UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

MÉMOIRE DE LICENCE EN PSYCHOLOGIE

SUJET

DIFFICULTES PSYCHO-SOCIALES DANS LES CAS DE HANDICAP MOTEUR POST TRAUMATIQUE : CAS DE COTONOU

Réalisé par

Davy MAMA

Directeur de mémoire

Dr Michel MEHINTO

Psychologue Clinicien, Praticien,

Enseignant Chercheur à l'UAC

Jury composé de :

Président : De CHACUS Sylvie, Maître de Conférences des Universités du CAMES/UAC

Rapporteur : MEHINTO Michel, Maître-Assistant des Université du CAMES/UAC

Examinateur : TCHANSI Anselme, (Docteur), Enseignant Chercheur à l'UAC

Soutenue le 13/10/2023

Année Académique : 2022-2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
RESUME 5
ABSTRACT 5
INTRODUCTION 6
CHAPITRE I : CADRES THÉORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 8
CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 20
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 22
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 35
CONCLUSION 37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 38
ANNEXES 40

Liste des tableaux

Tableau 1:Répartition des sujets en fonction de l'ethnie 22
Tableau 2:La situation matrimoniale de notre population cible 23
Tableau 3:Répartition des sexes 23
Tableau 4:Répartition des sexes 30

Liste de figures

Figure 1: Répartition des sujets enquêtés en fonction de la tranche d'âge 22
Figure 2: Répartition des sujets selon le niveau d'étude 24
Figure 3: Répartition des sujets enquêtés en fonction de la tranche d'âge 30
Figure 4: Répartition des sujets enquêtés en fonction de lien de parenté 31

DEDICACE

Dieu le tout puissant m'a accordé la force et le courage pour la réalisation de ce travail que je dédie :

A mes parents pour leur amour estimable,
leur confiance, leur soutien, leurs sacrifices
et toutes les valeurs qu'ils ont su m'inculquer.

REMERCIEMENTS

D'abord nous remercions Dieu, de nous avoir donné la force et la patience pour pouvoir mener ce travail à terme. Nos sincères gratitudes vont à l'endroit de ceux qui, de par leurs modestes gestes ont contribué à la réussite de ce travail. Nous voudrions leur témoigner ici toute notre reconnaissance. Il s'agit particulièrement de :

- ✓ Docteur Michel MEHINTO, Psychologue-Clinicien, Enseignant Chercheur à la FASFS/UAC, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et sa rigueur dans la conduite du présent travail ;
- ✓ tous les enseignants du Département de Psychologie et son corps professoral pour le dévouement à la formation des étudiants ;
- ✓ Docteur Jérémie OROU, Psychologue et Anesthésiste ;
- ✓ Docteur Honorin GBINIBOU ANDEMI, Géologue ;
- ✓ Monsieur Ibrahim SABI YERIMA, doctorant en Géologie ;
- ✓ Tata Hortence B. Béatrice NOUKPECOU, assistante psychologue ;
- ✓ ma très chère tante Adiza Bona MAMA
- ✓ mon très cher oncle Augustin DASSAMON YAROU
- ✓ nos frères et sœurs pour leur soutien de tous les jours ;
- ✓ toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à réaliser ce travail de par leurs divers apports.

Merci infiniment !

Résumé
Les personnes ayant acquis le handicap moteur au cours de leur vie traversent des difficultés psychologiques et sociales dans leur milieu de vie. Ces difficultés s'observent par la dévalorisation, les attitudes de rejet et d'abandon de la victime par son entourage. L'objectif de la présente recherche est de déterminer les perceptions psycho-sociales des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents influençant la réinsertion sociale de la victime. Deux démarches ont été utilisées pour atteindre les objectifs fixés. La première démarche dite qualitative s'est basée sur l'analyse des données recueillies au cours de l'enquête à questionnaire dans laquelle nous avons eu 11 victimes de handicap moteur post-traumatique et 11 personnes de l'entourage de la victime. La deuxième ; quantitative a permis de faire une prestation des situations socio-démographiques de la victime et de son entourage. De l'analyse des résultats, il est à retenir que les victimes de handicap moteur au cours de la vie sont des charges pour leurs familles et au fil du temps sont abandonnés à leur sors et rejetés par des structures où travaillait la victime dans la ville de Cotonou. La recherche nous a permis de comprendre que les perceptions psycho-sociales de la victime et de ses parents influencent la vie et le comportement social de la victime.
Mots clés : Difficultés psycho-sociales, Cas, Handicap moteur, Post-traumatique.

Abstract
Summary People who have acquired motor disabilities during their lives experience psychological and social difficulties in their living environment. These difficulties are observed by the devaluation, the attitudes of rejection and abandonment of the victim by those around him. The objective of the present research is to determine the psycho-social perceptions of people suffering from post-traumatic motor disabilities and their parents influencing the social reintegration of the victim. Two approaches were used to achieve the set objectives. The first so-called qualitative approach was based on the analysis of data collected during the questionnaire survey in which we had 11 victims of post-traumatic motor disability and 11 people from the victim's entourage. The second; Quantitative analysis made it possible to provide a presentation of the socio-demographic situations of the victim and their entourage. From the analysis of the results, it should be remembered that the victims of motor disability during life are burdens for their families and over time are abandoned to their fate and rejected by structures where the victim worked in the city. from Cotonou. Research has allowed us to understand that the psycho-social perceptions of the victim and his parents influence the life and social behavior of the victim.
Keywords: Psychosocial difficulties, Cases, Motor disability, Post-traumatic.

Introduction

Dans la recherche du bien-être ou du mieux-être, l'Homme mène généralement des activités physique et intellectuelle. Parfois, dans l'exercice de certaines de ces activités, l'Homme est exposé aux risques d'accidents pouvant compromettre sa santé physique. C'est ce qui emmène Dr BENGHA, un phytothérapeute à dire « nous survivons au lieu de vivre ». Parmi ces problèmes de santé, nous pouvons évoquer les situations de handicap moteur généralement lié aux causes multiples. Cette situation de handicap moteur met la personne victime dans la dépendance de son entourage ce qui altère certaines de ses relations au sein de la société**.** C'est ce que traduit Anne Boissel (2019-2020) dans son ouvrage intitulé « *Quand le handicap s'invite au cours de la vie* », l'annonce du handicap est un moment traumatique qui implique inévitablement un travail de deuil. Cette épreuve anéantit toutes les défenses habituelles et en fait apparaître d'autres, parfois beaucoup plus pathologiques. On voit alors des patients ou des parents qui ont des réactions « anormales » ; mais il s'agit surtout de personnes qui réagissent à une situation anormale. Les situations extrêmes appellent des solutions extrêmes. Le handicap acquis conduirait à se dénier soi-même. « Je ne me reconnais plus », telle est la phrase que prononcent bien des patients à la suite d'une maladie, d'un accident ou encore du vieillissement. Le sujet ne se reconnaît plus dans sa propre image mais vit dans un dédoublement dépersonnalisant. « Ce n'est pas moi. C'est un autre ».

Par ailleurs, l'ONU a estimé au cours de l'année internationale des personnes handicapées en 1981, le chiffre de 500.000.000 de personnes handicapées dans monde, avec 10% de personnes handicapées dans les pays industrialisés et 15% à 20% dans les pays pauvres. D'après Chantal Boutruche (2010) près de 850 000 Français sont porteurs d'un handicap moteur isolé, 1 400 000 de personnes souffrant d'un handicap moteur associé à d'autres déficiences, 1 000 000 de personnes souffrant d'un handicap mental et 450 000 victimes de déficience auditive sévère ou profonde.

Au Bénin, et dans la ville de Cotonou, suite à un constat fait sur trois cas d'accidents ayant conduit à l'amputation d'un ou de deux membres, la plut part des victimes perdent généralement la vie. D'après les différentes investigations, il ressort que ces derniers, très complexés, préfèrent se décharger de leur nouvelle condition de vie en se souhaitant parfois la mort. D'après Capo-Chichi et al (2019), au Benin**,** les données statistiques issues des différentes opérations du Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH, 2013) montrent que la population croît à un rythme élevé et que le taux d'accroissement naturel n'a pas significativement varié sur la période de 1992 à 2002. Il était de 3,17% en 1992 et 2,89% en

2002. Les personnes handicapées représentent 2,55 % de la population. Une proportion de 16,4% de personnes en situation de handicap moteur dans la population des personnes en situation de handicap. Cependant la perception de qui est (ou n'est pas) handicapé varie d'un milieu à un autre. Est officiellement considérée comme personne handicapée au Bénin « Toute personne atteinte d'une déficience congénitale (par exemple : malformation, trisomie 21) ou acquise (par exemple : accident, maladie infectieuse), de sorte que son aptitude à intégrer les différents systèmes (éducation, formation, emploi) soit compromise ou mal perçue. Il en découle une marginalisation et des conditions de vie difficiles pour ces personnes. Cette situation qui a durée depuis la nuit des temps ne serait perdurer avec des progrès notables enregistrés dans le domaine de la médecine moderne.

Cependant, très peu de travaux scientifiques ont mis l'accent sur les ressentis des personnes victimes de handicap moteur. Une telle situation ne peut que montrer la nécessité de mener des recherches approfondies sur les difficultés que traversent les personnes en situation de handicap moteur. C'est ce qui justifie le choix du présent sujet intitulé « **Difficultés psycho-sociales dans les cas de handicap moteur post-traumatique : cas de Cotonou ».**

Pour mieux appréhender le sujet, nous allons de manière générale déterminer les perceptions psycho-sociales des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents influençant la réinsertion sociale de la victime. De façon spécifique, il s'agit pour nous, dans un premier temps, d'identifier les sentiments des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents et, dans un second temps, de changer la compréhension des victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents sur leur adaptation. Pour chacun de ces objectifs, trois hypothèses ont été formulées. Dans ce travail scientifique, on va essayer de savoir si généralement les perceptions psycho-sociales de la victime et de ses parents influencent la vie et le comportement social de la victime. De façon spécifique, premièrement les pensées et propos dévalorisant de l'entourage agissent sur la réinsertion sociale de la personne en situation de handicap moteur post-traumatique. Et secundo, le mauvais regard de la victime et de ses parents sur sa situation entraine les attitudes de rejet et d'abandon. Pour arriver à confirmer ou infirmer nos hypothèses, on a adopté la méthode mixte à la fois qualitative et quantitative à dominance qualitative dont la population cible est constituée de personnes en situation de handicap moteur suite à un accident et leur famille.

CHAPITRE I : CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

1.1. ENONCE DU PROBLEME

Depuis l'apparition de l'Homme sur la terre, le travail apparaît comme un devoir social par lequel l'Homme satisfait ses cinq besoins fondamentaux. C'est ce qui emmène François Rabelais a affirmé que *« l'Homme est né pour travailler comme l'oiseau pour voler »*. Bien qu'étant multiforme, le travail est le plus souvent soumis à des risques corporels (handicap moteur) parfois médicalement soignable ou non, avec comme conséquences des problèmes psychosociaux dans la vie de l'individu et de ses proches. Par ailleurs, plusieurs autres évènements pourraient être à l'origine des situations de handicap moteur. Il s'agit entre autres, des accidents de la route, des catastrophes naturelles (tremblements de terre, les inondations...), des guerres, des diverses formes de destruction, des épidémies, de la famine, des maladies chroniques (l'hypertension artérielle, le diabète), des tumeurs malignes du cerveau et du cancer des os. Dans la plupart du temps, les personnes en situation de handicap moteur apparaissent comme des sujets hors norme et victime de stigmatisation vis-à-vis de son entourage. Ces problèmes psychosociaux conduisent pour la plupart des cas soit à des suicides.

À l'origine, le terme « handicapé » ne désignait pas ceux à qui il manquait quelque chose, mais ceux dont les performances dépassaient celles des autres. Ce terme anglais est employé dans le domaine du jeu à partir du XVIème siècle. Il est alors rattaché au principe d'égalité des chances dans le jeu. Sur les champs de courses, handicaper un concurrent plus fort que les autres, c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant d'un poids supplémentaire avant le départ de la course. Ainsi, les chances sont égalisées. L'issue de la course redevenant incertaine, les paris se font de nouveau au hasard. Cela revient à mettre le nom de chaque cheval au fond d'un chapeau et à tirer au sort le nom du futur vainqueur : « hand in cap » ! On ne sait pas exactement quand, comment et pourquoi ce terme est passé de la limitation des aptitudes des meilleurs chevaux à celle des capacités humaines, mais les termes « handicap » et « personnes handicapées » ont, au fil des siècles, remplacé les termes à connotations à la fois péjoratives et dévalorisantes. Désormais, le terme handicap est très largement utilisé pour désigner un désavantage qu'il soit économique, social ou physique. À partir des années soixante, on repère deux principales manières de penser le handicap : le modèle médical et le modèle social. Ces deux modèles reposent sur une conception différente du lien entre l'état de santé d'un individu et l'environnement dans lequel il évolue :

- Le modèle médical s'attache à la question de l'état de santé de la personne – maladie ou

blessure – qui entraîne de manière directe son incapacité et a potentiellement un impact sur sa qualité de vie. Une intervention médicale peut être nécessaire pour identifier et traiter le handicap et ou pour maintenir ou augmenter les capacités de la personne ayant ce handicap.

- Le modèle social se concentre, lui, sur les barrières créées par la société elle-même. Ces obstacles peuvent être physiques ou sociaux empêchant aux différentes capacités – physiques, sociales, professionnelles – propres à chaque individu de s'épanouir. (Marie Lecerf 2017).

Selon S. Gonzales Puell (2010), « le handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique, il peut résulter d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique des muscles. ». Pour Claude Hamonet (1990), bon nombre de personnes handicapées font un double constat : le premier est qu'elles ont une meilleure connaissance des autres, une meilleure attention à leurs problèmes du fait du voyage dans les souffrances et les difficultés qu'elles ont rencontré, le second est que la délimitation entre « normaux » et « stigmatisés » (ou handicapés) n'est pas une frontière nette. D'après ALIOU SENE (2013), la majorité des personnes handicapées de nos pays en voie de développement finissent dans la mendicité. Ne bénéficiant pas suffisamment de mesures d'accompagnement leur permettant de poursuivre leur scolarité et d'avoir une formation qualifiante, les personnes en situation de handicap se réfugient, pour la plupart, dans la facilité en adoptant la politique de la main tendue. En effet, beaucoup de handicapés vivent encore dans le célibat en raison des résistances liées à l'union avec une personne dite hors norme. Et ce sont plutôt les femmes qui souffrent le plus de cette situation. En fait, dans la représentation sociale du mariage, l'épouse modèle est celle qui sait gérer son foyer et s'occuper de l'éducation et de l'entretien des enfants, des tâches particulièrement exigeantes et méticuleuses qu'une femme handicapée ne saurait être en mesure d'effectuer convenablement. Durant la première phase, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. En effet, cet objet perdu sera sujet à un « surinvestissement », cela signifie que l'individu va se focaliser de manière excessive sur la relation antérieure qu'il avait avec l'objet, sur le manque qui y est associé. A ce stade, l'individu sera enclin à la dépression, tous les symptômes de celle-ci y étant associés (perte d'intérêts, ralentissement, réduction de l'estime de soi.). (Azzi Siham et Betrouni Amina 2015-2016). Selon Lydia Bakker (FIRAH), au Maroc le handicap est perçu à la fois comme une sanction divine suite à un péché ou une compensation future. Sur le plan mondial, l'ONU a estimé au cours de l'année internationale des personnes handicapées en 1981, le chiffre de 500.000.000 de personnes handicapées, avec 10% de personnes handicapées dans les pays industrialisés et 15% à 20% dans les pays pauvres. Sur le plan national avec les recherches de Capo-Chichi et *al* (2019), les données statistiques issues des différentes opérations du Recensement Général de

Population et de l'Habitat (RGPH) montrent que la population croît à un rythme élevé et que le taux d'accroissement naturel n'a pas significativement varié sur la période de 1992 à 2002. Il était de 3,17% en 1992 et 2,89% en 2002. Les personnes handicapées représentent 2,55 % de la population. Une proportion de 16,4% de personnes en situation de handicap moteur dans la population des personnes en situation de handicap. La Résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies du 09 décembre 1975 souligne que le thème "Handicapé" désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale, du fait d'une déficience congénitale ou non, de ses capacités mentales ». La perception de qui est (ou n'est pas) handicapé peut beaucoup varier d'un milieu à un autre. Par ailleurs, est officiellement considérée comme personne handicapée au Bénin « Toute personne atteinte d'une déficience congénitale (par exemple : malformation, trisomie 21) ou acquise (par exemple : accident, maladie infectieuse), de sorte que son aptitude à intégrer les différents systèmes (éducation, formation, emploi) soit compromise ou mal perçue. Il en découle une marginalisation et des conditions de vie difficiles pour ces personnes ». Malgré les progrès importants enregistrés au plan législatif au Bénin, les personnes handicapées souffrent encore du poids de la tradition, de la violence, de la discrimination et de la marginalisation. Leur situation actuelle se caractérise par une couverture sociale insuffisante malgré les dispositions constitutionnelles qui légitiment la protection des personnes handicapées. Par rapport au cadre législatif et réglementaire, le Benin a souscrit à la déclaration universelle des droits de l'homme, à l'acte constitutif de l'Union Africaine, à la charte Africaine des droits de l'homme et des peuples, à la charte de jeunesse Africaine, à la convention relative aux droits des personnes handicapées et de son protocole facultatif. En plus de tout cela, nous avons la constitution du 11 Décembre 1990, la loi n°98-004 du 27 janvier 1998 portant code du travail en République du BÉNIN puis la loi N° 2017-06 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées en République du Benin, la communication n°1478/08 en date du 17 Septembre 2008 relative au recrutement dans la fonction publique du Benin. Tous ces textes demandent entre autres le respect de l'égalité de tous les citoyens, la protection et la promotion des droits des personnes handicapées, la prise de mesures positives pour protéger et garantir les besoins physiques et moraux aux personnes handicapées en éliminant tous les obstacles susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur leur intégration complète.

C'est dans ce cadre figure « **Difficultés psycho-sociales dans les cas de handicap moteur post-traumatique à Cotonou.** ».

De cette connaissance partielle sur les difficultés psycho-sociales dans les cas de handicap moteur post-traumatique, nous pouvons approfondir nos recherches en déterminant les

perceptions psycho-sociales des personnes victime de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents influençant la réinsertion sociale de la victime de façon générale et de façon spécifique d'identifier les sentiments des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents primo et secundo de changer la compréhension des victimes de handicap et de leurs parents sur leur adaptation.

De ce sujet, il ressort généralement que les perceptions psycho-sociales de la victime et de ses parents influencent la vie et le comportement social de la victime. Plus spécifiquement, primo les pensées et propos dévalorisant de l'entourage agissent sur la réinsertion sociale de la personne en situation de handicap moteur post-traumatique. Et secundo, le mauvais regard de la victime et de ses parents sur sa situation entraîne les attitudes de rejet et d'abandon.

1.1.1. HYPOTHESES DE RECHERCHE

1.1.1.1.1. HYPOTHESE GENERALE

Les perceptions psycho-sociales de la victime et de ses parents influencent la vie et le comportement social de la victime.

1.1.1.1.2. HYPOTHESES SPECIFIQUES

1) Les pensées et propos dévalorisant de l'entourage agissent sur la réinsertion sociale de la personne en situation de handicap.

2) Le mauvais regard de la victime et de ses parents sur sa situation entraine les attitudes de rejet et d'abandon**.**

1.1.2. OBJECTIFS

1.1.2.1. *OBJECTIFS GENERAL*

L'objectif général de ce travail est de déterminer les perceptions psycho-sociales des personnes victime de handicap moteur post-traumatique et de leur parent influençant la réinsertion sociale de la victime.

1.1.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

De façons spécifique, il s'agit

1) D'identifier les sentiments des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents ;

2) Changer la compréhension des victimes de handicap et de leurs parents sur leur adaptation.

1.2. CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Difficulté psycho-sociale

Selon le dictionnaire Larousse, **la difficulté** est le caractère de ce qui est difficile, ce qui pose des problèmes. Quant au mot **psycho-social**, c'est ce qui concerne le développement psychologique par son interaction dans un environnement social. Selon le petit robert, psychosociale c'est tout ce qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale.

Difficulté psycho-sociale c'est un problème en lien avec un contexte social donné, interprété psychologiquement à travers des processus d'évaluation cognitive et d'adaptation.

Dans le cadre de notre étude la difficulté psycho-sociale c'est un problème en lien avec un contexte social donné, interprété psychologiquement à travers des processus d'évaluation cognitive et d'adaptation.

Cas

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, le cas est un événement particulier lié à des conditions bien déterminées.

Selon Larousse, cas c'est ce qui arrive ou peut arriver, situation dans laquelle on se trouve ou on peut se trouver.

Dans le contexte de notre recherche, cas c'est l'exemple d'un fait, d'un événement, d'une situation.

Handicap moteur

Selon la CIH, le handicap moteur se décline selon ces trois composantes : déficience motrice (déficience touchant l'appareil locomoteur au sens large), incapacité motrice (en rapport avec la motricité, la locomotion, les déplacements…), désavantage du fait de déficiences et/ou d'incapacités motrices. Handicap moteur n'est donc pas synonyme de déficience motrice (sauf à revenir à une approche réductrice, exclusivement médicale).

D'après Michel DELCEY « Un handicap moteur est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quels que soient le but ou la fonction du mouvement produit :

- déplacement (locomotion, transferts, etc.)
- fonction posturale (se tenir debout, assis, etc.)
- action sur le monde extérieur (préhension, manipulation d'objets, etc.)

 communication (paroles, gestes et mimiques, écriture, etc.)

 alimentation (mastication, déglutition, etc.)

 perception du monde extérieur (mouvement des yeux et de la tête.)

 mouvement réflexe (exemple : retrait de la main qui touche un objet brûlant)

 etc. »

Selon Larousse médical, le handicap moteur est caractérisé par un dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu (absence de mobilité, mouvement parasites) les handicaps moteur touchent les membres, le tronc ou la tête, ils viennent au second rang dans les estimations consacrées aux handicaps sévère chez les jeunes.

Selon S. Gonzales Puell (2010), « le handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique il peut résulter d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscle ».

Dans le sens de notre sujet d'étude, le handicap moteur c'est l'absence ou manque de jambe et immobilité suite à un accident.

Post-traumatique

Post est préfixe invariable tirer du mot latin « post » qui signifie « après » et indique qu'une chose se situe après une autre dans le temps et dans l'espace. Quant au mot traumatique c'est tout ce qui est relatif au trauma psychologique. De ces deux définitions il ressort que post-traumatique c'est tout trauma psychologique qui surgie après un évènement.

Selon le petit robert, post-traumatique est tout ce qui fait suite à un traumatisme.

Selon le DSM-III, post-traumatique est une réaction tardive ou prolongée à un évènement ou à une situation (de courte ou de longue durée) perturbante pour le psychisme et qui se trouve être d'une nature extrêmement menaçante ou destructive, fait qui risquerait de provoquer un sentiment de malaise diffus chez presque tout individu. Ces évènements perturbants sont notamment les catastrophes naturelles ou celles provoquées par l'homme, les combats, les accidents graves, les tortures, une attaque terroriste, les viols ou un autre crime violent.

1.2.1. DELIMITATION THEMATIQUE

Le choix de notre sujet d'étude se limite seulement au niveau des personnes victime de handicap moteur suite à un accident et leur environnement de vie dans la ville de Cotonou en particulier et au Benin en général dans les années 2022-2023. Cotonou est la capitale économique et la plus grande ville du Bénin avec 1228667 habitants en 2021. Elle abrite de nombreux statuts administratifs particuliers et est érigée en un département (Département du Littoral). Cotonou

est une grande ville portuaire située sur le golfe de Guinée. Cette ville s'étend entre le cordon littoral de l'Atlantique et lac Nokoue. Elle est d'une superficie de 79km^2. Cotonou est connue dans toute l'Afrique de l'Ouest pour son marché international de 20 hectares (Dantokpa) considéré comme le plus grand marché d'Afrique de l'Ouest. (Wikipédia).

1.3. REVUE DE LITTERATURE

A ce niveau, nous faisons le compte rendu de nos recherches documentaires sur les situations de handicap moteur post-traumatique sur une personne et ses proches et les différents points abordés par d'autres auteurs. Ce qui nous permet de ressortir les points de vue suivants :

La perception des employeurs fait des travailleurs handicapés une catégorie homogène statistiquement moins productive que le reste de la population. Cette perception acquiert une telle rigidité qu'elle est difficilement remise en question et le jugement du candidat handicapé semble déterminé par avance : à compétence égale, il a deux à trois fois moins de chance d'être embauché (Ravaud, 1998).

Selon Odile Hirschauer-Rohmer, les personnes handicapées en fauteuil roulant se voient attribuer un stéréotype positif : elles sont courageuses, motivées, attentives aux autres, etc. Cette survalorisation s'explique sans doute par un « effet rebond », lié à une norme sociale qui nous impose de ne pas juger négativement une catégorie sociale défavorisée.

ALIOU SENE dans sa mémoire de maîtrise (2013), dit que la majorité des personnes handicapées de nos pays en voie de développement finissent dans la mendicité. Ne bénéficiant pas suffisamment de mesures d'accompagnement leur permettant de poursuivre leur scolarité et d'avoir une formation qualifiante, les personnes en situation de handicap se réfugient, pour la plupart, dans la facilité en adoptant la politique de la main tendue. En effet, beaucoup de ses compatriotes handicapés vivent encore dans le célibat en raison des résistances liées à l'union avec une personne dite hors norme. Et ce sont plutôt les femmes qui souffrent le plus de cette situation. En fait, dans la représentation sociale du mariage, l'épouse modèle est celle qui sait gérer son foyer et s'occuper de l'éducation et de l'entretien des enfants, des tâches particulièrement exigeantes et méticuleuses qu'une femme handicapée ne saurait être en mesure d'effectuer convenablement.

Un auteur comme Charles Gardou a fait un constat amer, ayant observé de près la dure réalité des personnes vivant avec un handicap, ce qui lui fait dire que : il soit moteur, sensoriel, intellectuel, comportemental, d'ordre congénital ou acquis, ceux qui sont frappés par un handicap partagent une condition commune. Encore tenus en marge, enfermés dans des catégories, ils vivent dans une sorte de marécage social. Même aujourd'hui, où nos

représentations semblent avoir significativement évolué, notre société continue de faire du handicap un stigmate, c'est-à-dire, une source insidieuse de dévalorisation et de rejet. (Gardou, 2005).

Les actions et les jugements que l'on porte sur la personne en situation de handicap moteur au Cameroun sont pour la plupart à connotation négative et contribuent à stigmatiser ces personnes. (Emilie Clarisse Tochokote et al, 2020).

Vaginay, Warnier et Yaméogo (2013) « dans le royaume Mankon, le handicap est susceptible de donner lieu à des accusations sorcellaires ou à des doutes concernant la relation des vivants aux morts ou à des vivants entre eux ». Les représentations culturelles du handicap varient en fonction de la spécificité et de l'appartenance du sujet à une ère culturelle bien définie.

Les activités physiques adaptées sont utilisées à des fins multiples. Tout d'abord, elles peuvent être utilisées dans un registre de rééducation, d'éducation à la santé, de réinsertion, d'inclusion ou bien même à des fins éducatives. C'est pourquoi ces activités sont proposées à de nombreux publics. Elles peuvent être utilisées au centre de rééducation avec des personnes en situation de handicap moteur afin de leur permettre de développer leurs capacités restantes et leur faire atteindre un degré d'autonomie et d'indépendance qui soit le meilleur possible. (Rossinelli Logan M.2016).

Dans le même contexte que Rossinelli Logan M., Vincent TOURNOUR dans son mémoire de M2 en Métiers de l'Enseignement, de l'Education et de la Formation (2019-2020) dit que les enseignants déclarent ressentir des difficultés dans la prise en compte des élèves à besoin éducatif particulier. Cela met donc en lumière un décalage entre ce que perçoivent les enseignants et les élèves sur la réalité de terrain. Ainsi, alors que les élèves en situation de handicap moteur perçoivent que leurs enseignants réalisent des modifications de leurs enseignements, les enseignants d'EPS pensent plus être dans l'adaptation de leurs leçons face à ses élèves.

Si la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale promeut « l'autonomie et la protection » des personnes en situation de handicap, dans la pratique, c'est souvent la logique de protection qui prend le dessus. Penser une transformation de « l'offre » reviendrait ainsi à cerner la demande et à y répondre. L'approche économique derrière ce terme réduit l'accompagnement à une simple réponse à une demande. Mais l'autonomie suppose davantage qu'une simple expression de demande. La personne en situation de handicap, en effet, est avant tout un sujet de droit, un citoyen qui devrait toujours avoir la capacité et les moyens de s'exprimer. Sur le plan international, à partir des années 1990, ce sont les tenants des Disability Studies qui dominent les débats universitaires. La représentation du handicap, jusqu'alors

entièrement dominée par le modèle médical des déficiences et incapacités individuelles, est enrichie de la notion corollaire de désavantage social, au regard des personnes n'ayant pas de problème de santé persistant ou permanent. Cette ouverture invitant à comprendre la dimension sociale des situations d'inégalités associée au handicap est à la source du développement de perspectives environnementales et de droits humains, par-delà les frontières (Loïc Andrien, Coralie Sarrazin, 2022).

Le handicap a une influence significative sur l'emploi et différenciée selon sa nature. Par exemple, comparativement à d'autres chocs de santé, un handicap de naissance influence plus favorablement la probabilité d'être en emploi, notamment pour les hommes. De même, lorsque le handicap résulte d'un accident plutôt que d'une maladie, des taux d'emploi plus élevés sont observés, à la fois pour les hommes et les femmes. Par ailleurs, le handicap mental affecte négativement l'emploi à la fois pour les hommes et les femmes. En revanche, les caractéristiques du handicap ont beaucoup moins d'influence sur les gains que sur l'emploi. In fine, la sévérité et la durée du handicap sont des déterminants importants de l'emploi pour les hommes comme pour les femmes. L'existence de comorbidités réduit davantage la probabilité d'emploi pour les deux genres. L'auteur insiste ainsi sur le ciblage nécessaire des politiques publiques eu égard aux besoins différenciés des sous-groupes de handicap (Thomas Barnay, Emmanuel Duguet, Christine Le Clainche, Mathieu Narcy, Yann Videau, 2014).

Dans ses travaux, Moller Dano (2005) montre que les taux d'emploi sont respectivement de 10 et 8 points plus faibles pour les hommes et les femmes accidentés (et blessés) par rapport aux non-accidentés. En outre, les gains sont réduits de façon significative pour les hommes quel que soit l'âge et seulement pour les femmes les plus âgées.

Le premier article de Garcia-Gomez et Lopez Nicolas (2006) visant à étudier la relation entre les chocs de santé et les résultats sur le marché du travail espagnol met en évidence qu'un choc de santé induit une sortie de l'emploi davantage orientée vers l'inactivité que vers le chômage. L'effet moyen du traitement sur la probabilité pour les traités d'être en dehors du marché du travail (c'est-à-dire en retraite, inactivité, au foyer ou étudiant) varie entre 4,5 à 6,4% et les individus ont une probabilité de 3,5% de plus de devenir inactifs.

En ALGERIE, l'approche de la notion du handicap s'est effectuée à partir d'une politique de l'action sociale se résumant dans la prévention, l'animation du groupe, l'aide à la réinsertion, etc. Ce sont là des interventions pratiques décrites dans le langage habituel de la vie professionnelle. Et, de telles expressions renvoient à des conceptions précises de l'intervention sociale, qui se réfèrent, elles-mêmes à des représentations de la société. L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action sociale constitue le cheminement de la représentation à

travers différentes étapes de développement de la structure sociale. Si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions d'entraide, de charité et de bienfaisance, c'est devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle. Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voire de prise en charge sont assurés par la famille élargie. Durant les premières années de l'indépendance, l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. (BOUCHELOUKH MAHFOUD 2008/2009).

En France, les salariés handicapés sont plus nombreux dans le secteur public que dans le secteur privé. La part des personnes handicapées employées dans le secteur public était de 4,4% en 2011 avec des écarts relatifs aux différentes catégories de fonctionnaires (3,3 % dans la fonction publique d'Etat incluant l'administration de l'assurance maladie, les organisations consulaires et la poste ; 5,1% dans la fonction publique hospitalière et 5,3% dans les services publics déconcentrés) alors que dans le secteur privé, le taux était de 3,1% (en équivalent temps plein11), avec un taux plus élevé dans l'industrie (3,6%) que dans le tertiaire (2,7%). Même pour les établissements non éligibles à l'obligation d'emploi (OETH), c'est-à-dire employant moins de 20 personnes, la part des salariés handicapés dans le total du personnel est plus importante dans le secteur public (2,5% contre 2,1% dans le secteur privé) (Amrous, 2013).

En Italie, une législation a été élaborée par-dessus tout pour répondre aux besoins d'assistance des personnes handicapées et à leur besoin croissant de jouer un rôle actif dans la société depuis les années 1960. Le fondement de la législation actuelle est la Loi-Cadre 142 du 5 février 1992 intitulée « Loi-Cadre sur l'assistance, l'intégration sociale et les droits des personnes handicapées ». La loi 104/92 s'appuyait sur le Programme des Nations Unies concernant les personnes handicapées et porte sur les éléments suivants: garantir le respect total de la dignité ainsi que du droit à la liberté et à l'indépendance des personnes handicapées, tout en soutenant l'intégration à domicile, à l'école, dans le milieu du travail et dans la société; éviter et éliminer toutes les conditions qui entravent le développement d'un être humain; encourager le rétablissement social et fonctionnel de toutes les personnes souffrant de handicaps physiques, mentaux et sensoriels en garantissant les services dont elles ont besoin et en leur apportant un soutien juridique et financier; préparer des mesures spécifiques pour lutter contre l'exclusion sociale. (Conseil de l'Europe, avril 2003).

Lorsqu'une personne est atteinte d'un handicap acquis, cela concerne autant ses pairs que ses descendants, ses ascendants. La personne elle-même devient une « personne en situation de

handicap », ses enfants deviennent enfants d'un parent handicapé, les parents deviennent des « parents handicapés », et les grands-parents se trouvent tout d'un coup impliqués dans une filiation avec un petit-enfant atteint d'une anomalie. La personne en situation de handicap devient elle-même cet invité indésirable pour les autres. C'est la place qu'occupe l'enfant handicapé pour sa famille. Il ne correspond pas à l'enfant désiré, celui qui était attendu, conforme à l'image de l'enfant idéal, ou au moins normal (Korff-Sausse, 1996).

L'annonce du handicap est un moment traumatique qui implique inévitablement un travail de deuil. Quelque chose est perdu qui ne reviendra jamais plus. Ce deuil est en fait quasiment impossible tant le remaniement qu'implique le handicap acquis est massif et brutal. La survenue d'un handicap est un traumatisme au sens psychanalytique du terme, à savoir un choc totalement inattendu, d'une intensité telle qu'il fait effraction dans le psychisme, dont il désorganise le fonctionnement. Cette épreuve anéantit toutes les défenses habituelles et en fait apparaître d'autres, parfois beaucoup plus pathologiques. On voit alors des patients ou des parents qui ont des réactions « anormales » ; mais il s'agit surtout de personnes qui réagissent à une situation anormale. Les situations extrêmes appellent des solutions extrêmes. Le handicap acquis conduirait à se dénier soi-même. « Je ne me reconnais plus », telle est la phrase que prononcent bien des patients à la suite d'une maladie, d'un accident ou encore du vieillissement. Le sujet ne se reconnaît plus dans sa propre image mais vit dans un dédoublement dépersonnalisant. « Ce n'est pas moi. C'est un autre » (Anne Boissel 2019-2020).

1.3.1. ETAT DE LA QUESTION

Les personnes qui ont acquis le handicap moteur au cours de leur vie suite à un accident, elles et leur environnement ont une perception dévalorisante de ce handicap ce qui se traduit par la stigmatisation et l'abandon des personnes victimes de handicap moteur. C'est ce que dit Gardou (2005), tenus en marge, enfermés dans des catégories, ils vivent dans une sorte de marécage social. Même aujourd'hui, où nos représentations semblent avoir significativement évolué, notre société continue à faire du handicap un stigmate, c'est-à-dire, une source insidieuse de dévalorisation et de rejet. Pour la protection de ces personnes victimes de handicap moteur, certains pays, les ONG et l'ONU mettent des lois en vigueur pour la protection de ces victimes. Ce qui se traduit par la création de DUDH (10/12/1948) par l'ONU qui affirme que les droits des personnes handicapées sont par définition les droits fondamentaux du citoyen tel que l'exprime l'article premier de la Déclaration des Droits de l'Homme : « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits ». Malgré l'éclaircissement des différents auteurs, des organisations mondiales sur la vie des personnes en situation de handicap en générale et celle

des personnes en situation de handicap moteur en particulier ainsi que l'évolution de la science et la technologie pouvant facilité la réinsertion sociale et professionnelle de ces victimes, les perceptions psycho-sociales de la personne victime de handicap moteur post-traumatique et de ses parents continue d'influencer la vie et le comportement social de la personne victime.

1.3.2. JUSTIFICATION DU CHOIX DE SUJET

Dans les médias nous entendons parler des accidents de circulation très graves qui mettent certaines victimes dans des situation de handicap moteur post-traumatique. Cette situation de handicap moteur met la personne victime dans des situations psychosomatiques. C'est ce que traduit Anne Boissel dans son ouvrage intitulé « *Quand le handicap s'invite au cours de la vie* », l'annonce du handicap est un moment traumatique qui implique inévitablement un travail de deuil. Quelque chose est perdu qui ne reviendra jamais plus. Ce deuil est en fait quasiment impossible tant le remaniement qu'implique le handicap acquis est massif et brutal. La survenue d'un handicap est un traumatisme au sens psychanalytique du terme, à savoir un choc totalement inattendu, d'une intensité telle qu'il fait effraction dans le psychisme, dont il désorganise le fonctionnement. Cette épreuve anéantit toutes les défenses habituelles et en fait apparaître d'autres, parfois beaucoup plus pathologiques. On voit alors des patients ou des parents qui ont des réactions « anormales » ; mais il s'agit surtout de personnes qui réagissent à une situation anormale. Les situations extrêmes appellent des solutions extrêmes. Le handicap acquis conduirait à se dénier soi-même. « Je ne me reconnais plus », telle est la phrase que prononcent bien des patients à la suite d'une maladie, d'un accident ou encore du vieillissement. Le sujet ne se reconnaît plus dans sa propre image mais vit dans un dédoublement dépersonnalisant. « Ce n'est pas moi. C'est un autre ».

Le choix porté sur **« Difficultés psycho-sociales dans les cas de handicap moteur post-traumatique cas de COTONOU** ». Au Bénin, et dans la ville de Cotonou, suite à un constat fait sur trois cas d'accidents ayant conduit à l'amputation d'un ou de deux membres, la plupart des victimes perdent généralement la vie. D'après les différentes investigations, il ressort que ces derniers très complexés, préfèrent se décharger de leur nouvelle condition de vie en se souhaitant parfois la mort. Car la vie de COTONOU sur les plans économiques et sociaux n'est pas du tout aisée pour toute personne vivant avec un handicap survenu au cours de la vie. La plupart des mémoires et documents consultés ont focalisé l'attention sur la perception, les représentations, la politique des gouvernements en faveur des personnes handicapées en générale.

CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Il s'agit de présenter la démarche méthodologique adoptée.

2.1- PRÉSENTATION DU CADRE DE RECHERCHE

Nous présentons d'une part la question de recherche, les hypothèses et objectifs de recherche et d'autres part la revue de littérature.

2.2- NATURE DE LA RECHERCHE

Notre étude consiste à la recueille des données mixe à la fois qualitative et quantitative chez les personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et leurs proches.

2.2.1- POPULATION D'ÉTUDE

Dans le cadre de la présente étude la population cible est l'ensemble des personnes victime d'un handicap moteur post-traumatique et leurs proches (famille).

2.2.2. TECHNIQUES D'ECHANTILLONNAGE

Le choix des groupes cibles est fait par la technique par choix raisonné avec des critères d'inclusion et d'exclusion.

- ✓ Critères d'inclusion
  - Une personne victime de handicap moteur suite à un accident
  - Les membre(s) de la famille de la personne victime
- ✓ Critères d'exclusion
  - Toute personne qui n'est pas victime de handicap moteur suite à un accident

2.2.3. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Pour mieux atteindre nos objectifs de notre recherche et de pouvoir vérifier la validité de nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode d'échantillonnage non probabiliste. Les techniques de collectes des données que nous avons utilisées sont :

- ➢ Le questionnaire

Le questionnaire est l'ensemble des questions fermées et ouvertes qui sont administrées à la population cible.

- ➢ L'observation participative

Nous avons observé spécialement notre population cible tout en travaillant avec elle.

2.2.4. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La revue bibliographique s'est effectuée dans un certain nombre de centres de documentation tels que dans l'institut français, la Bibliothèque centrale de l'UAC, la Bibliothèque Benin excellence. Elle a été effectuée aussi sur l'internet. Les informations qui y sont recueillies sont d'ordre générale méthodologique, technique, professionnel et proviennent des articles, thèses, livres, mémoires, rapports d'étude traitant relativement le même sujet que celui choisi. Pour réussir la recherche documentaire, nous avons utilisé comme outil, la grille de lecture.

2.2.5. L'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été utilisé pour collecter les données auprès des personnes victime d'un handicap moteur post-traumatique et auprès du l'entourage de la personne victime. Les données collectées ont servi à identifier d'une part les sentiments des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leurs parents et d'autre part de Changer la compréhension des victimes de handicap moteur suite à un accident et de leurs parents sur leur adaptation.

2.2.6. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

Nous avons utilisé comme outil dans le cadre de notre recherche et le questionnaire et l'observation.

2.3. TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES

Nous avons utilisé des logiciels Microsoft Word et Excel pour traiter et analyser les données qui sont recueillir.

2.3.1. DIFFICULTES RENCONTRÉES

Au cours de nos recherches, nous avons rencontré de nombreuses difficultés tels que le refus de certaines personnes d'être enquêter pour la collecte des données, la mal compréhension des langues local, des difficultés de déplacement, des difficultés financières, etc.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Notre étude portant sur les personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et leurs proches vise à identifier leurs sentiments et à changer la compréhension des victimes et leurs parents sur leur adaptation.

3.1. LES PERSONNES VICTIME

3.1.1. Situation socio-démographique des victimes

- **En tenant compte de l'âge des victimes**

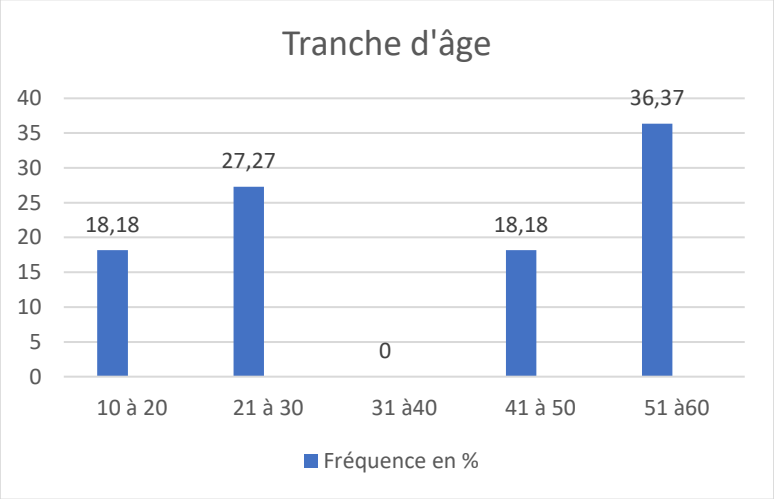


Figure 1: Répartition des sujets enquêtés en fonction de la tranche d'âge

Les sujets enquêtés sont repartis en cinq (05) tranches d'âge : il ressort de la figure 1 que 36,37% des sujets sont âgés de [51 à 60] ans, 27,27% sont des sujets âgés de **[**21 à 30**]** ans, 18,18% sont de sujets âgés de **[**10 à 20**]** ans et de [41 à 50] ans**.** La plupart de nos échantillons sont des adultes et les personnes âgées. La majorité de nos enquêtés sont des personnes âgées. L'âge de nos enquêté détermine le sens de la maturité et de la sagesse de ses victimes sur leur situation de vie actuelle.

- **En tenant compte de l'ethnie des victimes**

Tableau 1:Répartition des sujets en fonction de l'ethnie

Ethnie	Nombres	Fréquences en %
Fon	02	18,18
Goun	03	27,28

Natimba	01	9,09
AÏZO	01	9,09
Nago	01	9,09
Yorouba	01	9,09
Dendi	01	9,09
Mina	01	9,09
Total	11	100

Le tableau 1 révèle que 27,28% des sujets enquêtés sont des goun, 18,18% des sujets sont des fon, 9,09% des sujets sont des yorouba, 9,09% des sujets sont des mina, 9,09% des sujets sont des dendi, 9,09% des sujets sont des nago, 9,09% des sujets sont des aïzo et 9,09% des sujets sont des natimba. L'analyse de ce tableau indique que les gouns sont les plus représentés dans nos échantillons. Dans les sociétés traditionnelles, le handicap avait tendance à être essentialisé, dans nos sociétés modernes. Ce n'est plus possible avec l'arrivée par milliers d'invalides créés par un fait social. Dans les cultures extra-occidentales, le handicap a une connotation négative.

- **En tenant compte de la situation matrimoniale des victimes**

Tableau 2:La situation matrimoniale de notre population cible

Situation matrimoniale	Nombres	Fréquences en %
Marié(e)	08	72,73
Célibataire	03	27,27
Total	11	100

Ce tableau 2 indique que 72,73% des sujets sont mariés et 27,27% sont célibataires. De ce fait, le nombre de sujets enquêtés mariés parait plus important. De la situation matrimoniale, nous déduisons que les victimes mariées peuvent recevoir le soutien de leur partenaire.

- **En tenant compte du sexe des victimes**

Tableau 3:Répartition des sexes

Sexes	Nombres	Fréquences en %
Masculins	10	90,91
Féminins	01	9,09
Total	11	100

Le tableau 3 montre que 90,91% des sujets sont de sexe masculin et 9,09% de sexe féminin. L'examen de ce tableau indique que le nombre d'hommes victime de handicap moteur apparait largement au-dessus de celui des femmes. A travers le sexe de nos enquêtés, nous confirmons que les hommes courent plus le risque d'être victime de handicap moteur.

❖ En tenant compte du niveau d'étude des victimes

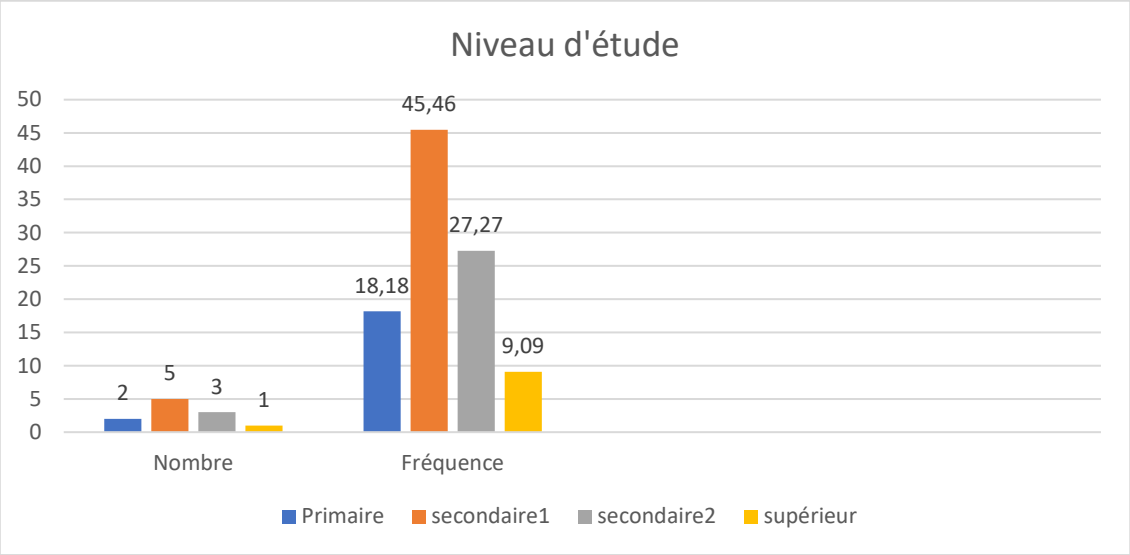


Figure 2: Répartition des sujets selon le niveau d'étude

La figure 2 relève que 45,46% des enquêtés ont le niveau d'étude secondaire1, 27,27% de niveau d'étude secondaire2, 18,18% de niveau primaire et 9,09% ont le niveau d'étude supérieure. De l'analyse de cette figure, il ressort que le niveau d'étude secondaire1 est le plus représenté de nos sujets enquêtés. A partir de niveau d'étude de nos enquêtés, on déduit que les victimes ont une connaissance sur l'évolution de la science et de la technologie, ce qui leur permettra de moins s'inquiéter sur leur nouvelle situation de vie.

❖ Présentation des professions

Pour se procurer un salaire, une rémunération, l'Homme mène généralement des activités de plusieurs types. Au cours de notre enquête chez les personnes en situation de handicap moteur, nous avons enquêté des sujets qui étaient des mécaniciens, des zémidjans, des étudiants, des élèves, des conducteurs d'ONG, des commerçants, des techniciens en électronique, des sérigraphes et des transitaires.

3.1.2. Les causes de l'accident

Les accidents de circulation sont connus par leurs nombreuses causes. Les principales causes des accidents sont : l'inattention, excès de vitesse, conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de drogues, non-respect des règles de la route, etc. Lors de nos enquêtes sur le terrain auprès des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique, les victimes indiquent diverses causes liées à leurs accidents et les ayant conduits dans une situation de handicap moteur. C'est ainsi, dans un premier temps, les Sujets (S)1,2 et 3 âgée de 29ans, âgé de 18ans et âgé de 12ans s'expriment en ces termes « je voulais traverser la voie quand un motocycliste venant à vive allure m'a renversé. » (Extrait des données de terrain en date du mai 2023). Dans un second temps, le S4 âgé de 52 ans affirme « je roulais ma moto quand les phares d'un véhicule ont ébloui mes yeux et j'ai perdu la vue puis l'accident est survenu. » (Extrait des données de terrain mai 2023). Et enfin, les sujets (S)5,6 et 7 âgé de 60 ans, âgé de 50ans et âgé de 26 ans affirment « j'ai été renversé par derrière par une voiture. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.3. La connaissance sur le devenu de handicap moteur.

Au cours de nos enquêtes chez les personnes victimes de handicap moteur post-traumatique, les victimes expriment d'avoir connaissance sur le devenu de leur handicap moteur après des soins médicaux ou à l'instant où l'accident s'est produit. Le sujet S6 affirme « c'est après trois mois de traitement que j'ai su que ma jambe doit être amputée. », chez le sujet S9, il dit « c'est après trois semaines de traitement médical que j'ai su que ma jambe doit être coupée. », quant au sujet S1, « c'est après deux semaines quatre jours de traitement que j'ai su que je vais perdre ma jambe gauche. », le sujet S8 affirme « le plâtre a été mal fait et les gangrènes sont rentrés dedans, c'est en ce moment qu'on m'a parlé de l'amputation de ma jambe. Tout cela s'est passé après neuf jours de mon accident. », le sujet S4 dit « c'est le jour où l'accident s'est produit, j'ai constaté que mes membres ne sont plus fonctionnels, Je serai paraplégique » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.4. La réception de l'information par rapport à la perte d'un membre ou d'être paraplégique.

Anne Boissel disait « L'annonce du handicap est un moment traumatique qui implique inévitablement un travail de deuil. Quelque chose est perdu qui ne reviendra plus jamais. Ce deuil est en fait quasiment impossible tant le remaniement qu'implique le handicap acquis est massif et brutal. »

Sur le terrain, les sujets enquêtés disent d'avoir reçu l'information du fait qu'ils deviendront des personnes en situation de handicap moteur par le biais des médecins traitant après les avoir préparés moralement ou par le biais d'un membre de sa famille. C'est ce qu'affirme le sujet S1 « c'est le médecin qui s'occupait de moi qui m'informe qu'on doit couper ma jambe pour que je puisse survivre, car sans cela je ne pouvais pas vivre longtemps et qu'avec une jambe, je peux vivre normalement comme je le souhaite sans aucun problème. Après avoir dit cela j'ai accepté qu'on coupe ma jambe. » Le sujet S9 quant à lui s'exprime en ces termes « mon oncle a appelé le sage de la famille. Il a été sollicité parce qu'il est un responsable religieux. Il m'a d'abord fait des prières, m'a fait comprendre la vie et après tout m'a annoncé que ma jambe doit être amputé. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.5. Les ressentis des victimes

Le changement brusque des situations de la vie des personnes ayant acquis le handicap moteur au cours de la vie, ces personnes ressentent souvent de la tristesse, du désespoir, du découragement, d'inquiétude, etc. Par contre, certains de nos sujets enquêtés affirment ne rien ressentir. C'est le cas du sujet S6 qui affirme « je n'ai rien ressenti quand ils m'ont amputé la jambe. Pour moi c'est à cause de ma santé et cela me permettra de vivre mieux encore longtemps. » (Extrait des données de terrain mai 2023). Par ailleurs, d'autres ressentent de la tristesse et du désespoir. C'est l'exemple du sujet S3 qui dit « j'étais tellement triste quand on m'avait amputé la jambe » et sujet S7 qui s'exprime en ces termes « j'étais désespéré quand je me suis réveillé et j'ai vu que m'a jambe n'y est plus. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.6. La pensée des victimes par rapport à leur situation.

Selon Anne Boissel « La survenue d'un handicap est un traumatisme au sens psychanalytique du terme, à savoir un choc totalement inattendu, d'une intensité telle qu'il fait effraction dans le psychisme, dont il désorganise le fonctionnement. Cette épreuve anéantit toutes les défenses habituelles et en fait apparaître d'autres, parfois beaucoup plus pathologiques. On voit alors des patients ou des parents qui ont des réactions « anormales » ; mais il s'agit surtout de personnes qui réagissent à une situation anormale. Les situations extrêmes appellent des solutions extrêmes. Le handicap acquis conduirait à se dénier soi-même. « Je ne me reconnais plus », telle est la phrase que prononcent bien des patients à la suite d'une maladie, d'un accident ou encore du vieillissement. Le sujet ne se reconnaît plus dans sa propre image mais vit dans un dédoublement dépersonnalisant. « Ce n'est pas moi. C'est un autre » Perdre quelque chose la

plus chère et que cela crée une situation difficile durant le reste de la vie de la personne ayant perdu cette chose nécessaire suscitera des pensés que les comportementalistes appel des pensés automatiques. Ces pensées se différencient selon des situations et des personnes. C'est ce qu'explique la pensée de ces trois sujets.

Le sujet S6 dit « Après s'être amputé, j'ai pensé à comment survivre et comment continuer mon métier de mécanique. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

Quant au sujet S5, « j'ai pensé à ma femme et mes enfants. » Extrait des données de terrain, mai 2023).

En ce qui concerne le sujet S7, il affirme « j'ai pensé au suicide. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.7. Ressentis des sujets face à leur entourage.

En Afrique en général et au Bénin en particulier, il existe des liens de fraternité qui lient les personnes quels que soient leur rang social, leur situation ou leur condition de vie pouvant permettre aux individus de se sentir aimés, heureux par ses semblables. C'est ce qui explique la présence de la fraternité dans la devise béninoise qui est « Fraternité Justice Et Travail ». Mais il arrive souvent des situations de la vie ou le lien de la fraternité s'évapore au sein des individus. C'est le cas des personnes ayant acquis le handicap moteur au cours de leur vie et qui ont besoin du soutien de leurs semblables pour se sentir heureuses.

Selon la FIRAH, certains interviewés (24%) reconnaissent que la prise en charge des PSH n'est pas une chose aisée ; les parents s'en lassent parfois : « Si les PSH se retrouvent dans la rue, c'est que parfois les parents sont lassés de les supporter et de subvenir à leurs besoins ; dans ce cas, elles se considèrent comme des charges et vont se débrouiller dans la rue pour survivre » exprima un enseignant sénégalais.

Dans le cadre de notre enquête, il ressort que certains de nos sujets enquêtés ressentent les attitudes de rejet et d'abandon de ses pairs. Le sujet S5 dit « je me sens abandonner par mon entourage ». (Extrait des données de terrain mai 2023).

Par contre chez d'autres, ils se sentent heureux, aimer au sein de leur entourage. C'est l'exemple du sujet S9 qui affirme « je ressens qu'il y a une fraternité. On vit ensemble, ils ont aussi besoin de moi pour prendre certaines décisions stratégiques. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

Certains se sentent aimés et heureux au sein de leur entourage sauf avec quelques-uns. C'est ce qu'affirme le sujet S6 « je suis content de mon entourage sauf mon demi-frère qui ne pense

même pas à moi pour me demander comment je me porte. » (Extrait des données de terrain, mai 2023).

3.1.8. Soutien reçu par les sujets victimes.

A un moment donné de la vie chaque individu a besoin d'aide de son prochain que ce soit celui d'un enfant, d'un jeune ou d'un vieillard, toute aide est importante dans notre vie quotidienne. Au Bénin, les individus en situation difficile reçoivent un soutien d'une manière ou d'une autre sur tous les plans auprès de leurs semblables pour se sentir un peu soulager ou aimer. Dans le cadre de notre enquête, les sujets disent avoir reçu le soutien de la part des parents, des frères et sœurs, des amis et collègues et des conjoint(e)s. C'est le cas du sujet S3 qui affirme « j'ai le soutien de mes parents, car ils font de leur possible pour que je me sente heureux. » Le sujet S1 quant à lui dit « j'ai le soutien de mon époux. Il se sacrifie pour que je ne manque de ce qui est nécessaire pour moi. », le sujet S5 affirme « c'est ma femme qui me soutient, elle fait tout pour moi et mes enfants. » et le sujet S2 dit « ceux sont mes amis et collègues qui me soutiennent sur tout ce que je désire. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.9. L'influence du regard de l'entourage sur la vie des victimes.

Au sein de la société, les individus s'influencent à travers leur comportement et manière de vivre pouvant fait souffrir ou déstabiliser leurs semblables. C'est pourquoi Jean Paul Sartre affirme « l'enfer c'est les autres ». C'est ce que vivent les personnes ayant acquis un handicap moteur au cours de leur vie. Selon Emilie Clarisse Tochokote, Jacques-Philippe Tsala Tsala and Régine Scelles, « Les actions et les jugements que l'on porte sur la personne en situation de handicap moteur au Cameroun sont pour la plupart à connotation négative et contribuent à stigmatiser ces personnes. » Pour Capo-Chichi et *al*, le regard porté par les autres sur les PSHM, nous avons remarqué qu'environ 80% du personnel administratif estimait que la personne en situation de handicap est une personne à part entière, qui a une incapacité, qui ne peut pas tout faire et qui a besoin d'aide pour évoluer. Quant aux PSHM enquêtées, 75% parmi elles acceptaient leur situation de handicap et veulent se battre pour s'en sortir si les conditions leur étaient un peu plus favorables. Environ 60% estimaient qu'elles sont limitées et par conséquent qu'elles ne peuvent pas tout faire.

Dans le cadre de notre enquête, trois sur onze affirment d'être influencés par le regard de leur entourage. Par contre, d'autres affirment ne pas être influencés par le regard des gens. Les sujets S1 et S3 affirment être influencés par le regard des gens. Le sujet S1 dit « quand les gens me regardent trop, cela me met mal à l'aise et me donne trop de soucis. » Le sujet S3 quant à lui

dit « j'ai honte quand les gens me regardent ce qui fait que j'évite les gens. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.1.10. Réintégration sociale des victimes.

Selon Odile Hirschauer-Rohmer dans sa thèse estime que « les personnes handicapées en fauteuil roulant se voient attribuer un stéréotype positif : elles sont courageuses, motivées, attentives aux autres, etc. Cette survalorisation s'explique sans doute par un « effet rebond », lié à une norme sociale qui nous impose de ne pas juger négativement une catégorie sociale défavorisée. » Autrement dit, les personnes en situation de handicap moteur doivent s'encourager, se motiver et se valoriser devant ses semblables bien portant afin de s'imposer de ne pas être jugées négativement.

Pour Claude Hamonet (1990), « bon nombre de personnes handicapées font un double constat : le premier est qu'elles ont une meilleure connaissance des autres, une meilleure attention à leurs problèmes du fait du voyage dans les souffrances et les difficultés qu'elles ont rencontré, le second est que la délimitation entre « normaux » et « stigmatisés » (ou handicapés) n'est pas une frontière nette ». C'est-à-dire les personnes en situation de handicap doivent connaitre son entourage, connaitre ses propres limites et de savoir qu'entre les normaux et les handicapés, il n'y a pas une frontière pouvant les séparer.

Dans le cadre de notre étude, les personnes victimes que nous avons eu à enquêter ont donné leur point de vue sur leur réinsertion sociale. Certaines de ces victimes pensent qu'avoir des pieds artificiels, mener une activité génératrice de revenus ou avoir un boulot pourra les aider dans leur réintégration sociale. D'autres pensent qu'en faisant comprendre à la société que les personnes en situation de handicap moteur sont à la hauteur de leur capacité dans les activités et fonctions qui sont à leur porté. Une aide financière de la part des ONG et gouvernement pour leur soin et une maison de résidence pour les personnes en situation de handicap moteur. Un accompagnement pour des personnes en situation de handicap. Une loi pouvant protéger les personnes en situation de handicap moteur et pouvant aussi assurer leur employabilité dans la fonction publique que celle privée. Le sujet S1 affirme « avoir un pied artificiel et une activité génératrice me permettra de me débrouiller et ne plus être une charge pour mon époux. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.2. LA FAMILLE OU L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE VICTIME DE HANDICAP MOTEUR POST-TRAUMATIQUE

3.2.1. Situation socio-démographique de la famille ou de l'entourage

- **En tenant compte de l'âge de l'entourage ou famille**

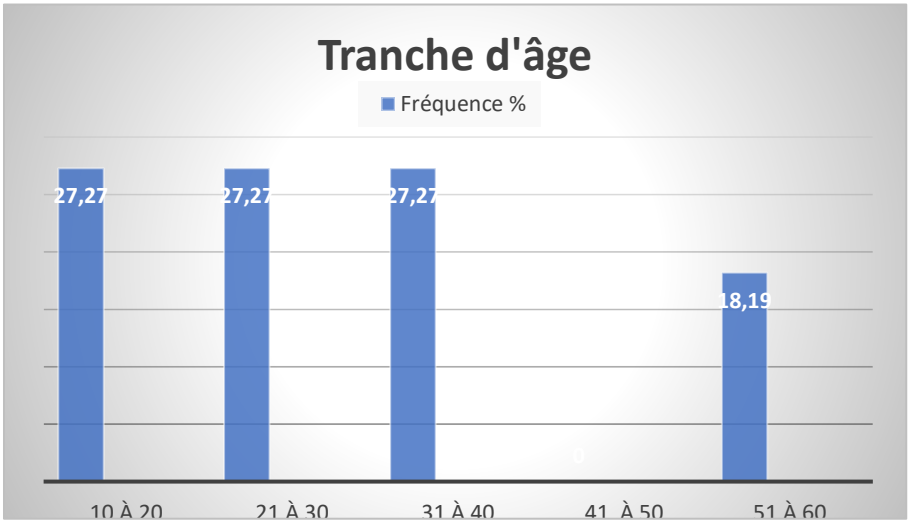


Figure 3: Répartition des sujets enquêtés en fonction de la tranche d'âge

Il ressort de la figure 3 que 27,27% des sujets enquêtés sont âgés de 10 à 20 ans, 27,27% des sujets enquêtés sont âgés de 21 à 30 ans, 27,27% des sujets enquêtés sont âgés de 31 à 40 ans et 18,19% sont âgés de 51 à 60 ans. La plupart de nos sujets sont âgés de 10 à 40 ans. Il ressort que les personnes victimes de handicap moteur reçoivent le soutien et l'aide de toutes personnes quel que soit l'âge de la personne.

- **En tenant compte du sexe de l'entourage**

Tableau 4:Répartition des sexes

Sexe	Nombre	Fréquence en %
Masculin	3	27,27
Féminin	8	72,73
Total	11	100

L’analyse du tableau4 indique que 72,73% des sujets sont de sexe féminin et 27,27% sont de sexe masculin. Le sexe féminin est le plus représenté dans nos sujets. Ce qui prouve que les victimes reçoivent plus de l’affection et le soutien de la part du sexe féminin.

- **En tenant compte du lien de la parenté de l’entourage**

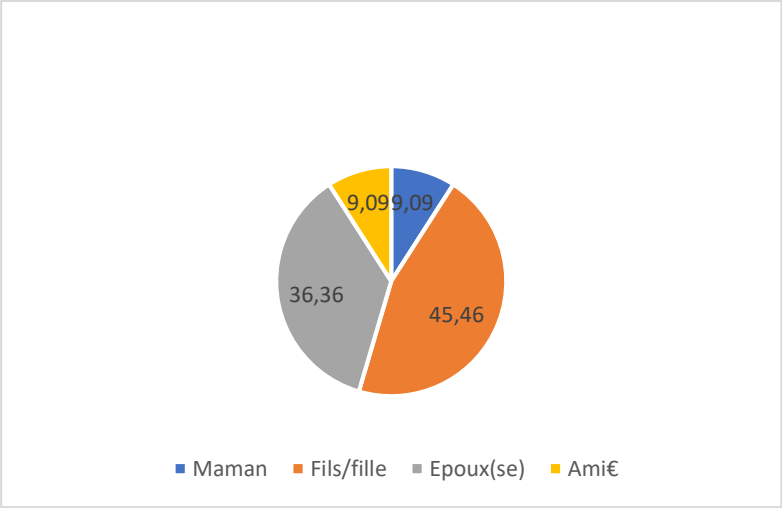


Figure 4: Répartition des sujets enquêtés en fonction de lien de parenté

La figure4 révèle que 45,46% ont un lien de parenté fils ou fille, 36,36% ont un lien de parenté d’époux ou épouse, 9,09%% ont un lien parenté maman et 9,09%% ont un lien parenté amis. Fils ou fille ont des liens de parenté les plus fréquents au sien de nos sujets enquêtés. Le handicap mobilise fortement les questions de filiation. La transmission est aussi bien ascendante que descendante. Lorsqu’une personne est atteinte d’un handicap acquis, cela concerne autant ses pairs que ses descendants, ses ascendants. La personne elle-même devient une « personne en situation de handicap », ses enfants deviennent enfants d’un parent handicapé, les parents deviennent des « parents handicapés », et les grands-parents se trouvent tout d’un coup impliqués dans une filiation avec un petit-enfant atteint d’une anomalie. (Anne Boissel)

❖ **Présentation des professions**

Pour venir en aide à son prochain, il faut être nécessairement équilibré sur tous les plans. Dans le cadre des personnes en situation de handicap moteur, leur entourage exerce des activités génératrices pour pouvoir les soutenir économiquement et subvenir à leurs besoins. Au cours de nos enquêtes sur l'entourage des personnes victimes de handicap moteur au cours de leur vie, nous avons rencontré des gens exerçant des fonctions ou bien profession d'étudiants, d'élèves, d'enseignants, de ménagère, d'électriciens bâtiments, de coiffures et de vendeurs de friperie. Ces activités leurs permettent de s'occuper de leur proche en situation difficile.

3.2.2. Diffusion de l'information de handicap acquis

Nos enquêtes ont révélé que l'entourage de la personne victime d'un accident l'ayant conduit à une amputation d'un membre ou à la paraplégique reçoit l'information par le biais d'un médecin traitant ce qui prouve que la personne est en compagnie de la victime à l'hôpital ou par le biais d'un membre de la famille ce qui montre que ce dernier est loin de la victime. Le sujet k affirme « j'étais avec mon époux quand le docteur nous a dit que son pied doit être coupé. » (Extrait des données de terrain mai 2023). Quant à notre sujet X, il dit « c'est le petit frère de mon ami qui m'a informé que le pied de mon ami va être coupé. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.2.3. Ressentis de l'entourage

Il s'agit ici, d'évoquer les ressentis de l'entourage de la personne victime d'une amputation ou paraplégique suite à un accident de la route. Au cours de notre enquête, certains disent avoir ressentis la peur, le malaise et d'autres, avoir ressentis le découragement, la tristesse. Le sujet T dit « le jour que j'ai reçu cette information, j'ai ressenti une grande peur ». (Extrait des données de terrain mai 2023). Le sujet Y affirme « après avoir reçu l'information, j'étais triste. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.2.4. L'aide de l'entourage

Au cours de notre enquête, il s'est révélé que l'entourage fait de son possible pour venir en aide aux personnes victimes d'un handicap moteur. Sur ce, ils disent avoir remonter le moral aux victimes, faire des activités domestiques, prendre soin de la victime, rester toujours auprès de lui, rendre heureux la victime, les assister au besoin. Le sujet Z affirme « c'est grâce à mes activités que je prends soin de lui et mes enfants comme il ne peut plus travailler comme au paravent. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

3.2.5. Réinsertion sociale et la réintégration professionnelle des victimes

- **La réinsertion sociale**

Pour la réinsertion sociale, en Italie une législation a été élaborée par-dessus de tout pour répondre aux besoins d'assistance des personnes handicapées et à leur besoin croissant de jouer un rôle actif dans la société depuis les années 1960. Les organisations publiques et privées travaillent dans toute l'Italie pour dispenser des services dans les domaines de la rééducation, des prothèses et des technologies de l'information. Un travail de grande ampleur a été effectué pour améliorer l'accès aux lieux quotidiens, en commençant par le domicile et les alentours en utilisant des fonds créés pour éliminer les obstacles architecturaux dans les bâtiments privés et les lieux, bâtiments et services publics**.** (Conseil de l'Europe, avril 2003).

Au Bénin, le gouvernement du président Patrice Talon a adopté lors du conseil des ministres du mercredi 21 juin 2023, les textes d'application de la loi N°2017-06 du septembre 2017, portant protection et promotion des droits des personnes handicapées en République du Bénin. (Compte rendu du conseil des ministres, juillet 2023).

Nos enquêtes ont révélé que les victimes ont besoin des aides financières pour leur traitement, des résidences pour habiter, des pieds artificiels, des prothèses, la rééducation, des fauteuil roulants pour d'autres. Le sujet R dit « mon enfant a besoin d'une jambe artificielle, ce qui lui permettra de se déplacer normalement. » (Extrait des données de terrain mai 2023).

- **La réintégration professionnelle**

Pour la réintégration professionnelle, en Allemagne, suite aux réformes législatives dans les années 1970, avec la loi sur la lutte contre le chômage chez les personnes gravement handicapées, les entreprises publiques et privées d'une certaine taille sont tenues d'employer un nombre de personnes handicapées correspondant à un pourcentage donné du nombre de postes dont elles disposent (postes obligatoires). (Conseil de l'Europe, avril 2003).

En France, les salariés handicapés sont plus nombreux dans le secteur public que dans le secteur privé. La part des personnes handicapées employées dans le secteur public était de 4,4% en 2011 avec des écarts relatifs aux différentes catégories de fonctionnaires (3,3 % dans la fonction publique d'Etat incluant l'administration de l'assurance maladie, les organisations consulaires et la poste ; 5,1% dans la fonction publique hospitalière et 5,3% dans les services publics déconcentrés). **(**Amrous, 2013).

Au Bénin, plusieurs actions concertées ont été menées par les structures gouvernementales, les organisations non étatiques et confessionnelles aboutissant à la création des centres de formation professionnelle des personnes handicapées d'Akassato et de Péporiyakou, la création du centre de promotion sociale des personnes non-voyantes et amblyopes (CPSAA) de

Sègbèya, la mise en œuvre du programme de réadaptation à base communautaire (RBC), la création de l'Ecole béninoise des personnes en situation de handicap auditif de Vêdoko, la création des centres des sourds de Sènadè et de Parakou, puis l'expérimentation du programme d'éducation, de formation et d'intégration des sourds, la création du centre des aveugles de Parakou, la création du centre « SILOE » de Djanglanmè (Mono) pour les aveugles, l'initiation de deux classes spéciales pour déficients mentaux à l'école «les Nîmes» de Cotonou.(FIRAH, mars 2010).

A travers notre enquête, il ressort que pour la réintégration professionnelle des victimes, il est nécessaire de prévoir un financement à leurs projets, activités ou un emploi selon la capacité et niveau d'étude des victimes. Le sujet T dit « ma mère a besoin de l'argent pour se relancer dans ses activités de vente des articles de beauté féminine ». (Extrait des données de terrain mai 2023).

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

4.1. DISCUSSION

Le but de la présente recherche est de déterminer les perceptions psycho-sociales des personnes victimes de handicap moteur post-traumatique et de leur parent influençant la réinsertion sociale de la victime.

- Dans un premier temps, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « les pensées et propos dévalorisant de l'entourage agissent sur la réinsertion sociale de la personne en situation de handicap ». Au sein de la société, les individus s'influencent à travers leur comportement et manière de vivre pouvant fait souffrir ou déstabiliser ses semblables. C'est pourquoi Jean Paul Sart affirme « l'enfer c'est les autres ». Notre étude a révélé que le regard des gens influence la manière de vivre des personnes en situation de handicap. Cette influence s'observe par : auto isolement de la victime, évitement de la victime face à ses semblable, la victime se sent mal à l'aise ou se sent honteuse en face des gens. Selon Emilie Clarisse Tochokote, Jacques-Philippe Tsala Tsala and Régine Scelles, « Les actions et les jugements que l'on porte sur la personne en situation de handicap moteur au Cameroun sont pour la plupart à connotation négative et contribuent à stigmatiser ces personnes ».
- Dans un second temps, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « le mauvais regard de la victime et de ses parents sur sa situation entraine les attitudes de rejet et d'abandon. ». En Afrique en général et au Bénin en particulier, il existe des liens de fraternité qui lient les personnes quel que soit leur rang social, leur situation ou condition de vie pouvant permettre aux individus de se sentir heureux et aimés par leurs semblables. C'est ce qui explique la présence de la fraternité dans la devise béninoise qui est « *Fraternité- Justice - Travail*. ». Mais, il arrive souvent des situations de la vie ou le lien de la fraternité s'évapore au sein des individus. C'est le cas des personnes ayant acquis le handicap moteur au cours de leur vie et qui ont besoins du soutien de ses semblables pour se sentir heureuses. Dans le cadre de notre enquête, il ressort que des sujets enquêtés ressentent les attitudes de rejet et d'abandon de leurs pairs. D'après ALIOU SENE (2013) dans son mémoire de maîtrise dit « beaucoup de personnes en situation de handicap vivent encore dans le célibat en raison des résistances liées à l'union avec une personne dite hors norme. Et ce sont plutôt les femmes qui souffrent le plus de cette situation. En fait, dans la représentation sociale du mariage, l'épouse modèle est celle qui sait gérer son foyer et s'occuper de l'éducation et de l'entretien des

enfants, des tâches particulièrement exigeantes et méticuleuses qu'une femme handicapée ne saurait être en mesure d'effectuer convenablement. ». Au terme de notre recherche, tous les objectifs que nous nous sommes fixés sont atteints et nos hypothèses vérifiées. Il se dégage de notre étude que les perceptions psycho-sociales de la victime et de ses parents influencent la vie et le comportement social de la victime.

4.2. Perspectives

Quelques perspectives pour remédier les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de handicap moteur :

- Un suivi psychologique des victimes dès les premiers jours de leur handicap moteur jusqu'à leur réinsertion sociale et professionnelle ;
- Suivre les séances de kinésithérapie pour s'offrir une reconstruction de soi ;
- Promouvoir des textes législatifs créant pour le secteur public et privé une obligation d'emploi pour les personnes en situation de handicap ;
- Mettre en place des dispositifs de formation des personnes en situation de handicap selon leur cas d'adaptation ;
- Créer des creusets d'épanouissement des personnes en situation de handicap ; comme la promotion de handisport.
- Mettre en pratique les textes législatifs protégeant des personnes en situation de handicap sur le plan social.

CONCLUSION

Les difficultés psycho-sociales des personnes en situation de handicap moteur post-traumatique sont très fréquentes et visibles dans leur vie et entourage. Au Bénin, les personnes en situation de handicap vivent dans des conditions difficiles. Malgré les progrès importants enregistrés au plan législatif, les personnes handicapées souffrent encore du poids de la tradition, de la violence, de la discrimination et de la marginalisation. Leur situation actuelle se caractérise par une couverture sociale insuffisante malgré les dispositions constitutionnelles qui légitiment la protection des personnes handicapées. Les résultats obtenus après analyse des données recueillies ont montré que le regard des gens influence la manière de vivre des personnes en situation de handicap moteur. Cette influence s'observe par : auto isolement de la victime, évitement de la victime de ses semblables, la victime s'anime d'un complexe d'infériorité. Les personnes ayant acquis le handicap moteur au cours de la vie suite à un accident et leur entourage ont une perception dévalorisante de la situation, ce qui fait de la victime, une charge pour l'entourage et suscite du rejet et d'abandon de la victime : « les personnes vivant avec un handicap qu'il soit moteur, sensoriel, intellectuel, comportemental, d'ordre congénital ou acquis, ceux qui sont frappés par un handicap partagent une condition commune. Encore tenus en marge, enfermés dans des catégories, ils vivent dans une sorte de marécage social. Même aujourd'hui, où nos représentations semblent avoir significativement évolué, notre société continue à faire du handicap un stigmate, c'est-à-dire, une source insidieuse de dévalorisation et de rejet. » (Gardou, 2005). De l'analyse et interprétation des résultats, il ressort que nos hypothèses sont confirmées. Il est donc établi que : premièrement les pensées et propos dévalorisant de l'entourage agissent sur la réinsertion sociale de la personne en situation de handicap et secundo, le mauvais regard de la victime et de ses parents sur sa situation entraine les attitudes de rejet et d'abandon.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALIOU SENE (2013), Vivre avec un handicap un défi d'insertion psychosociale (Mémoire de maitrise, université Québec à Rimouski)
- ANNE BOISSEL (2019-2020) Quand le handicap s'invite au cours de la vie
- AZZI Siham et BETROUNI Amina (2015-2016), le stress post-traumatique chez les handicapés moteurs acquis à l'âge adulte » -Etude de cinq (05) cas- (Mémoire de master en psychologie clinique, Université d'ABDERRAHMANE MIRA-Béjaia à Alger)
- BOUCHLOUKH M. (2008-2009), « Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs », thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, Université Mentouri de Constantine.
- Emilie Clarisse Tochokote, Jacques-Philippe Tsala Tsala and Régine Scelles (2020), Handicap moteur et capacité de résilience chez l'adulte camerounais enjeux des représentations culturelles.41(2) ;28-41 URI : https://id.erudit.org/iderudit/1072285ar DOI : https://doi.org/10.7202/1072285ar
- FIRAH, La recherche appliquée sur le handicap en Afrique
- HAMONET, C. (1990). Les personnes handicapées. Paris, France : PUF.
- JEAN-FRANÇOIS FILIATRAULT (2016), théories sociologiques du handicap : débats et renouvellement (Mémoire de maîtrise en sociologie université du QUEBEC à MONTREAL)
- KORFF-SAUSSE, S. 1996.Le miroir brisé. L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste, Paris, Calmann-Lévy. Réédité en 2009, Hachette, coll. « Pluriel ».
- LE COMITE POUR LA READAPTATION ET L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES (2003),
- LOÏC ANDRIEN ET CORALIE SARRAZIN (2022), Handicap, pour une révolution participative : La nécessaire transformation du secteur médico-social ; érès
- MARIE LECERF (2017), Politique européenne des personnes handicapées
- M. ROSSINELLI LOGAN (2016), L'évolution des représentations du handicap chez les enfants en école primaire par la mise en situation de handicap au travers des activités physiques adaptées (Mémoire de Master, université de LORRAINE) http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
- ODILE HIRSCHAUER-ROHMER, Réaction émotionnelles et jugement sociale des personnes handicapées physiques : de la perception du handicap aux comportements d'embauche (Thèse de Doctorat université strabourg1 à STRABOURG)

- RAPORT PUBLIQUE PARTICULIER (novembre 1993), Les politiques sociales en faveur des personnes handicapées
- Rapport élaboré par le Conseil de l'Europe, avril 2003 pour la Réadaptation et l'Intégration des Personnes handicapées, Réadaptation et intégration des personnes handicapées : politique et législation
- RAVAUD, J.F. (1998). Handicap et emploi : la question des désavantages. In : A. Blanc & H.J. Stiker (ed.), l'insertion professionnelle des personnes handicapées en France. Paris, Desclée de Brouwer
- Sègbédji Joseph Martial Capo-Chichi, Yves Thierry Barogui, Ghislain Emmanuel Sopoh, Rock Christian Johnson, Godonou Toussaint Kpadonou, analyse situationnelle de l'accessibilité physique, de l'accès à l'emploi et aux services pour les personnes en situation de handicap moteur dans la ville de Cotonou, Benin, N°15, 1er semestre 2019 ; ISSN : 1840-703X, Cotonou (Benin) Dépôt légal n° 11536 du 19/08/2019 3ème trimestre 2019 Bibliothèque Nationale du Benin
- THOMAS BARMAY, EMMANUEL DUGUET, CHRISTINE LE CLAINCHE, MATHIEU NARCY, YANN VIDEAU (2014), L'impact du handicap sur les trajectoires d'emploi : une comparaison Publi-privé, N°5 ; P1-42,
- Vaginay, D., Warnier, J-P et Yaméogo, D. (2013). Le symbolique, la dette et le handicap. Dans R. Scelles (dir.), Famille, culture et handicap. Paris, France : Érès
- VINCENT TOURNOUR (2019-2020), L'inclusion des élèves en de handicap moteur lors des leçons d'EPS (Mémoire de Master Université Grenoble Alpes/SAVOIE MONT BLANC à Valence)

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire pour la personne victime de handicap moteur post-traumatique

1- Age……. Sexe……. Situation matrimoniale…… Niveau d'études……. Ethnie……. Profession……
2- Causes de l'accident……
3- A quel moment vous avez su que vous alliez perdre votre membre
4- Qui vous a donné l'information !..... Comment l'information vous a été donnée……
5- Qu'avez-vous ressenti à la première information ?
6- Une fois le membre perdu à qui / quoi avez-vous pensé ?
7- Aujourd'hui que ressentez-vous par rapport à votre entourage ?
8- Sentez-vous le soutien que vous avez espéré :
   - De vos parents
   - De vos frères et sœurs
   - De vos amis et collègues
   - De votre conjoint (e)
   - Autres à préciser…….
9- Est-ce que le regard des gens influence votre manière de vivre ? si oui en quoi ?
10- Que pensez-vous qu'on devrait mieux faire pour votre réintégration sociale.

Annexe II : Questionnaire pour l'entourage

1- Age…… Sexe…… Profession…… Lien de parenté avec la personne en situation de handicap….
2- Comment vous avez eu l'information de la perte de membre ?
3- Qu'avez-vous ressenti ?
4- Qu'avez-vous fait pour l'aider ?
5- Que pensez-vous qu'on peut faire pour faciliter la réinsertion sociale et la réintégration professionnelle de votre… ?

Table des matières

SOMMAIRE 2
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
Résumé 5
Abstract 5
Introduction 6
CHAPITRE I : CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 8
1.1.ENONCE DU PROBLEME 8
1.1.1.HYPOTHESES DE RECHERCHE 11
1.1.1.1.1.HYPOTHESE GENERALE 11
1.1.1.1.2.HYPOTHESES SPECIFIQUES 11
1.1.2. OBJECTIFS 11
1.1.2.1. *OBJECTIFS GENERAL* 11
1.1.2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES 11
1.2.CLARIFICATION CONCEPTUELLE 12
1.2.1.DELIMITATION THEMATIQUE 13
1.3. REVUE DE LA LITTÉRATURE 14
1.3.1. ETAT DE LA QUESTION 18
1.3.2.JUSTIFICATION DU CHOIX DE SUJET 19
CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 20
2.1- PRÉSENTATION DU CADRE DE RECHERCHE 20
2.2- NATURE DE LA RECHERCHE 20
2.2.1- POPULATION D'ÉTUDE 20
2.2.2. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE 20
2.2.3. TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES 20
2.2.4. LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE 21
2.2.5. L'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE 21
2.2.6. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES 21
2.3. TECHNIQUES DE TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES 21
2.3.1. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES 21
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 22
3.1. LES PERSONNES VICTIME 22
3.1.1. Situation socio-démographique des victimes 22

❖ **En tenant compte de l'âge des victimes** 22
❖ **En tenant compte de l'ethnie des victimes** 22
❖ **En tenant compte de la situation matrimoniale des victimes** 23
❖ **En tenant compte du sexe des victimes** 23
❖ **En tenant compte du niveau d'étude des victimes** 24
3.1.2. Les causes de l'accident 25
3.1.3. La connaissance sur le devenu de handicap moteur 25
3.1.4. La réception de l'information par rapport à la perte d'un membre ou d'être paraplégique 25
3.1.5. Les ressentis des victimes 26
3.1.6. La pensée des victimes par rapport à leur situation 26
3.1.7. Ressentis des sujets face à leur entourage 27
3.1.8. Soutien reçu par les sujets victimes 28
3.1.9. L'influence du regard de l'entourage sur la vie des victimes 28
3.1.10. Réintégration sociale des victimes. 29
3.2. LA FAMILLE OU L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE VICTIME DE HANDICAP MOTEUR POST-TRAUMATIQUE 30
3.2.1. Situation socio-démographique de la famille ou de l'entourage 30
❖ **En tenant compte de l'âge de l'entourage ou famille** 30
❖ **En tenant compte du sexe de l'entourage** 30
❖ **En tenant compte du lien de la parenté de l'entourage** 31
❖ **Présentation des professions** 32
3.2.2. Diffusion de l'information de handicap acquis 32
3.2.3. Ressentis de l'entourage 32
3.2.4. L'aide de l'entourage 32
3.2.5. Réinsertion sociale et la réintégration professionnelle des victimes 33
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 35
4.1. DISCUSSION 35
4.2. Perspectives 36
CONCLUSION 37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 38
ANNEXES 40