

2017

Incidence du handicap moteur sur le vécu psychoaffectif d'un adolescent : enquête menée au centre hospitalo-universitaire de Kamenge

Irakoze, Angélique

UB, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

<https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1267>

Téléchargé depuis le dépôt institutionnel officiel de l'Université du Burundi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

**INCIDENCE DU HANDICAP MOTEUR SUR LE VECU
PSYCHOAFFECTIF D'UN ADOLESCENT**

Enquête menée au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

Par :

Angélique IRAKOZE

&

Francine NIJIMBERE

Sous la direction du :

Pr Paul NKUNZIMANA

Mémoire présenté et défendu
publiquement en vue de l'obtention du
grade de Licencié en Psychologie

Option: Psychologie Clinique et
Sociale

Bujumbura, décembre 2017

REMERCIEMENTS

Le présent travail est le fruit d'un processus de formation dont nous avons bénéficiée pendant des années. Au terme de cette première recherche, nous éprouvons un grand plaisir d'exprimer nos sentiments de gratitude, plus particulièrement au Professeur Paul NKUNZIMANA qui a accepté de diriger ce mémoire. Ses remarques et ses conseils scientifiques nous ont été d'une utilité incommensurable.

Nos sentiments de gratitude s'adressent également à nos parents pour nous avoir mis sur le banc de l'école. Qu'ils trouvent ici le couronnement de leurs efforts et de leurs sacrifices consentis.

Nos remerciements s'adressent aussi à nos sujets d'enquête pour leur collaboration dans la réalisation du présent travail à travers les informations pertinentes qu'ils ont livrées.

SIGLES ET ABREVIATIONS

A/A	: Année Académique
BIE	: Bureau International d'Education
BIT	: Bureau International du Travail
CHUK	: Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge
éd.	: Edition
ESF	: Expansion Scientifique Française
etc.	: Et Coetera
FPSE	: Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education
IMC	: Infirmité Motrice Cérébrale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
Op.cit	: Opera citato
p	: page
PCS	: Psychologie Clinique et Sociale
pp	: de la page à la page
PUF	: Presses Universitaires de France
SN	: Système Nerveux
UB	: Université du Burundi

RESUME

Le handicap est un fait qui touche négativement toutes les sociétés humaines. Il suffit de considérer, pour cela, les effets de cet état sur les victimes. Un adolescent handicapé moteur n'est pas le bienvenu dans la société et est souvent victime des préjugés et attitudes négatives appliquées à son endroit. Cela a été l'origine de notre recherche qui visait à *étudier le vécu psychoaffectif d'un adolescent handicapé moteur* par le moyen d'une enquête que nous avons menée au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge.

Notre premier objectif spécifique visait à *découvrir les difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur*. Nous avons pu nous rendre compte qu'un adolescent handicapé moteur fait face à un manque d'autonomie dû à l'ambivalence des parents traduite par l'oscillation entre l'attitude de surprotection et celle du rejet.

Quant au deuxième objectif spécifique qui consistait à *dégager les sentiments éprouvés par un adolescent handicapé moteur*, les résultats de cette recherche ont montré qu'un adolescent handicapé moteur est tourmenté par un sentiment d'abandon, le repli sur soi, un sentiment d'infériorité, un sentiment d'amertume et le sentiment d'incapacité.

S'agissant du troisième objectif qui consistait à *montrer les perspectives et les suggestions d'un adolescent handicapé moteur*, les résultats de recherche ont relevé que l'adolescent handicapé moteur envisage de se marier, de poursuivre terminer ses études et de servir la communauté.

En considérant ces résultats de recherche, nous pouvons conclure que notre objectif général de l'étude a été réalisé.

TABLE DE MATIERES

REMERCIEMENTS	i
SIGLES ET ABREVIATIONS	ii
RESUME	iii
TABLE DE MATIERES	iv
0. INTRODUCTION GENERALE	1
0.1. Justification du choix du sujet	2
0.2. Délimitation du sujet	3
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	5
CHAPITRE I: ELUCIDATION DES CONCEPTS-CLES	6
1.1. Famille	6
1.2. Adolescence.....	8
1.3. Handicap.....	10
1.4. Handicap moteur.....	11
1.5. Affectivité.....	12
1.6. Vécu.....	13
1.7. Vécu psychoaffectif.....	13
CHAPITRE II : GENERALITES SUR LES HANDICAPS	15
2.1. Les handicaps mentaux.....	15
2.2. Les handicaps sensoriels.....	16
2.3. Les handicaps moteurs.....	17
2.4. Les degrés des handicaps.....	18
2.5. Les principaux moyens de compensation des handicaps moteurs.....	19

CHAPITRE III : LA VIE PSYCHOSOCIALE D'UN ADOLESCENT HANDICAPE

MOTEUR	22
3.1. Affectivité et adolescence.....	22
3.2. La personnalité de la personne handicapée moteur.....	23
3.3. Image de soi de l'adolescent handicapé moteur et la société.....	24
3.4. La place des relations groupales dans l'estime de soi à l'âge d'adolescence.....	26
3.5. L'adolescent handicapé moteur à la quête de l'identité.....	27

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET CONSIDERATION METHODOLOGIQUE

.....	29
4.1. Problématique.....	29
4.2. Objectifs de recherche.....	32
4.2.1. Objectif général.....	32
4.2.2. Objectifs spécifiques.....	32
4.3. Méthodologie et techniques de recherche.....	32
4.4. Méthode qualitative.....	33
4.5. Enquête par l'entretien semi-directif.....	33
4.6. Population d'enquête.....	35
4.7. Technique du choix des cas.....	35
4.8. Préenquête.....	39

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE RECHERCHE. 41

CHAPITRE V : PRESENTATION DES CAS	42
5.1. Cas NG	42
5.2. Cas IR	43
5.3. Cas TU.....	44
5.4. Cas KA	46
5.5. Cas NS.....	47

CHAPITRE VI : DIFFICULTES D'INTEGRATION PSYCHOAFFECTIVE	49
6.1. Difficultés d'intégration sociale	49
6.1.1. Surprotection et attitudes d'intégration socio-affective des parents.....	49
6.1.2. Attitudes ambivalentes de la fratrie	51
6.1.3. Attachement inefficace de la part du voisinage.....	52
6.2. Les relations entretenues à l'école.....	53
6.2.1. Attitude des pairs avec l'adolescent handicapé moteur.....	53
6.2.2. Acceptation et rejet par des éducateurs	55
CHAPITRE VII. SENTIMENTS EPROUVES PAR UN ADOLESCENT HANDICAPE	
 MOTEUR.....	57
7.1. Repli sur soi.....	57
7. 2. Le sentiment d'incapacité	60
7. 3. Sentiments de honte et de culpabilité	62
7. 4. Sentiments d'insécurité et de frustration	63
7. 5. Sentiment d'amertume	64
CHAPITRE VIII : PERSPECTIVES PSYCHOAFFECTIVES.....	66
8.1. L'estime de soi	66
8.2. Les projets	67
8.3. Aspiration au mariage.....	68
8.4. Le pessimisme face à l'avenir	70
8.5. L'assistance à l'intégration psychosociale	71
CONCLUSION GENERALE.....	73
SUGGESTIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES.....	80

0. INTRODUCTION GENERALE

Le handicap est un sujet commun à l'humanité tout entière et s'insère dans les sujets préoccupant la société. Il suffit de considérer les effets de cet état sur les victimes et sur les familles dont sont les membres victimes. Un adolescent handicapé moteur n'est pas bienvenu dans la société et est souvent victime des préjugés et attitudes négatives appliquées à son endroit. L'adolescent est cet adulte de demain en ce sens que dans les conditions normales, on voit en l'adolescent, l'adulte en devenir et non l'adulte en miniature. Ceci revient à dire que l'adolescence est un moment de transit vers l'âge adulte voire un passage obligé. Dans cette vie métamorphosée, l'adolescent a besoin de bons moments de confort où il gagne bien son autonomie.

La fragilité liée au handicap constitue, pour lui, une gêne à ce confort et exige une double adaptation à la fois au handicap et aux exigences liées à cette période de vie. Les adolescents handicapés moteurs sont dans une période de vie dans laquelle ils se trouvent confrontés à un ensemble d'attitudes de l'entourage vis-à-vis de leur handicap d'une part, et par des bouleversements liés à leur période d'âge, d'autre part.

En effet, un adolescent handicapé moteur est exclu de la vie sociale par des gens qui se disent normaux. Ces derniers le considèrent comme un être inférieur, comme un être complètement dépendant des autres, un individu invalide, ils tendent à le rejeter ou alors à le surprotéger. Un adolescent handicapé moteur est amené à se sentir comme un être inférieur et invalide, éprouve des difficultés liées à sa situation moteur d'une part et, d'autre part, aux attitudes de son environnement social à son égard.

Selon Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.76), « *une attitude très répandue dans le public consiste à assimiler handicap et infériorité. Ce jugement de valeur ne correspond pas toujours à la réalité vécue par le handicapé lui-même. En effet, ce qui rend les handicapés inférieurs, c'est surtout l'attitude de rejet. Enfermer le handicapé moteur dans son infériorité est susceptible de bloquer tout effort d'éducation.* »

Ces attitudes rendent l'adolescent handicapé moteur inférieur et peuvent créer chez lui des sentiments d'angoisse et de désespoir et l'empêcher de s'épanouir. Nous voyons donc que chez tout adolescent, cette remise en question de son équilibre est une condition, ce qui revient à dire que la tâche reste difficile. L'adolescent doit parvenir à se détacher

psychiquement de sa place d'enfant pour tendre vers celle de futur adulte, mais également à s'imposer à cet entourage qui le traite d'un regard péjoratif.

Notre étude avait pour but de découvrir l'incidence du handicap moteur sur le vécu psychoaffectif d'un adolescent. Nous avons voulu explorer la manière dont un adolescent handicapé moteur ressent son handicap, jusqu'à quel point il se sent différent, exclu ou diminué.

Notre travail est composé de deux grandes parties. La première partie constitue le cadre théorique et méthodologique où nous avons passé en revue les concepts-clés, les considérations générales sur les handicaps et les classifications des handicaps. Cette partie traite également la problématique et la méthodologie de recherche. Nous avons justifié notre problématique, émis les objectifs de la recherche, montré la méthode et les techniques de recherche que nous avons utilisé. Nous y avons également rapporté le déroulement de travail de terrain. La seconde partie s'articule autour de la présentation, l'analyse et l'interprétation des résultats de l'enquête. Elle comprend la présentation des cas, les difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur, les sentiments éprouvés par un adolescent handicapé moteur et les perspectives ainsi les suggestions d'un adolescent handicapé moteur. Le travail est clôturé par une conclusion générale et des suggestions.

0.1. Justification du choix du sujet

Le choix de notre sujet de recherche n'est pas fait du hasard, il est motivé par plusieurs raisons.

Le handicap reste un problème à travers le monde et devient un fardeau pour les familles dans la société burundaise. Les adolescents handicapés vivaient des périodes de la vie qui ne sont pas bonnes et souvent exposés à des difficultés tant psychoaffectives que physiologiques. Les adolescents handicapés moteurs nous ont intéressé à explorer leur vécu psychoaffectif du fait que ces derniers vivaient des moments très délicats en plus de leur handicap.

A ce sujet, Léon, (1977, p.39) explique ceci : *« la décision d'entreprendre une recherche peut procéder des motivations et des cheminements divers (...). Il arrive que l'élaboration d'un projet de recherche intervienne d'une expérience professionnelle de plus ou moins longue durée, grâce à l'accumulation d'un certain nombre d'éléments d'informations ou de*

réflexions (...). L'élaboration d'un sujet de recherche suppose un intérêt réel pour le thème que l'on se propose d'exploiter. »

L'idée de faire cette recherche nous est venue au moment où nous suivions le cours de *problèmes médico-psychopédagogiques des enfants handicapés* en première licence en psychologie clinique et sociale à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université du Burundi. Cette idée a été renforcée par la visite que nous avons effectuée au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge en service de Kinésithérapie.

Au cours de notre visite, nous avons relevé que les adolescents handicapés moteurs étaient nombreux par rapport aux autres handicapés. Ils criaient fort pendant leur séance de kinésithérapie, ils avaient des visages qui reflétaient la frustration et le désespoir.

Par ailleurs, nos observations quotidiennes des adolescents handicapés moteurs et des difficultés auxquelles ils sont souvent exposés nous ont poussées à cette réflexion. Nous avons voulu donc dépasser nos constatations à propos du vécu psychoaffectif d'un adolescent handicapé moteur en effectuant cette recherche.

0.2. Délimitation du sujet

Dans un travail de recherche, cadrer le sujet de travail est très important afin d'éviter le problème d'aborder la question de façon vague. On trouve des personnes handicapées, toutes les catégories confondues, dans toutes les régions du monde, dans toutes les couches sociales et les difficultés auxquelles elles se heurtent sont nombreuses.

Le handicap moteur est un cas de handicap physique. Ainsi, nombre d'études se sont intéressées à ce domaine même si les auteurs n'ont pas travaillé sur le vécu psychoaffectif d'un adolescent handicapé moteur. Parmi ces auteurs nous citerons en l'occurrence ;

Ngirimbere (2010), « *Contribution à l'étude du vécu psychoaffectif du handicapé moteur* ». Au terme de son travail, il a constaté d'une part que ce vécu est positif : valorisation de soi, acceptation de soi et perception positive des autres et, d'autre part qu'il est négatif : refus de soi, sentiment d'infériorité et sentiment d'inutilité.

Nininahazwe (2011) ; « *Le vécu psychoaffectif des militaires handicapés moteurs victimes de la guerre* ». Ainsi, elle a trouvé que leur vécu psychoaffectif était caractérisé par des

comportements d'acceptation de soi, de compensations et des problèmes de différents ordres comme ceux d'ordre financier et ceux liés à la santé.

Parmi les diverses catégories de handicaps, nous avons focalisé notre étude sur le handicap moteur et avons ciblé les problèmes d'ordre psychoaffectif. Nous avons le souci d'explorer les effets de la situation de handicap moteur sur la vie psychoaffective d'un adolescent handicapé moteur. Nous avons à saisir comment un adolescent handicapé moteur ressent et gère sa situation de handicap. Ainsi, nous nous sommes limitées à la période de l'adolescence comme étant un instant des principaux bouleversements pour atteindre la plénitude de l'âge adulte et donc où l'adolescent handicapé moteur a besoin d'un entourage accueillant pour faire face à ce double processus d'adaptation à la fois à sa maladie et à cette période d'adolescence.

Au niveau du terrain de recherche, nous avons choisi de travailler sur les cas rencontrés au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge.

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I: ELUCIDATION DES CONCEPTS-CLES

Il s'avère d'une grande nécessité de définir certains concepts afin d'éviter des interprétations à nos lecteurs qui risqueront de créer des malentendus dans la compréhension de notre travail. Dans toute recherche, il est indispensable de clarifier les concepts qui reviennent au cours de l'étude. Nous essayerons de préciser à l'avance certains concepts car selon Peretti (1967, p.147), « (...) *les mots peuvent avoir pour chaque personne des valeurs différentes. Nous sommes sûr que certains peuvent prendre des acceptions diverses, selon nos origines, nos expériences, nos mœurs, et que des mots des noms qui apparaissent important sont au contraire désagréables pour les autres.* » Pour éviter la confusion de certains termes qui sont développés dans le support théorique de notre travail, nous tenons à élucider quelques concepts clés à savoir la famille, l'adolescence, le handicap, le handicap moteur, l'affectivité et le vécu psychoaffectif.

Dans un premier temps, nous comparons les approches des différents auteurs, ensuite nous dégagons les définitions qui cadrent avec notre travail pour lever toute ambiguïté de sens au lecteur. Ainsi, celles qui sont retenues semblent être pertinentes pour notre travail.

1.1. Famille

Généralement les êtres humains se sentent à l'aise quand ils se trouvent dans leur famille. Mises à part pour quelques exceptions et pour des raisons particulières, il y a toujours une interaction et une interdépendance entre les membres issus d'une même famille. On peut se demander pourquoi les membres d'une même famille sont serrés et attachés les uns des autres. C'est quelque chose de particulier, différente de l'amour et de l'amitié, différente aussi des rapports professionnels, qui seraient à la base de cette union familiale. On se sent chez soi quand on est dans la famille. Cela ne veut pas dire que l'étranger doit être écarté. L'amitié envers l'étranger existe mais on est souvent plus attaché à son parent, à son frère ou à sa sœur qu'à la personne issue d'une autre famille.

Le concept de famille revêt plusieurs significations et englobe un champ vaste et multidimensionnel. La définition de la famille varie selon les auteurs et surtout selon la spécificité de chacun. On distingue deux types de famille en tenant compte du degré de parenté à savoir la famille étendue ou élargie et la famille conjugale ou restreinte. La famille étendue ou élargie englobe le père, la mère, les enfants, les grands parents, les tantes, les cousins, les beaux-parents.

Comme le signale Lafon (1991, p.456), « *la famille est l'ensemble ou la succession de personnes unies par le sang de génération (filiation) ou le lien de mariage (lien de parenté ou d'alliance définies) même si elles ne vivent pas sous le même toit (race, lignée, descendance)* ». La famille c'est la succession des personnes les unes des autres de génération en génération ainsi elle est faite de personnes unies par le mariage et/ou par le lien de sang. Pour Foulquié (1971, p.272), la famille est un « *ensemble de personnes appartenant à une même lignée ou liées par le mariage, grands-parents, oncles et tantes et leurs enfants en font partie* ».

Dans une acception plus étroite et de plus dans la civilisation contemporaine la famille ramène au groupe composé de père, mère et des enfants. La famille est définie dans son acception large selon Sillamy (1978, p.118) comme « *une institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles et dont la forme varie selon les cultures (monogamie, polygamie, ...)* ».

Dans la société burundaise elle a pour fonction essentielle d'assurer la sécurité de ses membres ainsi que l'éducation des enfants. Elle est le premier milieu de socialisation. Mais cette définition n'est pas complète du fait qu'elle n'explique pas le bien fondé de la famille. Selon Porot (1979, p.8), « *la famille est l'ensemble de personnes de même sang vivant sous le même toit et plus particulièrement le père, la mère et les enfants.* »

L'auteur explique qu'il y a deux critères précis de lien familial : le lien de sang et le toit commun. C'est la coexistence de deux groupes à savoir les parents et les enfants ayant un apport entre eux de créateur à descendant qui définit le mieux le groupe social si particulier qu'est la famille.

Bianchéri (1965, p.301), quant à lui, définit la famille comme « *un groupe social fondamental de structure et des fonctions très diverses.* » Il retient trois formes principales de familles.

La famille immédiate, élémentaire, nucléaire conjugale, restreinte, composée par le père, la mère et les enfants ;

La famille polygénique composée par le père, la mère et les enfants ;

La famille étendue, la grande famille qui groupe, sous l'autorité d'un chef, un certain nombre de familles élémentaires.

Il faut savoir qu'il y a d'autres formes de familles telles que les familles monogamiques et les familles homosexuelles légalisées dans les sociétés occidentales, les familles recomposées bigénérationnelles ou autres.

Pour notre part nous avons tenu en compte de la première forme de BIANCHERI à savoir la famille immédiate, nucléaire ou conjugale composée par le père, la mère et leurs enfants, c'est-à-dire que la famille qui nous a intéressé le plus est celle qui est composée d'un père et d'une mère et dont l'enfant présente un handicap moteur.

1.2. Adolescence

L'adolescence est une période de la vie qui est difficile à délimiter et nous la définissons quelque fois par les problèmes qu'elle pose. Sa définition est loin d'être unanime et varie selon les auteurs. Plusieurs d'entre eux ont donc défini différemment ce concept. Olds, S.-W et Papalia, D.E. (2003, p.325) indiquent que : « *l'adolescence est reconnue comme une phase transitoire de la vie humaine entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescence est une étape par laquelle passe effectivement le développement de l'être humain. Le début de l'adolescence s'observe surtout à travers les phénomènes psychologiques et biologiques qui inaugurent cette étape.* » L'âge et la durée de cette période varie selon le sexe, les conditions géographiques, les milieux socio-économiques et culturels tels sont les paramètres qui s'ajoutent pour alourdir encore le problème de délimitation et de définition précise de l'adolescence.

Comme le montre le Petit Larousse de la Psychologie (2008, p.101), « *les limites de l'adolescence et de la poste adolescence sont floues et varient selon les sociétés* ». Dans les sociétés primitives décrites par les ethnologues comme Mead, les jeunes pubères sont soumis à des rites d'initiations qui les font passer directement dans le monde des adultes où ils jouissent aussitôt des mêmes droits et devoirs que leurs aînés tandis que dans les sociétés industrialisées, la durée de la scolarisation est longue pour les enfants des familles aisées que pour ceux qui sont obligés de travailler tôt. Pepin (1973, p.19) signale que : « *les études réalisées en des milieux géographiques et culturels différents se dégagent l'idée que l'adolescence était fortement influencée par l'ambiance où elle se développait qu'elle n'était pas forcément la crise tumultueuse et dramatiquement chantée par la littérature romantique* ».

L'adolescence est caractérisée par les transformations pubertaires qui entraînent de multiples modifications à la fois physiologiques, psychologiques et sociales. Sillamy (1980, p.25) explique que : « *l'adolescence est une période exaltante difficile* ». Exaltante parce que c'est le moment où les énergies s'amplifient où l'on se découvre plus fort et où l'on croit que peut

transformer le monde ; elle est difficile parce que le désir d'autonomie et de liberté s'accommode mal avec la dépendance matérielle à l'égard de la famille.

Ainsi l'adolescence étant une nouvelle période dans laquelle le pubère vient d'être plongé. Il est souligné que son ancien caractère est rompu et que les difficultés nouvelles qu'occasionnent ce tournant de vie ne font que le déséquilibrer. Nous comprenons que l'adolescence est une période de tensions partiellement irréductibles ; elle se présente comme une période de crise et de déséquilibre caractère qu'elle doit d'autant aux changements physiologiques qui s'accompagnent et à leurs répercussions psychologiques.

Dans cette période, les transformations auxquelles l'adolescent fait face lui donnent une nouvelle représentation de soi et l'idée d'une rupture avec l'enfance. Il est débordé de pulsions et se sent déboussoler dans cette phase transitoire vers l'âge adulte, d'où l'intense nécessité de contact d'avec un entourage réconfortant. Il est à la quête de son autonomie pour embrasser l'âge adulte.

Freud (1969, p118) le souligne ainsi : « *Dans l'enfance, le sujet se sent acteur et presque arbitre de son évolution. Au contraire, dans l'adolescence, il sent dépasser, il devient l'objet, l'instrument, et même victime d'une irréparable évolution. L'adolescent comprend que ces transformations qui le font presque adulte, au moins extérieurement impliquent un progressif détachement des liens de dépendance affective vis-à-vis des parents de l'enfant.* »

L'adolescent veut se montrer autonome, voulant à tout plus satisfaire à ses aspirations. Il se crée un vide chez l'adolescent conduisant à la quête des amis pour recueillir des informations relatives à sa situation du moment.

Sillamy (1980, p23) définit l'adolescence comme : « *Une période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est la période ingrate marquée par les transformations corporelles et psychologiques qui débutent vers 12-13 ans et se terminent vers 18 ans.* »

Pour ce qui nous concerne, nous définissons le concept en référence à Sillamy et il sera donc appelé adolescent cet individu humain dont l'âge est compris entre 12 et 18 ans, donc qui est sur le chemin d'atteindre l'âge adulte.

Nous considérons l'adolescence comme une période de développement où l'adolescent son estime de soi par ses comparaisons qu'avec ses membres du groupe et son entourage plus encore où le désir sexuel est orienté vers l'autrui. La situation est d'autant plus difficile par le fait que l'adolescent handicapé moteur doit faire face aux aspects liés à son handicap et en

même temps aux modifications liées à son état d'adolescence. C'est sur cet aspect que nous avons porté notre attention dans le cadre de notre étude.

1.3. Handicap

Le handicap est une notion difficile à cerner. A priori, le sens commun insistera sur la lisibilité et donc sur le repérage des signes extérieurs évidents comme marqueurs d'un handicap. En effet, beaucoup d'auteurs ont abordé l'étude de ce concept et ils en ont donné plusieurs définitions qui se rapprochent et se complètent. Ces définitions soulignent le fait que le handicap résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle jugé normal par la communauté.

Le handicap en général constitue un désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite l'accomplissement des rôles ou d'une activité donnée au sein d'un milieu donné et dans une situation donnée. Selon l'OMS (1983, p.3) : « *Le handicap est un désavantage résultant pour un individu d'une déficience ou d'une incapacité qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et des facteurs sociaux et culturels ou l'empêche d'exercer son rôle* ». Cette définition souligne l'impact du handicap d'une personne sur l'exercice d'un rôle normal donné. Lorsqu'une personne a un handicap, elle est limitée dans son accès à un niveau réservé pour les personnes « *normales* ».

Selon Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.87) expliquent que : « (...) *on parle de handicap chaque fois qu'une incapacité fonctionnelle perturbe les activités quotidiennes de la vie d'un individu ainsi que les rôles sociaux valorisés au sein de son milieu. Cette perturbation peut nuire à sa survie et à son épanouissement* ». Cette définition montre l'impact du handicap d'une personne sur ses rôles sociaux valorisés de son milieu. Cela veut dire qu'un handicap limite les activités de l'individu et même ses loisirs. Dans son acception courante, le terme « handicap » signifie infirmité, désavantage, un malheur qui est souvent naturel et qui provient de la malédiction. Il est aussi une incapacité fonctionnelle qui perturbe les activités quotidiennes de la vie d'un individu ainsi que les rôles sociaux valorisés au sein de son milieu social. Nous comprenons que ce désavantage provient de l'impossibilité ou la difficulté de la personne handicapée à répondre aux sollicitations de son milieu.

Nombre d'auteurs ont abordé l'étude de ce concept et ils en ont donné plusieurs définitions qui se rapprochent et se complètent. Ces définitions soulignent que le handicap résulte d'une

déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle jugé normal par la communauté. L'adolescent handicapé moteur éprouve des difficultés liées aux exigences sociales, aux ressources techniques et aux interventions disponibles pour compenser son handicap. Même si l'adolescent handicapé moteur présente une incapacité, cela ne doit pas bloquer son épanouissement et l'empêcher d'atteindre le niveau d'intégration égale à celui d'un adolescent « normal ». Mais pour aboutir à ce niveau d'intégration sociale égale la notion de handicap doit être comprise et assimilée par tous dans une logique de compréhension de la différence.

Pour notre travail, la définition l'OMS semble la plus meilleure dans la mesure où elle prend l'individu à handicap non seulement par rapport à lui-même mais aussi par rapport à ce qu'il pourrait réaliser s'il n'avait pas d'handicap. L'adolescent handicapé moteur a besoin d'être soutenu par sa famille et son entourage afin qu'il puisse se développer d'une manière harmonieuse et équilibrée malgré son handicap moteur.

1.4. Handicap moteur

Le handicap moteur entrave la satisfaction des besoins fonctionnels artistiques et sociaux. De ce fait, le handicap limite l'autonomie de la personne et empêche l'affirmation de soi. Les handicaps moteurs peuvent être moteurs et/ou sensoriels. Selon Orélon (1961, pp.30-31): *« extérieurement, les handicaps moteurs peuvent être classés selon que leur anomalie porte sur les fonctions motrices ou sur les fonctions organiques. »* Beaucoup de gens confondent les handicaps moteurs avec les handicaps physiques. Ils prennent en quelque sorte les premiers pour les seconds et vice-versa. Or les premiers entrent dans les seconds et en constituent une composante essentielle. Les handicaps moteurs englobent :

- Les handicaps sensoriels qui comprennent à leur tour les handicaps visuels et auditifs. Les handicaps moteurs qui comprennent selon le ministère des affaires sociales (1977, p9) : Infirmité motrice cérébrale (IMC) : elle est due à une lésion cérébrale (le plan intellectuel est affecté). C'est une maladie irréversible sans espoir de guérison. la victime est incapable de certains actes ou d'un maintien postural que possèdent les enfants d'un âge mental égal au sien, ou si alors il en est capable, il n'a pas la même rapidité ou le même style que ses enfants.

La myopathie : elle débute souvent dans le jeune âge et se caractérise par l'affaiblissement progressif puis l'atrophie de certains groupes musculaires. Des fois les victimes ont un quotient intellectuel bas.

Les perturbations musculaires issues d'accidents. Selon Trannoy (1971, p21), « *elles se manifestent sous forme d'amputation de mutation ou de paralysie.* »

Les causes de l'infirmité motrice sont variées, Trannoy nous en donne les principales :

- l'anomalie du système nerveux
- l'atteinte du système nerveux
- l'anomalie des muscles
- l'amputation congénitale ou accidentelle.

Dans notre travail de recherche nous nous sommes intéressées uniquement aux infirmes moteurs ne souffrant pas d'une atteinte intellectuelle.

1.5. Affectivité

Tout être humain a besoin d'être aimé et se sentir protégé pour un développement harmonieux. Les expériences passées de l'individu en sont les témoins. C'est ainsi que le sentiment de plaisir, de douleur d'ordre moral trouve source dans ces expériences rencontrées au cours de la vie quotidienne. Le terme « *affectivité* » vient du latin « *affectus* » qui veut dire sentiment. Elle est l'ensemble des sentiments, des émotions et des passions d'un individu. L'affectivité peut être définie comme étant état de conscience, une sensation positive ou négative que peut avoir une personne confrontée à une situation donnée. Cette manière de sentir relève du domaine des émotions et dans celles-ci, nous reconnaissons des émotions positives soit par le fait qu'elles revêtent un caractère positif ou bien des émotions négatives par le fait qu'elles revêtent un caractère négatif. L'affective devient à son tour une notion qui contient les émotions de ces deux catégories.

Selon Doron et Porot (1991, p15), « *l'affectivité est une notion d'une extension et d'une compréhension assez vague, englobant des états aussi divers que les émotions, les passions, la joie, voire les sensations de plaisir et douleurs.* » Nous pouvons définir l'affectivité comme étant une sensation positive ou négative, une attitude allant vers des liens de sympathie ou d'antipathie éprouvée par l'individu envers une autre personne ou un groupe de personnes. C'est aussi cet état de conscience qui influence même l'individu humain dans son attitude réactive face à une situation donnée. Nous comprenons que l'affective renferme un phénomène énergétique de plaisir et de déplaisir éprouvé quand un organisme humain est atteint par un stimulus interne ou externe.

Pour Sillamy (1980, p.29), « *si l'homme trouve dans son entourage l'amour et la sécurité il aura de fortes chances de devenir une personnalité stable et équilibrée. Si au contraire ces conditions lui font défaut, il risque de développer une personnalité malheureuse, agressive, revendicatrice ou dépressive. Son absence peut occasionner des troubles de la vie relationnelle aboutissant finalement aux troubles mentaux.* »

Pour ce qui nous concerne nous nous sommes penchées sur le côté de la considération de Sillamy. La qualité des relations entre l'adolescent handicapé moteur et l'entourage dépend de l'image que ce dernier se fait de lui-même ou de la manière dont il se le représente.

1.6. Vécu

Le terme vécu est défini selon Doron et Parot (1991, p.746) comme : « *un ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence en tant qu'ils sont immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* ». Ce concept désigne la situation éprouvée par l'individu par rapport à son passé, à son présent et à la façon dont il se représente et se projette. Il est l'expression d'auto perception ou image de soi par rapport au temps passé et présent. Le terme vécu est généralement employé par les psychologues à l'orientation philosophique lorsqu'il s'oppose à un rationalisme du concept abstrait qu'ils en appellent à un champ d'immédiateté fluide souvent porteur d'angoisse.

Ainsi donc, le vécu psychoaffectif est une notion composée qui désigne tout processus mental faisant intervenir l'affectivité. Cette notion n'est pas linéaire, son caractère flou a fait que beaucoup d'auteur l'appréhendent mais de façon rapproché. Bref, nous appelons vécu psycho affectif la capacité pour un individu d'être affecté agréablement ou désagréablement par les stimuli d'ordre interne ou externe à son organisme avec une manière spécifique de réagir à ces stimulations. Ces réactions diffèrent d'un individu à un autre mais également varient chez un même individu selon les circonstances.

1.7. Vécu psychoaffectif

Il sied de définir d'emblée le concept affectivité dont la compréhension permet celle du vécu psychoaffectif. L'être humain a une façon de réagir à des stimulations internes et du milieu dans lequel il vit. Cette réaction est sous-tendue et/ou s'accompagne d'émotions et de sentiments agréables ou désagréables. Selon Sillamy (1982, p19) : « *étymologiquement le*

terme affectivité vient du latin affectus qui signifie sentiment, ensemble des sentiments, des passions et d'émotions des individus. »

Ici est mis en évidence l'aspect émotif de l'individu lié au processus interne de perception à la manière de ce dernier se sent. Les émotions et les sentiments sont imbriqués avec le comportement de l'individu. Celui-ci réagit aux stimulations internes et externes, la réaction faisant valoir une tonalité affective, soit agréable, soit désagréable.

A ce sujet, Bruchon-Schweitzer (1990, p207) introduit la notion d'affectivité positive et négative. Selon l'auteur, « *l'on étudie factoriellement la structure des réponses ayant un contenu émotionnel agréable (être enthousiaste, fort, alerte, attentif, actif...) dénommé « affectivité positive » ; l'autre indépendant regroupant les termes désagréables (tristesse, détresse, nervosité, colère, culpabilité, inquiétude, ...), appelée « affectivité négative » ».*

Ici se mettent en évidence deux pôles : une situation émotionnelle d'une part agréable, une tendance à s'engager dans des situations avec joie, plaisir, intérêt, énergie et une situation émotionnelle tendue faisant valoir le déplaisir, la peine et la douleur d'autre part. La tonalité émotionnelle est liée aux événements vécus par l'individu. Elle implique des processus mentaux et des comportements en réaction à ces événements. En fait, « *l'affectivité est ce qui, en confrontation de l'être avec le monde extérieur, avec les événements et les circonstances, régit la relation ou l'interaction au niveau du vécu.* » (Mucchielli, 1976, p26). Autant dire que l'affectivité a une part importante dans la propension de l'individu à réagir aux événements qui font la toile de fond de sa vie. Elle est liée aux processus mentaux qui soutiennent les comportements.

Le vécu psychoaffectif est donc l'ensemble des émotions, des sentiments agréables ou désagréables et des comportements qui les précèdent ou les accompagnent. Pour ce qui est de notre recherche nous focalisons l'intérêt sur le vécu psychoaffectif de l'adolescent handicapé moteur qui vit dans sa famille restreinte. En fait, l'affectivité est le fruit non seulement de l'histoire de l'individu, mais aussi de sa situation environnementale. La manière dont l'adolescent handicapé moteur exprimera ses sentiments, ses comportements et sa vie relationnelle vont ainsi dépendre de sa situation d'handicap. Le handicap moteur ne manquera pas de se répercuter sur son vécu psychoaffectif.

CHAPITRE II : GENERALITES SUR LES HANDICAPS

Le mot « *handicap* » est d'origine anglo-saxonne « *hand in cap* » qui signifie la main dans le chapeau désignant le tirage au sort d'un jeu sur les champs de course. Le handicap est aussi un désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite l'accomplissement d'un rôle attendu de l'individu par son milieu. Le handicap est une notion relative et variable selon les cultures, l'intensité et les parties du corps atteintes. Comme les autres sociétés, la société burundaise connaît des handicapés de tous genres.

2.1. Les handicaps mentaux

Les handicaps mentaux sont nombreux et se classent selon plusieurs critères qui sont les critères d'évaluation, les degrés du handicap et les points de vue divergent selon les auteurs. Le handicap mental est la conséquence des limitations des facultés cognitives en particulier de l'efficience intellectuelle et entraîne les troubles d'adaptation sociale. Ses causes et conséquences sont multiples et ils se manifestent dans tous les âges mais dans bien de temps de l'enfance. Il ne guérit pas mais les personnes qui sont atteintes peuvent grâce à une rééducation adaptée développer au mieux leur capacité et leur qualité de vie. L'expression « *handicap mental* » a subi de nombreuses modifications au cours de l'histoire et la classification des personnes handicapées mentales a également changé. Si l'intelligence est un concept théorique, le handicap mental est un problème social aux retombées pratiques. Pour Gauquelin, M. et Gauquelin, F (1971, p.72), l'expression « *handicap mental* » désigne « *une insuffisance de développement intellectuel qui met le sujet en état d'infirmité par rapport à son entourage sous l'angle d'adaptation scolaire et sociale.* » C'est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou les comportements d'une personne. Il s'agit d'un trouble caractérisé par la perturbation des relations de conduite associable, des troubles de rumeurs, troubles de la personnalité et des troubles cognitifs.

A travers cette définition, on voit que le handicapé mental ne peut pas s'intégrer ni à l'école ni dans la société. Ndayisaba et De Grandmond (1999, p.120) « *Les facteurs étiologiques des handicaps mentaux sont à rechercher dans trois périodes : la pré-natalité, la néo-natalité et la post-natalité. Parmi les causes génétiques, on range les aberrations chromosomiques, les maladies métaboliques génétiques, comme la phénylcétonurie, les embryopathies ou fœtopathies. Les causes néonatales sont l'anoxie, les affections maternelles et incompatibilité fœto-maternelles. Les processus pathologiques humains ou congénitaux atteignent la*

formation fœtale, le développement et le fonctionnement du cerveau. Certains processus impliquant l'interaction des facteurs étiologiques du handicap mental sont extrêmement larges. »

Mais nous retenons les origines prénatales qui sont une déviation dans le bagage génétique de l'individu comme les aberrations chromosomiques et les erreurs innées du métabolisme. Les origines périnatales qui sont des facteurs qui constituent des accidents pouvant se produire à tout moment à partir de la conception jusqu'à la petite enfance en passant tous les stades du développement utérin jusqu'à un mois après la naissance de l'enfant. Et les origines post-néonatales qui se ramènent aux accidents qui arrivent inopinément à l'individu et porte atteinte au cerveau et entraîne sa lésion. Et, enfin, les causes post-natales sont encéphalopathies aiguës avec des convulsions qui peuvent laisser quelques séquelles Parmi ces dernières, on y range aussi les méningites.

2.2. Les handicaps sensoriels

La perception sensorielle est une condition très importante du développement cognitif. Pour un handicapé sensoriel, le contact et les interactions quotidiennes avec les autres sont gravement perturbés, parce que, de façon actuelle, tout passe par l'observation et le langage. Les handicaps sensoriels comprennent les déficiences auditives et les troubles ou l'absence du langage. Les personnes affectées de telles infirmités sont respectivement qualifiées de sourds ou malentendants, d'aveugles ou mal voyants, de muets ou de sourds-muets. Le sourd-muet comme le nom l'indique, souffre de deux déficiences. Il ne peut entendre et ne peut pas parler. Parmi ces deux types de déficience, la surdité apparaît la première tandis que le mutisme n'en est que la conséquence directe. Oléron (1969, p.7), à cette question répond ainsi: *«Les deux déficiences, cependant, ne sont pas réunies par hasard simplement juxtaposées. La surdité est le fait premier, fondamentale, le mutisme n'est que la conséquence.»* Cela est logique dans la mesure où nous savons que l'enfant apprend en imitant. Le jeune enfant qui naît sourd ou qui devient sourd, dès les premiers mois de la vie, ne peut pas imiter un langage qu'il n'entend pas et, par conséquent, il ne peut pas parler.

Ils existent différentes formes de surdités ou de pertes auditives autant qu'il y a de causes. Selon Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.123), *« les surdités de perception sont prénatales aussi néonatales, en l'occurrence l'anoxie néonatale d'ictère et la prématurité. Enfin, elles sont post-natales comme les séquelles des méningites, les oreillons, l'action de certains*

antibiotiques néfastes pour l'oreille interne a comme la streptomycine, la kanamycine etc. Il faut aussi mentionner les otites qui peuvent entraîner la surdité de transmission. »

Concernant les aveugles ou mal voyants, il existe de nombreux troubles visuels de gravité variable. Parmi, ceux-ci, nous distinguons trois principaux à savoir, le strabisme, l'amblyopie et la cécité complète. Pour les étiologies de la cécité qui sont aussi nombreuse. Trannoy (1971, p.13 et 21) donne les facteurs étiologiques des handicaps sensoriels dont la surdité et la cécité. Il cite, entres autres, *« l'hérédité, l'infection pendant la grossesse, l'intoxication médicamenteuse, les irradiations, l'incompatibilité rhésus, les lésions congénitales, héréditaires ou acquises(...)»*. Nous voyons que ces causes sont identiques aux facteurs étiologiques de la surdité.

Les étiologies de la surdité de perception sont d'abord génétiques ou héréditaires en rapport avec la consanguinité, sont ensuite prénatales, c'est-à-dire les affections qui touchent l'embryon notamment rubéole, la rougeole, la syphilis, la toxoplasmose, l'alcoolisme mais aussi les chocs moteurs ou moraux subis par la mère en état de grossesse. Les étiologies de surdités de perception sont aussi néonatales en l'occurrence l'anoxie néonatale d'ictère et la prématurité. Enfin, elles sont aussi post-natales comme les séquelles des méningites, l'action de certains antibiotiques néfastes. En définitive, les différentes maladies et les divers accidents qui touchent les yeux sont susceptibles de provoquer l'amblyopie ou la cécité complète. S'agissant des déficiences auditives, pour Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.123), *« les personnes souffrant d'une diminution auditive présente une lésion de l'organe auditif, d'où une surdité plus au moins important. »* Le handicap sensoriel est susceptible d'entraîner de léger trouble de l'équilibre.

2.3. Les handicaps moteurs

Le handicap moteur entre dans la catégorie des handicaps physiques qui englobent à la fois le handicap sensoriel. Etant donné la variabilité des attentes neurologiques possible, une plastification s'impose en se basant sur le chemin de l'implication motrice et de la distribution topographique. L'individu est dit handicapé en raison d'une déficience motrice grave lorsque son évaluation fonctionnelle révèle, en dépit de l'aide de la technologie, l'une des caractéristiques suivante selon Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.88): *« limitation importante sur le plan de la communication rendant nécessaire le recours des moyens de communication substitut, limitation fonctionnelle importante requérant un entraînement et une assistance régulière pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, limitation*

importante sur le plan de la mobilité (motilité et déplacement), requérant une aide spécifique pour le développement moteur ainsi qu'un accompagnement dans les déplacements ou un appareillage très spécialisé». Généralement on distingue deux grands types de handicaps moteurs, le handicap moteur d'origine cérébrale appelé infirmité motrice cérébrale (IMC) et le handicap moteur d'origine non cérébrale dans lequel nous retrouvons le handicap temporaire, le handicap évolutif et le handicap définitif. Les enfants IMC se caractérisent par des difficultés importantes au niveau moteur, difficultés qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne, la parole... et, cela, à des degrés variés. Les troubles sont dus soit à des paralysies, soit à des faiblesses musculaires, soit encore à des raideurs musculaires.

Les handicaps moteurs non cérébraux sont difficiles à dénombrer et sont diversifiés dans leurs causes. Ils limitent l'autonomie du sujet de manière différente. Les causes de l'infirmité motrice sont elles aussi variées. Trannoy (1971, p.31) en donne, ici les principales : « *Une anomalie du S.N (Squelette ou articulation), une atteinte du S.N (Cerveau, MEL, nerfs), une anomalie des muscles, une amputation congénitale ou accidentelle.* » Nous constatons que les étiologies des IMC sont généralement congénitales mais qu'elles ne sont jamais héréditaires. On peut ajouter, entre autres, les causes de la prématurité et l'ictère qui est un problème de jaunisse.

Pour l'autre catégorie des handicaps c'est-à-dire les handicaps, moteurs non cérébraux, les facteurs étiologiques sont également variés ; ils sont congénitaux et accidentels. Les parties du corps atteintes sont généralement les bras, les pieds, les hanches et le dos. Donc, les handicaps moteurs sont de plusieurs ordres. Ils proviennent d'une manière congénitale alors que d'autres résultent d'une maladie virale (la poliomyélite).

2.4. Les degrés des handicaps

Après avoir classé les handicaps et développé certaines causes de ceux-ci, nous parlons des différents degrés pour bien circonscrire la notion de handicap. Il faut se rendre compte qu'il y a une différence entre un cas superficiel et un cas profond. A cet égard, suivant le critère choisi, les handicaps présentent des degrés de sévérités variables, il peut être, selon Labregère (1976, p.57), « *le taux de l'atteinte, la capacité à reprendre et travail, l'âge, les facteurs subjectifs caractérisant la personnalité de l'individu porteur du handicap.* » Dans cette optique, un adolescent handicapé moteur est plus au moins handicapé par rapport à un autre. A titre d'exemple, quelqu'un qui est amputé d'une seule jambe est moins handicapé par

rapport à un paraplégique qui est obligé de se déplacer sur une tricycle. Ainsi, les handicaps de nature différentes ou associés chez la même personne implique dans bien de cas la distinction entre les handicaps graves et les handicaps légers.

A ce sujet Oléron (1969, p.331) signale, par exemple, que « *les différents degrés d'intensité de l'atteinte peuvent correspondre à des mesures également originales. Il en est ainsi en particulier lorsqu'il s'agit des déficits sensoriels. A côté des sourds et des aveugles complets, figurent demi-sourds et amblyopes. Ce qui convient aux uns ne s'applique pas aux autres.* » Ceci montre que pour faire une rééducation, de sujets handicapés, il faut tenir compte du type et du degré de handicaps. Ceci parce que leurs possibilités de progrès ne peuvent pas être comparables. La distinction entre les handicaps graves et les handicaps légers n'est pas toujours faciles à établir, surtout lorsqu'il s'agit de handicap de nature différente ou lorsqu'il y a cumule de handicaps chez la même personne. Dans le même sens, selon qu'elle oblige son porteur à changer de profession ou non, selon qu'elle touche une personne jeune ou âgée, la même atteinte peut être plus au moins handicapante.

Les degrés d'intensité de l'atteinte peuvent aussi être étudiés en considérant la durée de l'incapacité. Sous cette rubrique, on peut distinguer d'abord les déficits qui correspondent à une incapacité permanente et ceux qui sont seulement transitoires. La mesure du degré de handicap traduit donc implicitement que les personnes sévèrement handicapées ont généralement des besoins autres que ceux des personnes légèrement handicapées. C'est ainsi que, dans certains cas, le handicap sera léger pour ne comporter qu'un minimum d'inconvénients. En cas de déficits temporaires, les mesures visent plutôt à entretenir l'enfant dans les connaissances acquises et à poursuivre son développement dans les conditions que permet son état moteur.

2.5. Les principaux moyens de compensation des handicaps moteurs

Comme nous le savons déjà, les handicaps moteurs sont composés de handicaps sensoriels et moteurs. Nous tentons une rééducation pour chaque type de handicap. Au niveau du handicap sensoriel, nous retrouvons deux types de handicaps les plus complexes à savoir : la cécité et la surdité. Il faut se rappeler que la perception sensorielle est une condition très importante du développement. Le contact et les interactions avec les autres sont gravement perturbé parce que de façon habituelle, tout passe par l'observation et le langage. Dans le cas de handicaps auditifs, nous insistons sur la surdité. Les sourds-muets connaissent de sérieux problèmes dans le sens de relation aux bruits et aux appels interindividuels. Si la langue orale égale la

parole, cela présente des imperfections. La méthode gestuelle non plus n'est pas dépourvue de critiques.

A cet effet, des solutions extrêmes sont envisagées à ses problèmes. On peut faire recours à la chirurgie avec l'implantation du tympan. Les prothèses auditives lorsqu'elles sont portées tardivement, la personne malade doit subir un apprentissage langagier sinon elle entend des sons qui ne sont pas porteuses de sens ou du moins déformés. Pour Oléron (1989, p.135), *« l'éducation orale implique que le plus tôt possible, l'enfant soit à mesure d'identifier certains énoncés qu'il lie sur les lèvres, mots ou expressions. Le sens en est donné par le contexte dans lequel ils sont émis et les réponses qu'on lui demande d'y donner. »*

Dans le traitement des surdités profondes, les progrès de la médecine permettent aujourd'hui à défaut de guérir complètement toutes les surdités profondes, d'en réduire la gravité. L'autre type est celui d'handicap visuel. La cécité constitue, ici, un handicap sensoriel qui a des conséquences évidentes sur le développement de l'être humain à travers les relations interrelations interpersonnelles. Ainsi, trois types de cécité ont été distingués sur le continuum de l'échelle de l'acuité visuelle. Selon Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.150), *« la cécité totale : elle définit les aveugles de naissance, dont ceux qui incapable d'utiliser la vie à des fins pratiques ou scolaires et qui n'ont eu d'expérience visuelle, la cécité tardive : elle s'applique à des sujets devenu tardivement aveugles. Ayant conservé des souvenirs visuels, ces sujets disposent de représentations qui font défaut aux aveugles de naissance ; et la cécité partielle : elle se caractérise par les sujets ayant une déficience visuelle partielle ; on les appelle aussi des amblyopes.»*

Cependant, les techniques utilisées dans la rééducation visuelle sont de trois ordres : les techniques pour l'écriture et la lecture, les techniques pour la locomotion, les techniques de la vision. Toutes ces techniques exigent beaucoup de moyens tant matériels que financiers. Dans ce cas, certains diraient qu'il ne faudra pas dépenser beaucoup de moyens pour les personnes à handicap moteur arguant car celles-ci ne peuvent pas être guéries tout en oubliant que le handicap n'est réellement pas une maladie.

La rééducation motrice consiste à développer, au maximum les possibilités motrices de l'enfant ; elle peut être envisagée selon les diverses techniques qui relèvent du monde médical, de la réadaptation du milieu pédagogique, etc. Les orthopédistes utilisent deux grands moyens pour corriger ou compenser une difformité corporelle. Ces moyens sont l'orthèse et la prothèse.

Selon Ceccaldi (1966, p.58), l'orthèse est «*un appareil qui soutient une déficience moteur avec ou sans déformation du membre ou du tronc* » L'orthèse pallie donc une infirmité corporelle mécanique sans constituer le substitut d'un élément anatomique manquant ; elle intervient quand le corps ne peut pas assumer seul son propre support et par conséquent, il lui sert de tuteur qui peut l'y aider. L'orthèse est donc utilisée soit pour maintenir ou consolider une ou plusieurs articulations faibles, pour prévenir ou corriger une déformation ou une rétraction.

Selon Ceccaldi, (1966, p.59) la prothèse désigne, « *un appareil qui comble un manquant total ou partiel d'une partie du corps, cette amputation pouvant être interne ou externe.* » Il s'agit d'une allusion de remplacement ou de consolidation d'un membre, ou une partie d'un membre, ou d'un organe par appareillage appropriée. C'est de cette façon que la prothèse bien qu'elle soit souvent une servitude, soulage quand même l'infirmité. On peut aussi corriger certaines imperfections du corps par une éducation moteur. D'une façon générale, cette dernière aura pour but la recherche d'une action sur le handicap et le développement des capacités existantes. Cette technique consiste à administrer certains exercices musculaires comme la natation, faire bondir le ballon autour de soi, le basketball mais on doit tenir compte de la nature et du degré du handicap moteur.

L'orthèse et la prothèse, font partie intégrante du corps de l'individu qui les porte. Cela laisse sous-entendre qu'elles entrent en relation avec l'individu en question. Ce dernier, à son tour, peut avoir des réactions négatives envers celles-ci. L'objectif ultime de toutes ces actions en faveur des gens à handicap est, comme nous l'avons déjà souligné, l'accès à l'autonomie et à l'intégration dans leur milieu de vie. L'individu à handicap moteur a besoin de matériel adapté. Ce qu'il convient de retenir, c'est qu'il faut toujours avoir en tête la disponibilité de support matériel avant de faciliter à ces personnes l'accomplissement de leur travail. Pour les personnes à handicap et surtout les adolescents handicapés moteurs, il faut manifester alors une bonne attitude à leur égard en vue de faciliter leur réinsertion et leur intégration socioéconomique et psychosociale.

CHAPITRE III : LA VIE PSYCHOSOCIALE D'UN ADOLESCENT HANDICAPÉ MOTEUR

Les difficultés éprouvées par la personne handicapée doivent être envisagées du point de vue individuel et collectif. Nous savons qu'il existe une corrélation indissociable entre la vie personnelle et la réalité sociale. Nous savons aussi que l'homme n'est pas isolé de son milieu de vie mais plutôt qu'il est en situation sociale dans un environnement socioculturel qu'il crée. Tout au long de sa vie, le sujet s'inscrit dans une dynamique de personnalité ou tout l'équilibre atteint n'est que provision. En situation difficile, grave (examen, maladie, conflit, crise, ...), l'estime que le sujet a de lui-même peut être remise en question.

3.1. Affectivité et adolescence

L'adolescence est une transition du monde de l'enfance vers celui de l'âge adulte. C'est une période de changement moteur et émotionnel car le corps mûrit et l'esprit devient plus critique et indépendant. Selon Origlia (1972, p.171), « *en réalité, le sujet fuit l'attachement passionnément sentimental pour la famille ainsi que le caractère, inéluctable, obligatoirement imposé de la famille et c'est précisément l'imperfection des rapports extrafamiliaux qui les faits préférés.* »

Selon la psychanalyse, les enfants sont, à ce stade, envahis par la vie affective et, en guise d'adaptation, une mobilisation de toutes les dépenses psychologiques est nécessaire chez l'adolescent afin d'intégrer les débordements affectifs. Les mécanismes de défense sont encore très rudimentaires ou archaïques et présentent des conduites régressives qui se manifestent par des comportements d'excès : boulimie, anorexie, agressivité et états névrotiques ou psychotiques. Ces comportements sont pourtant incompris par le monde adulte et, souvent, ils sont à l'origine des réactivations de l'effectivité du point que la théorie psychanalytique considère que la vie mentale est animée de forces plus au moins antagonistes. Les rapports humains sont guidés par des conflits psychiques, ce qui exige un entourage compréhensif vis-à-vis de l'adolescent. Bien évidemment, ce conflit fait partie intégrante de la vie. Il y a investissement libidinal ou affectif passant par la recherche de l'objet, et, comme le signalent Marcelli et ses collaborateurs (2008, p.522), « *à l'adolescence, les remaniements des investissements narcissiques d'un côté, de l'idéal du moi de l'autre, constituent un des actes axes essentiels du travail psychique.* » Ceci implique les relations et les échanges avec autrui à travers la notion du transfert, le jeu d'investissement et désinvestissement des images

parentales conduisent même à des séparations, au besoin d'autonomie et d'évasion lié au comportement d'agressivité et de révolte.

Selon Origlia (1972, p. 172), « *l'affection de parents devient pesante et dangereuse aux yeux des adolescents, et beaucoup d'entre eux vivent dans le cauchemar de cette affection qui va parfois jusqu'à compromettre l'acceptation des devoirs, les relations et la maturation* ».

Ainsi, il s'agit du deuil qui exige un remaniement de l'affectivité. Cette rupture commence avec le retour de ce qui a été refoulé de la petite enfance, c'est-à-dire les pulsions infantiles. Il s'agit d'un retour massif et incontrôlable pour l'adolescent faisant échouer le Moi dans ces tentatives d'équilibre entre les pulsions internes et la réalité extérieure. C'est une phase d'adaptation obligée, un ensemble de processus d'équilibration qui agisse sur la vie mentale de l'adolescent et il s'agit bien d'une condition d'intégration sociale. L'adolescent est anxieux, déprimé, inhibé et a des comportements antisociaux pulsionnels, le « *non* » modifiant ses rapports avec l'ordre et le pouvoir critique des parents. C'est le processus agressif qui permet d'accéder à la réalité.

3.2. La personnalité de la personne handicapée moteur

Tout au long de son développement psychoaffectif et social, l'être humain est constamment soumis à des frustrations et à des conflits. Le conflit lui-même est l'un des facteurs de la maturation de la personnalité qui résulte d'une série de résolution de conflits, aboutissant à une élévation du seuil de tolérance des frustrations et au remplacement des réactions inappropriées par des conduites plus adaptées à leurs fins.

L'être humain est une unité somato-psychique, une unité individuelle donc un individu particulier, un sujet humain qui a une histoire. Selon Badin (1977, p55), « *cette position de l'unicité individuelle a été remise en valeur par la psychanalyse et par la Gestalt psychologique qui rappellent que les faits psychologiques ne doivent pas être considérés comme des segments mais comme « des tous structurés », « des totalités dynamiques » comportant une interdépendance des fonctions.* » Corps et psyché constituent un tout indissociable, ce qui affecte le corps se manifeste d'une façon ou d'une autre par la psyché. L'adolescent à handicap moteur a un corps qui présente les imperfections. Il se demande comment les autres perçoivent son handicap. La conscience qu'elle a de son corps handicapé va déterminer le comportement qu'elle va adopter à l'égard de son entourage. Les personnes handicapées sont coincées dans leur sentiment d'infériorité, d'isolement et d'insécurité parce

qu'elles se sentent marginalisées par les gens « *normaux* ». Elles se replient sur elles-mêmes. C'est à travers son corps que la personne handicapée exprime son malaise liée à son état de handicap.

D'une manière générale, les personnes handicapées se heurtent aux difficultés d'ordre matériel dans leur organisation de la vie de tous les jours. Les limitations fonctionnelles à cause de leur handicap semblent les empêcher de se frayer un chemin dans la vie. Celles-ci engendrent les difficultés suivantes : se déplacer, faire des gestes les plus ordinaires, s'exprimer, communiquer, voir, entendre, s'adapter au mode de vie, etc. Tous ces défauts ont des répercussions sur le développement de la personnalité. En effet, cette dernière se caractérise par des bouleversements socio-affectifs et psychologiques matérialisés par un ensemble de préjugés et stéréotypes qu'a la société à l'égard de ces personnes handicapées. A cause de tout cela, ces sujets handicapés moteurs éprouvent un problème d'adaptation se manifestant sous forme d'isolement, de repli sur soi, de regret, de sentiment d'infériorité, de tendance à la passivité, etc. En conséquence, on observe une sorte d'inhibition de tendance à répondre aux sollicitations psychologiques qui agissent sur le rendement scolaire et sur l'intégration et l'adaptation au rythme du travail normal.

L'ensemble des frustrations relatives aux besoins primaires et familiaux et sociales, occasionnés par leur handicap, retentissent sur leur personnalité. Leurs comportements se modèlent sous la perception qu'elles ont de ce que les autres attendent d'eux. Leur conception s'adapte au rythme en cours dans leur milieu. En conséquence, les personnes handicapées adoptent des réactions psychosociales qui s'expriment sous forme de refus, de régression, d'anxiété et d'agressivité. On observe une sorte d'indifférence et d'inhibition de tendance à répondre aux sollicitations psychologiques qui agissent négativement sur le rendement scolaire, sur les mécanismes d'intégration sociale et sur l'adaptation au rythme social du travail normal.

3.3. Image de soi de l'adolescent handicapé moteur et la société

Il peut y avoir, toutefois une grande différence entre le comportement extérieur du sujet dans la société et les relations humaines et son état intérieur de lui-même. La société a une image envers l'homme handicapé. Tout homme handicapé moteur et considéré en situation sociale face à un environnement socioculturel dans lequel il est appelé à vivre. Son expérience se matérialise dans la vie collective. Comme le suggère Badin (1977, p.5), « (...) *en réalité, l'homme et la société ne sont pas entièrement exclusifs, extérieurs l'un à l'autre. L'homme*

naît au sein d'un groupe social, la famille ou son substitut, et il lui est pratiquement impossible de vivre et de se développer en dehors de la société. Il y a un lien indissoluble entre l'histoire personnelle du sujet et l'interaction sociale au point qu'on a pu dire que le social vit en chacun de nous. »

La société occupe une place importante car c'est elle qui détermine le handicap ou l'incapacité de ses conséquences sur la vie quotidienne du handicapé. Mais, très souvent elle constitue un obstacle majeur surtout chez les personnes infligées des handicaps graves. L'expression « *image de soi* » est appelée expression ou représentation de soi. Pour Zazzo (1971, p.36), il s'agit des : « (...) *les réactions du sujet lorsqu'il est appelé à se décrire, à se définir dans une situation donnée* ». Ici, le premier aspect qui apparaît est la construction de l'image du corps et du schéma corporel participant dans la perception de l'image du soi. Tous ces éléments constituent la base sur laquelle tout le reste se construit. La représentation de soi dépendra largement des attitudes qu'a la société à son égard et l'image que celui-ci se fait de lui-même. L'image que l'adolescent handicapé moteur a de lui-même, les attributs personnels, l'estime de soi, l'implication personnelle dans une activité quelconque dans telle ou telle relation se trouvent influencés par la manière dont il se perçoit. Ainsi, les possibilités d'ordre social qui permettraient à l'adolescent handicapé moteur de s'épanouir demeurent systématiquement hors de sa portée. Celui-ci souffre des limitations culturelles, matérielles et sociales qui les empêchent d'accéder aux divers systèmes de la société qui sont à la portée de leurs concitoyens.

A ce propos, Maisoneuve (1975, p.146) explique que « *l'image de nous-mêmes est fortement influencée par la façon dont nous imaginons que les autres nous perçoivent.* » Dans cette situation, les réactions de la personne handicapée moteur vont s'orienter en fonction de son identité personnelle et de son identité sociale. Notre image se projette donc dans un jeu d'identification et d'opinions dynamiques et elle est fortement influencée par les attitudes des autres.

Pour Mead (1963, p.18), « *le soi n'est pas non seulement une intégration des rôles que l'on apprend des autres, il inclut également ce qu'il y a de plus personnel, d'unique chez l'individu. C'est la réponse spécifique d'un organisme au comportement des autres, c'est l'élément des spontanés et créativités.* » L'image de soi est comprise comme une évaluation qu'un individu se fait de lui-même en tenant compte de ses caractéristiques individuelles mais aussi des réactions de l'entourage à son égard. Le soi est donc l'aspect de l'individu marqué par les valeurs et les normes du contexte social. Le soi comporte d'une part, l'idée de ce qu'on est et

renvoi l'autre part, au sentiment de demeurer toujours le même, c'est-à-dire avoir une impression de continuité par rapport à soi-même, même si la vie et l'environnement changent.

L'image que l'adolescent handicapé moteur se fait de lui-même est donc fortement influencée par ces deux images. D'un côté, elle dépend largement de la conscience que le sujet a de son propre corps présentant des dommages moteurs dû au handicap. Si ce dernier parvient à transcender cette contrainte d'être handicapé moteur, son image de soi sera positive. De l'autre, si l'attitude de sa famille ou de l'entourage est négative, si ceux-ci adoptent une attitude de surprotection ou de rejet envers l'adolescent handicapé moteur, celui-ci se considérera, par la suite, comme sans valeur. Si la famille et l'entourage manifestent une attitude de bienveillance, l'adolescent handicapé moteur sera réconforté et son image de soi sera, par conséquent, positive.

3.4. La place des relations groupales dans l'estime de soi à l'âge d'adolescence

L'image que l'individu se fait de lui-même est solidaire de l'image qu'il se fait des autres et de la façon dont sont établis et vécus les rapports avec des autres individus. Chez les adolescents, les revendications d'autonomie sont stimulées le plus souvent par le besoin de constituer un réseau de relations sociales librement choisies et non contrôlées, relations avec les pairs auprès desquels l'adolescent trouve des possibilités nouvelles de s'éprouver et de s'affirmer.

Le besoin d'amitié, s'il existe à tous les âges, se présente à l'adolescence, avec une force et une tonalité particulière. L'ami recherché n'est pas le compagnon de jeux de l'enfance, ni le compagnon de route de l'âge le plus mûr, c'est avant tout le « *miroir* » à travers lequel on cherche à reconnaître un reflet qui tend à fixer sa propre réalité. C'est aussi le partenaire messager du monde extérieur mais dont on ne redoute le regard, puisqu'il forme le bloc avec les autres. Désiré parce que semblable et différent, il est le moyen de mieux se définir, de mieux se connaître.

Dans les groupes, l'adolescent trouve aussi un moyen de s'affirmer collectivement quand l'occasion et la capacité de s'affirmer personnellement fait défaut. Par ce moyen, selon Reymond-Rivier (1980, p.242), « (...) *en s'identifiant à ses semblables, en répudiant le « je » pour se fondre au « nous », l'adolescent peut alors sans trop d'angoisse assumer une personnalité de groupes opposés au modèle des parents et des adultes en général.* »

Le groupe de pairs permet donc à l'adolescent de s'affirmer en toute sécurité. Au milieu du groupe qui pense comme lui, ce dernier trouve une raison, d'être une force du « moi », une image rassurante de lui-même ; ceci apaise son inquiétude intérieure et lui redonne le sentiment de sa valeur. Ainsi, le groupe des pairs constitue le groupe social par excellence et la matrice de toutes les relations sociales ultérieures.

Nous voyons donc que le besoin de participation à des groupes de jeunes peut relever de différentes motivations. L'attrait du groupe est bien celui des premières expériences sociales libres. A l'opposé de la société adulte, le groupe des contemporains permet à l'adolescent de se mesurer aux autres sur un plan d'égalité et de réciprocité. Dans le groupe, les jeunes échangent des expériences et, parallèlement, l'affirmation de soi s'enrichit. Cet échange d'expérience est une notion d'importance considérable surtout pour ce fait que, selon Zazzo (1972, p.337), « (...) *l'expérience d'infériorité sociale affaiblit le besoin d'affirmation lui-même, ou le réduit le plus souvent à ses manifestations frustrées.* » Nous voyons que le sentiment d'être inférieur rabaisse l'estime de soi chez l'adolescent handicapé moteur, ce qui accroît son sentiment d'incertitude.

Cela étant, nous retenons que l'adolescent a besoin de retrouver un environnement épanouissant pour la recherche affective de son identité. Dans le cas contraire, il ne peut manquer de se sentir rejeté par ceux qui, pourtant devraient entretenir avec lui de bonnes relations. Ainsi donc, l'adolescent handicapé moteur ne manque pas de mobiliser des efforts non moins considérables dans le vécu de sa situation problématique, d'où un besoin d'un entourage tolérant pour renforcer sa capacité de vivre.

3.5. L'adolescent handicapé moteur à la quête de l'identité

L'adolescence est une période d'ouverture au monde extrafamilial. La recherche d'une image de soi se fera par l'identification d'une part aux semblables (pairs) et, d'autre part, à certains adultes qui peuvent être des parents, des professeurs, etc. Les problèmes dont souffrent les jeunes trouvent leur fondement dans leurs rapports avec les adultes. Ceux-ci ne se rendent pas compte de l'incidence de leurs actes sur les opinions et les comportements des jeunes. Pourtant, ces derniers voudraient trouver chez ces adultes des « modèles » auxquels ils vont s'identifier.

A défaut des modèles d'identification de la part des adultes, l'adolescent préfère les amitiés de la part de son groupe de pairs. En nous référant à Cordeiro (1995, pp.35.36) nous relevons que « *les amitiés tant passagères des adolescents peuvent être comprises comme des phénomènes*

de restitution qui empêcheraient la régression totale de la libido dans le narcissisme et contribueraient à l'enrichissement du moi. »

Nous assignons au groupe de pairs le rôle prépondérant dans l'enrichissement du moi, ce qui sans doute ajoute une valeur à l'estime de soi. Le cas contraire conduit à la mésestime de soi avec tout ce que cela comporte comme conséquences. Nous réalisons que l'identité chez l'adolescent est composante importante dans l'équilibre de sa personnalité. Elle renforce même le caractère homosexuel ou hétérosexuel chez l'adolescent.

L'adolescence est un véritable repli narcissique à la découverte d'une image de soi, mais au sein de la communauté adolescente et vers une prise en charge de son l'étayage suffisant pour parvenir aux choix de l'objet d'amour et, à l'affirmation de son identité. Reymond-Rivier (1980, p.42) explique que *« les désirs libidinaux refoulés au dépassement du complexe d'œdipe sont ravivés, l'énergie sexuelle devenant active de par la maturation des organes génitaux et de la fonction reproductive. »* L'enfant voudrait alors investir sa libido sur une personne qui a pris soin de lui pendant toute son enfance, mais se trouve bloqué par l'interdit incestueux dont il a pris connaissance avec le complexe d'œdipe. Pour y faire face, il doit chercher de nouveaux objets à l'extérieur, en étant, au préalable défait des anciens. La quête de l'identité chez l'adolescent handicapé moteur face au monde des préjugés liés à l'absence d'information sûres l'exposé. Les interdits vont en croissants surtout avec le fait qu'à cela s'ajoutent différents mythes relatifs au handicap.

Dans sa dynamique intégrationnelle, l'adolescent handicapé moteur a besoin d'entretenir de bonnes relations avec son entourage, pourtant il est en proie à des discriminations et est considéré comme n'étant pas encore de la catégorie des personnes de son âge. L'adolescent est à la quête effective de son identité et, dans ces conditions, il ne peut manquer de se sentir rejeté, ce qui en constitue une entrave à la recherche effective de son identité. Ainsi, au cours de ce cheminement, les adolescents handicapés moteurs se heurtent à d'énormes difficultés psychologiques et affectives.

En vue d'atteindre nos objectifs de recherche nous avons présenté la position du problème la méthodologie de recherche qui nous a permis de réaliser l'étude et rapporté le déroulement du travail de terrain.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE ET CONSIDERATION METHODOLOGIQUE

Dans le souci de mener notre travail de recherche, nous avons opté pour un cheminement que nous avons jugé pertinent pour réaliser notre étude. C'est le recours à une méthode appropriée qui nous a amené effectivement sur la voie de l'atteinte de nos objectifs de recherche. Ainsi, nous avons précisé la méthode et la technique que nous allons utiliser et décrire le déroulement des opérations de terrain.

4.1. Problématique

L'homme, être à la fois individuel et social, mène une vie caractérisée par les rapports qu'il entretient avec les autres membres de la société dont il fait partie. Il entre ainsi, en relation avec eux dans un univers structuré et organisé, déterminant les comportements humains en fonction des modèles de référence ou des normes sociales. Ces modèles socioculturels servent à appréhender la réalité sociale à travers les manières de penser, de sentir et d'agir de l'individu. Ce sont ces modèles socioculturels qui circonscrivent le cadre de structuration de notre personnalité, et, partant, modèlent l'image que nous nous faisons d'une réalité. A cet égard, selon Stiker (1970, p.9), il convient de nous interroger sur « *les manières sociales et culturelles de vivre, considérer et « traiter » ce que nous nommons avec tant d'imprécision le handicap* ».

La personne handicapée est chargée d'une déficience dans la vie. Puisque nous savons que le handicap en général, et le handicap moteur, en particulier, engager indubitablement la personnalité et la société, quelle est alors la situation de la personne handicapée sur le plan moteur dans le champ d'interaction personnalité-société ? Comment se présentent-elles les expériences vécues par la personne handicapée moteur tant sur le plan individuel que sur le plan social ?

Joue-t-elle un rôle actif dans les structures fondamentales de la société à savoir la famille, le groupe social si on sait que cette participation demeure la base même de l'expérience humaine et de l'intégration dans la société ?

La société a des considérations négatives de l'individu handicapé, elle conduit ce dernier à se sentir inutile et à développer une attitude négative de soi. Selon Trannoy (1971, p.7), « *non seulement il est différent, mais minoritaire, et déplaisant parce qu'inquiétant. Dès lors, on le rejettera. Dans la société primitive, même au-delà de la loi de la Jungle, on le supprimera, dans la société plus évoluée, on le fuira, ou bien on l'éloignera de la communauté.* » La

famille, quant à elle, manifeste une attitude de surprotection et celle de rejet de cette personne. L'individu porteur de handicap est exclu de certaines opportunités et rôles sociaux qui le combleraient de bien-être et l'aideraient à recouvrer la confiance en lui-même. La famille éprouve une certaine gêne de telle façon qu'elle cache cette personne handicapée et l'empêche de participer aux activités familiales et sociales. Cet individu est souvent marginalisé quand il y a des fêtes ou autres rassemblements. Les parents et la fratrie lui assignent des fois des rôles non valorisés et lui confèrent également un statut dévalorisé. La personne handicapée finit par se considérer elle aussi comme quelqu'un d'inutile, une personne qui ne dit rien d'important ou qui ne fait rien d'intéressant, elle croise les bras si elle les en a d'ailleurs et reste dans le *statu quo*.

La personne handicapée a été considérée avec compassion, pitié et crainte. Nous savons qu'il existe une corrélation indissociable entre la vie personnelle et la réalité sociale, que l'homme n'est pas isolé de son milieu de vie mais plutôt qu'il est en situation sociale dans son environnement socioculturel. Toutes ces attitudes ont des répercussions sur le développement de la personnalité en effet cette dernière se caractérise par des bouleversements socio-affectifs et psychologiques et se matérialisent par un ensemble de préjugés, stéréotypes qu'a la société à l'égard de la personne handicapée. Le sujet handicapé éprouve un problème d'adaptation se manifestant sous forme d'isolement, de repli sur soi, de retrait, avec un sentiment d'infériorité, une tendance à la passivité, etc. Les stéréotypes et les préjugés autour de la personne handicapée moteur comme d'ailleurs toutes les catégorisations prennent naissance dans la société et sont renforcés par l'appui social.

De son apparition, le handicap affecte l'individu qui en est la victime. L'individu est affecté non seulement dans sa chair mais aussi dans la conscience qu'il a de lui-même. Le sentiment qu'il a de sa situation, la manière dont il se perçoit vis à vis des autres et de son infortune retentissent sur ces relations sociales et sur ces projets d'avenir. L'adolescent qui a un handicap moteur ne manque pas d'avoir une représentation qui pèse sur son estime de soi. Selon Cordeiro, (1995, p.55) « *l'adolescence, il est vrai, est un âge d'interrogation, nous nous posons beaucoup de questions, nous aimerions que les choses changent, mais comme tout le monde.* »

Il importe de projeter nos regards sur la façon dont l'adolescent handicapé moteur va pouvoir franchir son enfance vers l'âge adulte. L'homme mal informé ne cesse de mal agir ; l'attitude parentale et même de l'entourage ne manque pas d'influer sur l'intégration psychoaffective du handicapé moteur. La famille est, pour l'enfant, un milieu naturel où il peut s'épanouir

pleinement mais pour l'adolescent, toute autorité devient pesante, toute contrainte apparaît moins supportable et il ne comprend pas même sa nécessité.

Les adolescents aident moins volontiers les parents, ils désirent se promener avec des amis de leur choix, etc. Ils perdent leur docilité, deviennent susceptibles et parfois ingouvernables. La considération de l'entourage de l'adolescent varie en fonction de la personnalité des uns et des autres.

La situation d'adolescence face au monde des préjugés a retenu le plus notre attention, elle n'est pas aussi simple qu'on ne le croit. Reymond-Rivier, (1980, p.180) indique que, « *quel que soit le contexte socioculturel, l'adolescence est et sera toujours une période de crise et déséquilibre, caractère qu'elle doit autant aux changements physiologiques qui s'accomplissent et à leurs répercussions psychologiques qui s'accomplissent et leur obligation pour les jeunes de réaliser, leur insertion dans la société et de prendre en mains leur destin.* »

Nous comprenons que malgré son état de handicap, l'adolescent handicapé moteur doit continuer à s'insérer socialement pour gagner sa vie. Il est à la quête de son indépendance pour accéder au monde adulte. En dépit de sa situation de handicap, l'adolescent handicapé moteur doit également suivre sa scolarité pour atteindre son plein épanouissement. Bauchard et son équipe, (1975, p.53) indiquent que, « *le cap de l'âge adulte est franchi sur le plan social lorsque l'adolescent quitte le milieu scolaire pour passer dans le milieu professionnel. De ce milieu il reçoit non plus seulement un enseignement mais aussi un salaire qui lui donne une autonomie sur le plan matériel, en même temps, il se trouve soumis à des pressions qu'il n'a pas connu jusqu'ici et qu'il lui faut affronter* ».

Nous relevons que le processus intégratif de l'adolescent rencontre des difficultés. Cette intégration demande les efforts conjugués des différents intervenants comme il existe une diversité de milieux. Face à cette situation, nous nous sommes posées une série de questions de recherche dont la question générale est la suivante :

Quel est le vécu psychoaffectif d'un adolescent handicapé moteur ?

De cette question générale découlent les questions spécifiques suivantes :

Quelles sont les difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur ?

Quelles sont les difficultés d'intégration psychoaffectives que l'adolescent handicapé moteur rencontre à la maison ?

Quelles sont les difficultés d'intégration psychoaffectives que l'adolescent handicapé moteur rencontre à l'école ?

Quels sont les sentiments éprouvés par un adolescent handicapé moteur ?

Comment l'adolescent handicapé moteur se sent-t-il en tant qu'être un handicapé moteur?

Comment l'adolescent handicapé moteur se sent-t-il lorsqu'on lui reproche d'être handicapé ?

Quelles sont les perspectives d'avenir et les suggestions chez l'adolescent handicapé moteur ?

Qu'est-ce que l'adolescent handicapé moteur envisage-t-il faire dans son avenir ?

Que faudrait-il faire pour l'amélioration des conditions de vie des adolescents handicapés moteurs ?

Que propose l'adolescent handicapé moteur à l'Etat, aux parents, aux enseignants ?

4.2. Objectifs de recherche

4.2.1. Objectif général

Etudier les difficultés psychoaffectives d'un adolescent handicapé moteur

4.2.2. Objectifs spécifiques

- Découvrir les difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur.
- Dégager les sentiments éprouvés par l'adolescent handicapé moteur.
- Montrer les perspectives et les suggestions d'un adolescent handicapé moteur.

4.3. Méthodologie et techniques de recherche

En matière de recherche, il s'impose aux chercheurs le choix de la ou des méthodes et des techniques qui lui permettent de mieux aborder les aspects de son sujet à l'étude.

4.4. Méthode qualitative

Dans le domaine des sciences humaines et sociales deux méthodes fondamentales sont à la portée du chercheur. Il s'agit de la méthode quantitative qui vise à la quantification des données et de la méthode qualitative qui se veut exploratoire et donc porte moins d'intérêt à la mesure du phénomène à l'étude et les méthodes qualitatives qui procède par un rassemblement intensif des données de résultat. En ce qui concerne notre étude, nous avons opté pour la méthode qualitative pour explorer notre champ d'étude. Nous n'avons pas la prétention de fonder la recherche sur la fréquence de l'apparition des événements. Comme le dit Poisson, « *Une recherche qualitative contrairement à une recherche de type positiviste, laisse beaucoup de places à l'improvisation comme l'ajustement aux événements qui se produisent inopinément lors de l'investigation.* » Nous voyons que le chercheur, ici, vise à l'exploration du phénomène, laisse bienvenues toutes les données qui lui sont offertes par le milieu. C'est la qualité et la nouveauté de l'information qui importent le plus en recherche qualitative.

Muchielli (1973, p57) le souligne de cette manière : « (...) *délaissant les calculs, l'analyse qualitative s'oriente vers l'analyse psychologique des observations recueillies.* »

Nous tenons de rappeler que notre étude ne répondait pas aux besoins de généralisation des résultats de recherche sur une population donnée. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas travaillé sur un grand échantillon de sujet.

En fait, la recherche qualitative « (...) *est réalisée par de petits groupes de personnes qui généralement ne cherchent pas à arriver à des conclusions définitives ou à généraliser les résultats à la population dans son ensemble.* » Ceci veut dire que, les conclusions de recherche qualitative restent applicables aux seuls sujets ayant été concernés par l'étude.

Dans notre recherche nous avons utilisé la méthode qualitative pour recevoir les confidences sur le vécu psychoaffectif d'adolescents handicapés moteurs. Du choix de la méthode en dépend le choix de techniques de recherche. Pour ce qui nous concerne, nous avons utilisé l'enquête par l'entretien semi-directif comme technique de recherche.

4.5. Enquête par l'entretien semi-directif

En sciences humaines et sociales, le chercheur a à sa disposition de multiples techniques parmi lesquelles il choisit celles qui conviennent à sa recherche. Comme l'explique Léon (1977, p157) « *le choix des techniques de collecte des données est étroitement lié ou solidaire*

à la nature du phénomène étudié. » Nous avons fait appel à des entretiens avec les handicapés moteurs, donc sur la base de leurs témoignages. En réponse à cette exigence et dans le but de recevoir d'amples informations sur notre sujet d'étude, nous avons utilisé l'enquête par l'entretien semi-directif. C'est sur la base de témoignages du sujet concerné que nous sommes parvenues à avoir des informations fiables à propos de sentiments profonds dont l'enquête est le foyer.

Dans l'objectif de connaître les intentions d'un sujet du côté du chercheur, Festinger et Katz (1974, p358) trouvent que « *les expériences déjà vécues par le sujet comme les intentions qui préparent son futur comportement ne peuvent guère être connues par d'autres moyens. Les perceptions, les attitudes, les opinions qui ne se manifestent pas dans un comportement observable sont accessibles grâce à l'entretien.* » Il en découle que l'enquête par entretien se révèle efficace pour atteindre le vécu du sujet dans sa complexité. Pour nous, il s'est agi d'un dialogue avec les adolescents handicapés moteurs en fonction de nos objectifs de recherche.

Pour Benony (1999, p.9) « *l'entretien semi-directif se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leur représentation personnelle sur tel ou tel autre problème.* »

Ainsi, l'enquête par entretien semi-directif permet de bien saisir le vécu de l'individu sur un point de vue donné. Pendant l'échange, nous avons respecté la libre expression de nos enquêtés et dans la libre expression de l'interviewé. Un tel entretien est possible après avoir commencé par une mise en confiance à l'endroit du sujet et l'entretien proprement dit se fait autour d'un guide d'entretien qui comporte des questions pilotes constituant la charpente à la base de laquelle se construit tout l'entretien.

Selon Ionescu et Blanchet (2006, p63), « *l'entretien semi-directif oscille entre la non directivité et la directivité. L'interviewer a une attitude non-directive quand il répète et reformule les propos de l'interviewé grâce aux répétitions simples, répétitions thématiques, reformulation, reformation du non-dit, et une attitude directive quand il pose des questions spontanées ou préparées.* » Nous avons choisi cette technique sous le fait que notre recherche visé la qualité et la nouveauté de l'information. Nous sommes d'avis que cet entretien consiste en un dialogue orienté, guidé et relancé par l'enquêteur qui, cependant laisse la liberté à l'enquêté de s'exprimer. L'entretien semi-directif est une technique de recueil de données centré sur le client. Pour ce, personne d'autre n'est mieux placé que le sujet lui-même pour connaître ses problèmes, son vécu et ses aspirations. En fait, la rencontre moteur et l'échange

verbale avec notre étude, étaient nécessaires. C'est pourquoi nous avons opté pour l'entretien semi-directif comme technique de recherche. Ce qui implique un meilleur ciblage des handicapés moteurs à interroger pendant les moments de l'enquête.

4.6. Population d'enquête

La population d'enquête est constituée par l'ensemble des sujets susceptibles de fournir en rapport avec les objectifs de la recherche. Pour ce qui est de la population d'enquête, Mucchielli (1973, p.16) indique qu'il s'agit de « *l'ensemble de groupes concernés par les objectifs de l'enquête.* » Dans le cheminement vers l'attente de nos objectifs, les adolescents handicapés moteurs étaient les ciblés pour nous faire part de leur vécu psychoaffectif.

C'est à 12 ans que l'enfant entre dans la phase de l'adolescence avec tous les changements que cette période implique. Plus encore l'adolescent a en quelque sorte des notions sur la réalité.

A cette phase, selon l'*Univers de Psychologie* (1981, p.42) « *l'enfant ayant perdu son égocentrisme a davantage la notion de réalité.* » Un jeune adolescent, est à mesure de raisonner sur le hasard, le possible et il se pose des questions sur le pourquoi de choses qui l'entourent. L'âge de 18 ans a été retenu comme limite car l'adolescent a une maîtrise du monde et de son entourage. Cette maîtrise implique une affirmation de la personnalité chez l'adolescent handicapé moteur.

Le handicapé moteur dont il est question pour notre étude, devrait être affecté au niveau des membres inférieures et fréquentant aux écoles secondaires.

4.7. Technique du choix des cas

Nous avons d'abord adressé une lettre au chef du service de kinésithérapie pour demander la permission de consulter les dossiers des malades afin de repérer les adolescents handicapés moteurs répondants à nos critères (ceux dont les deux jambes ont été touchées et ceux dont une seule jambe a été affectée). Le dossier du malade donnait des indications sur l'identification de celui-ci, sa résidence du moment, son âge et le type d'infirmité. Nous avons recueilli les adresses de ces derniers qui avaient été fournies par les malades eux-mêmes.

Après avoir consulté leur fiche d'identification, nous avons choisi les sujets répondants à nos critères c'est-à-dire selon leur type d'infirmité. L'entretien a eu lieu en date du 23 août chez NG à Gasenyi. Nous l'avons appelé au de téléphone pour nous assurer de sa disponibilité et ce

n'est que vers 9 heures que nous l'avons rencontré à l'arrêt bus de Gasenyi et nous nous sommes parties avec lui à la maison et c'est à 9 heures 40 minutes que l'entretien a débuté. L'entretien s'est bien déroulé et s'est clôturé à 10 heures. Concernant sa vie scolaire, il affirme avoir des difficultés pour arriver à l'école à cause de son handicap moteur, ce qui fait que NG présente des sentiments d'angoisse.

Comme notre étude est qualitative, notre recherche est intéressée à un recueil de données sur un petit nombre d'adolescents handicapés moteurs susceptible de fournir des données utiles à notre étude. Pour choisir nos enquêtés, nous avons utilisé l'échantillonnage typique qui consiste, selon Nisabwe (A/A : 2013-2014), « (...) à identifier le type et retenir ceux qui répondent aux critères fixés par le chercheur ». Nous avons été guidées dans le choix de nos sujets par le kinésithérapeute. Ils étaient sélectionnés sur base des caractéristiques qu'ils présentaient et non choisis au hasard (ceux dont les deux jambes ont été touchés et ceux dont une seule jambe a été affectée et scolarisés ou non). Le 23 août, nous avons repris contact avec le chef de kinésithérapie au centre.

Le premier adolescent enquêté est handicapé moteur suite à un accident de vélo survenu en février 2014. Il fréquente l'école fondamentale de Gasenyi en 8^{ème} année et est âgé de 14 ans. Il habite chez sa tante à Mirango I.

Le second enquêté, IR, est une adolescente de 15 ans, dont le handicap est survenu suite à une maladie qui a attaqué ses reins et toutes ses deux jambes qui ont été paralysées ; elle se déplace dans une chaise roulante. Nous l'avons rencontrée devant la salle de kinésithérapie au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. Elle a été hospitalisée durant deux ans et, actuellement, elle est à la maison et suit encore des séances de kinésithérapie. L'entretien a eu lieu le 23 août à 15 heures chez ses parents à Kamenge. IR nous a rejoints au marché de Kamenge malgré les difficultés que présente son état de santé. Arrivées à la maison, nous nous sommes présentées à sa mère qui est vendeuse de bananes mûres et notre demande a été bien accueillie pour celle-ci. L'entretien a duré 45 minutes. Concernant sa vie scolaire, elle affirme avoir eu des difficultés pour arriver à l'école à cause de son handicap moteur, ce qui est à l'origine de son abandon scolaire. Pour ce qui est en rapport avec ses sentiments, NG indique qu'elle se trouve mal aimée dans sa famille tutrice.

Le troisième adolescent enquêté TU, est en situation d'abandon scolaire pour cause de handicap. Ses 2 jambes ont été amputées suite à un accident de circulation. Il était en 7^{ème}

année et a raté l'année scolaire. Nous l'avons également trouvé auprès de la salle de séance de kinésithérapie. Il était toujours hospitalisé au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge au moment de notre enquête. L'entretien a eu lieu le 24 août à 10 heures dans cet hôpital même et a duré 30 minutes. Il déclare avoir beaucoup perdu à cause de cet accident qui a occasionné l'amputation de ses jambes. Il a de sentiment du regret et de crainte pour son avenir.

Le quatrième enquêté est un adolescent âgé de 13 ans et que nous avons désigné par KA, c'est sa jambe droite qui est touchée sans qu'il y ait eu un accident. Sa jambe droite a été paralysée et devenue insensible quand il avait 5ans mais l'origine reste inconnue. Il a été trouvé à côté de la même salle où nous avons rencontré les premiers. Son handicap est survenu quand il avait 9 ans, il lui a été impossible de plier sa jambe à cause de cette paralysie, il suit des séances de kinésithérapie et garde l'espoir de marcher sans problème un jour. KA est orphelin de père et de mère et habite Gihosha Rural chez son cousin et étudie à *l'école fondamentale* Gikungu. L'entretien a eu lieu le 25 août de 11 h 30 minutes à 12 heures au Centre Hospital-Universitaire de Kamenge. KA ne désespère pas malgré sa maladie. Concernant son intégration psychoaffective, il ne se sent pas à l'aise dans sa famille tutrice car il se voit comme un élément de trop malgré qu'il n'y soit pas maltraité. KA dit qu'il va fréquenter la Faculté de Médecine pour se spécialiser en chirurgie.

Le cinquième cas, NS, est une adolescente de 17 ans à qui on a amputé la jambe droite à cause d'un accident de circulation survenu en octobre 2015. Il a été trouvé devant la salle des séances de kinésithérapie. Elle suit les séances de kinésithérapie. Elle étudie en 2^{nde} LM au Lycée du Lac Tanganyika. L'entretien avec elle a eu lieu le 26 août à 9 heures. Mais nous l'avons rencontrée à l'Eglise Saint Joseph en zone Ngagara. L'entretien s'est bien déroulé et a duré 50 minutes. Elle espère poursuivre ses études jusqu'à l'enseignement supérieur et a déjà choisi, pour sa part, la filière de psychologie clinique. Elle déplore la discrimination à l'égard des handicapés sur le marché du travail au Burundi.

Après l'analyse des données du 6^{ème} enquêté de notre recherche, le constat est que ce dernier n'a pas apporté d'éléments nouveaux dans ce qui avait été dit par ces prédécesseurs. GA affirme que son handicap est considéré comme un fardeau pour sa famille, tantôt on le considère comme pouvant être traité par des médicaments traditionnels, tantôt comme pouvant être traité par des séances de kinésithérapie.

Concernant son intégration psychoaffective, il a des difficultés dans la famille car ses parents le surprotègent et ses frères ne veulent pas l'approcher. Ainsi par exemple, il dit ceci : « *Ubu bumuga ni nk'umuzigo ku muryango wanje, kuko ndavye inyifato basigaye bagira, basigaye babinyereka ko barambiwe.* » Ce qui se traduit de cette manière : « *Mon handicap est comme un fardeau pour ma famille en observant leur comportement, je vois qu'ils sont fatigués.* » Concernant ses sentiments, GA éprouve quelquefois des sentiments d'angoisse lorsque ses parents ou ses frères refusent de lui rendre service. Il est colérique envers ceux qui le dérangent en rapport avec son handicap. A ce sujet, il s'exprime comme suit : « *Haraho numva nigungze iyo nsavye ico bamfasha nkabona ntibanyarukirije. Ndababara cane kuko hari ivyo nahora nikorera ubu ntagishobora.* » Ce qui se traduit de cette façon : « *Je me sent frustré et isolé s'il s'agit de quelques chose dont je pouvais m'offrir avant mais je me retrouve incapable pour le moment.* »

GA ne nous a pas apporté de nouvelles informations par rapport aux données qui avaient été recueillies auprès des cinq premiers enquêtés puisqu'ils n'ont fait que revenir sur ce qui a été dit par les cinq autres. Or, dans une étude non probabiliste selon Mayer et Ouellet cités par Nshimirimana (2011, p.32), « *l'échantillon est constitué de façon finale lorsque la collecte d'information n'apporte plus aucune idée nouvelles à celles qui ont été déjà trouvées.* » Nous avons ainsi décidé d'arrêter l'enquête avec le sixième sujet et de ne retenir que les données des cinq premiers pour l'étude. La transcription et l'examen des propos de ces cinq enquêtés nous a rassuré que nous étions en présence de la saturation de l'information. A ce sujet, Bertlier (2009, p.49) suggère que : « *le nombre d'unités à enquêter est lié à la saturation de l'information : on s'arrête quand on n'apprend plus rien de nouveau.* »

Après le travail de terrain, nous avons procédé au dépouillement de données, nous avons procédé à l'enregistrement de ces dernières et par la suite nous avons retranscrites sur des feuilles de papiers. Ayant récolté les données de recherche, il convenait de présenter les cas, analyser les données recueillies auprès adolescents handicapés moteurs et interpréter les résultats obtenus. Ce qui constitue la seconde partie de notre travail.

4.8. Préenquête

La préenquête constitue une étape importante pour la recherche scientifique. Il s'agit en fait d'un essai du travail de terrain afin de se familiariser avec les instruments de recherche.

Selon Pinto et Grawitz (1961, p.819), « *il convient d'insister sur la nécessité d'une préenquête approfondie, c'est-à-dire d'un essai d'une enquête sur un petit nombre de sujet permettant de roder le questionnaire et de mieux se rendre compte des difficultés.* »

En fait, la préenquête permet au chercheur de tester la technique de recherche, de voir s'il n'y a pas de difficultés pouvant handicaper le travail de terrain et ainsi de se rendre compte que les objectifs pourront être atteints ou non. Il importe d'expliquer comment nous avons choisi les sujets qui ont fait objet de notre préenquête. D'abord nous avons visité le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. Pour entrer en contact avec les sujets intéressants notre recherche, les stagiaires nous ont montré le chef de service de Kinésithérapie qui, après avoir compris l'objet de notre visite, nous a accordé la permission de rencontrer les sujets concernés par notre étude. Il nous a fixé rendez-vous le jour où on fait des séances de kinésithérapie.

Pour la préenquête, nous avons travaillé sur des adolescents handicapés moteurs, un garçon dont un seul membre inférieur lui fait défaut et une fille dont ses deux membres inférieurs lui font défaut. Deux sujets NA et KI nous ont servi pour la préenquête, ceux-ci ont été choisis parmi huit adolescents handicapés moteurs qui répondent à nos critères précis.

L'entretien avec le premier cas a eu lieu au CHUK en date du 16 août 2016 à 11 heures et cet interviewé a été baptisé NA de la Commune Ntakangwa, il a 16 ans et étudie en 9^{ème} année, il a du mal dans sa jambe droite suite à un accident d'une moto survenu en date du 13 mars 2015. NA vit à Kinama, avec ses parents et ses frères.

Le deuxième cas KI est orpheline de père, elle a 14 ans. Elle est de la Province Kirundo, elle se déplace dans une chaise roulante. Cet entretien a eu lieu à 12 heures au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge. Elle a été hospitalisée pendant huit mois mais pour le moment elle est dans une famille d'accueil à Gasenyi. Quant à l'apport de la préenquête, c'est que notre guide d'entretien a dû être révisé et amélioré. En posant la question « *Ni izihe ngorane ugira zijanye n'ukubaho mu rukundo kw'ishule ?* » Cela peut se traduire comme, « *quelles sont les difficultés d'intégration psychoaffectives que vous rencontrez à l'école ?* »

Tous les deux cas affirment qu'ils ont des difficultés d'intégration psychoaffective à l'école à cause de leur incapacité de jouer avec les autres élèves et de participer dans des associations.

Les propos de NA nous montrent bien, « *ntibikunda ko tubaho twumva ko dukunzwe, ningorane kuko abantu biyumvanamwo iyo bahurira mu dukino, no mu mashirahamwe, ndetse no mutundi turwi tw'urwaruka.* »

Ce qui veut dire, « *c'est impossible de nous sentir être aimé car nous ne jouons pas avec les autres, nous n'avons pas d'association pas même de groupe de jeunes.* »

NI quant à elle a dit ceci, « *haaaa, kubaho mu rukundo gute atavyo twishoboreye ? vyose bagukorera biragoye. Mbe nkanje barinda gusuguma bonkunda gute tudakina, nja aho banjanye, nta bikorwa biduhuza, nta n'ianza, abantu bumva ko bakunzwe iyo bagenderanira, hari nico bamariraniye. Nayo jeho bandaba nk'ingorane aho ataco nikorera.* »

Pour dire que, « *vivre en amour comment alors que je suis incapable de satisfaire même mes besoins, moi pour me déplacer, on doit pousser ma chaise, je pars où ils veulent que j'aïlle, je ne participe pas aux cérémonies, les gens aiment ceux qui les rendent visite. Quant à moi, ils me regardent comme un fardeau car je ne fais rien même pour moi.* »

S'agissant de la cinquième question qui, au début était ainsi libellé : « *Mutegekanya gukora iki muri kazoza ?* » C'est-à-dire, « *Qu'est-ce que vous envisagez faire dans votre avenir ?* »

Cette question est très émotivement chargée et plus encore les sujets ont tendance à refléter que leurs attentes envers l'état sans émettre des idées en rapport avec leur projet. Ce qui ne favorise pas l'ouverture. Ainsi par exemple, NA a répondu « *Leta niyadufasha tukaja mu mahanga aho dushobora kwiya neza nk'abandi tuzokora.* »

Au moment où KI dit, « *nokora ntatambuka, nugupfa nabi, kazoza nakabakomeye. Abagira neza nibadufasha tuzokora.* » C'est-à-dire, « *Comment travailler alors que je ne suis pas bien portante, les bienfaiteurs lorsqu'ils nous aideront, nous travailleront.* »

Nous voyons que tous les deux évoquent leurs attentes envers l'Etat et d'autres bienfaiteurs sans toutefois évoquer leur projet. Ceci nous a poussé à reformuler la cinquième question de la manière suivante : « *Nyiganira imigambi yawe yo muri kazoza.* » C'est-à-dire : « *Parle-moi de tes projets.* »

Bref, la préenquête nous a permis de relever les imperfections qui, d'une manière ou d'une autre aurait pu constituer des obstacles au bon déroulement de l'enquête et l'atteinte des objectifs. Le passage à cette phase conditionne le bon déroulement de l'enquête proprement dit.

**DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE DES DONNEES ET
INTERPRETATION DES RESULTATS DE RECHERCHE**

CHAPITRE V : PRESENTATION DES CAS

Le présent chapitre a été consacré à la présentation des cas ayant fait l'objet de notre étude. Nous nous sommes intéressées aux biographies de nos sujets d'enquête et avons rapporté des extraits d'entretien pouvant renseigner sur l'incidence du handicap moteur sur le vécu psychoaffectif de l'adolescent. Comme nous avons promis à nos enquêtés de garder leur anonymat, nous avons choisi de les désigner par des pseudonymes.

5.1. Cas NG

NG est un adolescent âgé de 16 ans. Il est orphelin de père et de mère, il habite chez sa tante maternelle à Gasenyi. Il a commencé l'école à 8 ans à l'EP Kivyuka. Lorsque nous l'avons rencontré à la maison, nous avons relevé que son visage reflétait une vie de stress permanent. Visiblement, il aurait des soucis à cause de son handicap moteur. NG a affirmé avoir des difficultés particulières dans sa vie scolaire. Il s'est exprimé de la manière suivante : « *Ubu rero nguma nicaye ngaha muhira, no kw'ishure birangora gushika yo. Ngiye na ho, umengo bandaba nabi kuko ntakerebuka ngo niruke nkine n'abandi canke mwigisha abajije nyaruke kuja kwandika ku rubaho. No gucerwa ndacerwa, abandi banca ko biruka.* » Ce qui se traduit ainsi : « *Maintenant, je reste ici à la maison, j'ai des problèmes pour arriver à l'école et lorsque j'y vais, on me méprise parce que je suis incapable de courir pour jouer avec les autres ; lorsque le maître me pose une question, je suis incapable d'aller rapidement au tableau pour écrire. J'arrive à l'école en retard pendant que les autres me dépassent en courant.* »

Il indique qu'il passe toute la journée au lit et veut manger comme un boulimique ce qui l'affecte beaucoup. Il veut participer convenablement aux activités domestiques et en classe mais avec la jambe qui lui fait défaut, cela ne lui permet pas de le faire.

Son handicap moteur ne date pas de longtemps, il est survenu en février 2014 lorsqu'il a eu un accident de circulation avec son petit vélo. NG regrette le fait de ne pas être scolarisé qui est lié à son handicap. Il dit ceci : « *Iyo ndavye abo tungana bari ko bibandaniriza amashule, birambabaza.* » Ce qui signifie manière : « *Quand je vois les autres de mon âge poursuivre leur scolarité, cela me fait mal.* »

Sa tante le surprotège et l'empêche même de participer à des festivités avec d'autres enfants. NG souhaiterait avoir une occasion de s'évader sans aviser sa tante. C'est comme si sa vie

était faite d'embuches eu égard aux difficultés liées à l'ambiance parentale et au rejet par les pairs.

Pour ce qui est des travaux domestiques, il affirme ne pas le faire comme les autres enfants de son âge, car il est incapable de rester debout sans béquilles. Il dit ceci à ce sujet : « *Ku bijanye n'ibikorwa nko guteka, kumesura, gukoropa narahevyeye kuko ibisaba gukora mpagaze ntibikunda nibereyeho uko.* » C'est-à-dire : « *Pour les travaux domestiques comme la lessive, torchonner, faire la cuisine j'ai laissé tomber.* »

S'agissant du traitement, il suit les séances de kinésithérapie deux fois la semaine au CHUK. Il obtient difficilement de l'argent pour payer les soins puisqu'il est orphelin et c'est sa tante qui court à gauche et à droite pour payer ses soins de santé. Il vit une situation difficile puisque seule sa tante s'occupe de lui. Il dit avoir été hospitalisé durant cinq mois, ce qui a été coûté très cher. Pendant ce temps, le mari de sa tante n'a jamais voulu les assister, lui et sa tante. En fait, c'est comme si son oncle avait senti une certaine lassitude dans sa prise en charge, ce qui, dans l'esprit de NG, reste incompréhensible. Quant aux aides déjà reçues de la part des différents intervenants, il dit qu'il bénéficie d'une attestation d'indigence et il est toujours en attente d'un bienfaiteur qui peut l'aider.

5.2. Cas IR

IR est une adolescente âgée de 15 ans. Elle est orpheline de père et habite chez sa mère qui est vendeuse de bananes mûres. Elle a commencé l'école tardivement à cause de ses conditions difficiles de vie d'orpheline puisque, dit-elle : « *Jewe hageze aho notanguye ishule nk'abandi, papa aca arahwera, hama duca dusa n'uko ubuzima buhagaze kuko mama nta kazi yagira.* » Ceci veut dire : « *Au moment où j'allais commencer l'école comme les autres, mon père est mort et la vie pour moi était comme arrêtée parce que notre mère n'avait pas de travail.* » Arrivée à l'école, elle a connu des crises répétitives de crampes impressionnant le monde scolaire et les autres élèves la fuyaient, chose qui constituait un gêne pour elle. Tantôt on la fait rentrer juste après la crise et d'après elle, son intelligence est normale sauf qu'elle rencontre le seul obstacle lié aux conditions de sa situation sanitaire, c'est-à-dire son handicap moteur. IR était devenue handicapée motrice suite à une maladie qui a attaqué ses reins et ses deux jambes sont paralysées. Au début, elle avait mal au ventre et on croyait qu'elle était des vers intestinaux, ce qui n'était pas le cas.

IR était brillante au début de scolarité. Aujourd'hui, elle s'estime peu capable par rapport aux autres de son âge. Au fur et à mesure qu'elle grandit, elle devient hyper sensible à la discrimination dont elle fait l'objet dans son voisinage et, ainsi, elle a fini par adhérer aux considérations de son milieu de vie et se discrimine elle-même. Elle vit dès lors des sentiments d'inquiétude et d'incompréhension. Elle dit ceci : « *Baba abo tubana tungana canke n'abo nsumba, baraterwa ubwoba nuko mugaye bakanampunga kuko ata co nishoborera.* » Traduisons : « *Les voisins de mon âge ou ceux qui sont plus jeunes par rapport à moi ont peur de mon état de handicap et me fuient du fait que je ne suis en rien utile pour moi-même.* »

IR n'est pas donc épanouie dans son entourage qui croient aux présupposés en matière de handicap. Au moment où elle allait continuer ses études au lycée Communal Gasenyi les voisins disaient qu'elle serait incapable d'étudier suite à son infirmité ce qui l'avait choquée car elle a toutes ses capacités intellectuelles. Elle explique ceci : « *Narababaye cane ababanyi bavuze ko ntashobora kwiga ngo ndi ikimuga ; ubwenge ndabufise, ndazi mw'ishule nomenya atangorane.* » Ce qui signifie, « *je souffrais de ce que les voisins racontaient qui disaient que je serais incapable d'étudier à cause de mon handicap ; je suis intelligente, je suis sûre que je réussirais sans problème.* »

Maintenant, elle vient de réintégrer l'école et suit des séances de kinésithérapie 6 séances par semaine ; elle fréquente la 7^{ème} année à l'école Saint Kizito, ce qui a ravivé l'espoir chez elle car elle réalise que les autres connaissent une infirmité plus grave que la sienne et qui parviennent à vivre normalement.

5.3. Cas TU

TU est un adolescent de 17 ans issu d'une famille de conditions modestes, sa mère vend des pots en argile et son père garde les vaches des voisins. TU est hospitalisé au centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge depuis décembre 2015. TU est devenu handicapé moteur suite à un accident de circulation où un camion a écrasé les deux jambes qui ont été amputées par la suite. TU est de la Province Kayanza et c'est sa mère qui reste à côté de lui comme garde malade. Il était en 8^{ème} année au Collège Communal Buraniro et brillant en classe. Il dit ceci : « *Nari ngeze mu mwaka w'umunani mu vyo twari tumaze gukora, nta na hamwe ntari mfise inusu. Narahombye kubona ngira isanganya nk'iri bakanca amaguru.* » Ce qui signifie :

« *J'étais en 8^{ème} année et j'avais eu la moitié dans toutes les évaluations. J'ai beaucoup perdu du fait de cet accident qui a occasionné l'amputation de mes jambes. »*

TU désire pour sa part étudier dans des écoles spécialisées comme d'autres handicapés. TU n'a pas l'espoir de regagné l'école à cause de la pauvreté de sa famille. Il explique ceci : « *Iyaba ntavyawe n'abakene, nogiye kwiga aho abandi biga ; ariko ubu n'aho nokira nkava no ngaha, nzoduga ruguru mpfe nabi. »* Cela veut dire : « *Si je n'étais pas un enfant des pauvres, j'irais étudié parmi les autres ; mais même si je guérissais, je quitterais ici pour l'intérieur du pays où je ne ferais que vivoter. »* TU pleure chaque fois qu'on lui pose une question. Il a des sentiments de regret et de crainte pour son avenir. A ce sujet, il s'exprime ainsi : « *Nko kubona mugara kw'iyi myaka, vyatumye nzeruka kuri kazoza ; ibaze, aha simbona ico ndi. Iyo mpfuma ncikana nkareka kuzopfa ata co niha. »* Pour dire : « *Etre handicapé à mon âge, cela m'a poussé au désespoir, imagine je ne vois pas ce que je suis. Il vaut mieux, pour moi, mourir de cet accident plutôt que de disparaître sans avoir pu être autonome. »*

Concernant les soins, TU affirme que les médecins font tout pour l'aider mais que, quelquefois les infirmiers ne répondent pas convenablement à ses sollicitations. Il a dit que c'est l'UNIPROBA qui va payer les frais d'hospitalisation et que sinon, il serait détenu de l'hôpital. En ce qui est des perspectives, TU semble désespéré car il dit qu'il ne veut même pas en parler. Intervient ainsi : « *Imigambi ya kazoza ? Naramugaye nguye mu bitaro ! Ni mundeke ntekane. »* Cela signifie : « *Des perspectives d'avenir ? Etant handicapé et hospitalisé ! Laissez-moi tranquille. »* Les idées de TU montrent qu'il est désespéré en ce qui concerne ses perspectives et souhaite d'abord sa sortie de l'hôpital.

Malgré ses pleurs, TU affirme et reconnaît de cette manière le travail des médecins : « *N'aho ntakize, ndashima ibikorwa vy'abaganga. Burya, ntibaryama badukurikirana kw'isaha kw'isaha, baritaho ko umuntu yokira. »* Cela veut dire : « *Même si je ne suis pas guéri, j'admire le travail des médecins. En fait, ils ne dorment pas et nous suivent de près pour la guérison du malade. »* TU incrimine l'entourage auquel il a attribué un manque d'informations en matière de handicap conduisent par-là, à la discrimination. Ceci l'a marqué car il s'estime et se juge peu capable même à sa sortie de l'Hôpital.

5.4. Cas KA

KA est âgé de 13 ans, il est orphelin de père et de mère depuis 3 ans. C'est un adolescent handicapé moteur qui garde l'espoir de devenir un cadre du pays. KA est devenu handicapé moteur à 9 ans pour une cause inconnue, sa jambe droite a été paralysée et même, pour le moment, on n'a pas encore pu trouver l'origine de cette paralysie.

KA est né en Commune Bukeye de la Province Muramvya. KA affirme avoir des problèmes dans sa famille mais dit qu'il n'est pas maltraité comme il exprime ici : « *Je ndafise ingorane mu muryango undeze kuko mbona umenga ni ukugorana sinategerezwa kuhaba. Ntibamfata nabi ariko, no kubona ata n'udukorwa mfasha, bica bituma ngira ingorane muri jewe.* » Ce qui se traduit ainsi : « *J'ai des problèmes dans ma famille tutrice parce que je me sens comme un élément de trop, je ne devrais pas vivre ici. Je n'y suis pas maltraité, mais le fait que je suis incapable de participer à différents travaux domestiques provoque une certaine gêne en moi-même.* »

KA est en 8^{ème} année, il a de très bons résultats donc il va avancer de classe. Il est fier d'être élève malgré son handicap. Il dit ceci : « *Ndaryoherwa cane n'uko ndi umunyeshure n'aho mugaye ngahiganwa n'abakomeye kandi bamwe nkabarusha. Nca mbona ko nzoba umuntu akomeye mu gihugu.* » Cela signifie : « *Je suis fier d'être élève parmi les bien portants, d'être en compétition avec eux et de remporter. Cela me donne espoir que je serai un homme considéré de la société.* »

KA suit les séances de kinésithérapie au CHUK et espère la guérison malgré plusieurs années que dure son traitement.

KA dit que ça fait 4 ans qu'il suit les séances de kinésithérapie mais qu'il garde courage espérant qu'un jour il marchera sans béquilles.

KA signale qu'il se sent bien malgré son handicap mais, quelquefois, lorsqu'il voit les autres de son âge en train de concourir dans différents jeux alors pour lui cela est impossible, il se sent frustré.

A ce sujet, nous dit ce qui suit : « *Niyumva neza n'aho mugaye, ariko nk'iyi mbonye abandi banyeshure tungana bahiganwa mu nkino zitandukanye, nanje bitokunda, ndababara ariko nta kundi.* »

Cela signifie : « *Je me sens très bien malgré mon handicap mais quand je vois les élèves de mon âge en compétition dans différents jeux alors que pour moi, c'est impossible ça me fait souffrir, mais je n'y peux rien.* »

En ce qui concerne les perspectives, KA dit qu'il va d'abord terminer ses études et dit qu'il suivra la médecine et se spécialisera en chirurgie. KA affirme avoir aimé les médecins et comme récompense, il doit suivre leur métier et il s'exprime de la manière suivante : « *Je ndakunda abaganga ndavye ukuntu bakora ijoro n'umutaga ; na nje mu kubasubiriza mu nkoko, ntegerezwa kuzokwiga kuvura.* » Ce qui veut dire: « *J'aime les médecins quand j'observe comment ils travaillent jour et nuit pour ma part pour les récompenser, je dois apprendre à dispenser les soins de santé.* » Pour ce qui est du soutien, il affirme avoir obtenu quelques conseils de la part des parentés concernant la poursuite régulière des séances de kinésithérapie, de bien poursuivre ses études et de faire la compétition avec les « bien-portants » afin d'obtenir un meilleur emploi après les études.

5.5. Cas NS

NS est une adolescente de 17 ans. Elle est handicapée motrice depuis octobre 2015. NS habite au quartier Ngagara de la Commune Ntakangwa. NS est souriante, on ne croirait pas de circulation causée par un handicapé en la trouvant assise. Elle est devenue handicapée motrice suite à un accident de moto mais sa jambe n'a pas été beaucoup touchée, elle fait les séances de kinésithérapie au CHUK et elle n'est pas encore bien guérie. NS étudie en seconde *Lettres Modernes* au Lycée du Lac Tanganyika. Pour arriver là-bas, son père la dépose à l'école très tôt le matin et va la récupérer les heures de rentrée.

NS dit que le fait d'être handicapée motrice lui cause des ennuis car elle a raté l'année scolaire 2014-2015. Elle l'exprime comme suit : « *Kubona mugara vyatumye ntakaza n'umwaka w'ishure, abo twari kumwe nk'ubu bazononka urupapuro rw'umutsindu mw'uyu mwaka w'ishure.* » Cela signifie : « *Le fait d'être handicapée m'a poussée à perdre une année scolaire. Ceux avec qui j'étais auront leur diplôme cette année scolaire.* »

Concernant ses sentiments, NS affirme qu'elle ne se sent pas bien puisqu'elle a échoué à l'école. Elle le dit de cette manière : « *Niyumva nabi kumugara ; ndi umukobwa, naratakaje agaciro n'umugabo nzohava ntanamuronka. No kw'ishure na ho niga, abagenzi twahora duhurira mu nkino, baciye bampeba kuko ubu duhurira kuvyirwa gusa.* » C'est-à-dire : « *Je me sens mal à l'aise, être handicapée étant une fille qui a fait perdre la valeur, et il me sera*

même très difficile d'avoir un mari. A l'école, mes amis de groupe de jeux m'ont abandonnée car en ce moment, nous nous retrouvons pendant les cours en classe seulement. »

NS garde le courage d'étudier malgré son handicap et pense qu'elle va suivre la filière d'enseignement supérieur « Santé mentale » en Psychologie. Elle dit qu'elle opte pour la santé mentale parce les burundais font face à des situations difficiles et que même ceux qui ont eu des accidents peuvent devenir malades mentaux si on ne les approche pas psychologiquement. Il réclame qu'on multiplie les psychologues dans les hôpitaux car il y a plusieurs malades qui souhaitent être écoutés par ces derniers et les aider psychologiquement. NS affirme avoir été touchée par l'accident et la situation politique du Burundi. Elle s'exprime en ces termes : « *Jewe isanganya nagize ryaratumye ntatekana muri jewe. Vyongeye, n'ibihe duhitiye mwo vy'umutekano muke, vyaranyononeye. Kurara tutaryamye, amasasu y'umwanya wose, hamwe n'imvugo zihahamura, ntivyanyorohereje na gato. »* Ce qui se traduit ainsi : « *L'accident que j'ai subi m'a perturbé. De plus l'insécurité de ces derniers temps m'a beaucoup affecté. Imaginez une nuit sans dormir, des coups de feu tout le temps, des paroles traumatisantes, cela ne m'a pas tranquilisé du tout. »*

NS accorde de l'importance au soutien familial et social et déplore la discrimination à l'égard des handicapés sur le plan de travail au Burundi. Elle fait savoir que, lorsqu'elle terminera ses études, elle criera fort afin qu'elle ne soit pas discriminée au travail. Pour ce qui est du soutien reçu, elle affirme avoir obtenu quelques conseils de la part des enseignants et des parents, qu'elle doit poursuivre ses études. Elle est convaincue qu'elle arrivera loin puisqu'elle est comme les autres malgré son handicap moteur.

Avec ce chapitre, nous venons de présenter les cas sur lequel a porté notre étude. Nos sujets nous ont permis d'obtenir des informations qui nous ont été utiles dans notre recherche. A la lumière des discussions que nous avons menées avec nos interviewés, nous avons compris que ces derniers souhaitent des aides pour continuer leurs études. Ils souhaitent aussi que les enseignants les traitent tout en reconnaissant leur handicap moteur. Cela nous a permis de voir les difficultés d'intégration psychoaffective que rencontrent nos enquêtés notamment en famille avec leurs parents et leurs frères, à l'entourage scolaire avec ses pairs handicapés et non handicapés et avec ses enseignants.

CHAPITRE VI : DIFFICULTES D'INTEGRATION PSYCHOAFFECTIVE

Le présent chapitre vise à la découverte du vécu psychoaffectif d'un adolescent handicapé moteur dans des secteurs de la vie sociale notamment en famille et dans son environnement immédiat, en tant qu'être vivant avec autrui, les parents, la fratrie, les camarades de classe dans différents groupements, etc. Les différentes attitudes adoptées par l'environnement social à l'égard de l'adolescent handicapé moteur peuvent entraver son intégration psychoaffective.

6.1. Difficultés d'intégration sociale

Le handicapé est premièrement appelé à vivre et s'intégrer dans la structure plus restreinte et s'ouvrir au monde qui l'entoure. Nous avons ainsi pensé commencer par une analyse de la barrière à l'intégration psychoaffective d'un adolescent handicapé moteur dans l'institution de base qu'est la famille.

Pour Goodman (1980, p.186), « *l'amour que l'enfant trouve à l'intérieur du foyer familial permet à sa personnalité de se développer normalement, tout en lui donnant les bases de ses relations futures.* » C'est qu'en fait l'enfant doit trouver, à l'intérieur de la famille, la base de l'ouverture au monde extérieur pour pouvoir y nouer de bonnes relations.

6.1.1. Surprotection et attitudes d'intégration socio-affective des parents

Les relations que l'adolescent handicapé moteur entretient avec ses parents sont d'une grande importance dans son développement affectif et social. L'adolescent handicapé moteur a besoin du soutien de ses parents. Mais on peut se demander si cette affection et ses manifestations extérieures surtout, sont bien adaptées aux besoins de l'enfant et de nature à l'aider à surmonter son handicap et à s'intégrer socialement. Les parents devraient jouer un rôle primordial dans la réhabilitation morale et psychologique de leur adolescent handicapé moteur. Les parents affichent des comportements différents ; les uns facilitent la réhabilitation de l'enfant, les autres adoptent une attitude de surprotection ou de rejet comme les propos recueillis auprès de nos enquêtés l'illustrent.

NS en dit ceci : « *Abavyeyi bamfata neza, nta co ndababurana, mbere barampfyinisha, ico nshatse cose barakimpa kandi banguma hafi. Abavyeyi ntaco bantuma ngo nta vyo noshobora kubera mugaye ariko ico nshatse ndagikora, ariko ntibibanezera ngo noruha.* »

Cela signifie : *« Mes parents s'occupent bien de moi, je ne manque rien devant eux. Je suis gâté même, ils me donnent tout ce que je veux, aussi ils restent auprès de moi. Mes parents ne me demandent pas de faire quelque chose soi-disant que je n'en suis pas capable parce que je suis handicapé mais ce que je veux je le fais mais ils n'aiment pas que je travaille arguant que je me fatiguerais beaucoup. »*

Nous remarquons que les parents de NS ne veulent pas qu'il fasse aucune activité alors que pour lui, travailler l'aide à montrer ses capacités. Cette attitude n'est pas à encourager car gêner ou empêcher un handicapé de travailler n'est pas une solution à ses problèmes. C'est plutôt nuisible à sa réhabilitation et à son développement comme Werber (1990, p.217) le souligne en ces termes : *« Les relations qui s'établissent entre les membres de famille ou les éducateurs et l'enfant au moment de son éducation peuvent avoir une influence importante sur tout son développement. La qualité et la vitesse d'acquisition des connaissances dépendront de cette relation et pourront avoir de l'influence sur la confiance, le comportement et l'envie d'apprendre de l'enfant. »*

Nous comprenons que c'est bloquer l'adolescent handicapé moteur à sa socialisation alors que cette dernière conditionne l'intégration harmonieuse du futur adulte dans la société. NS montre ainsi que ses parents le traitent comme les autres enfants : *« Abavyeyi bamfata nk'abandi bana mbere barantuma ibikorwa bimwe bimwe nshoboye nkabikora. Yemwe ndi umwana mu bandi ! »* Ce qui signifie : *« Mes parents me traitent comme les autres enfants, ils me demandent de faire des travaux qui me soit accessibles et je le fais. Eh bien je suis un enfant parmi les autres. »*

Ces propos montrent que ses parents le rendent actif et facilitent sa réadaptation socioaffective alors que l'attitude de surprotection peut entraver sa réhabilitation et même sa socialisation dans la mesure où elle ne lui offre pas des occasions d'expériences personnelles. Comme le montre Zazzo (1979, p.312), *« la culpabilité renforcée par les opinions populaires sur l'hérédité, l'anxiété quant à l'avenir de l'enfant, l'alternance des espoirs et du découragement, les réels problèmes que pose souvent la présence du handicapé au sein de la famille, tout cela contribue à créer chez les parents des attitudes et des conduites face à l'enfant qui, en retour ne peuvent manquer de peser sur son développement. »* Cette attitude des parents peuvent générer chez l'adolescent handicapé moteur des difficultés affectives ainsi que des comportements inadaptés. Face à ce problème, les parents ne savent pas quelle attitude il faut adopter, ils oscillent ou du simple rejet.

6.1.2. Attitudes ambivalentes de la fratrie

L'apport de la fratrie aussi est déterminant dans la réhabilitation morale et sociale de l'adolescent handicapé moteur. Nous avons remarqué que l'attitude des parents à l'égard de l'adolescent handicapé moteur influence celle des frères et sœurs. KA, ses frères et sœurs le traitent comme une personne particulière et fragile. L'enquêté rapporte ceci : « *Abo tuvukana bamfata nk'uwundi muntu, baranka ko dukina. Iyo dushwanye na ho, Mama arabashwanira kuko ntakunda ko bangirira nabi, bigaca bibabaza ntibasubire kwemera ko tuba kumwe.* » Ce qui se traduit ainsi : « *Mes frères et sœurs n'aiment que je joue avec eux. Quand il y a un conflit entre nous, Maman se fâche contre eux car elle n'aime pas qu'on me fasse du mal, ils deviennent alors mécontents et refusent que nous soyons ensemble.* »

L'attitude de la fratrie de KA la prive des occasions de s'épanouir dans sa fratrie et par conséquent bloque sa réhabilitation car comme tous les autres enfants, l'adolescent handicapé moteur a besoin aussi du cadre et limite de rivalité avec ses frères et sœurs pour la construction de sa personnalité. Nous voyons que les frères de KA le traitent comme une personne étrangère, ils ne veulent pas jouer avec lui alors que la fratrie a un rôle essentiel dans la meilleure socialisation de l'enfant.

Pour Porot (1979, p.202), « *la fonction essentielle des frères et sœurs est donc de permettre la meilleure adaptation de l'enfant. Cette adaptation sociale sera obtenue par le passage de la rivalité à l'amitié et à la coopération.* » Nous voyons que le rôle de la fratrie est essentiel pour une meilleure adaptation. C'est là où commencent les relations amical comme IR indique dans ses propos. IR est traité comme une personne à part entière. Elle explique ceci : « *Abo tuvukana bamfata nk'abandi bana, barankunda kandi na nje ndabakunda.* » Cela se traduit : « *Mes frères et sœurs me traitent comme les autres enfants, ils m'aiment et moi aussi je les aime.* » Les propos de IR montrent que sa fratrie la considère comme les autres et ils s'aiment véritablement, ce qui facilite sa réadaptation et même sa socialisation.

Cette attitude lui permet de s'intégrer dans sa fratrie comme membre à part entière, ce qui facilite sa réadaptation. Rogers (1973, p.63) indique que : « *l'expérience vécue dans un groupe peut mettre en mouvement de changement profond à l'intérieur de l'individu et dans son comportement mais également dans toute une série de relations humaines.* »

Il appartient alors à la fratrie d'éviter d'adopter des attitudes qui fragilisent l'adolescent handicapé moteur car c'est à travers les relations avec ses frères et sœurs que ce dernier voit qu'il est comme les autres. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, ce sont les frères et sœurs

qui vont l'aider à se détacher de ses parents pour s'ouvrir au monde extérieur. Les relations fraternelles ont une importance sociale dans le processus d'adolescence car elles sous-tendent de nouvelles identifications et créent un nouveau cadre d'expression émotionnelle et d'affirmation de soi.

6.1.3. Attachement inefficace de la part du voisinage

Le foyer familial n'est pas le seul milieu à influencer sur l'évolution affective et sociale de l'adolescent handicapé moteur. Le rôle joué par les voisins n'est pas moins important. L'évolution de la socialisation de l'adolescent ne peut être effective que si son environnement est bon. A ce sujet, NG déclare ceci : « *Ababanyi bacu dufitaniye imigenderanire myiza mugabo hariho abatankunda kubera mugaye, ivyo birambabaza cane kuko nca mbona nyene ko ntari nk'abandi.* » Ce qui signifie, « *nous avons de bonnes relations avec nos voisins mais il y a ceux qui ne m'aiment pas à cause de mon handicap qui fait que je souffre émotionnellement car cela me montre que je ne suis pas comme les autres.* »

L'attitude adoptée par les voisins de NG à son égard a un impact sur sa vie psychoaffective et sociale. Nous remarquons que les attitudes du voisinage de NG ont des répercussions sur son développement affectif et social. A ce sujet, Tap et Vasconcelos (2004, p.93) montrent que « *lorsque le regard que les autres apportent sur l'individu correspond à un jugement de désapprobation voire de rejet, l'individu peut ainsi devenir vulnérable et se retrouver dans une situation de détresse autant morale que sociale pouvant accentuer un état de rupture et de mal être.* » Cela montre que chaque individu a besoin de vivre en harmonie avec les autres. De même, il faut que les proches de l'adolescent handicapé moteur sachent que suite aux soins dont ils ont besoin peuvent guérir et poursuivre une vie saine, heureuse et productive.

Les voisins rejetant ne peuvent pas offrir à l'adolescent handicapé moteur une éducation essentielle à son développement affectif et social normal. TU dit ceci : « *Ababanyi banje, hari aho abankunda n'abandi batambona bavuga ngo twamugajwe n'uburozi bwa Mama. Ngo abana babiri ntibomugarira rimwe, ivyo birambabaza cane nkanibaza igituma Imana yabigize uko.* » Cela se traduit ainsi : « *Parmi mes voisins, il y a ceux qui m'aiment et d'autres qui ne veulent pas me voir disant que nous sommes handicapés à cause de la sorcellerie de ma mère. Ils disent que c'est incompréhensible que deux enfants d'une même famille soient tous handicapés et cela me fait mal et je me demande pourquoi Dieu l'a voulu ainsi.* » A partir de ces données, nous remarquons que ces attitudes ont des répercussions sur le développement affectif et social de TU. Nous voyons qu'il a un sentiment de résignation

6.2. Les relations entretenues à l'école

La famille est la première institution d'apprentissage pour l'enfant, les expériences apprises en général dans la famille facilitent dans la prise de conscience de sa personnalité. L'adolescent handicapé moteur a besoin avant tout de la sécurité familiale pour une évolution affective et cette sécurité est régie par l'amour, l'acceptation et la stabilité. Tout cela peut favoriser le processus de scolarisation. Mais nos enquêtés se heurtent à des difficultés d'ordre relationnel.

6.2.1. Attitude des pairs avec l'adolescent handicapé moteur

Les relations entretenues par les enfants handicapés moteurs et leurs semblables sont tout à fait bonnes. Les relations sont basées sur la similitude de leur situation de handicapés comme ces propos de NG l'illustrent : « *Dufitaniye imigenderanire myiza n'abandi bana bamugaye mbere n'iyonyi ndi je nyene baraza kunganiriza bakanyigisha gutera umupira kubera naje ntabizi kubera bobo ndawuteye nabi ntibatwenga baca banyigisha nyene.* » Ce qui signifie : « *J'ai de bonnes relations avec les autres adolescents handicapés moteurs même quand je suis seul, ils viennent discuter avec moi, m'enseigner à jouer au ballon puisqu'au départ, je n'y savais rien et quand je joue mal, ils ne moquent pas de moi plutôt ils n'apprennent à jouer.* »

Ces propos montrent que, du fait que les camarades handicapés sont comme lui, leurs relations sont améliorées, il n'y a pas de rejet entre eux. Dans cette relation, l'accent est mis sur la ressemblance de peur d'être marginalisé puisqu'ils sont conscients qu'ils ont les mêmes problèmes à dépasser. Cela montre que NG est plus épanoui quand il se trouve avec ceux qui sont handicapés comme lui que quand elle est avec ses pairs non handicapés.

L'attitude des autres non handicapés n'aident pas à surmonter les difficultés causées par le handicap. Des non handicapés adoptent des comportements nuisibles au développement psychosocial et affectif d'un élève handicapé moteur. IR montre comment elle est troublée par ses camarades de l'école non handicapés : « *Abo banyeshure batamugaye nta migenderanire myiza dufitaniye kuko ntibamvugisha ahubwo baranyigirwayo muga hari ho ababona ko atari jewe navyiteye, bakaza kunsunika. Kenshi usanga ndi je nyene none nogumana na nde nta kundi !* » Ceci signifie : « *Les élèves non handicapés n'ont pas de bonnes relations avec moi parce qu'ils ne discutent pas avec moi ; au contraire, ils s'éloignent de moi, mais il y a ceux qui comprennent mon problème à savoir que cela ne parvient pas de moi et viennent m'aider*

à me déplacer. La plupart de fois on me trouve seul je n'ai pas quelqu'un à discuter mais c'est comme ça. »

Nous remarquons, à travers ces propos, que IR est isolé par les non-handicapés mais que certains d'entre eux s'occupent de lui. L'attitude de rejet adoptée par les non handicapés à l'égard de IR ne favorise pas son intégration psychosociale. A partir de cette attitude, selon Oléron (1976, p.103), « *les relations des enfants normaux à l'égard de leurs camarades handicapés ne sont pas toujours bonnes, c'est le moins qu'on puisse dire de sympathie et de compréhension.* » Nous remarquons à ses travers que IR est isolé car des non handicapés s'éloignent de lui pendant que certains d'entre eux s'occupent de lui.

KA ajoute ceci : « *Mbe abatamugaye twogiriranira imigenderanire myiza gute kandi tutameze kumwe? Baratwenga ingene ngenda abandira nabo bakanyita ikimuga, nanje bikambabaza, ndaryoherwa ndi kumwe nabameze nka nje bo barantahura.* » Ce qui veut dire : « *D'où proviendraient-elles les bonnes relations avec les non handicapés alors que nous ne sommes pas les mêmes? Ils se moquent de moi, au sujet de la façon dont je me déplace, les autres m'appellent « handicapé » et cela me fait mal, je me sens très bien seulement avec ceux qui ont les mêmes problèmes de handicap que moi.* » Cela montre que les moqueries ont une influence négative sur la vie psychosociale et affective de KA et provoquent chez lui, le repli sur soi.

La communication entre les personnes qui vivent dans une même communauté est indispensable. Selon Pourtois (1978, p.88), « *si l'acte de communication est essentiel dans le développement social de tout jeune enfant, il reste d'une extrême importance durant toute la vie.* » L'adolescent doit avoir de bonne relation avec les pairs pour la construction de sa personnalité et surtout pour atteindre son plein épanouissement. C'est à travers les jeux d'équipe que tout enfant s'épanouit moralement et moteur, développe le sens de partage apparent, la compétition, etc. Les adolescents handicapés moteurs IR et KA subissent des jugements défavorables que nous pouvons aligner dans la gamme des barrières à l'intégration scolaire et/ou sociale.

6.2.2. Acceptation et rejet par des éducateurs

Les éducateurs jouent un rôle dans le développement psychologique et social de l'enfant en général et de l'adolescent handicapé moteur en particulier. La manifestation d'une attitude de compréhension et de bienveillance de la part des éducateurs à l'égard de l'adolescent handicapé moteur facilite l'intégration de ce dernier et l'aide à surmonter la détresse émotionnelle causée par son handicap. A travers les propos de NG, nous avons constaté que la façon dont les éducateurs le traitent ne vise pas seulement l'acquisition des connaissances mais aussi le savoir-être et l'aide à surmonter ses difficultés.

D'après NG : « *Abarezi tubanye neza kuko baratwigisha kandi baradukunda kimwe n'abandi batamugaye mbere iyo babonye mpoze baca bampamagara bakampa impanuro nanje biramfasha kuko ncambona ko bantahura none ko atarije navyigize.* » Cela signifie, « *il y a bonne cohabitation avec nos éducateurs parce qu'ils nous enseignent bien et nous aiment que les non handicapés et même s'ils me voient isolé et calme ils m'appellent et me donnent des conseils cela m'aident beaucoup parce que je vois qu'ils comprennent mon problème.* » Les propos de NG montrent que la bonne cohabitation et la compréhension des éducateurs les aident à surmonter ses problèmes de handicap et à s'accepter telles qu'ils sont. Selon Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.333): « *certains pédagogues ont une personnalité qui suscite, chez les élèves, adhésion et efforts spontanés, alors que d'autres les bloquent.* » L'enseignant est un être humain et, comme tout autre humain, il est doté de qualité et de défauts.

KA dit à ceci son tour : « *Reka sha kuvuga ! Imigenderanire yova he ko umwigisha aguma ambwira ngo nishinga kwicara mu ntebe gusa, ambajije bikananira aca yitwengera bigaca bituma ndamwanka nukuvuga ukamenga nokwihorera nsanga ntanasubiye gukurikira mw'ishure.* » Cela signifie : « *Laissez tomber cela ! D'où proviendraient-elles les bonnes relations alors que le professeur dit que je continue à m'asseoir dans les bancs seulement ? Quand il me demande de répondre et que j'échoue, il se moque de moi et cela me pousse à le haïr et à rester passif et je ne le suis pas même en classe.* » Nous remarquons que l'attitude manifestée par l'enseignant à l'égard de KA lui cause des ennuis et même l'empêche de suivre en classe.

Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.93) trouvent qu' « *éduquer un handicapé implique outre l'enseignement du savoir-faire, la modification des attitudes négatives vis-à-vis de lui-même et de son environnement social.* » L'enseignant doit aider et susciter la motivation des

élèves en général et de l'adolescent handicapé moteur en particulier. Etant à l'école, l'adolescent a comme parents les enseignants et les encadreurs. L'école peut par ce fait être considérée comme une autre famille où l'enfant trouve des adultes assimilables aux parents et les pairs assimilables à la fratrie.

Ce chapitre a été consacré à l'analyse des difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur. Nous avons remarqué qu'un adolescent handicapé moteur se heurte à d'énormes difficultés psychologiques et sociales dans l'intégration de son milieu de vie. Les traitements subis par un adolescent handicapé moteur dans son milieu socio-familial ont des répercussions sur ses attitudes et sentiments.

CHAPITRE VII. SENTIMENTS EPROUVES PAR UN ADOLESCENT HANDICAPÉ MOTEUR

La situation de handicap fait naître une blessure psychique en plus des difficultés du corps chez un handicapé moteur. Un adolescent handicapé moteur vit dans une situation d'angoisse liée à son état de handicapé et aux différents agissements de son environnement socio-familial qui sont défavorables à son épanouissement. Ces attitudes et sentiments sont entre autres, le repli sur soi, la baisse de l'estime de soi, les sentiments d'incapacité, d'abandon, le sentiment d'amertume, etc.

7.1. Repli sur soi

L'adolescent se forge une identité au regard de sa situation qui varie d'un cas à l'autre, l'image propre de soi est considérée comme des traits de personnalité propre à lui-même, tandis que l'image sociale de soi de l'adolescent handicapé moteur est cette identité qu'il affiche dans les relations avec autrui. Il s'agit, en fait, de l'idée que chaque individu se fait de son identité individuelle et sociale et qui influe inéluctablement sur son comportement. L'adolescent handicapé moteur est l'objet de rejet et de discrimination de la part de son entourage proche et lointain. Sa personnalité se trouve en contradiction avec les aspirations du jeune adolescent dans sa conquête d'autonomie comme phase de transit vers l'âge adulte ce qui ne va sans laisser de conséquences comme le manque d'ouverture au milieu environnant.

A ce sujet, NG s'exprime ainsi : « *Je mbere kubera abandi iyo turi kumwe baguma bambwira amajambo mabi ubu singishaka kuja aho abandi bari ndyoherwa ndi je nyene.* » Ce qui veut dire : « *Pour moi, du fait que quand je suis avec les autres, ceux-ci m'adressent des paroles blessantes, maintenant je ne veux pas être avec eux, je préfère être seul.* » Nous voyons que les paroles de NG adressées par son entourage sont vécues par lui comme une sorte de nouveaux traumatismes et provoquent chez lui un repli sur soi. Dans les propos de NG, il y a lieu de déceler l'ampleur que revêtent les paroles témoignant la mise à l'écart pour des causes liées aux représentations liées de son handicap. Pour Melzack et Wall (1982, p.245), « *en même temps que la douleur, on voit apparaître une angoisse bien naturelle. Cette angoisse peut faire place à un silencieux repli sur soi.* »

La situation stressante du handicap moteur est gonflée par les considérations des voisins qui s'adonnent aux actes inhumains de stigmatisation et de marginalisation conduisant NG à un sentiment de solitude ce qui ne l'épargne pas des sentiments de culpabilité et de désespoir. Il en découle parfois dans cette atmosphère de solitude des troubles du comportement.

Ainsi, au niveau du groupe qui a les mêmes problèmes que lui, l'adolescent handicapé moteur y trouve la matrice des relations ultérieures, le cas contraire constitue une gêne à son libre épanouissement.

La personnalité de tout individu est façonnée au fur et à mesure qu'il grandit et vit différentes expériences ; elle se consolide en fonction de divers stimuli sociaux. Vu que l'adolescent handicapé moteur est le plus souvent sous le coup des oui-dire, celui-ci peut se percevoir comme n'ayant plus de valeur au point de se considérer comme étant invalide au point de vue social.

C'est pour ainsi dire qu'une baisse de l'estime de soi se fait remarquer chez l'adolescent handicapé moteur. Cette estime de soi se modèle en comparaison aux autres membres de différents groupes d'appartenance et la considération comme n'étant pas apte à vivre au milieu des autres constitue une expérience rabaissante chez l'individu humain. Cela se remarque dans les propos de KA quand elle rapporte ceci : « *N'iyu binshikiye nkaja mu murwi w'urunganwe, sinoroherwa mu kuvuga no mu gushikiriza icyumviro. Numva umengo ndi muni y'abandi.* » Ce qui se traduit de cette manière : « *S'il m'arrive de fréquenter le groupe des pairs, je n'éprouve pas de facilité à me prononcer pour donner mon point de vue, je me considère comme inférieur aux autres.* »

Ces propos montrent comment KA ne se sent pas à l'aise dans un groupe, ce qui peut être à l'origine d'un manque d'estime de soi.

La considération des autres comme invalides permet à NS de se sentir comme inférieure aux autres et même moins intelligentes que les autres. A ce sujet, NS dit ceci : « *Jewe ni ukuri, hakagira ubwenge nari mbuze, mu ntango narabitara na gose muga vyagiye bigabanuka kugeza n'aho ndonka amanota mabi mbere n'uguhitira bigashika.* »

Ce qui se traduit ainsi : « *Vraiment, l'intelligence ne me faisait pas défaut, au début, je réussissais bien, mais les résultats sont allés en décroissant jusqu'à l'obtention d'une mauvaise note au point de reprendre l'année.* » La considération de NS par les autres comme n'étant pas apte à vivre au milieu des autres est rabaissant chez elle jusqu'à même se considérer comme inférieure aux autres.

L'estime de soi est donc cette autoévaluation que NS se fait dans la vie de tous les jours. Cette perception de NS est en contradiction avec les aspirations de l'être humain en général.

Rappelons que ce sujet est une adolescente handicapé motrice.

IR quant à elle indique ceci : « *Jewe ndatandukanye n'iyindi miyabaga. Ubuzima ndimwo butuma mbona umengo nta kamaro mfise imbere y'abandi ba jeunes.* » C'est-à-dire : « *Je suis très différente des autres adolescents. La façon dont je vis, me donne l'impression que je n'ai aucune valeur devant d'autres jeunes* » A partir de ces propos, la situation de handicap moteur est à cet fait, une épreuve difficile entraînant IR à douter de ses aptitudes. C'est que l'autre a une influence non moins grande sur l'image que l'individu peut se faire de lui-même. En outre, le sujet handicapé moteur peut se considérer comme incapable à cause des réactions de son entourage ce qui risque de l'isoler et de la rendre encore plus fragile face à son environnement. Ceci dans la mesure où selon Moron cité par Ntakamurenga (1995, p.48) « *le handicapé n'a pas besoin de notre pitié qui n'a d'autres effets que de le blesser au plus profond de lui-même et de le décourager. Les handicapés n'attendent qu'une chose : que l'on comprenne enfin qu'il leur est possible grâce aux moyens offerts par la réadaptation, d'être des hommes et des femmes « comme les autres ».* »

L'intégration psychoaffective de l'adolescent handicapé moteur dépend de son attitude mais aussi de la manière dont son entourage le perçoit. Si le sujet se sent accepté, cela contribue à son épanouissement. Ce sentiment résulte de l'insécurité affective ressentie par l'adolescent handicapé moteur. Ce dernier a besoin d'être entouré d'une chaleur affective de la part de son environnement socio-familial pour son développement équilibré. L'adolescent qui n'est pas aimé ou qui pense qu'il n'est pas aimé éprouve ce sentiment d'abandon. Voici à ce sujet ce qu'a dit KA: « *Jewe ndababara cane iyo nsigaye ngaha abandi bana bagiye gutembera bakansiga jenyene. Iyvo bituma ngira umutima mubi nkabona ko umengo barampevyeye.* » Ce qui veut dire : « *Chaque fois que je reste ici alors que les autres sont partis se promener, je deviens triste. Cela fait que j'ai de mauvaises pensées car je pense qu'ils m'ont abandonné.* » A partir de ses propos, nous voyons que KA est triste du fait que quand les autres aillent se promener, lui rester à la maison ce qui lui permet de prouver un sentiment d'abandon.

Chez KA le sentiment d'abandon est stimulé par le manque de considération qu'il éprouve de la part de ses proches. A ce sujet, Robaye (1963, p.45) dit ceci : « *Les parents sont souvent tentés d'enfermer l'enfant dans une activité donnée, encore une fois par la culpabilité et s'imaginant qu'ils font plaisir en lui évitant tout effort.* » Ainsi, la manière dont l'adolescent

handicapé moteur est traité et considéré par son environnement socio-familial influe sur sa vie psychoaffective. Le comportement adopté par la famille d'un adolescent handicapé moteur a une incidence sur sa vie psychoaffective et affecte l'image qu'il se fait de lui-même. Suivons les propos de TU: " *Abavyeyi banje bamfata nk'umwana nka bandi, ndabonako bankunda banyitwararika. Nkubu nko ngaha mu bitaro dawe yaraje kundamutsa vyaranezereye cane.* " Cela signifie: « *Mes parents me traitent comme les autres enfants, je remarque qu'ils m'aiment et s'occupent de moi convenablement. Par exemple, ici à l'hôpital papa est venu me rendre visite, cela m'a beaucoup réjoui.* » L'affection manifestée par les parents de TU à son égard le reconforte. Il reconnaît qu'ils s'occupent de lui comme ils le font pour les autres enfants. L'enquêteur salue la manière dont ses parents le traitent et lui donnent courage.

7. 2. Le sentiment d'incapacité

Certains parents éprouvent un sentiment de culpabilité d'avoir un enfant handicapé moteur, ce dernier étant souvent considéré comme un être faible à surprotéger. Cette attitude parentale se répercute sur le développement psychoaffectif de l'enfant handicapé moteur. Dans cette optique, NG explique ceci : « *Imuhira nta kintu na kimwe nkora. Ibintu vyose barabinkorera, ivyo rero birambabaza rwose kuko nca numva ndi umuntu wo ngaho ata co ashoboye kandi bituma nanka abantu bo muhira ngaca ngirira ishari abo tuvukana.* »

Ce qui veut dire: « *A la maison, je ne fais rien, l'on fait tout pour moi, cela m'attriste beaucoup parce que je me sens être quelqu'un d'incapable et cela me pousse à être jaloux de mes frères et sœurs.* »

Le comportement adopté par la famille de NG a une incidence sur sa vie psychoaffective et affecte l'image qu'il se fait de lui-même. Ainsi, NG est tourmenté par le sentiment d'incapacité et l'origine de ce sentiment est liée à la façon dont elle est traité par famille.

A ce sujet, Robaye (1963, p.45) nous en dit un peu plus: « *Les parents sont souvent tentés d'enfermer l'enfant dans une inactivité dorée, encore une fois par la culpabilité et en s'imaginant qu'ils lui font plaisir en lui évitant tout effort, ou bien par commodité, car il est évident qu'ils perdront moins de temps en l'habillant, soignant, nourrissant et en déplaçant l'enfant qu'en l'amenant péniblement à le faire lui-même seul ou avec l'aide.* » Le plaisir que ces parents procurent à l'enfant handicapé moteur en le gâtant crée chez ce dernier un sentiment d'incapacité. En effet, l'enfant développe une image de soi négative et ne parvient pas à trouver sa place dans la société. Par contre, d'autres parents contribuent à éviter

l'installation de ce sentiment d'incapacité chez leur enfant handicapé moteur. A ce sujet NS dit ceci: « *Muhira barantuma ibikorwa bimwe bimwe nshoboye kuko hari aho ivyo ntashoboye kubera ubu bumuga mfise. Iyo bantumye numva merewe neza kuko banyeretse ko n'aho mugaye nshoboye ibikorwa vyinshi ntari uwo kurya yicaye gusa.* » Ce qui se traduit comme suit: « *A la maison on me demande de faire certaines choses dont je suis capable car il y a celles que je ne peux faire à cause de mon handicap moteur. Quand on me demande de travailler, je me sens bien car on me montre que même si je suis handicapé, je suis capable de faire beaucoup de choses et que je ne suis pas un parasite.* »

Les propos de NS montrent qu'il ressent le bien d'être reconnu en tant que personne malgré son handicap. Etre handicapé ne veut pas dire que toutes les fonctions du corps sont entravées, seulement NS présente des lacunes. Donc, empêcher l'enfant handicapé de ne fournir aucun effort, c'est une façon de bloquer son épanouissement psychoaffectif et social.

Comme l'explique Mucchielli (1980, p.51), : « *le travail apparait déjà non comme une peine, une fatigue où le simple exercice d'une activité concerté, mais comme une fonction sociale, un rôle, une place, un poste dans un ensemble organique.*» Les parents qui empêchent l'enfant handicapé moteur de travailler à la limite de ses capacités pensent qu'ils lui rendent un service mais ils le blessent sans le savoir et l'amènent à se considérer comme incapable.

Le sentiment d'infériorité peut se définir comme une perception de soi en termes diminutifs. Chez NG, le sentiment d'infériorité résulte de la conscience qu'il a de son état de handicapé et des différentes attitudes adoptées par l'environnement familial et social à son égard. Suivons ce qu'il a dit à ce sujet: « *Ndi kumwe n'abana batamugaye ndabona ko ntameze nka bo. Ndipfuzwa amaguru akomeye nka yabo ntari buyaronke, jewe ndazi ko ntari umwana nk'abandi kuko no muhira iyo bagiye k'urubanza baransiga ngo nobagora* »

Ce qui se traduit ainsi: « *Quand je suis avec les autres enfants bien portants, je vois que je ne suis pas comme eux. J'envie les jambes bien portantes comme les leurs sans pouvoir en avoir. Je sais que je ne suis un enfant comme les autres car, même à la maison, quand les autres vont à une fête, ils me laissent à la maison car je serais une charge pour eux.* »

A côté des enfants non handicapés, NG se sent inférieur. Il voit qu'il n'est pas comme les autres et envie les jambes bien portantes comme les leurs, adopte un comportement l'empêchant de s'épanouir comme les autres. Son sentiment d'infériorité est renforcé par l'attitude que sa famille adopte à son égard.

Tièche (1975, p.161) explique l'origine de ce comportement en ces termes : « *Quelquefois, la cause de ce sentiment est organique. C'est le cas des enfants infirmes, boiteux, malingres, ou encore de ce qui présentent certaines anomalies: cheveux trop roux et trop blonds, tâches de vin sur la joue, taille trop petite, extrême laideur etc. Plus souvent la cause est psychique, par exemple lorsque l'enfant constate qu'il est moins adroit, moins intelligent, moins doué, que la plupart de ses camarades, surtout s'il a des parents et des maîtres assez cruels pour le lui faire sentir d'une façon méprisante ou humiliante.* »

Le sentiment d'infériorité peut être aussi dû à une attitude de surprotection entretenue par les parents comme l'excès de compassion pouvant amener un adolescent handicapé moteur à se sentir incapable. Suivons ces propos de IR: « *I muhira, nkoze amakosa, ntibampana kuko baba bazi ingorane mfise z'ubumuga kandi barabona ko ntameze nk'abandi.* » Ce qui signifie: « *A la maison, quand je commets des fautes on ne me punit pas car ils connaissent les problèmes de mon handicap, que je ne suis pas comme les autres.*»

L'excès de compassion des parents de IR à son égard l'ont conduite à se considérer comme inférieure aux autres. Les parents doivent éviter à tout prix des attitudes et des actes pouvant conduire l'enfant handicapé moteur à se sentir inférieur.

7. 3. Sentiments de honte et de culpabilité

Les adolescents handicapés moteurs enquêtés éprouvent de la honte quand ils sont avec les pairs, les compagnons et les voisins. Ils se heurtent à ce problème aussi lorsque leurs parents ou tuteurs disent qu'ils sont handicapés. Ils se sentent dévalorisés par les injures que les pairs leur adressent. Les adolescents handicapés moteurs interviewés affirment qu'ils éprouvent un sentiment de honte mêlé de culpabilité face à leur vie de handicap. Ces propos de NG l'illustrent : « *Hari igihe nsaba ngo bankorere ikintu ntibavyumve nkumva umubabaro nkaca nifuza no gupfa hako ataco niha. Ariko birababaje kwifuza urupfu.(...) ubu bumuga bwanje burantera isoni mu mutima wanje kuko ndavye abo tungana, mba maze kugira ico nimarira nanje. Bamwe bariko barubaka, abandi bakora ubuzi, ni je jenyene ataco niha.* » Ce qui signifie : « *Il y a des moments où je demande de me rendre service et ne comprennent rien, ce qui engendre en moi une angoisse et j'éprouve le sentiment de mourir. Mais il est regrettable de désirer la mort.* » Ce qui se traduit ainsi : « *Mon handicap me fait honte, je me sens sous-estimé lorsque je me considère par rapport aux autres de ma génération, moi aussi, je serais*

à mesure de réaliser quelque chose comme tant d'autres. Certains se marient déjà, d'autres ont de l'emploi, moi seul, je ne fais rien. »

L'indifférence manifestée par l'entourage de NG a des retombées négatives sur l'image qu'il a de lui-même. Le fait que ses proches ne se soucient pas de la souffrance dans laquelle il est plongé fait que celui-ci s'autodéprecie et développe des sentiments négatifs à son égard et même souhaite la mort croyant qu'il ne vaut rien. Dans ce même ordre d'idées, Niedenthal (2008, p. 10) indique que : *« la honte est associée à des échecs, au rejet social, au mépris d'autrui, ... »*. NG affirme être consterné par les paroles blessantes qui lui sont adressées par ses voisins.

7. 4. Sentiments d'insécurité et de frustration

Le handicap entraîne une conséquence immédiate, un double sentiment d'insécurité et de frustration. L'anxiété est, dans ce cas, autant la cause que la conséquence. L'adolescent handicapé moteur se trouve dans l'incapacité de réaliser ses projets du fait que son corps est en danger et cela le rend frustré. IR vit une situation pareille : *« Raba nk'ubu nta na kimwe nkora conteza imbere. Amashure narahevyeye, nta n'umutahe noronka ngo mpfume ndandaza. Ivyo rero birambabaza cane. »* Cela veut dire : *« Tu vois que je ne fais rien pour mon avenir. J'ai abandonné l'école et je suis incapable de trouver de l'argent pour faire du commerce. Cela me fait mal tellement. »* Les propos de IR montrent qu'elle est frustrée du fait qu'elle a abandonné l'école et qu'elle n'a pas d'argent pour faire du commerce.

Un enfant malade constitue un obstacle à la satisfaction des besoins familiaux, ce qui provoque même une perturbation au niveau de l'ambiance familiale. A ce sujet, Janov (1980, p.202) signale que *« un sujet ignoré par ses parents risque de se renfermer et de se sentir sans valeur. Il se sent qu'il ne compte pour personne. »* La famille de la personne affligée du handicap sans étouffer celle-ci ni la rejeter doit présenter un soutien solide sur lequel elle peut compter pour progresser vers l'autonomie et l'affirmation de soi.

7. 5. Sentiment d'amertume

Généralement, chaque individu souhaite se voir socialement accepté et apprécié. Nous constatons que le milieu environnant de nos sujets d'enquête n'est pas favorable au soulagement de ses derniers. Les voisins devraient soutenir moralement les adolescents handicapés moteurs à voir la situation stressante dans laquelle ils sont. Le sentiment d'amertume provient de la douleur causée par la situation de handicap et de divers agissements et paroles de l'entourage.

Voici à ce sujet les propos de KA: « *Iyo banyise ikimuga, nca numva inzigo mu mutima. Ngaca niyumvira nti iyaba nkomeye nabo bakamugara, nanje nobita ikimuga na bo bakumva ingene kuba ikimuga bibabaza n'ingene numva iyo banyise ikimuga.* » Ce qui veut dire : « *Quand on m'appelle handicapé je sens de l'amertume dans mon cœur. Et je me dis que, si j'étais bien portante et eux handicapés je les appellerais handicapés et ils sentiraient comment c'est dur d'être handicapé et comment je me sens quand on m'appelle handicapé.* » A partir de ces propos, nous constatons que KA éprouve un sentiment d'amertume du fait que ses amis l'appellent handicapé. Il est triste et veut se révolter contre eux.

Le sentiment d'amertume chez KA découle de la façon dont son entourage la traite. C'est aussi le même sentiment chez NS qui dit ceci : « *Abana bakomeye banyise ikimuga, nca numva nabi mu mutima. Mpora niyumvira nti nk'ubu jewe iyo mba nkomeye sinari kuba ndiko ndishima ku bandi. Nk'ubu jewe nkomeye sinokwishima. Mbonye abana bakomeye sindyoherwa, nca niyumvira nabi kuko nibuka ingene namugaye nahora nkomeye n'ingene bantwenga.* »

Pour dire: « *Quand les enfants qui n'ont pas de handicap moteur m'appellent handicapé je me sens mal. Je me dis que si j'étais bien portant, je ne taquinerais pas les autres. Si j'étais bien portant, je ne me vanterais pas. Lorsque je vois les enfants bien portants, je ne suis pas content, je me sens mal car ça me rappelle comment j'ai été handicapé et comment ils se moquent de moi.* » Nous constatons que NS n'est pas fière quand elle voit les non handicapés du fait qu'ils se moquent de lui et ressent un sentiment d'amertume car elle se rappelle du début de son handicap. Selon Keirse (2000, p. 30), « *Si l'émotion est refoulée et ne s'exprime pas, elle trouverait souvent d'autres portes de sortie sous forme d'amertume ou de maux moteurs* ». KA et NS éprouvent des douleurs dans leur fort intérieur dues à la situation de handicap. Les agissements et les paroles de leur entourage viennent aggraver leur situation. Ainsi, la douleur ressentie génère un sentiment d'amertume.

En analysant les données de recherche, nous pouvons dire que les comportements adoptés par l'environnement socio-familial à l'égard d'un adolescent handicapé moteur influent sur le développement psychoaffectif et social de ce dernier. L'environnement socio-familial peut adopter des comportements qui permettent à l'adolescent handicapé moteur de se considérer comme incapable tout comme cela peut l'aider à surmonter son handicap. L'adolescent handicapé moteur n'est pas seulement confronté aux problèmes d'ordre sentimental, les traitements qu'il subit dans son milieu socio-familial ont des répercussions sur ses perspectives.

CHAPITRE VIII : PERSPECTIVES PSYCHOAFFECTIVES

Tout individu a des perspectives pour préparer son avenir. Dans l'étude, nous avons dégagé les perspectives psychoaffectives d'un adolescent handicapé moteur. Nous avons abordé entre autres la manière dont un adolescent handicapé moteur se considère, ses projets, son pessimisme quant à son devenir ainsi que l'assistance morale et matérielle qu'il attend de la société.

8.1. L'estime de soi

Tenant compte de leur situation, les adolescents handicapés moteurs ont une évaluation qu'ils se font d'eux-mêmes; la façon dont ils se considèrent est aux attitudes de l'entourage et à leur égard. Ces adolescents sont souvent méprisés par d'autres personnes étant donné les conditions de vie difficiles dans lesquelles ils se trouvent placés. Les adolescents handicapés moteurs ont leur propre estime de soi qui est fonction de la vie qu'ils mènent et du jugement que les autres se font d'eux.

D'après Fischer (1987, p.170), *« Il apparaît donc que l'adolescent méprisé par son entourage va par la suite se sous-estimer. Comme nous l'avons remarqué certains des adolescents handicapés moteurs souffrent d'un manque d'estime de soi, ils pensent qu'ils ne valent rien, qu'ils ne sont capables de rien. Ils vivent donc dans un état d'angoisse qui les poussent à s'auto-déprécier et à se replier sur eux-mêmes parce qu'ils sont déçus de leurs handicaps et livrés à eux-mêmes. »*

Voici ce que dit IR à ce sujet, *« Jwe kuva mugaye ndi umuntu w'umujinya mubi, ata kintu na kimwe mbona imbere yanje gihimbaye kandi kiryoshe. Ibintu vyose mbona ari ibintu bibi vyose. Abandi usanga bari ko batera inkuru batwenga, nanje ndi nka hariya. Ivyo bagira vyose ntihagire iconja kubafasha. »* Cela veut dire : *« Depuis qu'est survenu mon handicap, je suis très méchant, tout me paraît amer, tout est mauvais. Les autres discutent entre eux et rigolent et moi je me mets à l'écart et dans tout ce qu'ils font, je ne les aide en rien. »*

A travers ces propos, nous remarquons que IR agit de la sorte parce qu'il est handicapé moteur et qu'il n'est pas à mesure de parler de son malaise. Donc, son estime de soi est remise en cause et se culpabilise.

Pour Tousignant (1992, p.51), « *ces événements minent l'estime de soi parce que la victime a une occasion de prendre conscience des limites qu'elle possède sur sa vie, surtout en cas d'échecs des stratégies mises en œuvres pour faire face à son malheur.* » Donc, l'attitude de IR est le produit des nombreuses frustrations dues aux stigmatisations des autres non handicapés jusqu'à ne pas parler de son malaise et des souffrances qu'il a encaissées. Notons que suite au handicap moteur, ces adolescents sont exposés à la défaillance liée à l'absence de l'adulte ou même des égaux qui pourront leur servir de modèle et dès lors, ils se considèrent comme sans valeur.

Nous avons constaté que les adolescents handicapés moteurs ne peuvent pas s'accorder de l'importance parce qu'ils sont ignorés et minimisés par les voisins et leurs pairs les rejettent et les écartent dans tout ce qu'ils font. Ces jeunes intériorisent tout cela et finissent par croire qu'ils ne valent rien. NG dit ce qui suit : « *Jewe ntaco ndi kuko n'aho niga ninaja kurondera akazi ntako nzoronka, karinda kabura abakomeye, bogaha ibimuga! N'ikindi, tugiye kugasaba tujanye n'uwundi atamugaye niwe baha n'aho noba ndamurusha ubwenge.* » Ce qui signifie, « *Moi je suis rien parce que même si je terminais mes études, je ne trouverai pas de travail ; même les bien-portants sont des chômeurs. De plus, si je postulais avec un bien portant, on engagerait ce dernier même si j'étais plus compétent que lui.* » Nous voyons par là que l'estime de soi de NG n'est pas positive ; celui-ci se dévalorise en disant qu'il n'est rien. NG est désespérée pour son avenir à cause de son handicap, il se sous-estime devant les bien-portants. Selon OMS (1995, p.22), « *un adolescent qui s'estime et qui a maîtrisé les aptitudes essentielles, est mieux préparé à saisir les occasions éducatives qui s'offrent à lui ou lorsqu'elles font défaut, à mieux en prendre son part.* » NG et KA s'évaluent positivement affirment qu'ils sont capables de réaliser beaucoup de choses.

8.2. Les projets

L'adolescent handicapé moteur se projette dans l'avenir en fonction de son statut sanitaire. Une personne sans avenir est une personne sans vie. Chaque personne doit envisager, penser à son avenir. L'adolescent handicapé moteur a comme tout autre adolescent, des perspectives. Ainsi, pouvoir terminer ses études est le premier défi qui est devant le jeune adolescent. Nos enquêtés n'ont l'espoir de terminer leurs études, d'avoir un bon emploi et fonder leur foyer.

TU a dit ceci : « *Vyiza ni ukwiga kugira ntere imbere, ni ukwiga nkamenya mw'ishule.* » Ce qui se traduit : « *Le bien c'est d'étudier pour évoluer. Il faut étudier et réussir en classe.* »

Nous remarquons que TU accorde une importance à l'école. TU affirme que c'est bien d'étudier pour préparer son avenir. Tessier (1995, p.122) appuie de cette manière : « *L'école joue désormais le rôle d'institution de prise en charge de l'avenir de l'enfant (...). Sans la fréquentation de l'école, institution d'intégration nationale valorisée par la majorité de ses citoyens, il demeurera exclu.* »

NG a abondé, ainsi, dans le même sens, « *Nzokwiga mpeze amashule. Ninagira amagara meza bikankundira, nzokwiga mbere nshike no muri kaminuza hama ndondere akazi.* » Ce qui se traduit, « *J'étudierai et je terminerai mes études. Si ma santé s'améliore et si possible, j'étudierai à l'université et après je chercherai un emploi.* » NG s'exprime au conditionnel. Ceci veut dire qu'il émet des souhaits dont il n'est pas sûr de sa réalisation. Nos enquêtés souhaitent terminer les études et avoir une bonne vie comme les autres. Pour Born (1987, p.48), « *toute image défaitiste de soi est paralysante car toute action réclame un minimum de confiance en ses possibilités. L'a conscience que les plus démunis ont de leur infériorité les interdit de se risquer dans l'inconnue dans la mesure où pour faire des projets, il faut avoir la conviction de réussir.* » Pour dire que la réussite d'un projet dépend de la confiance en soi et un minimum d'effort. Le peu de confiance qu'il a l'empêche de préparer convenablement son avenir

Pour NS, l'école est un lieu de soulagement de ses souffrances. Voici ses propos : « *Nateguye kwiga iyo ndi kw'ishule, ndi kumwe n'abandi nibagira vyinshi.* » Pour dire : « *Je me suis préparé à étudier, quand je suis à l'école, j'oublie beaucoup de choses.* » L'école permet à NS de vivre avec les autres et de développer ses compétences. NS bénéficie beaucoup de choses à l'école outre le développement intellectuel. Elle y acquiert des valeurs sociales positives. TU et NG espèrent une vie meilleure remplie d'amour et de compassion de la part des pairs.

8.3. Aspiration au mariage

Pour nos enquêtés, les projets de mariage diffèrent d'un cas à l'autre. Les uns ont un sentiment d'impuissance, les autres doutent ou ne s'en préoccupent même pas. Certains de nos enquêtés se résignent contre l'œuvre de la providence. Ainsi dit NS, « *Imana ibikunze ikampa ubuzima n'uburyo kwubaka urwanje sinovyanka ndonse uwunkunda.* » Traduisons : « *Si Dieu me prête vie et des ressources matérielles je ne pourrais pas ne pas fonder un foyer si je rencontrais quelqu'un qui m'aime.* » NS espère réaliser quelques-uns de ses projets

grâce à l'œuvre de la providence dans la mesure où elle ne dispose pas de moyens concrets lui permettant d'affirmer la faisabilité de ces derniers. Voilà la façon dont Fischer (2002, p.157) analyse la question : « *La capacité à construire des projets est donc nécessairement en rapport avec le passé et le présent. Il prend racine dans le passé de la personne, mais ne prend sens que par rapport à la situation présente et à la façon dont le sujet la vit et la maîtrise.* »

KA appui NS en disant ceci, « *Kwubaka urugo Imana intije ubuzima nkaronka uwo twubakana nokwubaka. Erega naho ndi ikimuga ndi umuntu nk'abandi mfise ivyifuzo nk'ivy'abandi !* » Ce qui se traduit de cette manière, « *Si Dieu me prête vie si je rencontre l'élu de mon cœur, je vais fonder mon foyer. Malgré mon handicap, je reste une personne comme les autres et j'ai des besoins comme ceux des autres.* » Les propos de KA montrent qu'il souhaite avoir une fiancée car il a des besoins comme les autres.

Il y en a d'autres qui sont pessimistes et ne pensent pas au mariage. C'est le cas de IR qui dit : « *Oyaa, wapi kweli ntavya mariage niyumvira kuko n'ingorane mfise zirakwiye. (...)* » « *Ivy'abana nta vyo nifuzza. Ndi ikimuga kuko sinoshobora kubarera.* » Ce qui signifie, « *vraiment, je ne pense pas au mariage car j'ai suffisamment de problèmes. (...) avoir des enfants je n'y pense pas. Je suis handicapé, je ne pourrais pas les élever* » Cela sous-entend qu'il se garde d'ajouter le drame au drame. Ces propos montrent que IR doute de son avenir et de celui des enfants. Bigangara (1986, p.53) le précise en ces termes que la fille burundaise doit remplir les conditions suivantes : « *elle doit être honnête, respectueuse, épanouie, travailleuse, active, accueillante, etc., qu'elle n'ait pas de défaut moteur, pas de maladie héréditaire, pas de signes d'infécondité au moins apparente.* »

D'autres, enfin, doutent et ne sont sûrs de rien comme NG qui s'exprime de la manière suivante : « *Ivyo bizovana n'ingene nzoba mbona ubuzima buriko buragenda n'uburyo nzoba mfise.* » Ce qui veut dire, « *Mon mariage dépendra de mon état de santé de mes conditions d'existence et des ressources matérielles à ma disposition.* » Cela montre que NG se marier pour lui est fonction de sa santé et de ses ressources matérielles. Nous constatons que pour NG se marier est fonction des ressources matérielles à sa disposition.

Selon Fischer (2003, p.157), « *le handicap peut empêcher la projection dans l'avenir à long terme en raison des incertitudes (progression de la maladie).* »

Nous constatons que le projet de mariage varie d'un enquêté à l'autre selon son état de santé et de ressources matérielles en présence.

8.4. Le pessimisme face à l'avenir

Des enquêtés se plaignent d'être étouffés et rejetés dans leurs projets, ce qui barre la route à leur épanouissement. NG se plaint que ses parents étouffés par l'expression de ses souhaits ; il indique que cette attitude barre la route à son épanouissement. Ses propos le précisent de cette façon : « *Nka jewe abavyeyi bamvyara ntibamfata nk'abandi bavukanyi bambona umenga nta co maze. Naho niga ivyo biratuma namana ubwoba nti nta co nigira. Mbere biragoye gutera imbere.* » Cela veut dire : « *Par exemple, mes parents ne me traitent pas comme ils le font pour mes frères et sœurs comme je ne vauds rien. Même si j'étudie cela crée en moi un sentiment de peur me disant que j'étudie pour rien. D'ailleurs, il m'est difficile de faire de progrès.* » Nous remarquons que NG est discriminé par ses parents et cela a des conséquences sur la capacité de réalisation de soi.

De cette manière, Doron et Parot (1991, p.681) expliquent ceci : « *La discrimination entraîne une limitation des capacités d'expression et de réalisation et invite le stigmatisé à se conformer au portrait attribué.* » Il en résulte que NG est désorienté dans ses projets. Il fait objet de dénigrement et de marginalisation pour n'est pas être comme les autres enfants. Ce dernier comme tout autre humain est orienté en considérant son passé, il peut percevoir son avenir comme étant déjà mauvais. Ici, nous rejoignons Auger (1985, p.19) pour qui « *l'homme est un être dynamique continuellement en avenir possédant une histoire et est orienté vers un avenir, pour le comprendre à un point donné de son évolution, il faudra toujours tenir compte du passé dans lequel il s'enracine et de l'avenir vers lequel il tend.* » Si l'on en croit les propos de ce dernier, nous nous rendons compte que la perception est, pour tout individu tributaire de la situation qu'il a vécue dans le passé et celle qu'il vit maintenant.

A ce sujet, TU dit ceci : « *Iyo migenderanire n'abavyeyi itameze neza, nta mahoro kuri jewe. Sinizigiye ko bizohava biba neza nta kazoza kweli, kazoza ni iyo abantu bamerewe neza. N'aho hazohera igihe kinini, abantu bazoguma babona kwataco nshoboye. Jewe simbona ko hari umuntu nzokunda cane, Imana nyene !* »

C'est-à-dire : « *Etant donné que les relations entre moi-même et mes parents ne sont pas déjà bonnes, il n'y a pas de paix pour moi. Je n'ai pas l'espoir que les choses iront bien. Vraiment*

l'avenir est à ceux qui mènent une vie aisée. Même après une longue période, les gens continueront à me voir comme quelqu'un qui n'est capable de rien. Je ne pense pas qu'il y a une personne que j'aimerais tant, l'œuvre de la providence seulement.» TU est hanté par le pessimisme, il prend l'entourage particulièrement ses parents pour des ennemis le vouant à un avenir malheureux. Nous constatons que TU ne compte pas être aimé l'autre. D'aucuns peuvent dès lors se demander de savoir ce que pourra devenir ce jeune adolescent qui est dégoûté par la vie. Son intégration sociale est perçue comme étant tributaire du changement de la manière dont l'entourage le traite. Nous comprenons que NG et TU ne voient pas quoi faire suite à la façon dont leur parent les traitent. Pour qu'ils puissent entrevoir une vie harmonieuse, ils réclament la vie en parfaite entente avec leur parents. Leur souhait est que le cadre familial leur offre une atmosphère tranquillisante et, de cette façon, ils pourront avoir des projets tendant vers leur auto-développement.

8.5. L'assistance à l'intégration psychosociale

L'intégration de toute personne en général et de l'adolescent handicapé moteur en particulier découle non seulement de la reconnaissance de la personne par les diverses instances publiques et/ou privés mais aussi par l'assistance de toute nature. Ceci est d'autant plus logique que quand une personne est plongée dans une situation problématique et qu'elle n'est reconnue nulle part, lorsqu'elle n'a pas de cadre d'expression, elle demeure sans voix et ses doléances ne parviennent pas à destination. Les sujets que nous avons enquêtés n'ont pas manqué d'exprimer leur souhait d'avoir un cadre d'expression. Voici ce que dit IR, *« Ndasaba ko abategetsi b'igihugu bashiraho ishirahamwe ryitaho ingorane z'abamugaye tukaronka aho dutura ingorane. Ni vyiza ko Leta yoshinga umurwi utwitaho kugira ngo dushobore kubandanya amashure yacu ata ngorane nyinshi dufise.»* Ce qui veut dire : *« je demande que les autorités du pays mettent sur pied une association s'occupant des difficultés rencontrées par les personnes handicapées pour que nous trouvions à qui nous adresser. Il serait bon que le gouvernement mette en place un groupe de gens qui s'occupent de nous pour que nous puissions continuer nos études sans grandes difficultés. »*

Nous remarquons que IR veut voir le gouvernement s'intéresser à la situation des handicapés à travers la promotion du mouvement associatif où les adolescents handicapés moteurs comme ceux que nous avons précédemment cités peuvent se sentir accompagnés dans leurs difficultés. Cet accompagnement est nécessaire pour l'acquisition de l'autonomie comme l'explique ici, Perche (2009, p.48), *« Au plan social, l'accompagnement vise à intervenir*

auprès d'individus en difficultés (soit d'insertion, soit de handicap), pour les amener vers l'autonomie. » Les associations prenant en charge les handicapés moteurs peuvent aider ces derniers à pouvoir vivre positivement leur situation et à surmonter le stress dû à la stigmatisation de tout genre.

Eu égard à leur situation, les adolescents handicapés moteurs qui nous ont accordé l'entretien ont proposé des suggestions pour une meilleure réinsertion en milieu scolaire. Voici ce que demande NS, « *Abanyeshure twifuza ko bosigaho kudufata nk'uko umenga ntaco dushoboye gukora bakareka kutwinuba, ah'ubwo bakadufasha ibitugora.* » Cela veut dire, « *Nous souhaitons que les élèves cessent de nous traiter comme des gens qui ne peuvent rien faire et cessent de nous discriminer, au contraire, qu'ils nous aident dans ce qui est difficile pour nous.* » De cela, il découle que la stigmatisation de la part de l'entourage est blessante et favorise pas la réinsertion scolaire. Comme le signale Doron et Parot (1991, p.120), « *dans une espèce sociale, face à une agression, l'individu n'est pas isolé mais peut compter sur les ressources offertes par le groupe social auquel il appartient. L'absence de soutien ou support social aggrave l'impact des événements vitaux sur la sphère psychique et somatique.* » Nous remarquons que NS réclame l'aide des biens portant dans ce qui lui ait difficile au lieu de se moquer d'elle.

En définitive, nous avons mis en évidence les perspectives pour l'adolescent handicapé moteur. Nos enquêtés se sont montrés mal soutenus par leurs parents et demandent au gouvernement de mettre en place un organe auprès duquel leur doléances pourraient être adressées et que l'entourage scolaire cesse de les discriminer, les considèrent par ce que leur situation n'a pas été due à leur volonté.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de notre travail, il importe de rappeler les grandes lignes sur lesquelles s'est articulée notre étude. Cette étude reposait sur deux parties essentielles, à savoir le cadre théorique et méthodologique d'une part, et la présentation des cas, l'analyse des données et l'interprétation des résultats de recherche d'autre part.

Notre sujet avait pour l'objectif général d'*étudier les difficultés psychoaffectives d'un adolescent handicapé moteur*. De cet objectif général, se sont dégagés des objectifs spécifiques nous permettant d'atteindre le premier.

Après avoir indiqué le contexte de notre recherche, présenté ce qui nous a motivés à mener cette étude et délimité notre sujet, nous avons élaboré des fondements théoriques et méthodologiques de recherche.

Ce travail nous a permis d'aboutir aux résultats suivants.

Pour ce qui est du premier objectif spécifique qui consistait à *découvrir les difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur*, nous avons pu nous rendre compte qu'un adolescent handicapé moteur fait face en famille, à un manque d'autonomie dû à l'ambivalence des parents traduite par l'oscillation entre l'attitude de surprotection et celle de rejet. De ce sujet, la fratrie de l'handicapé aussi se montre ambivalente puisqu'elle adopte cette attitude des parents. Des enquêtes affirment qu'ils sont discriminés et par le groupe des pairs par les enseignants. Compte tenu des résultats auxquels nous avons abouti en rapport avec ce premier objectif spécifique, nous pouvons dire que celui-ci a été atteint.

Pour ce qui est du deuxième objectif spécifique qui visait à *dégager les sentiments éprouvés par un adolescent handicapé moteur*, nous avons constaté qu'un adolescent handicapé moteur est tourmenté par un sentiment d'abandon, le repli sur soi, un sentiment d'infériorité, un sentiment d'amertume et le sentiment d'incapacité. Ces sentiments sont engendrés par la restriction motrice et les divers problèmes qu'il subit dans son environnement socio-familial. Avec les résultats obtenus, nous pouvons dire que notre objectif spécifique a été atteint.

Quant au troisième objectif spécifique qui visait à *montrer les perspectives et les suggestions d'un adolescent handicapé moteur*, nous avons pu saisir le besoin d'un accompagnement puisque les enquêtés éprouvent un pessimisme par rapport à leur avenir mais ils ont des

perspectives par rapport à la vie conjugale bien qu'ils soient ambivalents quant au choix du partenaire. Ils expriment également le désir de terminer leurs études et servir à la communauté.

Ainsi, à travers les données de recherche, nous avons relevé que la prise en charge revient à toute la communauté qui doit intervenir par le soutien incluant l'aide psychologique, l'assistance financière et la sensibilisation de la communauté pour une prise en charge intégrée. Cet objectif, aussi, a été atteint.

En ce qui concerne l'objectif général qui est libellé ainsi : « *Etudier les difficultés psychoaffectives d'un adolescent handicapé moteur* », après avoir saisi les difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent handicapé moteur, dégagé les sentiments qu'ils éprouvent ainsi que ses perspectives, nous pouvons conclure que l'objectif général de notre recherche a été atteint.

Toutefois, nous ne pouvons pas prétendre avoir abordé tous les contours du sujet que nous avons eu à traiter. Nous invitons toute personne intéressée par les difficultés que rencontrent un adolescent handicapé moteur à nous emboîter le pas pour approfondir le sujet et exploiter d'autres aspects comme :

- L'image de soi d'un adolescent handicapé moteur ;
- L'identité sociale d'un adolescent handicapé moteur.

SUGGESTIONS

Au terme de notre travail, nous souhaiterions émettre nos suggestions eu égard aux résultats de cette recherche dans le but de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées moteurs et en particulier d'un adolescent handicapé moteur. Nos suggestions s'adressent aux parents d'un adolescent handicapé moteur, aux éducateurs et aux autorités publiques.

A l'endroit des parents d'un adolescent handicapés moteur, nous suggérons de :

-Veuillez à ce que l'adolescent handicapé moteur comme un être humain, ceci est d'autant plus important quand il a des frères et sœurs, il ne faut pas que ceux-ci se moquent de lui ou qu'ils en aient honte ;

-Encourager l'adolescent handicapé moteur à être un membre actif de la famille ;

-Faire vacciner tous les enfants contre la poliomyélite afin de réduire le taux des enfants handicapés moteurs.

A l'endroit des éducateurs, nous suggérons de :

-Prendre l'adolescent handicapé moteur comme un être humain, il faut veiller à ce que les adolescents non handicapés ne se moquent pas de lui et à ce que l'adolescent handicapé moteur lui-même n'ait pas honte de son état ;

-Encourager les adolescents handicapés moteurs en leur montrant qu'ils peuvent être efficaces dans certains domaines.

-Ne pas stigmatiser le handicap afin de ne pas créer ou d'intensifié en lui un sentiment d'infériorité. Cela pourra créer chez lui un esprit de compétition avec les non handicapés sur le marché du travail.

A l'endroit des pouvoirs publics de :

- Multiplier des centres qui s'occupent des enfants handicapés moteurs ;

- Intensifier la sensibilisation des parents pour faire vacciner leurs enfants ;

- Informer la population en matière de handicap car certaines personnes ont des connaissances limitées des handicaps ;

- Permettre aux soins de santé afin que la population, prenne connaissance de l'importance de la vaccination ce qui pourra permettre d'éradiquer certains handicaps liés au manque de cette dernière. Cela pour aider la discrimination des personnes vivant avec le handicap.

BIBLIOGRAPHIE

- Adler, A. (1974). *Connaissance de l'homme*. Paris : Payot.
- Avanzini, G. (1978). *Le temps de l'adolescence*. Paris : Editions Universitaires.
- Badin, P. (1977). *Psychologie de la vie sociale : les aspects psychosociaux de la personnalité*. Paris : PUF.
- Bastin, G. (1970). *Dictionnaire de la psychologie sexuelle*. Bruxelles : Charles Dessart.
- Bauchard, R. et al. (1975). *Epilepsie essentielle de l'enfant*. Paris : PUF.
- Bayubahe, R. (2008). *L'adolescent violé(e)s et l'image de soi*. Mémoire inédit. Bujumbura : UB. FPSE.
- Bianchéri, A. (1965). *Les sociétés humaines*. Paris : Larousse.
- Bigangara, J.B. (1986). *Pour une anthropologie de la famille et du mariage traditionnelle au Burundi*. Bujumbura : Presses Lavigerie.
- BIT. (1981). *Glossaire de réadaptation professionnelle et de l'emploi des invalides*. Genève.
- Bowlby, J. (1975). *Attachement et perte*. Paris : PUF.
- Bruchon, G-SC. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : PUF.
- Bus, A. (1998). *L'estime de soi : recherche de repères théoriques*. Bruxelles : Ph. Laurent.
- Carnegie, D. (2000). *Comment dominer le stress et les soucis*. Paris : Flammarion.
- Ceri (1986). *Les jeunes handicapés, devenir adulte*. Paris : OCDE.
- Chombart de Lauwe, P.H. (1971). *Pour une sociologie des aspirations*. Paris : Ed. de Noël.
- Cordeiro, J.C. (1995). *L'adolescent et sa famille*. Paris : PUF.
- Debesse, M. (1984). *L'adolescence*. Paris : PUF.
- Debré, R. (1970). *Psychologie de la vie familiale*. Paris : Nathan.
- Deschamps, M-A. (1972). *La psychologie de la mode*. Paris : PUF.
- Deustch, H. (1970). *Problèmes de l'adolescence*. Paris : Payot.
- Doron, R. et Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF.
- Dropsy, J. (1873). *Vivre dans son corps*. Paris : EPI.
- Dubois, C. (1985). *Dictionnaire petit Larousse*. Cedex.
- Duclos, G. (2002). *L'estime de soi des adolescents*. Montréal : Ed. de l'Hôpital Sainte Justice.
- Dupasquier, N-L. (1981). *Le devenir d'enfants abandonnés : le tissage et le lien*. Paris : PUF.
- Durkheim, E. (1978). *Le temps de l'adolescence*. Paris : Delarge.
- Durkheim, E. (1995). *Education et sociologie*. Paris : PUF.
- Erickson, H. (1976). *Adolescence et crise à la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Erny, P. (1973). *L'enfant et son milieu en Afrique Noire*. Paris : Payot.

- Faucault, P. (1990). *L'abus sexuel*. Montréal : Ed. Logique.
- Festinger, L. et Katz, D. (1974). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*. Paris : PUF.
- Foulquié, P. (1971). *Dictionnaire de la langue pédagogique*. Paris : PUF.
- Glowczewski, B. (1995). *Adolescence et sexualité*. Paris : PUF.
- Goodman, S. (1979). *Le livre guide de votre enfant de la naissance à l'adolescence*. Paris : Robert Laffon.
- Grasset, A. (1968). *L'enfant épileptique*. Paris : PUF.
- Hannam, C. (1980). *Avec les parents des handicapés mentaux*. Paris : Centurion.
- Heuyer, G. (1968). *Les troubles mentaux : Etude criminologique* : Paris : PUF.
- Janov, A. (1980). *L'amour et l'enfant*. Paris : Flammarion.
- Keirse, M. (2000). *Faire son deuil, vivre un chagrin*. Bruxelles : De Boeck et Larcier
- L'ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- L'Ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse*. Montréal : Presse de l'Université de Montréal.
- Lafon, R. (1991). *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF.
- Lagache, D. (1979). *L'unité de la psychologie*. Paris : PUF.
- Legardier, C. (2002). *Femmes et enfants marchandises*. Paris : PUF.
- Léon, A. (1977). *Manuel de psychologie expérimentale*. Paris : PUF.
- Marcelli, D. et Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Nasson Masson.
- Mead, G.H. (1963). *L'esprit, le soi et la santé*. Paris : PUF.
- Michaud, Y. (1985). *La violence*. Paris : PUF.
- Mucchielli, R. (1980). *Comment ils deviennent délinquants*. Paris : ESF.
- Ndayisaba, J. et De Grandmont, N. (1999). *Les enfants différents*. Québec : Editions Logiques.
- Ngirimbere (2010), « *Contribution à l'étude du vécu psychoaffectif du handicapé moteur* ». Mémoire inédit. Bujumbura : UB. FPSE.
- Nininahazwe (2011) ; « *Le vécu psychoaffectif des militaires handicapés moteurs victimes de la guerre* ». Mémoire inédit. Bujumbura : UB. FPSE.
- Nisabwe, T. (2013-2014). *Séminaire de méthodologie et de psychologie sociale*. Cours inédit, Bujumbura : UB. FPSE/CS, 1^{ère} Licence.
- Olds, S.-W. et Papalia, D.E. (2008). *Développement de la personne*. Montréal : Beauchemin.

- Oléron, P. (1961). *Education des enfants moteurment handicapés*. Paris : PUF.
- Origlia, D. et Ouillon, H. (1972). *L'adolescence, croissance-formation de la personnalité, la vocation professionnelle-la sexualité, le sens moral, le rôle du milieu et de l'Ecole*. Paris : ESF
- Ortigue, E. (1971). *Education des enfants physiquement handicapés*. Paris : Ed. de Noël.
- Papalia, D. (2000). *Le développement de la personne*. Québec : Beauchemin.
- Pélicier, Y. (1980). *Univers de psychologie*. Paris : Bordas.
- Pépin, L. (1973). *La psychologie des adolescents*. Toulouse : Privat.
- Perche, O. (2009). *Annales corrigées, concours d'entrée, aide médico-psychologique*. Paris : Masson.
- Petit Larousse de Psychologie* (2008). Paris : Larousse.
- Pitrou, A. (1978). *Vivre sans famille ? Des solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui*. Toulouse : Privat.
- Reuchlin, M. (1973). *Traité de psychologie appliquée, Diagnostic des handicaps et rééducation*. Paris : PUF.
- Reymond-Rivier, B. (1980). *Le développement social de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : Mardaga.
- Robaye, F. (1963). *L'enfant au cerveau blessé*. Bruxelles : Dessart et Mardaga.
- Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Paris : PUF.
- Stoetzel, J. (1972). *La psychologie sociale*. Paris : Mouton.
- Tap. P. et Vasconcelos, M de L. (2008). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : PUF.
- Tieche, M. (1975). *Guide pratique d'éducation familiale*. Dammarie les Lys : Edition SDT.
- Trannoy, A. (1971). *L'adaptation des handicapés moteurs*. Paris: Casterman.
- Wall, W.D. (1986). *Education constructive des handicapés et déviants*. Paris : BIE
- Werber, D. (1990). *L'enfant handicapé au village*. Lyon : Handicap International.
- Winnicott, D.W. (1971). *L'enfant et sa famille*. Paris : Payot.
- Zazzo, B. (1971). *Psychologie différentielle de l'adolescent*. Paris : PUF.

ANNEXES

ANNEXE I : PRESENTATION ET CONSIGNE en « Kirundi »

Amahoro,

Twitwa IRAKOZE Angélique na NIJIMBERE Francine, turi abanyeshure bo mw'Ishure Kaminuza y'Uburundi mu gisata c'inyifato hamwe n'ubuhinga bwo kurera. Turiko turarangura igikorwa co kurangiza amashure, ico na co, kikaba cerekeye kumenya *“Ingaruka Umuyabaga agendana ubumuga bwo ku mubiri agira mu mibereho yiwe. »*

Twashimye rero kuganira na mwebwe kuko mubizi kandi mushobora kubitwiganira. Ivyo tuza kuyaga vyose biza kuba bidufitiye akamaro mu kudufasha gutahura neza ivyo turondera. Ni na co gituma tuza gukoresha aka kuma gafata amajwi kugira ntihagire ibidusoba canke ngo duhindure mu vyo mutuyagira. Vyongeye tubemereye ko ivyo tuyaga atawuzomenya uwabivuze.

Murakoze.

IRAKOZE Angélique

na

NIJIMBERE Francine

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN EN (KIRUNDI)

A. Umwidondoro

Igitsina :
 Imyaka :
 Amashure :
 Ah ubaye :
 Papa wawe aracariho :
 Mama wawe aracariho :
 Abavukanyi :
 Inkomoko y'ubumuga :

B. Ikiganiro nyezina

Agace 1 : Ingorane zijanye n'ukubaho mu rukundo umuyabaga agendana ubumuga bwo kumubiri agira

1. Ni izihe ngorane ugira zijanye n'ukubaho m'urukundo muhira ?
2. Ni izihe ngorane ugira zijanye n'ukubaho m'urukundo kw'ishure ?

Agace 2. Ukuntu umwana w'umuyabaga agendana ubumuga bwo ku mubiri yiyumva

3. Wiyumva gute ugendana ubumuga bwo k'umubiri ?
4. Woshobora kumbwira uko wiyumva iyo baguma bakuvuga kuri ikimuga ?

Agace 3. Ivyo umwana w'umuyabaga agendana ubumuga bwo k'umubiri ategukanya muri kazoza, nivyo asaba

5. Utegekanya gukora iki muri kazoza ?
6. Hokorwa iki uburyo bw'ukubaho kwanyu bwisununure
7. Usaba iki ?:
 -leta
 - Abavyeyi
 - Abigisha

ANNEXE III : PRESENTATION ET CONSIGNE EN FRANÇAIS

Bonjour,

Nous nous appelons IRAKOZE Angélique et NIJIMBERE Francine, nous sommes des étudiantes de l'Université du Burundi, dans la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Nous sommes en train de faire notre travail de fin d'études universitaires du 2^{ème} cycle en rapport avec : « INCIDENCE DU HANDICAP MOTEUR SUR LE VECU PSYCHOAFFECTIF D'UN ADOLESCENT : *Enquête menée au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge* ».

Tout ce que tu vas nous dire nous sera d'une grande utilité dans la compréhension de notre travail. C'est pour cette raison que nous nous sommes muni de cet appareil enregistreur afin que nous ne perdons aucune des informations que tu vas nous livrer. Nous t'assurons que le contenu demeurera anonyme.

Merci d'avance.

IRAKOZE Angélique

et

NIJIMBERE Francine

ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN EN FRANÇAIS

A. Identification

- Sexe :
 Age :
 Niveau d'étude :
 Résidence :
 Père en vie ou décédé :
 Mère en vie ou décédée :
 Fratrie :
 Origine du handicap :

B. Guide d'entretien proprement-dit

Thème 1 : Difficultés d'intégration psychoaffective chez un adolescent moteur

1. Quelles sont les difficultés d'intégration psychoaffective que vous rencontrez à la maison ?
2. Quelles sont vos difficultés d'intégration psychoaffective au niveau de l'école ?

Thème 2. Sentiments qu'éprouve l'adolescent handicapé moteur

3. Etant handicapé moteur, comment vous sentez-vous ?
4. Pouvez-vous nous dire comment vous vous sentez lorsqu'on vous reproche d'être handicapé ?

Thème 3. Perspectives d'avenir et suggestions d'un adolescent moteur ?

5. Qu'est-ce que vous envisagez faire dans votre avenir ?
6. Que faudrait-il faire pour l'amélioration de vos conditions de vie ?
7. Que suggériez-vous à :
 A l'Etat ?
 Aux parents ?
 Aux enseignants ?