L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE ET CLINIQUE DE LA SEXUALITÉ CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC HANDICAP DANS LES ZONES RURALES EN REPUBLIQUE DU CONGO

Eaubonne Ghisbitte AKIANA

Doctorante en Psychologie clinique et psychopathologie

eaubonneghisbitteakiana@gmail.com

Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI

Maître de Conférences en Psychologie clinique et psychopathologie

ghimbinlm@gmail.com

Université Marien NGOUABI

Résumé

La présente étude ayant pour objectif de comprendre la vie sexuelle des personnes vivant avec handicap en milieu rural, a été menée par le biais de l'approche mixte administrée auprès de 60 sujets habitant Madingou et Djambala dont 03 études de cas. Il ressort de nos enquêtes que les personnes vivant avec handicap dans la zone rurale vivent une sexualité satisfaisante, malgré le type de handicap et au-delà de leur perception sociale. Ils sont quelquefois sujet à la solitude avec un tableau clinique caractérisé par l'angoisse, le stress, le traumatisme, des pathologies digestives, des sentiments d'abandon, d'inactivité et de dépendance, étant dans l'impossibilité de réaliser les travaux champêtres générateurs des revenus en milieu rural. Les personnes vivant avec handicap, en milieu rural, ne bénéficient pas non plus d'un accompagnement ni d'une prise en charge psychosociale et clinique.

Mots clés : angoisse, approche psychosociale et clinique, handicap, sexualité, traumatisme

A PSYCHOSOCIAL AND CLINICAL APPROACH TO SEXUALITY AMONG PEOPLE WITH DISABILITIES IN RURAL AREAS OF THE REPUBLIC OF CONGO

Abstract

This study, aimed at understanding the sexual lives of people with disabilities in rural areas, was conducted using a mixed-methods approach with 60 participants living in Madingou and Djambala, including three case studies. Our research revealed that people with disabilities in rural areas experience satisfying sexuality, despite the type of disability and beyond their social perceptions. They are sometimes subject to loneliness, with a clinical picture characterized by anxiety, stress, trauma, digestive disorders, feelings of abandonment, inactivity, and dependence, as they are unable to perform the agricultural work that generates income in rural areas. Furthermore, people with disabilities in rural areas do not benefit from support or psychosocial and clinical care.

Keywords: anxiety, psychosocial and clinical approach, disability, sexuality, trauma

Introduction

Contexte et justification

Le handicap est un état des personnes présentant une déficience corporelle. Autrement dit C'est l'état d'une personne incapable de réaliser une certaine fonction à cause d'un dysfonctionnement de l'un des organes biologiques. Le handicap est parmi les hommes depuis les temps ancestraux. A cette époque on parle déjà du paralytique, du sourd, d'aveugle, d'albinos des déficients mentaux. Avec l'évolution, s'ajoute à cette liste des incapacités liées aux maladies diverses comme les atteintes cardiovasculaires et gastroduodénales. Ces inhabilités sont d'origine anatomique, génétique et psychophysiologique. Mais de plus en plus les populations rurales pensent à une origine mythique.

Au monde on estime à 1,3 milliard de personnes vivant avec handicap dont environ 80 millions en Afrique. Les données de prévalence au Congo remontent de 1994 avec comme valeur 250000 personnes vivant avec handicap (rapport du secrétaire d'Etat chargé des personnes handicapées sur la « situation sociale des personnes handicapées face à la dévaluation du franc CFA » soit 10 évoqué par l'organisation mondiale de la santé OMS 1994). Parlant de la sexualité, les personnes vivant avec handicap sont pourvues d'un sexe. Elles sont pour cela destinées, à la pratique de la sexualité surtout que leur handicap ne porte pas sur le sexe. « C'est ma peau qui est malade et non mon sexe, s'exprime un albinos ».

En effet, en Afrique comme ailleurs l'éducation à la sexualité demeure taboue dans beaucoup de familles, quel que soit le milieu social, la religion ou le pays dans cette région du monde le sujet lié à la sexualité est très rarement abordé. Car les tabous influencent sur certaines questions de la vie de l'homme dont la sexualité, qui pour ces sociétés, selon leurs cultures est un sujet d'opprobre et en parler serait une violation de certaines normes et valeurs sociétales y relative. Car c'est une forme de dévergondage ou une motivation à la sexualité précoce ou à la prostitution juvénile voire une induction à la prostitution juvénile.

Cependant, si la sexualité demeure un sujet tabou chez les personnes valides, l'on se demande de ce qu'elle peut être chez les personnes vivant avec handicaps (Marcel NUSS, 2008). La sexualité englobe tout ce qui a trait à notre vie sexuelle ; que ce soit le désir, le plaisir, la relation en couple ou la reproduction.

Problématique

Confrontées à plusieurs problèmes, les personnes vivant avec handicap éprouvent plusieurs difficultés dans la pratique de leur sexualité car souvent sujet de plusieurs violences en raison de leur incapacité physique ou morale, elles vivent une sexualité limitée et non épanouie influencée par les attitudes négatives des personnes valides, qui pensent que le handicap en soi constitue une incapacité d'exercice sexuel. A cet effet nous nous sommes posé la question principale suivante : comment les personnes vivant avec handicap vivent-elles leur sexualité ? Celle-ci est suivie des questions spécifiques suivantes : les Personnes vivant avec handicap parviennent-elles à mener une vie sexuelle épanouie ? ; l'image corporelle n'est-elle pas un handicap pour ces personnes ?

Pour ce faire, nous avons formulé l'hypothèse principale suivante : les personnes vivant avec handicap vivraient une sexualité complexe. Celle-ci est appuyée par les hypothèses spécifiques suivantes : les personnes vivant avec handicap vivraient une sexualité non épanouie ; malgré leur incapacité physique ou mentale, elles vivraient une sexualité satisfaisante au-delà de la perception sociale ; le handicap (l'identité corporelle) pourrait influencer négativement la vie psychologique et sociale du sujet. Cette étude nous permet principalement de : comprendre la vie sexuelle des personnes vivant avec handicap en milieu rural et spécifiquement de saisir les modalités du fonctionnement de leur sexualité et de contribuer de sorte que ces personnes puissent accepter leur identité corporelle.

1- Méthodologie d'étude

1.1 Présentation du lieu d'étude

Notre étude a été menée dans les zones rurales du Congo, précisément dans les localités de Madingou et Gamboma. Madingou est une localité située au sud du Congo dans le département de la Bouenza dont il est le chef-lieu. C'est une communauté urbaine comportant une préfecture, une mairie, une police, une gendarmerie et toutes autres divisions administratives. Avec une population en majorité jeune. Cette localité regroupe l'ensemble des sous ethnies comme Sundi, Dondo, Bembé, Kamba etc. Gamboma est situé au nord du Congo dans le département des plateaux à 273km de la capitale Brazzaville. Cette localité compte 43200 habitants (2007) soit une densité de 6,5 habitants/km et a une superficie de 662800 ha. On y trouve les sous ethnies tékés.

1.2 Population d'étude et échantillon

Notre population d'étude est constituée de l'ensemble de toutes les personnes vivant avec handicap (PVH) se trouvant dans les zones rurales du Congo précisément dans les localités de Madingou et Gamboma, et ayant l'âge qui varie entre 12 et 70 ans. Toutes celles ne répondant pas à ces critères étaient exclues de notre champ d'étude.

L'échantillonnage par convenance nous a permis d'obtenir un échantillon de soixante (60) personnes dont 03 études de cas qui ont accepté volontiers de participer à cette étude.

Tableau l : Présentation de l'échantillon selon la localité, le type de handicap et le genre

Localités	Madingou		Gamboma		Total	(%)
	Genre		Genre			
Type de handicap	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin		
Moteur	18	5	9	11	43	71,6666
Albinos	0	1	1	2	4	6,6666
Sourd	0	0	2	4	6	10
Visuel	2	1	0	2	5	8,3333
Mental	0	1	1	0	2	3,3333
Total	20	8	13	19	60	100

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau I, montre que l'échantillon de notre étude dans les deux (2) localités est constitué de soixante (60) personnes vivant avec handicap (PVH). Les PVH moteur est le type de handicap le plus représentatif. Quarante-trois (43) sur 60, soit un pourcentage de représentativité de 71,66 %. Suivi des PVH sourdes Six (6) sur 60 soit un pourcentage de représentativité de 10 %.

Tableau ll : Présentation de l'échantillon selon l'intervalle d'âge

Localités / Âge	Madingou					Gamboma					Total	(%)
	Types de Handicap					Types de Handicap						
	Mo	Vis	Alb	So	Me	Mo	Vis	Alb	So	Me		
[12 – 20[	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	5
[20 - 30 [	2	0	0	0	0	9	0	1	5	1	**18**	**30**
[30 - 40 [	5	1	0	0	0	0	0	0	1	0	7	11,66
[40 - 50 [	9	0	1	0	0	4	1	1	0	0	**16**	26,66
[50 - 60 [	4	1	0	0	0	2	1	1	0	0	9	15
[60 - 70 [	2	1	0	0	0	4	0	0	0	0	7	11,66
Total	23	3	1	0	0	20	2	4	6	1	**60**	**100**

Source *: enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau II, donne la répartition des PVH en fonction de l'âge .Sur cette question, notre étude a enregistré 3 sujets dont l'âge varie entre 12 à 20 ans soit 5%, 18 sujets qui ont entre 20 à 30 ans soit 30%, 7 qui ont entre 30 à 40 soit 11,66, 16 entre 40 à 50 ans soit 26,66% , 9 entre 50 à 60 ans soit 15% et 7 dont l'âge varie de 60 à 70 ans soit 11,66. En ce qui est de ce tableau notre grande population était constituée en majorité aux sujets dont l'âge varie entre 20 à 30 ans suivis à ceux dont l'âge varie entre 40 à 50 ans.

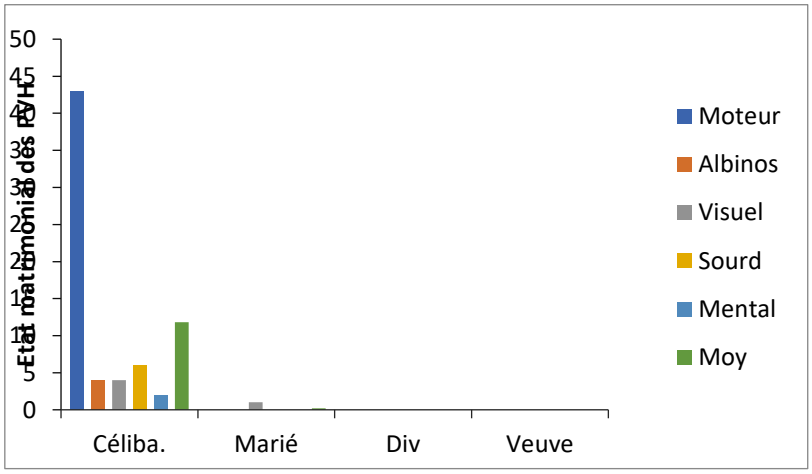

Figure 1 : état matrimonial des PVH en zone rurale

Source *: enquêtes des auteurs, 2023-2024*

La figure 1 montre la situation matrimoniale des personnes vivant avec handicap en zone rurale. Sur l'échantillon de notre étude nous avons enregistré 43 des personnes vivant avec handicap moteur soit 100 % de tous les sujets en situation de handicap moteur qui sont célibataire et 71,66% de la population totale ; 4 sujets présentant un état de handicap albinos soit 6,66% de la population totale et 100% entre eux ; 6 sujets en situation de handicap auditif soit 100% entre eux et 10% de la population totale ; 4 sujets visuels soit 80 % entre eux et 6,66% de toute la population suivit de 2 sujets mentaux soit 100% entre eux et 3,33 de la population en générale.

Soit 98,31% de personnes vivant avec handicap célibataires.

Pour ce qui est des autres statuts matrimoniaux nous n'avons enregistré qu'un seul sujet présentant un état de handicap visuel secondaire marié.

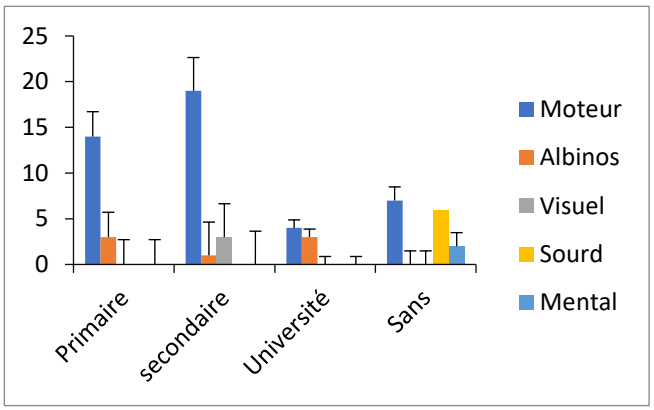

Figure 2 : Niveau d'étude des PVH en zone rurale

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

La figure 2 montre le niveau d'étude des personnes vivant avec handicap en zone rurale. Au cours de notre étude, nous avons entretenu les sujets présentant un état de handicap moteur dont 14 sujets ont le niveau d'étude primaire soit 23,33% ; 19 sujets qui ont niveau secondaire soit 31,66% ; 4 qui ont fait des études supérieures soit 6,66% et 7 sujets qui n'ont jamais été à l'école. En ce qui est des sujets albinos nous avons entretenu 3 sujets qui ont le niveau primaire soit 5% et 1 qui a le niveau secondaire soit 1,66%. Pour les sujets le handicap visuel nous avons enregistré 2 sujets qui n'ont pas été scolarisé soit3, 33% ; 3 sujets qui ont niveau secondaire soit 5% (handicap secondaire). De ce qui est des sujets sourds aucun n'est scolarisé soit 100% entre eux et 8,33% de la population totale. Quant aux sujets présentant l'état du handicap mental aucun n'a été l'école soit 100% entre eux et 3,33 de la population totale.

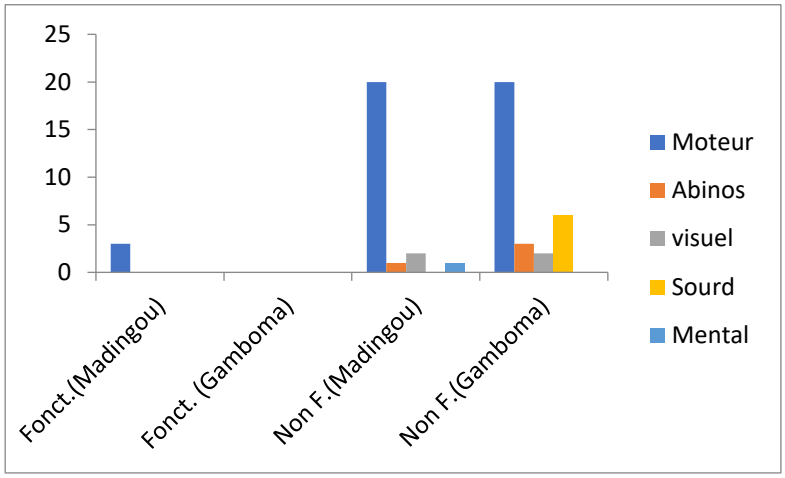

Figure 3 : Situation professionnelle des PVH en milieu rural

Source *: enquêtes des auteurs, 2023-2024*

La figure 3 montre la situation professionnelle des PVH en milieu rural. Lors de notre étude dans les deux (2) localités du pays à savoir Madingou et Gamboma. Pour ce qui est de la localité de Madingou, nous avons enregistré 3 sujets moteurs qui sont fonctionnaires soit 6,97% entre les moteurs de la population totale et 5% de la population totale et le reste des sujets moteurs à Madingou ne sont pas fonctionnaire au total 20 sujets soit 46,51 entre eux et 33,33% de toute la population et tout autre sujet dont 3 visuels, 1 albinos et 1 mental.

Quant à la localité de Gamboma nous n'avons enregistré aucun sujet fonctionnaire dans tous les types de handicap soit 100% de la population de Gamboma et 53,33% de la population totale. Donc au total nous avons enregistré au total 95% de la population non fonctionnaire et 5% de la population fonctionnaire.

La question qui porte sur la représentation de la sexualité, nous indique que sur 60 personnes vivant avec handicap enquêtées 59 sujets, soit 98,33% ont représenté la sexualité comme une fonction importante pour la reproduction, contre1 sujet en situation de handicap mental, soit 1,66% la représente comme rien du tout.

Celle qui porte sur la sensation sexuelle, nous révèle que sur les 60 sujets enquêtés 38 sentent la sensation sexuelle soit 63,33% contre 22 sujets qui ne sentent plus rien soit 36,66%. Sur les 38 qui expriment la sensation sexuelle, tous ont dit que cela se manifeste régulièrement souvent le matin et le soir.

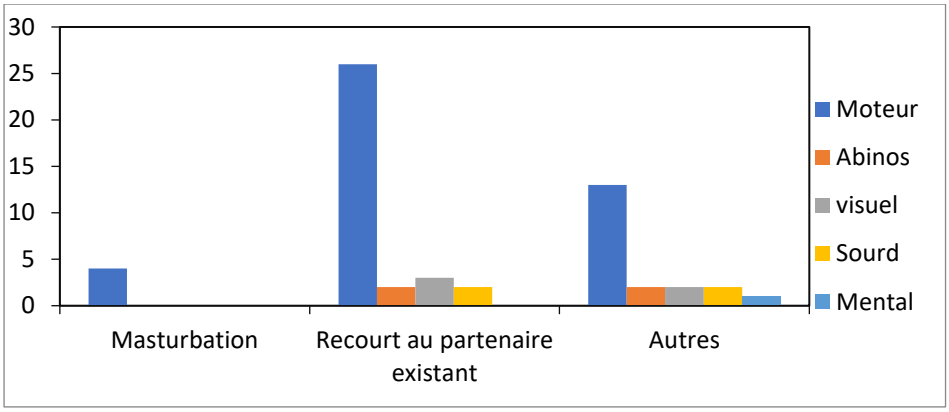

Figure 4 : Réaction des PVH, lors de la survenue des pulsions sexuelles.

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

La figure 4 montre la réaction des PVH lors de la survenu des pulsions sexuelles. A Madingou comme à Gamboma, face à la sensation sexuelle, les sujets font recours à plusieurs méthodes. Pour ce faire : 7 sujets font recours à la masturbation (appelée Tchoulaye à Madingou) soit 11,66% ; 33 sujets font recours à leurs partenaires sexuels existants soit 55% et 20 sujets font recours à d'autres méthodes en l'occurrence la musique, lecture de la bible, d'un livre ou des leçons, sport, consommation des substances psycho actives (chanvre, cigarette…) soit 33,33%.

Au sujet de l'existence du partenaire et le choix du partenaire, 29 ont un partenaire sexuel soit 48,33% contre 31 qui n'ont pas de partenaire sexuel soit 51,66%. Pour le choix du partenaire 100% des personnes vivant avec handicap portent leur choix sur le partenaire apte (valide).

Tableau III : Présentation de la pratique de la sexualité chez les sujets d'étude

Type de handicaps / Réponses	Moteur	Albinos	Visuel	Sourd	Mental
Oui	**36**	**4**	**2**	**2**	**0**
Non	**7**	**0**	**3**	**4**	**2**

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Sur cette question, nous avons entretenus 36 sujets moteur qui pratiquent la sexualité soit 83,72% entre eux et 60% de toute la population contre 7 qui n'en pratiquent pas soit 16,27% entre eux et 11,66% de la population totale ; 4 sujets albinos qui en pratiquent soit 100% entre eux et 6,66% de la population générale ; 2 sujets visuels qui en pratiquent soit 40% entre eux et 3,33% de toute la population contre 3 qui ne pratiquent pas soit 5% de la population générale et 60% entre eux ;2 sujets en état de handicap auditif qui pratiquent soit 3,33% de la population

en générale et 33,33% entre eux contre 4 qui n'en pratiquent pas soit 66,67% entre eux et 6,66% de la population généralement 2 sujets mentaux qui ne pratiquent pas la sexualité soit 3,33% de la population en générale et 100% entre eux.

Concernant la justification de la sexualité, 35 sujets ont justifié leur sexualité par un moyen de reproduction soit 58,33% ; 14 par le fait qu'ils sont les êtres sexués soit 23,33% ; 4 par les pulsions soit 6,66% et 7 par d'autres raisons dont ils n'ont pas voulu nous faire part soit 11,66%.

Tableau IV : L'âge du **premier contact sexuel**

Type de Handicap / Intervalle d'Age	Genre	Moteur	Albinos	Visuel	Sourd	Mental
[12 – 20[	Femme	15	3	3	3	0
	Homme	13	1	2	0	0
[20 - 30 [	Femme	10	0	0	0	0
	Homme	2	0	0	0	0
30 - 40 [	Femme	0	0	0	0	0
	Homme	0	0	0	0	0
[40 - … [	Femme	0	0	0	0	0
	Homme	0	0	0	0	0
Sans*		3	0	0	3	2

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau IV montre l'âge de la première sexualité chez les PVH par sexe. Sur l'étude menée dans les deux(2) localités nous avons enquêtes 40 sujets qui ont commencé pour la première fois avec la sexualité à l'âge de 12 à 20 ans soit 66,66% de la population totale dont 24 femmes soit 40% et 16 hommes soit 26,66% ; 12 qui ont commencé dans l'intervalle de 20 à 30 ans soit 20% dont 10 femmes et 2 hommes et 6 sujets qui n'ont jamais essayé soit 10% dont un sujet de sexe féminin en situation de handicap auditif âgée de 22 ans suivis des deux(2) hommes du même état et 3 hommes en situation de handicap moteur âgés de 17 ans, 32 ans et celui de 59 ans qui à finit par s'inhiber seul.

Concernant la motivation et les circonstances, 12 sujets ont été motivé par leur entourage, soit 20% dont 7 au cours de l'école et 5 dans d'autres circonstances ; 27 par la puberté dans le quartier soit 45% ; 14 pour des raisons de reproduction quartier soit 23,33% et 7 sujets pour des raisons autres que celles citées ci-dessus soit 11,66%.

Tableau V : fortune d'attirance

Type de Handicap et Fortune	Moteur	Albinos	Visuel	Sourd	Mental
Etat Physique	2	0	0	1	0
Faculté intellectuelle	6	0	1	0	0
Activité Professionnelle	4	1	0	0	0
Attitude face aux autres	7	1	0	0	0
Argent	8	0	0	0	0
Autres	4	2	4	3	0

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau V montre la fortune d'attirance par type de handicap. Sur les 44 sujets qui pratiquent la sexualité 3 ont pour fortune leur état physique soit 5% ; 7 la faculté intellectuelle soit 10% ; 5 leur activité professionnelle soit 8,33% ; 8 leur attitude face aux autres soit 13,33% ; 8 par leur moyen financier soit 13,33% et 13 pour autres raisons que celles citées au-dessus soit 21,66%.

Tableau VI : Moyen de découverte de la sexualité

Handicap & Moyen de découverte de la sexualité	Moteur	Albinos	Visuel	Sourd	Mental
Films Pornographiques	5	0	0	0	0
Nudité de la femme ou Homme	2	0	0	0	0
Echanges entre différentes personnes	19	2	2	0	0
Ecole ou Université	5	0	0	0	0
Eglise	3	0	0	0	0
Autres	2	2	0	2	0

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau VI donne les moyens de la découverte de la sexualité par les PVH en zones rurale. L'étude menée dans les localités de Madingou et Gamboma sur les 44 personnes vivant avec handicap qui pratiquent la sexualité a révélé que 5 sujets ont découvert la sexualité par le biais

des films pornographiques soit 8,33% ;2 sujets par la nudité d'une femme ou d'un homme soit 3,33% ; 23 sujets au travers les échanges entre différentes personnes soit 38,33% ; 5 sujets à l'école ou universités soit 8,33% ; 3 à l'église soit 5% et 6 sujets par d'autres moyen soit 10%.

Tableau VII : différents obstacles rencontrés par les PVH

Obstacles	Argent	Parents	Faiblesse sexuelle	Peur ou Tristesse	Autres
Nb. de PVH	14	1	3	2	7

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau VII, montre les différents obstacles rencontrés par les PVH en milieu rural. Sur les sujets enquêtés, 27 ont rencontrés des obstacles dans la pratiquent de leur sexualité soit 45% dont 14 pour cause argent, 1 pour cause parent, 3 pour les raisons de faiblesse sexuelle ; 2 la peur d'aborder un partenaire et 7 sujets pour autres obstacles.

Tableau VIII : au sujet de la culpabilité

Genre et réponses	Femmes	Hommes	Total
Oui	18	19	37
Non	8	15	23
Total	26	34	60

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau VIII montre la réponse des PVH au sujet de leur culpabilité. Dans le cadre de notre étude sur les 60 sujets entretenus nous avons enregistré 37 sujets non culpabilisés soit 61,66% dont 19 hommes et 18 femmes contre 23 sujets culpabilisés soit 38,33% dont 15 hommes et 8 femmes.

Tableau IX : Au sujet du maintien de la relation sexuelle.

Facteurs du Maintien	Genre	Coït	Fortune	Total
Moteur	Femme	1	1	2
	Homme	12	7	19
Albinos	Femme	1	0	1

Visuel	Homme	1	1	2
	Femme	0	1	1
Sourd	Homme	0	0	0
	Femme	0	1	1
Mental	Homme	0	0	0
	Femme	0	0	0
Total	Homme	0	0	0
		15	10	25

***Source** : enquêtes des auteurs, 2023-2024*

Le tableau IX montre les facteurs du maintien de la relation chez les PVH en zones rurales. Sur les sujets enquêtés 25 ont répondu à cette question soit 41,66% dont 15 sujets par le coïte soit 25% dont 2 sujets de sexe féminin et 13 sujets de sexe masculin suivis de 10 sujets soit 16,66% qui maintiennent leur relation par leur fortune dont 3 femmes et 7 hommes

1.3 Les Variables d'étude

La variable indépendante qui est la personne vivant avec handicap et la variable dépendante qui repose sur les modalités de la sexualité. Nous avons aussi certaines variables indépendantes intermédiaires à savoir : le genre (masculin/féminin) ; l'âge : nous avons utilisé six tranches d'âge ; 12-20 ans, 20 à 30 ans, 30 à 40 ans, 40 à 50ans, 50 à 60 ans et 60 à 70 ans ; le niveau d'étude (primaire, secondaire (premier et deuxième degrés), supérieur et sans) ; l'état matrimonial (célibataire, marié, divorcé ou veuve) ; fonctionnaire ou non fonctionnaire.

1.4 Approche méthodologique.

Dans le cadre de cette étude, l'approche mixte est recommandée, à raison de la complexité du travail. Les approches quantitative et qualitative qui s'appuient respectivement sur le questionnaire, l'analyse clinique et l'étude de cas ont permis d'accéder à la souffrance psychique dont nos sujets sont victimes.

1.5 Outils de collecte et d'analyse de données

La collecte des données a été possible grâce au questionnaire et à l'entretien semi directif. Le questionnaire présente l'avantage de permettre un traitement statistique à un coût limité. Il peut en cours de réalisation se révéler inadapté si l'évaluateur s'aperçoit que certaines questions nécessitent d'être plus finement analysées adaptées. En faisant le point quotidiennement avec

les enquêteurs, l'évaluateur peut décider d'approfondir certaines questions au cours des entretiens, voire d'ajouter aux questions des sous questions permettant une analyse plus fine (N. L. M. Ghimbi, 2014). Les entretiens semi-directifs sont destinés à vérifier (ou infirmer) nos hypothèses et à poursuivre la recherche en fonction de la découverte de nouvelles pistes obtenues grâce au discours de chaque patient. (P. Pitaud, 2011, pp. 385-386)

Les données recueillies ont été soumises à une analyse quantitative pour les tableaux statistiques et l'analyse de contenu pour l'étude de cas entretenus, qui est selon M. Bozon et H. Leridon (1993) la technique appropriée pour identifier les opinions, les croyances, les prises de position et les points de vue véhiculés par le discours. En effet, il s'agit pour nous de dégager les ensembles cohérents de significations en fonction du discours de nos sujets d'étude selon les items par rapports au questionnaire qui nous a servi de guide.

2- Résultats de l'étude

2.1 Présentation des études de cas

Pour le respect de l'éthique et de la déontologie, qui régissent la fonction de psychologue, nous avons attribué des noms fictifs à nos sujets d'étude c'est ainsi que nous avons : Boueya, Zala et Bizila.

2.1.1 Cas 1 : Boueya

2.1.1.1. Présentation du Cas Boueya

Boueya est un sujet de sexe masculin âgé de 32 ans, habitant la localité de Madingou. Il est non instruit, célibataire sans enfant. Frère d'une famille de 4 enfants.

2.1.1.2. Éléments d'entretien psychologique.

> Je ne sais pas ce que j'ai fait car, pendant que les autres sont valides et moi je me retrouve dans cet état où je suis vu comme un moins que rien aux yeux des autres dans le quartier ou dans la société toute entière. J'ai 32 ans je n'ai pas d'activité génératrice des revenus faute de mon état. Pour manger je dois me déplacer de là où je vis jusqu'à chez ma sœur dans mon état avec toutes les difficultés que j'éprouve pour me déplacer.
>
> Je suis incapable d'aller cultiver les champs. Tous les jeunes garçons de mon âge ont une femme et des enfants mais moi aucune fille ne me désire. Je fais des efforts avoir au moins une amie avec qui je peux satisfaire mes pulsions et qui peut m'aider mais en vain. Lorsque j'ai des pulsions je suis obligé de faire le Tchoulaye (masturbation) puisqu'aucune femme ne m'accepte. Depuis ma naissance, je n'ai jamais couché avec une femme. Pour me débarrasser

de cette affliction, je fume et bois le *ngoluma* (boisson traditionnelle). Monsieur Boueya confie qu'il n'a jamais été sélectionné pour travailler dans une entreprise communautaire à cause de son handicap. Si on faisait le choix de son état avant de naitre je n'aurais jamais voulu être dans cet état qui m'a empêché d'aller à l'école. La distance les occupations des parents ne me permettaient pas d'étudier. Le pire dans ça est que quand je suis malade et que je regarde de gauche à droite je ne vois personne qui peut m'aider. Je me fais pleins de soucis.

2.1.1.3. Analyse et commentaire.

D'après toutes ces indications de sens monsieur Boueya est un sujet caractérisé par l'anxiété lié au manque de partenaire qui peut le soutenir dans son état on lui apportant de l'aide que ça soit sur le plan physique que moral, la peur de son affirmation existentielle, l'attitude des autres face à monsieur Boueya, la situation sociale déstabilisante, le désespoir le conduisant aux insomnies. Mener une vie de célibataire dans un état de handicap et n'ayant aucune activité permettant de survivre est une étape de vie très difficile à surmonter or nous savons qu'au village un homme même s'il ne laboure pas les champs s'il a une femme cette dernière peut la nourrir toute une vie sans en faire une histoire et au même temps lui faire des enfants. Monsieur Boueya est un sujet marqué par une incertitude affective et sociale et l'instabilité sociale déstabilisante touchant et affectant le psychisme de ce dernier en le poussant à prendre du *ngoluma* jusqu'au point d'être en état d'ivresse. En somme, les insomnies de monsieur Boueya sont liées à diverses situations qu'il traverse et qui le bouleversent.

2.1.2. Cas 2 : Zala

2.1.2.1. Présentation du cas Zala

Zala est une dame âgée de 40 ans célibataire avec deux enfants, non instruit et non fonctionnaire résidant dans la ville de Madingou dans la résidence familiale auquel elle partage avec les enfants de ses sœurs et d'autres membres de la famille. Madame Zala présente un handicap moteur sévère, elle est l'avant dernière d'une grande famille.

2.1.2.2. Eléments d'entretien psychologique

Certes j'ai eu deux enfants avec un monsieur quand j'étais encore très jeune. Le premier a satisfait à son baccalauréat grâce au soutien de mes parents. Personne d'entre les deux n'allait étudier car leur père m'a abandonné avec eux depuis leur petite enfance. Alors que je l'aimais encore parce qu'il me satisfaisait sexuellement, il a arrêté de me fréquenter. Aucun homme ne me drague, ne m'approche, ne me regarde pas malgré ma beauté. Souvent quand je reste seul à la maison je suis trop pensive et nerveuse et parfois je pleure et cela me provoque l'anorexie et

> l'insomnie pendant des jours et des jours. Je suis handicapée certes mais je suis aussi une personne qui a des désirs et des envies qui nécessitent d'être satisfaits. Mes sœurs s'occupent bien de moi sur le plan financier et je ne manque pas l'essentiel. Ce qui me tourmente beaucoup c'est le manque du partenaire. Tout ce que je désire en ce moment c'est d'avoir un partenaire qui va me soutenir car si j'en avais je n'allais pas souffrir autant.

2.1.2.3. Analyse et commentaire

Cette observation clinique est marquée par la présence de l'anxiété fréquente, le sentiment d'inutilité chez le sujet dont le désir est d'avoir un partenaire pouvant la soutenir et satisfaire ses besoins. Le manque de partenaire engendre un sentiment de déshonneur qui affecte l'équilibre psychique et social. Zala mène une vie de solitude où elle n'a personne à côté. Ce qui provoque souvent chez Zala les anorexies, la nervosité et la frustration qui est susceptible d'augmenter l'anxiété.

2.1.3 Le cas 3 : Bizila

2.1.3.1. Présentation du cas Bizila

Bizila est un sujet de sexe féminin âgé de 60 ans, mère de 4 enfants (avec différents partenaires), issu d'une famille nombreuse, fonctionnaire à la retraite depuis quelques années présentant un état de handicap visuel secondaire depuis l'âge de 40 ans résidant à Madingou dans la parcelle familiale.

2.1.3.2. Eléments d'entretien psychologique.

> Avant que je ne sois dans cet état je travaillais et j'ai eu mes premiers enfants avec mon premier mari. Mais quand je commençais à sentir ce dysfonctionnement ce dernier courrait derrière toutes les autres femmes. Il vivait avec moi que parce que j'avais un bon salaire mais au finish, il a fini par m'abandonner avec les enfants pour l'une de ces maitresses. Malgré cette déception je me suis lancé à nouveau dans une autre relation avec un autre monsieur et on a fini par avoir aussi des enfants, et ce dernier avec l'ampleur que prenait mon état de santé il faisait pareil comme le premier, s'intéressait à moi seulement parce que les enfants étaient petits et que je le nourrissais avec mon argent. Mais par la finalité des choses il a fini par m'abandonner en disant qu'il ne peut pas passer toute sa vie avec une femme malvoyante (présentant les problèmes visuels). Depuis là j'ai compris que tous les hommes sont pareils, étant donné que je suis déjà dans cet état si je m'engage à nouveau ce dernier fera pareil et finira par m'abandonner comme les pères de mes enfants.

IV.1.3.3. Analyse et commentaire

Bizila est animé par la peur d'être abandonné à nouveau par un partenaire par rapport à son handicap qui, pour elle, repousse les hommes valides. Ces derniers s'approchent des femmes handicapées pour la fortune qu'elle possède ou soit pour juste satisfaire leurs besoins sexuels. Ce qui fait que Bizila malgré qu'elle ait envie de passer à l'acte sexuelle repousse ses envies pour éviter d'autres situations qui peuvent surgir lorsqu'elle va se lancer dans une nouvelle vie amoureuse risquée.

3- Discussion

La présente étude vise l'approche clinique de la sexualité chez les personnes vivant avec handicap dans les zones rurales qui offrent les conditions de vie modernes. A la question de la connaissance de la sexualité, les PVH ont répondu à 98,33% contre 1,66% avoir connu la sexualité. Mais en termes de pratique de la sexualité après analyse 44 sujets de notre étude soit 73,33% de la population pratique la sexualité contre 26,66% qui n'en pratique pas. Toutes les PVH soulignent au sujet des enfants qu'il est mieux de manquer un partenaire permanent que les enfants qui viennent corriger notre handicap.

A ce propos, les auteurs comme J. Girard (2002) pense les PVH sont bien handicapées mais pas asexuées. Dans le même sens M. Gayda (1998), dit que le sexe est au centre de nos vies, justification biologique primordiale. Pour connaitre la sexualité des PVH en zone rurale notre étude a montré que 98,31% de la population étudiée est célibataire. La littérature montre différents maux, au sujet de la solitude, qui affectent l'état psychophysiologique d'un individu à savoir le stress, l'angoisse, tristesse, les maladies métaboliques du genre ulcère et bien d'autres.

Les PVH dans les zones rurales vivent la pulsion et le rejet (J. Girard, 2002), la société leur demande de s'identifier à une image angélique et leur promet le bonheur en échange. Elle exige le sacrifice de leur sexualité pour leur faire adopter la figure d'être asexuées qui symbolise la pureté et la lutte contre le mal (A. Dupras, 1998). Ainsi, les personnes valides pensent à certain moment que les PVH sont des anges. Il n'est donc pas « normal » pour elles d'éprouver les désirs, puisque les anges ne possédaient pas de sexe (A. Tremblay, 1997).

Au sujet du choix de partenaire sexuel, les personnes enquêtées en zones rurales se prononcent à 100% pour un partenaire apte. Ce choix n'est pas seulement porté pour la satisfaction de l'instinct sexuel qui obéit au besoin physiologique du corps, mais surtout au besoin de la protection de sa personne, de son épanouissement et de l'aide physique attendue de son

partenaire, le désir du couple, voire du mariage et d'enfants et être présent chez les populations des PVH (M. Mercier et J. Delville, 1997). Cependant, C. Agathe-Diserens (2013) en parlant de l'amabilité de PVH dans la pratique sexuelle, évoque que la femme handicapée qui présentait une bonne performance sexuelle avait une forte chance de maintenir la relation sexuelle avec son partenaire. A propos de l'autosatisfaction sexuel, il ressort que les PVH n'ayant pas de partenaire sexuel n'avaient pas de choix que de faire recourir à la masturbation. Les réalités montrent que le suivi des PVH en zone rural ne bénéficient presque pas un accompagnement institutionnel. Denis Vaginay (2006) dans la sexualité des adolescents handicapés mentaux en institution stipule que « les institutions doivent veiller à proposer une information et un accompagnement sur la vie sexuelle ».

Conclusion

La sexualité est une fonction importante dans la vie des êtres vivants. Mais pour sa pratique, les individus opèrent les choix liés à la morphologie du partenaire. Ce qui réduit la chance des personnes vivant avec handicap s'y lancent pour la stabilité et l'équilibre mental, d'où la possibilité d'entrer en contact avec un partenaire sexuel dans le but de satisfaire les pulsions sexuelles et surtout pour la procréation. Dans le cas qui nous concerne nous avons voulu comprendre la sexualité chez les personnes vivant avec handicap dans les zones rurales du Congo plus précisément dans les localités de Madingou et de Gamboma où nous avons passé notre étude. Nous avons extrait un échantillon représentatif de la population constituée des personnes vivant avec handicap de tous les genres confondus dont l'âge varie entre 12 à 70 ans. Les sept (7) sujets dont les 3 que nous avons présentés en étude de cas ont été soumis à un entretien semi-directif portant sur la recherche du partenaire, la pratique sexuelle et la fortune attirante des personnes valides sur les personnes présentant un état de handicap. Les études de cas montrent que la majorité des PVH souffrent au dedans d'eux du manque de partenaire sexuel. Et se plaignent de ce que les personnes handicapées féminines sont prises comme des objets sexuels de la part des personnes valides à cause le leur état de handicap.

Références bibliographiques

AGATHE-DISERENS Catherine, 2013, *Sexualité et handicaps. Entre tout et rien*, Paris, Saint-Augustin.

BOZON Michel et LERIDON Henri, 1993, *Sexualité et sciences sociales : les apports d'une enquête*, Paris, PUF.

DELVILLE Jacqueline et MERCIER Marine, 1997, *Sexualité, vie affective et déficience mentale*, Bruxelles, de Boeck supérieur.

DUPRAS Marie-Josée, 1998, La désexualisation de la personne handicapée mental ou le syndrome de Forrest Gump. *Revue Européenne DU handicap mental*, 5 (18) ,47-52.

GAYDA, Michel, 1998, *Les jeunes handicapées autistes. Vie affective et sexuelle*, Paris, L'Harmattan.

GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, 2014, *La représentation de la profession de psychologue clinicien dans les hôpitaux de Brazzaville : Identité et appartenance*, Thèse de doctorat unique, Université Marien NGOUABI

NUSS Marcel, 2015, *Je veux faire l'amour. Handicaps, sexualité*, Paris, Autrement.

PEREIRA, Sidney, 2008, *Droits sexuels et reproductifs des femmes : quelle éducation sexuelle et affective des adolescents à l'aube de ce troisième millénaire ?* Bruxelles Université des femmes.

PITAUD Philippe, 2011, *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, ERES.

VAGINAY Denis, 2006, *Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale*, Lyon, chronique sociale.

TREMBLAY Audrée, 1997, *Être handicapée ou être handicapante*, Québec, Québecor.

GIRARD Jennifer,2002, *Handicapés, pas asexués*, Mémoire de DUT.

MERCIER Marine et MOREAU Matthieu, 2012, *Représentations sociales et prise en charge des déficients*. Communication présentée à Strasbourg.