette question demande donc souvent une longue exégèse de la part de l'enquêteur pour arriver finalement à une réponse négative si la personne interviewée n'est pas le chef de famille et se trouve dans l'incapacité de répondre. Un autre exemple est donné par l'emprunt. Quand sa finalité est collective (achat de nourriture, financement des frais de santé, construction d'une maison), ce n'est pas l'individu qui contracte le prêt mais l'ensemble de la famille, et n'importe quel membre du ménage interviewé répondra positivement à la question portant sur l'emprunt<sup>34</sup>.

Dans ce contexte, la sollicitation de la mémoire de l'interviewé, processus toujours délicat dans les enquêtes par questionnaire<sup>35</sup>, donne alors des résultats catastrophiques et a du être évitée au maximum. La notion du temps est appréhendée de façon tout à fait spécifique en Afghanistan. Les saisons rythment la vie des campagnes bien davantage que le calendrier. Beaucoup de personnes interviewées ne connaissent pas leur âge, ni depuis combien d'années elles travaillent ou encore quel mois elles se sont rendues au centre de

<sup>33</sup> Pour une explication détaillée des processus de répartition de la propriété foncière en Afghanistan, voir Alden W. L. (2004), *Looking for peace in the pastures: Rural land relations in Afghanistan*, Research and Evaluation Unit, AREU, Kaboul, 125 p.

<sup>34</sup> Pour une analyse de l'emprunt, voir Bakhshi P., Trani J-F., Dubois J-L. (2006), *Understanding vulnerability of Afghans with disability: Livelihoods, employment, income. Report to the Government of Afghanistan*, Handicap International, Lyon et Kaboul. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-d'intervention/programmes/afghanistan/index.html>

<sup>35</sup> Pour une discussion de ce processus, voir Dubois J-L. et Blaizeau D. (1989), *Connaître les conditions de vie des ménages dans les pays en développement*, La Documentation française, Ministère de la Coopération, Paris.

santé pour une visite. Il faut alors selon les questions reconstituer des parcours de vie, remonter les saisons dans le temps, ou se contenter d'ordre de grandeur.

Enfin, l'intérêt d'une enquête qui n'a pas pour objet d'apporter une aide directe aux personnes concernées est difficile à comprendre pour la plupart des personnes interviewées. Même pour les notables qui accueillent et acceptent de seconder les équipes, l'enquête n'a de sens que si elle doit permettre d'informer le décideur politique, et pousser les détenteurs de l'aide internationale à venir alléger la dureté de l'existence de leur communauté. Dans un pays où le taux d'alphabétisation est de 28 %<sup>36</sup>, des zones entières n'ont jamais eu d'écoles et, dans les villages, pratiquement personne ne sait lire ou écrire.

### Les processus de contrôle interne à l'enquête

Tous les questionnaires ont été relus par les moniteurs ou les superviseurs sur le terrain, les responsables régionaux les relisant à nouveau au centre régional avant de les renvoyer à Kaboul. Certains questionnaires, choisis de manière aléatoire, ont fait l'objet d'une seconde interview auprès du même ménage pour s'assurer que l'enquêteur a bien effectué l'interview et n'a pas commis d'erreur. Lorsque le questionnaire comporte des informations incohérentes, le moniteur retourne avec l'enquêteur (ou parfois sans lui, selon les cas) pour reposer les questions qui posent problème. Quand les concepteurs de l'enquête sont présents, ils participent à ces contrôles par relecture, interview de contrôle, etc. Leur présence permet de s'assurer de la qualité du travail d'enquête, mais accroît aussi l'espoir d'une aide aux personnes interviewées, induisant un risque de réponse incorrecte pour les questions qui ont trait aux conditions de vie.

Pour s'assurer que les équipes se sont bien rendues dans les villages qui leur ont été affectés, notamment quand ils sont difficiles d'accès ou en zone dangereuse, des personnes ont été chargées de contrôler les interviews. Ces contrôles ont été effectués de manière aléatoire. Le contrôleur reçoit une liste de points à vérifier et un certain nombre de questions à poser aux chefs de ménage censés avoir été interviewés lors du passage de l'équipe d'enquêteurs. Les concepteurs de l'enquête rapprochent ensuite les deux informations. Les moniteurs et les enquêteurs savent que leur travail est contrôlé et que le paiement des salaires ne sera effectué qu'à l'issue de ce contrôle.

<sup>36</sup> UNICEF Bureau Central de Statistiques (2003), *Multiple Indicators Cluster Survey MICS, Final Report*, Kaboul.

Cette réflexion relative aux contraintes du terrain a été menée en amont, au moment de la conception du projet à partir des objectifs fixés par les pouvoirs publics et des projets des organisations partenaires chargées des actions en faveur des personnes handicapées. Le questionnaire a été affiné avec les conclusions de l'enquête pilote menée dans la province de Kaboul. Le contexte politique, la topographie, les spécificités culturelles de l'Afghanistan ont rendu la réalisation de l'enquête des plus complexes. Ces difficultés ont conduit à adopter des méthodes adaptées pour avoir une image aussi vraie que possible de la situation du handicap en Afghanistan. Cette expérience fournit des éléments intéressants pour réfléchir sur les limites de l'enquête par questionnaire dans un environnement aussi contraignant.

## Mesurer la prévalence du handicap : une gageure ?

La mesure du handicap fait face à de nombreuses difficultés : la définition et le champ du handicap ; le choix des outils de mesure et leurs limites ; et la perception du handicap dans un contexte culturel donné. Toutes conduisent à considérer avec beaucoup de précaution la notion de niveau de handicap. En effet, plusieurs niveaux de handicap vont découler de ces facteurs.

Ainsi, si l'on considère que le niveau de handicap traduit un état de bien-être donné, mesuré sur un continuum d'états de bien-être possibles, reflète un niveau de capacité de compréhension, de fonctionnement en société, consistant à effectuer des tâches simples, dans ce cas, le taux de prévalence du handicap dépendra directement du seuil fixé sur ce continuum et représente un niveau donné de difficulté.

Si ce seuil est fixé à un faible niveau de déficience, ouvrant le champ couvert par la notion d'incapacité de manière large, alors le taux de prévalence sera élevé. A l'inverse, si le niveau d'incapacité est considéré de manière très restrictive, lorsque le décideur politique prévoit des actions pour les seules déficiences majeures, le taux de prévalence sera peu élevé. Nous présentons ci-dessous plusieurs variantes. Une première mesure est fondée sur les 27 questions du module de détection du handicap. Une autre mesure plus complexe est fondée sur 46 questions qui recouvrent toutes les situations de handicap issues du module santé.

La mesure du taux de prévalence du handicap effectuée à partir des réponses au module de détection concerne les situations de handicap considérées comme sévères. Ce taux s'élève à 2,7 % (avec un intervalle de confiance à 95 % entre

2,5 % et 2,9 %) et mesure un handicap qui correspond à des déficiences importantes empêchant d'accomplir les tâches de la vie courante requérant une capacité de fonctionnement et des facultés cognitives simples. On retrouve cet ordre de grandeur dans d'autres enquêtes. Ainsi, l'enquête MICS (Multi Indicator Cluster Survey) évalue, pour 2002, le taux de prévalence à 2,5 % pour les enfants de moins de 5 ans et 3 % pour ceux âgés de 7 à 17 ans<sup>37</sup>. L'enquête NRVA (National Risk and Vulnerability Assessment) évalue, en 2003, le taux de prévalence à 2 % pour le handicap physique et 1 % pour le handicap mental<sup>38</sup>. Le handicap sévère mesuré de la sorte exclut la détresse mentale et psychologique considérée comme touchant une proportion élevée de la population afghane<sup>39</sup>.

En revanche, une approche moins restrictive du handicap conduit à prendre en compte la détresse mentale et psychologique et à considérer de manière différente les réponses au module de détection du handicap du questionnaire. Là où l'on s'appuyait sur une seule réponse affirmative donnée par l'interviewé à la section (A) du module de détection sur le handicap physique et/ou deux réponses affirmatives aux questions relatives aux difficultés d'apprentissage (section B), aux difficultés psychologiques (Section C), aux problèmes de comportement (section D) et à l'épilepsie (section E), on peut de façon moins restrictive ne considérer qu'une seule réponse affirmative venant de la section (A) et/ou une seule réponse affirmative aux questions relatives aux sections B, C, D, et E du module de détection du handicap. On obtient alors un taux de prévalence de 4,6 % (soit, avec un intervalle de confiance de 95 %, entre 4,4 % et 4,8 %) : 4,6 % des personnes vivant dans les ménages interviewés sont alors considérées comme atteinte de handicap.

<sup>37</sup> Ministry of Education, UNICEF and CSO (2003), *Multi indicator cluster survey, final report, Kaboul*.

<sup>38</sup> Ministry of Rural Rehabilitation and Development, Vulnerability Analysis Unit (2004), *Report on findings from the 2003 national risk and vulnerability assessment in rural afghanistan, Kaboul*.

[www.mrrd.gov.af/vau/NRVA\\_2003.htm#WFP](http://www.mrrd.gov.af/vau/NRVA_2003.htm#WFP).

<sup>39</sup> La mesure de la détresse mentale et psychologique a fait l'objet de nos propres mesures, voir Trani J-F., Bakhshi P., Noor A. (2006), *Towards well-being for Afghans with disability: The health challenge, Gouvernement d'Afghanistan, Handicap International, Lyon, Kaboul*. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-dintervention/programmes/afghanistan/index.html>. Voir également Cardozo B.L., Bilukha O.O., Crawford C.A., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M. (2004), « Mental health, social functioning, and disability in post-war Afghanistan », *Journal of American Medical Association*, 2004, 29, pp.:575-84.

Enfin, on peut proposer une troisième mesure du handicap fondée sur la même définition mais sur un outil de mesure différent. Cette mesure repose sur les réponses fournies au module santé — et non plus celles du module de détection du handicap — et consiste à répartir les 46 questions de ce module en 9 dimensions de bien-être qui sont alors les suivantes :

- autonomie dans la vie quotidienne (6 questions);
- contribution aux tâches ménagères (6 questions);
- contribution aux travaux en dehors du ménage (5 questions);
- capacité de communication avec la famille et la communauté (6 questions);
- relations et interactions sociales (5 questions);
- mémorisation et apprentissage (3 questions);
- comportement individuel cohérent (4 questions);
- signes de dépression ou d'anxiété (10 questions);
- crise d'épilepsie ou perte de conscience (1 question).

Le nombre de questions posées par dimension dépend étroitement de la difficulté à identifier les limitations et restrictions au fonctionnement dans la vie quotidienne (par exemple l'impossibilité de se laver seul) ou bien à mesurer un phénomène (difficulté ou retard d'apprentissage). Les réponses données à chacune des 46 questions sont comptabilisées par dimension selon un système de cotation. Les trois premières dimensions sont composées de questions pour lesquelles la personne interrogée peut répondre selon 3 possibilités : « oui, je peux le faire » auquel est attribué la valeur ou le score 1 ; « oui, je peux le faire mais avec difficulté » qui vaut 2 et « non je ne peux pas le faire » qui vaut 3. Les personnes interrogées n'ont le choix qu'entre deux possibilités pour les 6 autres dimensions : « Oui j'ai des difficultés à le faire » qui vaut 2 et « Non, je n'ai pas de difficulté à le faire » qui vaut 1. A titre d'exemple, la cotation de la première dimension porte sur 6 questions ; son mode de cotation est le suivant<sup>40</sup>. Le score possible varie entre 6 et 18.

- « Pas de difficulté » équivaut au score de 6 qui correspond à une absence de difficulté constatée en réponse aux 6 questions.
- « Légère difficulté » coïncide à un score de 7. La valeur 7 correspond à 1 réponse « oui, mais avec

difficulté » à n'importe laquelle des 6 questions de la dimension considérée.

- « difficulté modérée » correspond à un score compris entre 8 et 10. La valeur 8 correspond à 2 réponses « oui, mais avec difficulté » à n'importe laquelle des 6 questions de la dimension considérée. Le score 10 correspond à 2 réponses « non, je ne peux pas le faire » ou 4 « oui, mais avec difficulté ».
- « Difficulté sévère » correspond à un score compris entre 11 et 14. La valeur 11 correspond à 5 « oui, mais avec difficulté ». La valeur 14 correspond à 4 « non, je ne peux pas le faire ».
- « Difficulté très sévère » correspond à un score compris entre 15 et 18. Le score de 15 correspond à 3 réponses « oui, mais avec difficulté » et 3 « non, je ne peux pas le faire ». Le score 18 correspond à 6 « non, je ne peux pas le faire », c'est à dire une incapacité totale dans la dimension 1, autrement dit une absence complète d'autonomie dans la vie quotidienne.

Le tableau 2 présente des taux de prévalence du handicap pour les 9 dimensions considérées globalement. En d'autres termes, ces taux sont définis en fonction du niveau de difficulté mesuré pour les 9 dimensions prises conjointement. Ainsi, un taux de prévalence de 5,5 % (IC à 95 % de 4,7 %-6,4 %) correspond à un niveau de difficulté très sévère dans au moins une des huit dimensions et une réponse positive à la question relative à l'épilepsie ou la perte de conscience (dimension 9).

Le Tableau 2 ci-dessus montre que le niveau de handicap dépend directement du niveau de difficulté fixé pour chacune des dimensions dans notre module santé. Lorsque le curseur est placé à un niveau élevé de limitations, le taux de prévalence s'élève à 5,5 %. En revanche, si l'on considère la moindre difficulté de fonctionnement, le taux peut s'élever jusqu'à 59,0 % de la population totale. C'est donc au décideur politique qu'il revient de décider où placer le curseur qui définit le niveau de limitation à prendre en compte pour cibler ses interventions, en fonction de ses priorités et avec l'appui du chercheur, si possible en tenant compte de l'avis et des priorités des organisations représentatives des personnes handicapées.

<sup>40</sup> Pour une explication détaillée du système de cotation, voir également Bakhshi P., Trani J-F., Rolland C. (2006), *Conducting surveys on disability: A comprehensive toolkit*, Gouvernement d'Afghanistan, Handicap International, Lyon, Kaboul, 119 p. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-d'intervention/programmes/afghanistan/afghanistan-toolkit-on-disability/index.html>, pp. 75-81.

Tableau 2

**Taux de prévalence du handicap pour la population afghane des plus de 4 ans en considérant différents seuils issus des 45 questions du module santé**

Seuil ou niveau de handicap de la limitation la plus sévère a la plus modérée	Taux de Prévalence (%) avec intervalle de confiance à 95 %
« Difficulté très sévère » dans une des 8 dimensions et « oui » à la dimension 9	5,5 (4,7-6,4)
« Difficulté sévère ou très sévère dans une des 8 dimensions » et « non » à la dimension 9	10,1 (9,0-11,3)
« Difficulté modérée, sévère ou très sévère dans une des 8 dimensions » et « non » à la dimension 9	36,8 (35,0-38,6)
« Difficulté légère, modérée, sévère ou très sévère dans une des 8 dimensions » et « non » à la dimension 9	59,0 (57,2-60,9)

### **Conclusion : Enquête auprès des ménages, mesure quantitative du handicap et compréhension du phénomène.**

L'amélioration des conditions de vie et des possibilités d'insertion socioéconomique des personnes handicapées est une des priorités du Gouvernement afghan. La mise en place d'une stratégie nationale du handicap nécessitait au préalable une bonne compréhension du phénomène du handicap sous ses différentes facettes. Pour cela, il a fallu initier un travail de recherche spécifique visant à identifier les personnes handicapées et à analyser leur situation socioéconomique. Une tâche qui s'est avéré plus difficile que l'étude des autres groupes vulnérables en raison de la nature même du phénomène. En effet, le handicap ne constitue pas un état permanent et immuable. Il s'agit plutôt d'un phénomène évolutif qui dépend des limitations d'aptitudes officiellement reconnues. Ainsi, des interventions considérées initialement comme prioritaires et ne visant que 2 % à 3 % de la population, pourront être revues par la suite au fur et à mesure de l'amélioration de la situation sanitaire, sociale et politique, pour intégrer d'autres catégories de handicaps. Le handicap correspond donc à une situation caractérisée par un certain degré de limitations relatif au fonctionnement physique et biologique, à l'aptitude à mener certaines activités, à la capacité à participer à la vie sociale et communautaire, et même à des limitations relatives à l'environnement au sein duquel l'individu est inséré. Une approche multidimensionnelle est donc nécessaire pour la compréhension du phénomène et la seule approche par le taux de prévalence, trop souvent retenue, est insuffisante.

Il en résulte que pour acquérir une bonne connaissance du handicap, il faut mettre au point une approche méthodologique originale qui associe subtilement, pour l'observation comme pour l'analyse, méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. L'enquête nationale sur le handicap qui a été menée dans ce but en 2004 et 2005 en Afghanistan a fourni aux parties prenantes des connaissances scientifiques permettant d'alimenter leur réflexion, d'effectuer des choix adéquats, et de fixer des priorités d'intervention. L'objectif final est de mieux intégrer les personnes handicapées dans les programmes existants et ainsi de rendre plus efficace la lutte contre l'exclusion de ce groupe très vulnérable. La démarche s'inspire donc originellement des systèmes d'enquête combinant enquête légère pilote, en premier lieu, puis enquête de comportement intégrale, dans le style des enquêtes Dimensions Sociales de l'Ajustement (DSA) de la Banque Mondiale au début des années 1990<sup>41</sup>.

Cependant, comme elle cherche à rendre opérationnelle l'approche par les capacités préconisée par Amartya Sen et d'autres auteurs, elle met davantage l'accent sur la perception qu'ont les acteurs de leur propre situation, sur l'appréciation qu'ils en donnent, et sur les choix qu'ils souhaiteraient pouvoir faire. La réflexion méthodologique menée au cours de cette recherche

<sup>41</sup> Pour davantage d'explications, se référer à « *The social dimensions of adjustment priority survey: An instrument for the rapid identification and monitoring of policy target groups* », SDA Working Paper n° 12, World Bank, Washington, 1991, 180 p. et à « *The social dimensions of adjustment integrated survey: A survey to measure poverty and understand the effects of policy change on households* », SDA Working Paper n° 14, World Bank, Washington, 1992, 207 p.



exposée ici a permis de poser un regard critique sur la production des informations.

Il reste désormais, sur la base des données recueillies, à traduire les priorités en une série d'actions à intégrer dans les différentes dimensions de la politique publique d'Afghanistan. C'est là un

nouveau défi à surmonter pour les acteurs du handicap dans ce pays. Plus tard, se posera la question d'évaluer l'incidence de ces politiques sur le handicap. Et cela pourrait demander de penser à réaliser une autre enquête afin de mener les comparaisons nécessaires.

## Références Bibliographiques

**Alden W. L. (2004)**, *Looking for peace in the pastures: rural land relations in Afghanistan*, Afghanistan Research and Evaluation Unit, AREU, December 2004, Kaboul, 125 p.

**Bakhshi P., Trani J-F., Rolland C. (2006)**, *Conducting surveys on disability: A comprehensive toolkit*, Gouvernement d'Afghanistan, Handicap International, Lyon, Kaboul, 119 p. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-d'intervention/programmes/afghanistan/afghanistan-toolkit-on-disability/index.html>.

**Bakhshi P. et Trani J-F. (2006)**, *Towards inclusion and equality in education? From assumptions to facts*, Gouvernement d'Afghanistan, Handicap-International, Lyon, Kaboul, 63 p. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-d'intervention/programmes/afghanistan/Towards-inclusion-and-equality-in-education/index.html>.

**Barton L. et Oliver M. (eds.) (1997)**, *Disability studies: Past present and future*, Leeds: The Disability Press, pp. 3-24.

**Becker G. (1974)**, « A theory of social interaction », *Journal of Political Economy*, 1974, 82, n° 6, pp. 1063-1091.

**Bessiere C. et Houseaux F. (1998)**, « Suivre des enquêteurs », *Genèses* n° 29, Paris.

**Burchardt T. (2004)**, « Capabilities and disability: the capabilities framework and the social model of disability », *Disability and Society*, 19 (7): 735-751. 2004.

**Camilleri C. et Vinsonneau G. (1996)**, *Psychologie et culture : Concepts et méthodes*, A. Colin, Paris.

**Cardozo B.L., Bilukha O.O., Crawford C.A., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M. (2004)**, « Mental health, social functioning, and disability in post-war Afghanistan », *Journal of American Medical Association*, 2004, 292:575-84.

**Charmes J. (2006)**, « L'héritage d'AMIRA », *STATECO* n° 100, 2006, DIAL, INSEE, Paris.

**Civic Voluntary Group (2003)**, « Survey results on access to education for disabled in Kabul », Secteur education de la Coopération italienne, avril-juillet 2003, Kaboul, mimeo.

**Coleridge P. (1999)** « Development, cultural values and disability: The example of Afghanistan », in Stone E. (Ed.), *Disability and development: Learning from action and research on disability in the majority of the world*, The Disability Press, Leeds, pp. 149-168.

**Dubois J-L. (1989)**, « Réfléchir pour mesurer : innovations méthodologiques pour la collecte et l'analyse des informations statistiques », *Bochure AMIRA* n° 57, INSEE, Paris.

**Dubois J-L. et Blaizeau D. (1989)**, *Connaître les conditions de vie des ménages dans les pays en développement*, La Documentation française, Ministère de la Coopération, Paris.

**Dupaigne B. et Rossignol. G. (2002)**, *Le carrefour afghan*, Folio Le Monde, Paris.

**Dupree L. (1973)**, *Afghanistan*, Princeton University Press, Princeton.

**Hendershot G. E. (2003)**, « The effects of non response and proxy response on the measures of employment for persons with disabilities », Dissemination paper version 6, 24 janvier 2003.

**Jodelet D. (1989)**, *Les représentations sociales*, PUF, Paris.

**Miles M. (2002)**, « Epilepsy in the Afghan village », [http://www.disabilityworld.org/01-03\\_02/arts/afghan.shtml](http://www.disabilityworld.org/01-03_02/arts/afghan.shtml).

**Ministère de la Santé Publique, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Indian Institute of Health Management Research (2005)**, *Afghanistan health sector balanced scorecard national and provincial results*, juin 2005, Kaboul, 33 p.

**Mitra S. (2003)**, « The capability approach of disability », communication présentée à la 3<sup>ème</sup> conférence sur l'approche des capacités *From sustainable development to sustainable freedom*, 7-9 septembre 2003, Université de Pavie, Italie.

**Nussbaum M. C. (2000)**, *Women and human development: The capabilities approach*, Cambridge University Press, Cambridge.

**Oliver M. (1996)**, *Understanding disability: From theory to practice*, Basingstoke, New York, Palgrave.

**Organisation Mondiale de la Sante (2001)**, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, OMS, Genève.

**Sen A. (1992)**, *Inequality reexamined*, Oxford University Press, Oxford.

**Sen A. (1999)**, *Development as freedom*, Oxford University Press, Oxford.

**Shakespeare T. (2001)**, « The social model of disability: an outdated methodology? », in Altman B. M., Barnatt S. N. (eds), *Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go*, vol. 2, Elsevier Jai, Oxford.

**Thakkar M., Cerveau T., Davin E., (2004)**, « Afghan perception on disabilities, a research project on the perceptions and practices regarding disability in Afghanistan, to inform a communication strategy », étude menée par ALTAI Consulting pour UNICEF, UNOPS, UNDP, Kaboul, 61 p.

**Terzi L. (2003)**, « A capability perspective on impairment, disability and special needs: Towards social justice in education », communication présentée à la 3<sup>ème</sup> conférence sur l'approche par les capacités *From sustainable development to sustainable freedom*, 7-9 septembre 2003, Université de Pavie, Italie.

**Trani J-F., Bakhshi P., Dubois J.-L. (2006)**, *Understanding vulnerability of Afghans with disability livelihoods, employment, income*, Gouvernement d'Afghanistan, Handicap International, Lyon, Kaboul. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-dintervention/programmes/afghanistan/index.html>

**Trani J-F., Bakhshi P., Noor A. (2006)**, *Towards well-being for afghans with disability: The health challenge* Gouvernement d'Afghanistan, Handicap International, Lyon, Kaboul. <http://www.handicap-international.org/dans-le-monde/nos-pays-dintervention/programmes/afghanistan/index.html>

**United Nations (2005)**, *Common country assessment*, Kaboul, 88 p.

**UNICEF, Central Statistics Office (2003)**, *Multi indicators clusters survey final report*, Kaboul, 100 p.

**Verneuil P., Winter G. (1979)**, « Comment élaborer un système d'enquêtes intégrées : définition d'une méthode et d'un programme d'enquêtes interdépendantes, légères et permanentes à partir d'objectifs précis d'une politique économique », *Note de travail n°24*, AMIRA, INSEE, Paris, 96 p.

**World Food Programme (Vulnerability analysis and mapping unit) et Ministry of Rural Rehabilitation and Development (Vulnerability analysis unit) (2004)**, *Reports on findings from the 2003 National Risk and Vulnerability Assessment (NRVA) in rural Afghanistan*, décembre 2004, Kaboul, 123 p, <http://www.mrrd.gov.af/vau/>.