

## **Handicap et estime de soi : une vie normale.**

**MULENDA SUMBU Ali**

**(Reçu le 16 Février 2017, validé le 28 Decembre 2017)  
(Received February 16<sup>th</sup> 2017, valided December 28<sup>th</sup> 2017)**

### **Résumé**

*Le handicap est une réalité qui nous concerne tous de près ou de loin. Nous sommes, soit nous-même personne vivant avec handicap, soit c'est un membre de notre famille, soit encore un proche de nous.*

*Notre compréhension du handicap et personne handicapée influe beaucoup sur la conduite et l'attitude de celui-ci. Cela peut lui permettre d'optimiser ses aptitudes et ses capacités afin de s'ingérer utilement dans la société. Tel est le cas de Tshibamba, qui depuis son enfance, était entouré de l'affection et de l'empathie qui lui ont permis de s'affirmer à l'âge adulte et de travailler dans le milieu ordinaire en mettant en place un atelier d'apprentissage de la menuiserie.*

*Mots clés : Handicap, estime de soi, insertion socio-professionnelle.*

### **Abstract**

*Disability is a reality that affects us all, directly or indirectly. We are either a person with a disability, a family member, or someone close to us.*

*Our understanding of disability and people with disabilities has a lot to do with their behavior and attitude. This can allow him to optimize his skills and abilities in order to interfere usefully in society. This is the case of Tshibamba, who since his childhood was surrounded by affection and empathy allowed him to assert himself as an adult and to work in the ordinary environment by setting up a workshop. carpentry apprenticeship.*

**Keywords:** *Handicap, self-esteem, socio-professional integration.*

## **I. Introduction**

A nos jours, le handicap constitue toujours un problème surtout dans nos sociétés africaines. Les personnes qui vivent avec handicap quelconque ne sont pas parfois considérées, mais sont l'objet de la maltraitance morale : abandon, rejet, moquerie, stéréotypes, préjugés etc.

C'est pourquoi de moins en moins, on consacre le temps et l'énergie à une recherche ou une publication dans ce domaine, pour évoquer au grand jour la situation de nos parents, nos frères et sœurs qui vivent avec handicap.

Pendant le handicap nous concerne tous, d'une manière ou d'une autre, soit nous naissons avec, soit nous le devenons au cours de notre vie, à la suite d'un accident ou d'une maladie, soit encore c'est un membre de famille ou un proche vit avec handicap.

Au-delà de toutes ces considérations tout de même négatives, les personnes vivant avec handicap peuvent apprendre un métier, travailler, se marier et fonder une famille, venir au secours de leurs familles et de leurs proches. Bref, elles peuvent avoir une estime d'elles et mener une vie normale.

Raison pour laquelle, nous nous proposons de mener cette étude en nous intéressant à la vie de Tshibamba, un sourd- muet. La rédaction est axée sur cinq points : sa naissance et son enfance, ses études, sa vie professionnelle, sa vie de famille et ses relations avec les autres. Pour y arriver nous recourons à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, à l'entretien non structuré et à l'observation directe, mêlés à l'approche biographique qui consiste à récolter des récits de vie en combinant des séquences de la vie de l'enquêté et le développement de thèmes en rapport avec l'objet d'étude (Blanchet et al, 1985 ; Berthier, 2010 ; Ghiglione et Matalon, 1998). Cette étude est réalisée au domicile et à l'atelier de Tshibamba. Nous étions assisté par son père biologique (un entendant) et un enseignant du complexe scolaire Bon départ, un établissement d'enseignement spécial (un entendant qui maîtrise la langue des signes congolaise).

## **II. Généralités**

Dans cette partie portant sur les généralités, nous abordons deux termes clés de notre étude : handicap et estime de soi. Le choix de ces termes se justifie dans la mesure où les personnes handicapées manquent souvent une estime d'elles-mêmes, ce qui les empêche parfois de mener une vie normale, Ce qui n'est pas le cas heureusement avec Tshibamba (sourd-muet) qui fait l'objet de notre étude.

## **2.1. Handicap**

### **2.1.1. Notion**

Le terme handicap a une histoire qui a débuté vers les années 1800 jusqu'à sa reconnaissance à nos jours comme un concept regroupant l'invalidité, l'infirmité... (Rey, 1998). Selon l'auteur, handicap de l'ancien anglais contracté *hand in cap* (*hand* « main », *in* « dans » et *cap* « chapeau ») ; désignait vers la moitié de XVIII<sup>e</sup> siècle des jeux : Un jeu dont la mise était disposée dans une coiffure « cap », où l'on se disputait des objets personnels pour gagner le prix qui était fixé par un arbitre (1754). Puis une compétition entre les chevaux (1780).

Emprunté de l'anglais, handicap en français (1854) renvoie à l'idée d'égalisation des chances des concurrents en imposant aux meilleurs d'apporter un poids plus grand ou de parcourir une distance plus longue. En général, handicap est devenu le synonyme de tout désavantage imposé dans une épreuve à un concurrent de qualité supérieure. De là (1913) vient le sens figuré d'« entrave, gêne, infériorité », et par extension d'une communauté par rapport à une autre prenant ainsi la valeur sociale de handicapé. Le terme handicapé comme un adjectif, désigne une personne désavantagée, affectée d'une déficience physique ou mentale.

### **2.1.2. Aspect constructif du Handicap**

La rupture du terme infirmité qui renvoyait à l'image de l'incapacité insurmontable, a laissé la place au handicap qui fait référence au problème et au moyen de le compenser en se concentrant sur les aptitudes restantes et non sur le manque (Stiker, 2002). Avec la naissance de la réadaptation et de la rééducation, la personne handicapée peut retrouver des chances égales à celles des autres et se lancer dans la concurrence sociale.

Il sied, tout de même, de signaler que le terme handicap peut englober les inadaptés sociaux, économiques... en plus de la déficience physique et mentale.

### **2.1.3. Modèles du handicap**

La compréhension du mot a connu une longue histoire qui se poursuit jusqu'à présent. Les organisations internationales (OMS, ONU, OIT, BIT, HI, ...) ainsi que les recherches scientifiques et les organisations nationales contribuent à la meilleure compréhension du handicap. De cette compréhension sont élaborés des modèles qui ont permis d'identifier les personnes handicapées et de concevoir les réponses appropriées aux difficultés des personnes handicapées.

#### **2.1.3.1. Le modèle biomédical**

La compréhension du handicap suivant le modèle biomédical, est une approche médicale centrée sur la pathologie et la guérison. Le handicap est défini par rapport à sa cause médicale et la thérapie est technique. La Classification Internationale des Maladies (CIM) et la classification des handicaps (CIH) reposent généralement sur ce modèle, lorsqu'elles définissent le handicap (Ravaud, 1999).

Le handicap était largement défini sous ce modèle jusque vers 1970. C'est ainsi que les handicapés étaient longtemps assimilés à leur cause médicale et les solutions étaient envisagées techniquement, la personne handicapée était tout simplement accompagnée dans les structures de rééducation et médico-sociales.

Ce modèle n'ayant pas permis d'apporter des réponses aux besoins des personnes handicapées en matière de réadaptation et de la reconnaissance de celles-ci, les plonge dans l'impasse sans tenir compte des conséquences qui intègrent les effets sociaux.

Par conséquent, les personnes handicapées étaient perçues négativement, car la société leur renvoyait une image limitée avec conséquence de restreindre leur participation à la vie sociale. Elles se seraient facilement fait admettre dans le cercle des rapports sociaux dans les milieux ordinaires, si des pratiques et valeurs étaient liées à leurs attentes sociales et les définitions culturelles à leurs performances (Goffman, 1975).

En outre, des travaux conduits par Nagi (1976), ont abouti à une nouvelle dimension de la définition et de la compréhension du handicap, en proposant une distinction entre : déficience, limitation fonctionnelle, handicap (incapacité), qui sera entérinée en 2001 par l'OMS.

Les conclusions des études menées par Goffman (1975) et celles des travaux conduits par Nagi (1976) et les contestations des personnes handicapées jetaient le pont à l'avènement du modèle social du handicap en mettant l'accent sur l'environnement, soutenu actuellement par les Etats, les Organisations Internationales et Nationales, les chercheurs et les structures des personnes handicapées.

### **2.1.3.2. Modèle social**

Le modèle social du handicap repose sur la reconnaissance des droits des personnes handicapées notamment de grandir dans leur famille, d'aller à l'école de leur quartier, d'utiliser les bus ordinaires, d'être employés selon leur formation et leurs capacités, de pouvoir accéder, à égalité de droits, aux mêmes services et organismes de la vie sociale que les personnes valides, aux mêmes activités culturelles et aux mêmes loisirs.

Ces droits ont été arrachés par les différents mouvements des personnes handicapées qui se sont inspirées de thèmes et de stratégies développés pour la promotion des droits des minorités dans les années 1960. Puisque pendant longtemps, elles étaient traitées selon le modèle médical et ne pouvaient jouir de leurs droits fondamentaux, qui n'étaient pas respectés.

Le modèle social du handicap est aujourd'hui défendu par un réseau international regroupant les associations des personnes handicapées, dénommé : Organisation Mondiale des Personnes Handicapées (OMPH).

Selon ce modèle, les problèmes liés au handicap sont perçus comme les problèmes créés par la société, en s'appuyant sur ces trois postulats :

- la différence entre personnes valides et personnes handicapées n'est pas innée, mais socialement construite en vertu des normes tacites ;
- la norme à partir de laquelle, la personne handicapée est étiquetée n'est pas choisie sur des bases neutres, mais selon un modèle dominant, en l'occurrence le modèle des valides et ;
- cet étiquetage est un moyen efficace pour séparer et tenir à l'écart ceux auxquels on l'applique. En effet, tous les accès aux structures de la vie quotidienne sont déterminés en fonction de la norme dominante.

Notons, cependant, que ces normes sortent du modèle biomédical, centré sur la maladie et l'individu, une conception liée aux désavantages que connaissent les personnes handicapées. Alors qu'en réalité le handicap est totalement et exclusivement social.

Le dénominateur qu'on peut reconnaître à ces deux modèles est celui de considérer le handicap comme un processus. Mais au-delà de cette ressemblance, il trace de nettes démarcations entre ces deux modèles.

Dans le modèle social, le handicap n'est pas un attribut de la personne, le lien entre le corps (porteur de la déficience) et la situation sociale est rompu et les problèmes que rencontrent les personnes handicapées sont d'ordre socio-environnemental.

Ainsi, la solution au problème exige que des mesures soient prises dans le domaine des politiques sociales, en réglementant les conditions d'accès et de participation des personnes handicapées aux activités de la vie courante et à tous les aspects de la vie sociale.

Ce modèle a finalement permis aux personnes handicapées de s'organiser et sont arrivées à produire une définition qui élague les représentations négatives associées aux personnes handicapées, en ce terme : « Le handicap apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières qui empêchent l'intégration. »

Cette définition va largement contribuer à la nouvelle considération des personnes handicapées, comme étant des personnes à part entière dans la société et doivent jouir de leurs droits comme tous les citoyens, quelles que soient leurs différences dans le domaine scolaire, d'emploi, ... Il faudra en plus de cette considération que les personnes handicapées puissent avoir une qualification ou un métier et développer et cultiver une estime de soi, en vue de l'accès à l'emploi.

## **2.2. Estime de soi**

### **2.2.1. Notion**

La connaissance de l'estime de soi reste un moyen efficace pour l'épanouissement d'un être sur le plan scolaire, social et professionnel. C'est pourquoi, la compréhension des dimensions psychologiques et affectives qui participent à la formation et à la conception de soi, dans le processus de l'intégration des personnes handicapées dans le milieu ordinaire revêt toute son importance au lieu de se focaliser sur l'aspect cognitif, c'est-à-dire d'apprentissage. La conception de soi influence la définition et l'évaluation des compétences et des performances de l'individu : « A compétence égale, pour améliorer ses performances, ce que l'on croit être capable de faire semble être aussi important que ce que l'on est capable de faire. » (Martinot, 2001).

Rappelons, cependant que, ce que l'on ressent pour soi-même dépend de ce qui est construit en interaction avec les autres, l'accent étant mis sur le groupe auquel l'individu se compare (Tap, 1991). Les personnes handicapées se comparant aux personnes « valides », les attitudes sociales de celles-ci et l'ensemble des caractéristiques sociales affichées à l'endroit de celles-là forment par conséquent leur identité sociale, ce qui détermine finalement leur intégration ou leur repli.

Simplement nous pouvons retenir de cette définition de l'estime de soi que : « le jugement personnel de valeur qui s'exprime dans les attitudes que l'individu a, à l'égard de lui-même » (Deutsch et Gerard, 1971) ou la manière dont « chacun s'aime, s'accepte et ne se respecte en tant que personne. » (Harter, 1998).

### **2.2.2. Estime de soi : jugement de valeur de soi**

Selon Harter (1998), l'estime de soi est l'aspect évaluatif du concept de soi, l'image de soi étant sa description. De ce fait, l'estime de soi est la valeur que chaque individu s'attribue en tant que personne et donne une idée sur le degré de sa satisfaction : « Comment je m'apprécie tel que je me perçois. ». Aussi, elle apporte une dimension affective à la représentation de soi qui est une dimension cognitive, en reflétant son côté subjectif.

Sur le plan conceptuel, on distingue souvent l'estime de soi mesurée au niveau strictement individuel et l'estime de soi qui reflète l'évaluation de l'individu à l'égard des caractéristiques des groupes sociaux auxquels il s'identifie ou se compare (Bolognini et Prêteur, 1998). C'est la deuxième forme de l'estime de soi qui nous intéresse dans notre étude.

### **2.2.3. Estime de soi : une construction sociale**

Le développement de l'identité de chaque être humain fait partie d'un processus de construction interactif dans lequel, l'environnement familial, social et scolaire joue un rôle important. Le soi est alors façonné par ces interactions dès la naissance (Cooley, 1902). S'appuyant sur la théorie de l'effet de miroir social (looking-glass self), l'auteur soutient que, c'est dans le regard des autres que tout individu puise les informations qui lui permettent de connaître l'opinion qu'on se fait de lui, de son caractère, de son apparence, de ses compétences.

L'intériorisation de ces jugements de valeur donne naissance à l'estime de soi, une estime qui sera étroitement liée aux interprétations faites à propos de son propre comportement et aussi de la façon dont la personne pense être perçue par les autres. Les personnes handicapées se font une opinion de leur personne à travers les sens que nous collons à leur handicap ; laquelle opinion marque très longtemps leur orientation.

Le rôle primordial dans ce processus revient aux adultes les plus signifiants pour l'individu : les parents et les éducateurs. La qualité des interactions parents-enfant a un impact sur le développement de soi et par conséquent sur l'estime de soi. Ce n'est qu'un regard bienveillant, aimant et encourageant qui peut favoriser l'intériorisation d'une perception de soi positive. Ensuite vient l'apport des frères, des camarades, ... (Espinoza et Le camus, 1991; Winnicott, 1958; Harter, 1986).

### **2.2.4. Estime de soi : un processus dynamique**

L'estime de soi en tant que processus dynamique et continu signifie que la perception de soi évolue tout au long de la vie. Bien que les premiers liens privilégiés que l'enfant instaure dans son cadre familial dès son plus jeune âge contribuent à définir la base de l'estime de soi, d'autres points de repères interviennent progressivement, influençant à leur tour cette perception.

L'enfant à l'âge de 3 ans et 4ans commence à prendre conscience de l'image renvoyée par son entourage et cherche généralement à s'adapter (Harter, 1998).

Plus tard vers l'adolescence et l'adulte, nous confirme (Leary, Tambor, Terdal et Downs, 1995 ; Leary et Baumeister, 2000), l'estime de soi continue de fonctionner comme un processus actif et réactif aux évaluations sociales (approbation/désapprobation) des autres. Les travaux de (Nesdale et Lambert, 2007 ; Leary, Cottrell et Phillips, 2012) montrent clairement que la désapprobation d'un plus grand nombre a plus d'impact que celle des minoritaires, avec risque d'exclusion.

Les personnes handicapées de Kinshasa, d'une manière générale ne bénéficient pas souvent de l'approbation des valides majoritaires, ce qui pourrait causer le problème d'estime de soi chez celles-là, une relation établie par Rosenberg (1979), entre l'estime de soi et les évaluations d'autrui, car dans nos relations interpersonnelles, l'accent est souvent mis sur l'importance accordée au regard d'autrui.

### **III. Méthodes**

Pour réaliser notre étude nous avons utilisé trois techniques : l'échelle d'estime de soi, l'entretien non structuré et l'observation directe.

#### **3.1. Echelle d'estime de soi**

##### **3.1.1. Notion**

L'échelle d'estime de soi est un instrument de nature unidimensionnelle, élaboré pour le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle, bref l'affirmation de soi. Elle a une grande valeur psychométrique, car son coefficient Alpha de Cronbach est de 0.86 supérieur à 0.65, le seuil requis pour la validité d'une échelle ; c'est-à-dire toutes les dix questions ont une consistance interne qui permet justement de mesurer l'estime de soi.

##### **3.1.2. Structure**

Cet instrument est composé de 10 items qui permettent d'évaluer à quel point l'individu se considère généralement comme une personne de valeur, comme possédant un certain nombre de belles qualités, comme ayant une attitude positive à l'égard de lui-même, comme ne se considérant pas comme un échec, un inutile ou un bon à rien.

##### **3.1.3. Cotation et interprétation**

Les réponses sont de quatre niveaux allant de 1 à 4 : tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt en accord et tout à fait en accord.

Pour ce faire, il suffit d'additionner les scores aux questions : 1, 2, 4, 6 et 7 et inverser la cotation pour les questions : 3, 5, 8, 9, 10, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si le sujet entoure le chiffre 1, 3 s'il entoure le chiffre 2 ainsi de suite.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme. Si le sujet obtient un score :

- inférieur à 25, son estime de soi est très faible ;
- entre 25 et 31, son estime de soi est faible ;
- entre 31 et 34, son estime de soi est dans la moyenne ;
- entre 34 et 39, son estime de soi est forte (tendance à être affirmé) et
- supérieur à 39, son estime de soi est très forte (tendance à être fortement affirmé).



### **3.1.4. Administration**

L'administration de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg a été réalisée au domicile de Tshibamba et elle était directe parce que lui-même lisait les items et encerclait sa réponse, après l'explication lui donnée par un enseignant du centre Bon départ, un établissement d'enseignement spécial, qui maîtrise bien la langue des signes.

### **3.2. Entretien non structuré**

L'entretien est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale ou non verbale pour recueillir des informations en relation avec le but fixé. Elle est l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Il s'agit d'une méthode de collecte des données qui établit une relation de face à face entre le chercheur et la personne interrogée (Masiala ma Solo, 2012).

C'est aussi une stratégie souvent orale, mais parfois écrite visant à recueillir l'information dont on a besoin pour résoudre un problème ou encore une conversation amorcée par l'intervieweur en fonction des objectifs de la recherche, dans le but d'obtenir des informations de recherche pertinentes auprès des participants concernant les faits, les idées, les comportements, les préférences, les sentiments, les attentes ou les attitudes (Masiala ma solo, 2012).

L'entretien peut être structuré ou uniformisé, lorsqu'il s'accompagne d'un questionnaire par lequel le chercheur exerce un maximum de contrôle sur le contenu, le déroulement, l'analyse et l'interprétation des données. Au cours de l'entretien, le chercheur se servira d'une grille de questionnaire afin d'orienter son cheminement et d'éviter de se perdre dans les digressions. Il tiendra également une liste exhaustive des personnes interviewées en notant l'âge, le lieu et la date de l'interview.

L'entretien peut être également non structurée ou non uniformisé, dans ce cas le participant a le contrôle du contenu, tandis que la formulation et la séquence des questions ne sont pas déterminées à l'avance, mais laissées à la discrétion de l'intervieweur. Souvent, le chercheur commence l'entretien par une question ouverte et les questions qu'il pose par la suite dépendent de ce que le participant raconte. Le type d'entretien utilisé dans notre étude est l'entretien non structuré à questions ouvertes, qui exige que le chercheur, avant de commencer l'entretien, élabore un protocole de questions générales concernant le sujet qu'il veut explorer.

Il a la liberté de diriger l'entretien dans toutes les directions qu'il estime intéressantes et susceptibles de fournir des informations pertinentes, et actif : forme de pratique interprétative engageant le répondant et l'intervieweur dans un même processus de construction de sens. Dans ce procédé, l'intervieweur est actif, dans le sens où il soutient continuellement son interlocuteur dans sa réflexion et montre qu'il comprend.

En vue d'obtenir d'autres informations dont nous avons besoin auprès de Papa biologique de Tshibamba et Tshibamba lui-même, nous avons usé de l'entretien non structuré ou non uniformisé du type questions ouvertes, car nous nous étions servi de guides d'entretien non structuré comportant quelques questions ouvertes en avance, relatives aux cinq axes de notre étude sur Tshibamba à savoir : sa naissance et son enfance, ses études, sa vie professionnelle, sa vie de famille et ses relations avec les autres. L'entretien était réalisé au domicile de Tshibamba.

### **3.3. Observation directe**

L'observation est la constatation des faits tels qu'ils se produisent naturellement, le chercheur n'intervient que pour modifier le cours des phénomènes. Cependant, il prendra soin d'isoler au préalable les éléments de la situation dont il souhaite observer le mode et la fréquence de manifestation (Masiala ma Solo, 2012).

L'auteur distingue l'observation participante de l'observation observante. Sous la première appellation, on rangera les observations faites par des personnes non engagées dans l'action, qui s'y mêlent dans le but précis d'en tirer des observations. La seconde désigne des observations faites par des acteurs qui décident, par surcroît, de profiter de leur situation pour se livrer à des observations.

Par ailleurs, l'observation peut être directe ou indirecte. Elle est directe lorsque le chercheur vit lui-même l'action sur le terrain et indirecte lorsque le chercheur vit l'action par voie interposée ou de seconde main.

De Ketele cité par Brousseau (1978) parle aussi de deux types d'observation : l'observation des pratiques et l'observation en situation.

Dans la première, le chercheur se propose d'accéder directement aux pratiques de l'acteur en situation. En cette matière, on distingue trois modalités d'observation en fonction de l'objet privilégié, notamment : les observations centrées sur les acteurs et leurs comportements, les observations centrées sur les dynamiques de l'action et les observations centrées sur la situation d'activité.

Les observations centrées sur les acteurs et leurs comportements s'appuient sur une instrumentation construite a priori, le plus souvent des grilles d'observation. Elles se focalisent sur un nombre limité de variables dont elles quantifient les modalités de leurs occurrences (fréquences, durées,...).

Les observations centrées sur les dynamiques de l'action, ici les pratiques ou actions sont appréhendées dans leur « totalité », dans une visée essentiellement descriptive et la connaissance construite s'en trouve fortement liée à la situation observée.

Les observations centrées sur la situation d'activité, on considère ici, que l'activité et la situation sont indissociables l'une de l'autre, ce qui se traduit par la notion de couplage activité/situation.

La deuxième, étant un outil de récolte de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux même où ils se déroulent. Dans ce cas l'observation est directe, c'est-à-dire le chercheur observe directement les pratiques sociales, en étant présent dans la situation où elles se développent.

L'auteur souligne que l'observation directe est utile dans le sens où, elle permet au chercheur d'identifier la manifestation des comportements. Il note des comportements directement observables et peut les confronter avec les dires des acteurs. Le fait d'utiliser une grille aide à rendre crédible l'observation ; à faire de celle-ci une observation « objective ».

S'agissant de notre étude, nous avons recouru à l'observation en situation qui est une observation directe. Elle était consacrée essentiellement à la vie professionnelle, à la vie de famille et à ses relations avec les autres, aux stratégies d'inclusion des élèves vivant avec surdité.

#### **IV. Résultats**

##### **4.1. Résultats relatifs à l'échelle d'estime de soi**

Les résultats obtenus après l'administration de l'échelle révèlent la note de 35. Cette note tombe dans l'intervalle de 34 à 39. Ce résultat signifie que le sujet évalué a une forte estime de soi. Ainsi la compréhension de ce résultat passe par l'entretien non structuré dont les résultats sont exposés ci-dessous.

##### **4.2. Résultats relatifs à l'entretien non structuré**

Les données de notre étude sont présentées selon les cinq axes de la vie de Tshibamba : sa naissance et son enfance, ses études, sa vie professionnelle, sa vie de famille et ses relations avec les autres.

###### **4.2.1. Sa naissance et son enfance**

Tshibamba est né d'une famille monogamique d'origine Luba de huit enfant dont quatre filles et quatre garçons, une tribu du centre de la République Démocratique du Congo, qui accorde beaucoup d'importance à la progéniture et n'hésite pas à en avoir beaucoup, symbole d'un avenir assuré des parents. Sa grossesse était désirée, il est le troisième de sa famille après deux filles. Sa venue au monde était donc d'une grande réjouissance à la famille, puisque le digne successeur de chef de famille venait de naître.

Lorsque Tshibamba a totalisé deux ans, les parents ont remarqué une anomalie, qui était par la suite confirmée par les spécialistes ; c'est-à-dire il était diagnostiqué sourd-muet. Alors que la famille avait été soulagée par sa venue au monde en tant l'unique garçon, les parents étaient perturbés par cette nouvelle. Compte tenu de toutes les significations péjoratives qu'on colle au handicap et aux personnes handicapées (des personnes presque inutiles, dépendantes, des porte-malheurs dans le foyer.)

Souvent la cause du handicap est à chercher dans le surnaturel et le mysticisme ou infidélité de la femme (tshibindi), surtout chez les lubaphones, une conception qui catalogue la personne handicapée dans le rang des enfants dont la famille ne prend pas tellement soin. Heureusement pour Tshibamba, les parents n'étaient pas découragés par tous ces raisonnements vulgaires, avec courage et amour, ils ont continué à compter sur lui, à le considérer et à l'élever comme les autres enfants. A l'âge scolaire, il a été envoyé à l'école Bon Départ, un établissement de l'enseignement spécial de Kinshasa.

#### **4.2.2. Ses études**

Tshibamba a fait les études primaires et secondaires et a appris la menuiserie, il sait lire et écrire correctement en français. La bonne ambiance au niveau de la famille et le contact avec les personnes « valides » élèves et enseignants à l'école et au centre, ont facilité son intégration et l'acceptation de son handicap. Aujourd'hui, il est un monsieur bien formé et un menuisier qui n'a rien à envier aux autres valides.

#### **4.2.3. Sa vie professionnelle**

Tshibamba n'est pas une personne passive, il a son atelier de menuiserie, où il est contacté par ses clients et organise des séances de formation. Pour le moment, il a trois travailleurs et cinq personnes en formation. Il a un contrat de partenariat avec la Bralima (une société brassicole) pour la réparation et la fabrication des meubles. Il est apprécié très positivement par ses clients dont certains ont été contactés par nous et avons vu certains meubles fabriqués par lui, de bonnes qualité doit-on signaler.

Il est responsable de son atelier et gère lui-même les finances de l'atelier. Ses collaborateurs sont payés en termes de pourcentage par rapport aux recettes réalisées. Son handicap ne l'a pas réduit en un homme sans valeur. Par contre, il est fier de lui et assume son handicap sans se replier sur soi, mais ouvert aux autres.

#### **4.2.4. Sa vie de famille**

Il est père de deux enfants dont un garçon de 13 ans et une fille de 4 ans, qu'il a eus avec son ancienne épouse « valide » avant le divorce. Son garçon est en première année secondaire général dans une école privée à Lemba ; une commune de la ville de Kinshasa, considérée comme une commune des évolués et des intellectuels. Nous tenons à le souligner pour signifier que le minerval coûterait quand même cher, mais Tshibamba supporte ces frais pour son enfant.

Actuellement, il a une fiancée sourde-muette et s'apprête à verser la dot. Nous avons vu sa fiancée, lors de notre descente à la maison, c'est elle qui présentement s'occupe du ménage et rentre le soir au retour de Tshibamba de l'atelier.

#### **4.2.5. Ses relations avec les autres**

Tshibamba héberge ses deux petits frères chez lui, il est très actif en ce qui concerne les différents besoins de ses parents, ses frères et sœurs. Au quartier où il habite, il est en très bon terme avec les autres, il est associé et impliqué sans complexe dans les activités qui concernent son quartier. Il est même affectueusement appelé « Tonton »

### **V. Conclusion**

Tshibamba est une personne vivant avec handicap très épanouie, pour preuve son score à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg est de 35, c'est-à-dire, il a une estime forte, que lui-même en ces termes : je suis capable de bien faire les choses plus que certains valides ; dans l'exercice de mon métier, je corrige même ceux qui entendent et parlent ; je connais un métier et je ne manque de moyens financiers, d'ailleurs certains entendants dépendent de moi ; les gens me respectent enfin je considère mon handicap comme une histoire passée dont je n'ai même plus horreur ni honte.

S'il a une telle estime de soi, c'est aussi l'apport de ses parents et de ses frères et sœurs qui, très tôt, avaient compris qu'ils devaient considérer Tshibamba comme une personne et membre de famille à part entière. Aujourd'hui la famille et la communauté bénéficient de ses assistances et services.

Nous comprenons que le handicap ne signifie pas limitation ou diminution irréversible ou insurmontable. La personne qui vit avec handicap peut être utile à la famille et à la communauté si et seulement si celles-ci lui apportent leur soutien dès la tendre enfance et lui permettent d'apprendre dans une certaine mesure en fonction de besoins spécifiques : un métier ou une profession et lui donnent l'occasion ou la possibilité de pouvoir l'exercer.

## VI. Bibliographie

- [1] Blanchet et al. (1985), *L'entretien dans les sciences sociales*. Paris : Dunod
- [2] Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. Paris : Armand Colin (4e éd.).
- [3] Bolognini, M et Préteur, Y. (1998). *Estime de soi, perspectives développementales*. Lausanne : Delachaux et Niestlé
- [4] Brousseau, C. (1978). *L'observation des activités didactiques*. Paris : éd. Hachette.
- [5] Cooley, C. (1902). *Human nature and social order*. New-York : Charles scribner and sons
- [6] Deutsch, M et Gerard, H.B. (1971). *Etudes des influences normative et informationnelle sur le jugement individuel*. Paris : Mouton.
- [7] Espinoza, O et Le Canus, J. (1991). *Les relations interpersonnelles précoces*. Paris : PUF
- [8] Goffman, E. (1975). *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de minuit.
- [9] Ghiglione , R. et Matalon, B. (1998), *Les enquêtes sociologiques. Théories et pratique*. Paris : Armand Collin.
- [10] Harter, S. (1986). *Processus underling the construction maintenance and enhancement of the self concept in children*. Hillsdale : Lawrence Erlbaum.
- [11] Harter, S. (1998). *Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent : Considérations historiques et méthodiques*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- [12] Leary, M.R. et Baumeister, R.F. (2000). *Self-esteem : The nature and function of sociometer theory*. In M.P. zanna.
- [13] Leary, M.R., Cottrell, C.A. & Schreindorfer, L.S. (2012). *Individual differences in the need belong* : www. Midss.org-content-need-belong.
- [14] Leary, M.R, Tambor, E.S, Terdal, S.K & Downs, D.L. (1995). *Self-esteem as an interpersonal*. <https://psycnet.apa.org>.
- [15] Martinot, D. (2001). *Connaissance de soi et estime de soi : ingrédients pour la reussite scolaire*. Revue des Sciences de l'éducation. VOL.XXVII, n°3, pp. 483-502.
- [16] Masiala ma Solo. (2012). *Guide du chercheur en sciences humaines*. Kinshasa : Centre Educatif Congolais
- [17] Nagi, S. (1976). « *Some conceptual issues in disability and rehabilitation* », in *sociology and rehabilitation*. Washington : Ed. Susman.
- [18] Nesdale, D. et Lambert, A. (2007). *Effects of experimentally manipulated peer rejection on children's negative affect, self-esteem, and maladaptive social behavior*, in *international journal of behavioral development*, march 2007.
- [19] Quivy R. et Van Campenhoudt L. (2013), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod (4e éd).
- [20] Ravard, J.F., « *modèle individuel, modèle médical, modèle social, la question du sujet* », in *Handicap, revues des sciences humaines et sociales*, n°81, 1999, p.64-75.
- [21] Rey, A. (1998). *Dictionnaire historique de la langue francaise*. Paris : éd. Petit format.
- [22] Rosenberg, S. (1979). *Conceiving the self*. New-york : Basic books.
- [23] Stiker, H.J. (2002). *Aspects socio-historiques du moteur*. Paris : éd. APF.
- [24] Tap, P. (1991). *Socialisation de l'identité personnelle*. Paris : PUF.

- [25] Winnicott, D.W. (1958). *From paediatrics to psychoanalysis*. London : Hogarth Press.

**MULENDA SUMBU Ali**

Doctorant en Psychologie et Chef de Travaux à l'Université de Kinshasa. République Démocratique du Congo.