

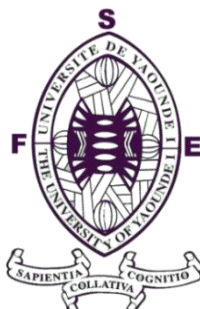
RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL- PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN
"SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES"

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
DE L'EDUCATION ET INGENIERIE
EDUCATIVE

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE- WORK-FATHERLAND

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING CENTRE (CRFD) IN
"SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES"

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTMENT OF SPECIAL
EDUCATION

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ET
REINSERTION DES PERSONNES GUERIES DE LA
LEPRE DANS LA VILLE DE MONGO/TCHAD.

Mémoire rédigé et présenté pour évaluation partielle en vue de l'obtention du Diplôme
de Master en Intervention, Orientation et Education Extrascolaire

Spécialité : Psychologue professionnel en écologie humaine

Option : Intervention et Action Communautaire

Par

NANYAL Benoît

Licence en administration et planification scolaire

Matricule : 20V3133

PRESIDENT :

NJENGOUE NGAMALEU
HENRI (MC)

Sous la Direction de :

MEMBRE :

BANINDJEL JOACHEN
(CC)

Claude Désiré NOUMBISSIE

Maître de Conférences

RAPPORTEUR :

CLAUDE DESIRE
NOUMBISSIE (MC)

Septembre 2022



SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE.....	6
CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	26
CHAPITRE III : FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE.....	53
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	72
CHAPITRE IV : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATOIRES	73
CHAPITRE V : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	98
CHAPITRE VI : ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	124
CONCLUSION GENERALE	146
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	149
ANNEXES.....	162
TABLE DES MATIERES	162

A

Mes parents

NDOROUM NDOKY et KOUTOU Denise.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, nous tenons à nous tourner vers tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail dans bien des domaines variés.

Nos remerciements vont, en tout premier, à notre directeur de mémoire, **Pr Claude Désiré NOUMBISSIE** pour sa confiance d'avoir contribué d'une façon inestimable au développement de notre esprit scientifique. Merci également de la documentation et de votre flexibilité.

En effet, il nous a semblé tout naturel de vous solliciter pour diriger ce travail. Nous vous remercions une fois de plus pour votre soutien, vos précieux conseils, votre disponibilité, votre gentillesse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde considération et de notre gratitude.

Nous sommes aussi très reconnaissants à tous les enseignants de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, plus particulièrement à ceux du département de l'Education Spécialisée et de la spécialisation de l'Intervention et Action Communautaire, sans toutefois oublier tous les aînés académiques qui nous ont coachés tout au long de ce travail.

Notre gratitude va également à l'encontre du président des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ainsi que les personnes guéries de la lèpre résidant dans la ville de Mongo. Nous ne saurons oublier notre famille, notre **oncle paternel NGOMASSINAN SOU Takoyoum** et son épouse **MADJIOUROUM SOLKEM Asdodji**. Nos frères et sœurs **KAGDJIM Kolossoum, ON-GUIBA Fidèle, MADJITA Kolossoum et NGOMASSINAN MBAH Sharone**.

Nous pensons également à nos Camarades et à ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ACHDR	: Association pour l'Action Humanitaire et le Développement Durable
AEPHT	: Association d'Entraide des Personnes Handicapées au Tchad
AFRF	: Association Française Raoul Follereau
APM	: Alliance des Psychologues de Montréal
ASALT	: Association de Solidarité avec les lépreux du Tchad
ASRSQ	: Association des Services de Réhabilitation Sociale du Québec
CIOMAL	: Campagne Internationale de l'Ordre de Malte contre la Lèpre
ID2	: Incapacité de Degré 2
MECL	: Mission Evangélique Contre la Lèpre
MINSP	: Ministère de la Santé Publique
MSPQ	: Ministère de la Sécurité Publique du Québec
NLCP	: National Leprosy Control Programme
NELP	: National Leprosy Eradiction
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation non Gouvernementale
PCT	: Polychimiothérapie
PNLL	: Programme National de Lutte contre la Lèpre
PRP	: Prévention des Invalidités et de Réinsertion Physique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Opérationnalisation de la variable indépendante

Tableau 2 : Récapitulatif synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices de l'hypothèse générale.

RESUME

Cette étude s'intitule : Accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Elle trouve son fondement sur une enquête préliminaire menée auprès des lépreux dans la ville de Mongo/Tchad en juin 2019. Cette enquête portait sur la réinsertion des personnes touchées par la lèpre. Les résultats de cette enquête ont montré que 327 lépreux guéris dont 83 Pauciballaires soit 72,17% guéris et 244 Multibacillaires, 38,89% guéris dans la ville de Mongo/Tchad sont mis au banc de la société. Ces résultats ont permis aussi de poser le problème de difficulté d'insertion des personnes guéries de la lèpre.

Face à ce problème, nous pouvons poser la question de recherche suivante : Comment l'accompagnement psychosocial facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ? Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : L'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en termes de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation. Cette hypothèse a été opérationnalisée en trois hypothèses spécifiques formulées comme suit : HR1 : L'accompagnement individuel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad; HR2 : Le suivi des lépreux facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad; HR3 : L'accompagnement socioprofessionnel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Pour évaluer la pertinence de ces hypothèses de recherche, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de cinq participants. Les données collectées ont été analysées par l'analyse de contenu thématique. Ces données ont permis d'obtenir les résultats suivants : sur l'accompagnement individuel personnes guéries de la lèpre, 3/5 en situation de réinsertion affirment qu'elles n'ont pas été accompagnées, ou s'elles ont été accompagnées c'est enfin d'améliorer leur qualité de vie ; sur le suivi des lépreux, 4/5 affirment qu'elles étaient restées sans suivi et sur l'accompagnement socioprofessionnel 4/5 disent que l'accompagnement socioprofessionnel a eu d'impact sur leur réinsertion jusqu'au point où elles ont été exclue dans la société.

Mots clés : accompagnement, psychosocial, réinsertion, personnes guéries, lèpre.

ABSTRACT

This study is entitled: psychosocial support and reintegration of people cured of leprosy in the city of Mongo/Chad. It is based on a preliminary survey conducted among lepers in the city of Mongo/Chad in June 2019. This survey focused on the reintegration of people affected by leprosy. The results of this survey showed that 327 cured lepers including 83 Paucibacillaires or 72.17% cured and 244 Multibacillary, 38.89% cured in the city of Mongo/Chad are ostracized from society. These results also made it possible to pose the problem of the failure of the reintegration of people cured of leprosy.

Faced with this problem, we can pose the following research question: How does psychosocial support facilitates to the reintegration of people cured of leprosy in the city of Mongo/Chad? To answer this research question, we formulated the following general hypothesis: psychosocial support contributes to the reintegration of people cured of leprosy in the city of Mongo/Chad by reconciling these people to their environment as a terms of coherence and harmony with the aim of improving this reconciliation. This hypothesis has been operationalized into three specific hypotheses formulated as follows: HR1: individual support facilitates to the reintegration of people cured of leprosy in the city of Mongo/Chad; HR2: the follow-up of lepers facilitates to the reintegration of people cured of leprosy in the city of Mongo/Chad; HR3: Socio-professional support facilitates to the reintegration of people cured of leprosy in the city of Mongo/Chad. To assess the relevance of these research hypotheses, semi-structured interviews were conducted with five participants. The collected data was analyzed by thematic content analysis. These data made it possible to obtain the following results: on the individual support of people cured of the father, 3/5 in a situation of reintegration affirm that they were not accompanied, or if they were accompanied is finally to improve their quality of life; on the follow-up of lepers, 4/5 affirm that they had remained without follow-up and on the socio-professional accompaniment 4/5 say that the socio-professional accompaniment had an impact on their reintegration to the point where they were excluded in the society.

Key words: accompaniment, psychosocial, reintegration, healed people, leprosy.

INTRODUCTION GENERALE

L'accompagnement psychosocial est une manière d'aide, de suivi et d'orientation qui consiste à amener une personne vulnérable ou en difficulté à faire de nouveaux apprentissages. Il permet au sujet d'adhérer à son propre projet de vie tout en suivant son rythme. Il s'agit en réalité d'approfondir le diagnostic social initialement et de définir avec le sujet la demande exprimée ; ainsi, toutes les informations recueillies chez le sujet doivent-elles être prises en compte. C'est une activité qui vise la mise en commun de deux subjectivités dans l'objectif d'avoir la communauté de vue, et ainsi la méthode et la durée doivent être adaptées selon son cas et son problème. Par ailleurs, pour certains auteurs comme Laurin et al (2001), la notion d'accompagnement permet à la personne d'exercer par elle-même un grand contrôle sur sa vie, la soutenir dans ses efforts pour trouver la réponse aux problèmes et aussi retrouver sa propre voie. Pour dire de façon plus claire, la personne devrait être capable de s'organiser, se prendre en main, se discipliner, se responsabiliser afin que dans les années à venir il puisse devenir autonome. Aujourd'hui, la problématique de réinsertion des personnes guéries de la lèpre suscite de plus en plus de l'attention dans le monde en général et au Tchad en particulier. D'après une enquête préliminaire menée auprès des lépreux dans la ville de Mongo/Tchad en juin 2019, 327 lépreux guéris dont 83 Paucibacillaires soit 72,17% guéris et 244 Multibacillaires, 38,89% guéris dans la ville de Mongo/Tchad sont mis au ban de la société.

Face à ce fléau, plusieurs moyens sont déployés par les pouvoirs publics et les organismes nationaux et internationaux compétents dans la lutte contre la stigmatisation et l'amélioration de réinsertion des lépreux guéris. C'est dans cette optique le gouvernement tchadien parallèlement a mis en place un Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) en vue de résoudre le problème sanitaire des lépreux. Cependant, il a pensé à se doter de structures chargées de la prise en charge ou de réinsertion des malades guéris de la lèpre. Cette actualisation reflète clairement la volonté du Ministère de la Santé Publique et du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale semblent faire de la santé et de réinsertion sociale des personnes en difficulté sociale un impératif national. De plus, l'Etat à travers ce Ministère a mis en œuvre pour que le cas spécifique des malades blanchis de la lèpre soit une priorité nationale, surtout qu'il est appuyé par quelques organisations autonomes et partenaires au développement. De ce fait, les initiatives en œuvre au plan national relèvent que les activités du Programme National de Lutte contre la Lèpre qui est une structure jouissant d'un statut public manquent de visibilité. Néanmoins, cet organe est parvenu à mettre en place un projet de Prévention des Invalidités et de Réinsertion Physique.

Ce dernier a été financé par l'Association Française Raoul Follereau, s'est concrétisé par la fabrication par le Centre d'Appareillage de N'Djamena, de chaussures adaptées et de prothèses au bénéfice des malades guéris de la lèpre au Tchad. Malgré les moyens déployés par le gouvernement et certains organismes, la réinsertion des personnes guéris de la lèpre reste toujours un échec. Cette étude pose le problème de l'insuccès de la réinsertion des personnes guéris de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

Pour résoudre ce problème, plusieurs modèles explicatifs ont été développés en Intervention et Action Communautaire afin d'aider la communauté à adopter les comportements d'intervention. Nous avons la théorie du bien-être psychologique de Ryff (1989) et la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport (1981). Ces théories ont été développées dans le cas général. Nous les avons utilisées particulièrement dans cette étude pour servir de grille de lecture de l'accompagnement des personnes guéris de la lèpre dans l'optique d'améliorer la réinsertion et le pouvoir d'agir de ces dernières. Il a été question d'une part, de la compréhension multifactorielle du bien-être des personnes guéris dans la ville de Mongo/Tchad à travers la théorie de Ryff. Par ailleurs, nous avons complété la théorie suscitée par les relations interpersonnelles dans la dynamique de la prise en charge de l'accompagnement psychologique et sociale de Peplau (1952) parce qu'elle apporte des explications approfondies sur la relation thérapeutique, qui est un volet important de la réinsertion des personnes guéris de la lèpre.

Inscrite dans le vaste domaine de l'Intervention et Action Communautaire, plus précisément dans le champ de l'accompagnement psychosocial. Cette étude qui s'intitule l'accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéris de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad, trouve sa raison d'être dans le but de montrer comment l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion des personnes guéris de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

A travers cette étude, nous avons formulé une question principale qui se décline en ces termes : Comment l'accompagnement psychosocial facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéris de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ? Pour répondre à cette question, une hypothèse générale est la suivante : L'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéris de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en termes de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation.

La méthodologie de l'étude sera essentiellement qualitative qui répond à un objectif global descriptif sur la base d'entretien en profondeur avec quelques personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Un guide d'entretien portant sur quelques intérêts nous permettra de collecter les données ; les caractéristiques sociodémographiques des participants, l'accompagnement individuel des personnes guéries de la lèpre, le suivi des lépreux guéris, l'accompagnement socioprofessionnel, la réinsertion socioprofessionnelle, socioculturelle et la réinsertion sociale qui permettent à ces dernières de se réinsérer dans la société.

L'analyse de contenu permettra de montrer la participation de l'accompagnement psychosocial à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre. L'interprétation consistera à donner un sens à ces facteurs selon les théories énumérées ci-dessus. Dans sa structure, ce travail est axé sur deux grandes parties à savoir : La partie théorique qui est composée essentiellement des chapitres un, deux et trois respectivement intitulés « problématique de l'étude, cadre conceptuel de l'étude et fondement théorique de l'étude » ; la partie méthodologique est également composée de trois chapitres qui sera développée de la manière suivante : « Approches méthodologiques et opératoires, présentation des résultats, analyse et discussion ».

**PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL
ET FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE.**

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Ce premier chapitre porte sur la problématique de l'étude. Nous commençons par présenter le contexte et la justification de l'étude, ensuite l'objet de l'étude, les positions théoriques sur le problème de l'étude et la problématique théorique de l'étude. En dehors de ces articulations précédentes, les questions, les objectifs, les hypothèses, les intérêts et la délimitation de l'étude vont être présentés.

1.1. CONTEXTE DE L'ETUDE

Depuis plusieurs décennies, la lèpre est connue dans le monde en général et au Tchad en particulier comme un mal lentement mais inexorablement progressif et mutilant. Ses victimes ont souvent inspiré des sentiments de crainte et même de répulsion allant jusqu'à les faire mettre au ban de la société. Après cette exclusion, les organisations, les communautés, le gouvernement, les scientifiques se sont mobilisés à travers de multiples actions pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale. En outre, selon les estimations de l'OMS (2021), 3 à 4 millions de personnes vivaient avec une incapacité physique causée par la lèpre, et potentiellement un plus grand nombre souffrait de stigmatisation sont toujours restés exclus de la société.

En effet, une enquête préliminaire menée auprès des lépreux dans la ville de Mongo en juin 2019 nous a permis de choisir la ville de Mongo parce qu'elle est accessible, de plus, les lépreux ont un effectif considérable et il existe une représentativité de l'ensemble des lépreux de la Région du Guéra (Mongo). Cette étude porte sur la réinsertion des personnes guéries de la lèpre. L'objectif est de déterminer le taux des lépreux guéris et exclus dans la communauté. Cette enquête s'est basée sur les données du Ministère de la Santé Publique concernant les personnes atteintes de la lèpre dans une période allant de l'année 2004 à 2019. En 2019, sur les 342 cas notifiés par les services techniques du Ministère de la Santé Publique, on note 327 guéris dont 83 Paucibacillaires et 244 Multibacillaires, avec un taux de guérison de 72,17% pour les Paucibacillaires et 38,49% pour Multibacillaires. N'detibaye (2020).

D'après cette enquête, plusieurs actions sont menées par le gouvernement, les organismes nationaux et internationaux compétents dans la lutte contre la lèpre et l'amélioration pour la réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

Au Tchad, la promotion et l'amélioration de réinsertion des personnes atteintes de la lèpre en général et celles guéries en particulier est un objectif primordial. Pour cela, il convient de relever que l'État tchadien parallèlement a mis en place un Programme National de Lutte contre la Lèpre en vue de résoudre le problème sanitaire des lépreux. Cependant, il n'a pas pensé à se doter de structures chargées de la prise en charge ou de réinsertion des malades guéries. Pourtant, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale semble faire de la réinsertion sociale des personnes en difficulté un impératif national. L'Etat, à travers ce Ministère, devrait donc œuvrer pour que le cas spécifique des malades blanchis de la lèpre soit un impératif national, surtout qu'il est appuyé en cela par quelques organisations autonomes et partenaires au développement.

En effet, les initiatives en œuvre au plan national relèvent que les activités du Programme National de Lutte contre la Lèpre qui est une structure jouissant d'un statut public manquent de visibilité. Néanmoins, cet organe est parvenu à mettre en place un projet de prévention des Invalidités et de Réinsertion Physique. Cette initiative, financée par l'Association Française Raoul Follereau, s'est concrétisée par la fabrication par le Centre d'appareillages de N'Djamena, de chaussures adaptées et de prothèses au bénéfice des malades guéries de la lèpre au Tchad. De ce fait, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, caractérisé par l'absence d'une véritable politique de réinsertion des lépreux guéris, se démène tout de même, à travers sa Direction des Personnes Handicapées, assister occasionnellement les personnes malades en les aidant à obtenir des chaussures au Centre d'appareillage.

Dans la Province du Chari-Baguirmi, l'Association de Solidarité avec les Lépreux du Tchad s'investit dans la lutte contre la stigmatisation pour la réinsertion sociale des lépreux en général. Cette activité constitue également une des composantes, au niveau national, de l'organisation faîtière des personnes handicapées, l'Association d'Entraide des Personnes Handicapées du Tchad (AEPHT) dont le champ d'intervention est beaucoup plus globalisant. Ces initiatives sont, pour l'essentiel, l'émanation des organisations religieuses de la place, notamment la Mission Evangélique, Église Catholique et Comité Islamique.

Pour ce qui concerne la Mission Évangélique, à travers sa structure dénommée Mission Évangélique Contre la Lèpre, la Mission Évangélique intervient directement ou indirectement en faveur des lépreux. Avec l'appui de l'Association Française Raoul Follereau, elle lutte contre l'exclusion des personnes atteintes de la lèpre en formant les

personnes membres des familles des lépreux. Ces personnes formées en cordonnerie peuvent fabriquer des chaussures adaptées dans le but d'aider ses proches malades. La même formation est destinée aux enfants des lépreux guéris. Certains de ces enfants sont formés en menuiserie bois et métal.

Quant à l'Eglise Catholique, par le biais du Conseiller de la Paroisse de Mongo, justifie ses interventions en ces termes : « Le Christ a dit qu'il faut aimer les gens en difficulté. Les lépreux guéris font partie de ces gens, donc, nous les aimons. De temps en temps, nous leur venons en aide par des gestes humains. Nous ne leur distribuons pas grand-chose après la messe, mais des pièces chaque Dimanche ». La démarche de l'Eglise Catholique, loin de constituer un acte de réinsertion sociale, s'inscrit dans un sempiternel recommencement. Plutôt que d'apprendre aux lépreux guéris à pêcher, ici on leur donne du poisson.

Toujours dans le même son de cloche que celui de l'Eglise Catholique est entendue du côté cette congrégation religieuse. En effet, le Comité Islamique quant à lui il mène des actions spécifiques à chaque Journée Mondiale des Lépreux.

La problématique de réinsertion des personnes guéries de la lèpre préoccupe toujours les organismes nationaux et internationaux afin de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion de ces dernières dans la communauté.

Aujourd'hui, les actions de promotion, l'amélioration, l'élimination et la réinsertion des personnes guéries de la lèpre est souligner à travers le monde et cela principalement sous la supervision de l'OMS et des gouvernements qui établissent ensemble le « National Leprosy Control Programme » aussi appelé le « National Leprosy Eradication Programme », un programme visant l'élimination de la lèpre dans le monde (Martin, 2005) cité par l'OMS (2010) préconise que les gouvernements, surtout ceux des pays pour lesquels la lèpre demeure un problème de santé publique à travailler conjointement avec les ONG contre la lèpre, cela afin d'appliquer le NLCP de manière adaptée aux conditions sociales, culturelles et économiques des pays concernés.

1.2. OBJET DE L'EUDE

La présente étude porte sur l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre. L'étude de l'accompagnement constitue l'un des grands axes du domaine de l'intervention et action communautaire. Ce qui fait dire à Maela (2010) que, l'accompagnement est l'un des concepts de base de l'intervention communautaire. Il consiste

selon lui à conduire les personnes souffrant d'un manque de ressources quotidiennes (matérielles, psychologiques, relationnelles, culturelles, etc.) pour mener à bien un projet (qui soit le leur), adapté à leur contexte. Donc, l'accompagnement concerne les personnes traversant une situation difficile. Dans le cas de cette étude, l'accompagnement psychosocial renvoie aux soutiens psychologiques et sociaux apportés aux personnes guéries de la lèpre.

Cette étude met l'emphase sur la particularité de l'intervention de chaque aide apportée aux personnes atteintes de la lèpre en général et spécifiquement à celles guéries dans la ville de Mongo. En effet, les aides, soutiens et soins fournis aux lépreux exigent la participation du gouvernement et les professionnels (pluridisciplinaires) et non professionnels qui sont interdépendants. Et pour que ces actions soient suffisantes, non seulement, il faut une intervention efficace, mais le gouvernement avec ses partenaires doivent être en étroite collaboration. De plus, le gouvernement doit disposer des ressources suffisantes.

Il est habituel de penser que le problème de difficulté d'insertion des personnes guéries de la lèpre trouve sa solution dans le domaine strictement social, mais il nous semble difficile de l'aborder sans les dimensions psychologiques ou plus généralement anthropologiques qui le régulent. Il s'agit d'un ensemble de considérations qui excèdent la dimension purement sociologique et psychologiques des conséquences de la maladie.

La mise au point des stratégies d'amélioration de réinsertion des personnes guéries de la lèpre peut également être facilité par une compréhension multifactorielle dans la ville de Mongo et pour l'amélioration des moyens de l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre. C'est dans ce sillage que l'on peut avoir recours à l'intervention et action communautaire et à ses modèles théoriques. Ces modèles nous permettrons d'expliquer le processus de l'accompagnement et peuvent être utilisés comme guide pour l'élaboration d'un plan d'intervention visant l'amélioration de réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

1.3. LES POSITIONS THEORIQUES SUR LE PROBLÈME DE L'ETUDE

Vue la pertinence de la maladie, la problématique d'insertion fait de nos jours partie de l'objet de grand débat à travers les médias du monde entier. Dans une situation économique internationale conjoncturelle et une rare complexité qui fait l'objet de tant de débats et de réflexions diverses, des spécialistes en sciences sociales, il serait tout à fait impossible de passer sous silence la situation de ces personnes dans le monde en général et au Tchad en

particulier. La situation des personnes guéries de la lèpre dans le monde reste et demeure un problème crucial. Donc cette situation est mondiale et touche aussi bien les pays développés que les pays pauvres.

En 2011, 2,5 millions des lépreux ont été guéris dans le monde mais ils souffrent du phénomène d'exclusion sociale, de séquelles invalidantes sévères, psychologiques et surtout sociales car leur prise en charge est souvent inexistante dans leur pays. A cause de ces séquelles causées par la lèpre, 15000 personnes sont exclues de la société par leur propre famille qui les conduit souvent à des inquiétudes et à vivre dans les zones d'isolement.

En effet, pour remédier à ce problème, l'Ordre de Malte France en collaboration avec la Fondation Française Raoul Follereau ont mis en place dans le monde des programmes d'accompagnement, d'appareillage et rééducation fonctionnelle pour aider ces derniers à se réinsérer professionnellement et socialement mais vue l'état de réinsertion des lépreux guéris dans certains pays demeure toujours une problématique.

En 2018, 23 pays issus de différentes régions de l'OMS ont été identifiés comme « pays prioritaires » à partir des paramètres du programme de lutte contre la lèpre (prévalence, taux de guérison, exclusion et incapacité de degré 2). Ils représentent 96% de taux de guérison dans le monde. Cependant, les pays qui déclarent le plus de cas dont la lèpre demeure un problème de santé publique important sont l'Inde, le Brésil, l'Indonésie, la République Démocratique du Congo, le Népal, la République Unie de la Tanzanie, l'Angola, la République Centrafricaine, le Madagascar, la Mozambique, Bangladesh, la Somalie et le Nigeria (OMS, 2011). En 2018, selon les mêmes sources, 17.322 lépreux guéris ont été enregistrés contre 11.323 en 2009, soit une augmentation de 40% en 10 ans. Ensemble, les 23 pays prioritaires représentant 90,2% de taux de guérison dans le monde. Toutefois, malgré ce taux de guérison la réinsertion de ces personnes demeure toujours un problème crucial.

En 2019, selon l'OMS, 22.356 personnes guéries de la lèpre ont été enregistrés officiels dans 161 pays. Mais la réinsertion reste un problème majeur dans 14 pays d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine. D'après l'OMS, trois pays regroupaient en 2015, 80% des personnes guéries de la lèpre et exclus dans la société dont : Inde (60%), Brésil (13%), Indonésie (80%).

Selon cette stratégie, seuls 47 pays ont déclaré des taux de guérison supérieurs à 85%. Les données de cette étude montrent que 3897 lépreux guéris ont été déclarés par 54 pays dont 44% au Brésil contre 1175 en 2014. L'augmentation peut s'expliquer par l'amélioration

de la déclaration des cas, bien qu'il existe encore des insuffisances dans la réinsertion des personnes guéries de la lèpre. Le taux de réinsertion des lépreux guéris semble faible, s'établissant à environ 1% sur 5 à 10 ans. De ce fait, l'OMS montre qu'en absence de données véritables, les estimations font état de 3 à 4 millions de personnes vivant avec des déficiences ou des déformations visibles dues à la lèpre. Comme « l'étiquette lèpre » et l'incapacité qu'elle provoque entraînent l'exclusion sociale dans de nombreuses communautés, le nombre de personnes victimes de stigmatisation liée à la lèpre est susceptible d'être encore plus élevé. Des initiatives sont prises pour lutter contre la discrimination, notamment pour abroger toutes les réglementations discriminatoires en vigueur. Cinquante-six pays soit 35% ont fait état de la disponibilité de services de conseil, une disposition importante au regard des conséquences connues sur la santé physique, de l'incapacité, de la stigmatisation et de l'exclusion sociale. (OMS, 2021)

Pour un meilleur accompagnement des personnes guéries de la lèpre, des modes opératoires normalisés pour la vérification de réinsertion des lépreux, dont un volet essentiel d'un engagement en faveur de la surveillance post-réinsertion, l'OMS dans sa stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2021-2030 présente les orientations de base, les objectifs, les défis et les piliers stratégiques au niveau mondial. Cette étude montre que la feuille de route qui accompagne et les stratégies connues constituent une contribution majeure aux objectifs de développement durable, en particulier l'ODD3 (bonne santé et bien-être). Les engagements pris au titre des ODD sont de ne laisser personne de côté et de s'efforcer d'atteindre d'abord ceux qui sont le plus à la traîne. La conjugaison de l'incapacité et de la stigmatisation inscrit systématiquement les personnes touchées par la lèpre parmi lesquelles laissées de côté. (OMS, 2021)

A Genève, une enquête menée par Tomassetti, C, et al., (2018) montre que la lèpre et la stigmatisation sont éradiquées dans les pays occidentaux, elles restent cependant présentes dans certaines parties du monde. A ces endroits, son éradication est difficile, notamment à cause de la stigmatisation et l'exclusion qui l'entourent.

En Mauritanie, 180 anciens lépreux guéris ont été mis hors de la société par leurs familles soit 65% de lépreux guéris. Tous les anciens lépreux guéris en Mauritanie ont de mauvaise condition de vie. Tous sont au chômage en raison de leur situation, de la stigmatisation et de l'exclusion dans certains endroits. Malgré les dispositifs qui ont été pris

pour permettre leur réinsertion, bon nombre sont toujours dans une situation inquiétante, deviennent des mendiants dans les rues.

Pour ce qui est de l'Afrique francophone, la République Démocratique du Congo, une étude menée par l'OMS relève qu'en période allant de 2004 à 2010, 87% des personnes guéries de la lèpre sont victimes de stigmatisation et de l'exclusion sociale dont la durée s'étend à plus de 6 ans. Une actualisation de cette étude précise qu'entre 2012 à 2016, 90% personnes guéries mais l'exclusion est la principale cause de leur réinsertion (OMS, 2017).

Au Sénégal, sur un nombre de 98 lépreux guéris, soit 81, 15% restent exclus de la société. Malgré certains efforts accomplis par le gouvernement et ses partenaires pour réinsérer les personnes guéries de la lèpre qui vivent dans une situation d'exclusion. Ils ont été exclus sur tous les plans. Tous officiellement guéris de la lèpre. Mais, subissent toujours des inégalités sociales aux côtés de leurs familles.

Sur le plan économique, ils n'ont pas accès aux activités économiques qui pourront les aider à pratiquer pour subvenir aux besoins quotidiens ;

Sur le plan culturel, ils sont exclus à participer aux jeux et activités socio-culturelles ;

Sur le plan professionnel, ils ont perdu leur emploi à cause de l'état de leur santé causé par la lèpre.

En Afrique Centrale, parlant du Cameroun, une enquête sociologique a été menée en 2009 auprès des lépreux à Yaoundé montre que trois quarts des personnes ont été interrogées estimaient que l'on ne s'occupait pas suffisamment des lépreux, soit 20% des lépreux guéris sont exclus de leurs communautés. Malgré toutes les actions des pouvoirs publics avec notamment l'appui des partenaires multilatéraux intervenant dans le domaine de réinsertion sociale. Cette stratégie permet de lutter contre la stigmatisation et l'exclusion des lépreux guéris afin de réintégrer leurs familles respectives et s'immerger dans la société sans être marginalisés.

Au Tchad, particulièrement dans la Région du Guéra, la lèpre existe depuis fort longtemps et a nécessité la mise en place d'un Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) par le Gouvernement, preuve que cette maladie constitue un réel problème de santé publique. Mais cette politique a quelque peu éludé la situation des malades traités et guéris de la Région dont bon nombre ne sont pas ou insuffisamment encadrés, moins encore réinsérés dans leurs familles d'origine. En clair, ils sont des parias dans leur communauté, alors que

certaines ne présentent pas d'invalidité, ou n'ont qu'une invalidité légère et peuvent travailler et vivre du produit de leur labeur. Mais, force est de constater que, délaissés et stigmatisés, les lépreux guéris, en dépit de leur volonté de résilience, s'orientent, pour la plupart d'entre eux, vers la mendicité, seule opportunité de pouvoir se prendre en charge. Comprendre le phénomène de l'exclusion dont sont victimes les lépreux guéris de la ville de Mongo amène à cerner, du fait, les normes en œuvre dans l'inculcation des valeurs socioculturelles propres à la société concernée.

Les statistiques qui précèdent, que ce soit dans le monde en général et dans le cas du Tchad en particulier, attestent que le phénomène d'insertion des personnes guéries de la lèpre devient plus en plus un problème récurrent dans nos communautés.

- **Les causes des difficultés d'insertion des personnes guéries de la lèpre**

Les causes des difficultés d'insertion des personnes guéries de la lèpre sont multiples et de différents ordres. Nous pouvons les regrouper en trois ordres : ordre moral ou psychologique, d'ordre socioculturel et économique.

Pour ce qui concerne les causes d'ordre moral ou psychologique, elles résultent, pour l'essentiel, de la perception religieuse de la lèpre. Cette perception qui fait de la lèpre une punition divine est vite transformée en cause du rejet des lépreux guéris. Lors de notre étude, les propos tenus par un haut dignitaire musulman qui s'exprimait de la sorte : « la lèpre est une maladie qui, non seulement, handicap les hommes, mais les mets également hors de la société », prouvent à suffisance les prédispositions morales et religieuses au sujet des lépreux guéris.

Parmi les causes d'ordre socioculturelles de difficulté d'insertion des personnes guéries de la lèpre, celles-ci, semble être jumelles des causes d'ordre moral et religieux, sont proches de ces dernières. Toutefois, elles méritent d'être explicitées :

L'évitement de tout contact direct ou indirect relate ci-haut est la conséquence d'une croyance qui fait comprendre qu'un lépreux est un porte-malheur qu'il ne faut absolument pas croiser sur son chemin. Bon nombre de personnes rebroussent elles chemin dès qu'elles perçoivent un lépreux en face d'elles. Aussi, il ne faut pas qu'un lépreux soit la première personne rencontrée au petit matin. Beaucoup de gens tournent le dos à cette couche sociale et, au besoin, s'écartent du chemin.

Toujours au titre de l'évitement, certaines personnes ne refusent de saluer les anciens malades. D'autres encore préfèrent leur jeter les offrandes aux pieds que de leurs tendres, histoire d'éviter le contact manuel.

Conformément à la croyance divine, la lèpre met les hommes hors de la société. Cette conception a contribué à l'isolement des malades par la création de leurs villages spécifiques, véritables sites de réclusion en dehors de la ville.

En effet, plusieurs auteurs montrent que la dimension socioculturelle de la lèpre consiste à se concentrer sur les pensées et comportements à l'égard de cette maladie au sein de la société. Ces pensées et comportements influencent le bien-être des personnes atteintes de la lèpre. A cet effet, les visions de leurs propres maladies peuvent augmenter ou diminuer leur capacité à se rétablir. Dans *Society and Leprosy* (1979), cité par Géraldine, E. (2012), souligne que le véritable problème n'est pas la lèpre en elle-même « *mais ce que les gens pensent qu'elle est* ». Selon lui, ces pensées ou croyances font partie d'un ensemble culturel qui a tendance à résister au changement. Ce sont des pensées négatives qui affectent psychologiquement le patient ce qui peut porter atteinte à sa santé physique, car dans ces conditions, il aurait tendance à « *reporter sa mort sociale en reportant son traitement* ». Pour Géraldine, l'ultime solution reste l'éducation afin de changer les croyances et l'attitude des personnes à l'égard de la lèpre, cela à travers un processus « *d'interaction socio-psychologique* », ce que Géraldine définit par « *enculturation* ».

Selon Anne Bargès (1998), l'étude de la lèpre dans le domaine de la psychologie consiste à analyser les pratiques sociales et culturelles afin de contribuer à une amélioration de la santé. Cette analyse permet de mieux comprendre certaines des caractéristiques sociales et culturelles qui limitent la capacité de soutenir les lépreux après leur guérison. Ainsi, en ce qui concerne la lèpre, le rôle du psychologue est de saisir « le fonctionnement implicite collectif de nombreuses sociétés et utilisées vis-à-vis de la lèpre émanent premièrement « des causes perçues » par la société. Quand une maladie infectieuse telle que la lèpre est crainte en raison de ses impacts physiques (la déformation, la défiguration, le handicap, la cécité, et autres) et l'ignorance de son origine biologique, la considération est davantage portée vers l'imagination. Par imagination, nous voulons parler d'un processus de « modification » « d'attributions réel ».

Quant aux causes d'ordre économique de la stigmatisation des personnes guéries de la lèpre, traditionnellement, les lépreux guéris ou pas, sont considérés comme des personnes

invalides donc improductives, dépendantes. A l'origine de cette considération, la quasi-impossibilité au début du XXe siècle de guérir les malades de la lèpre. Ceux-ci étaient donc inéluctablement condamnés à devenir infirmes, difformes. Et, comme il est établi que tout infirme a une relative incapacité qui l'exclut des circuits économiques, les lépreux de Mongo demeurent victimes de ce préjugé. La solidarité de proximité devient alors pour eux un moyen de subsistance. Le lépreux étant de cette catégorie, même guéri, il ne peut échapper à cette conception traditionnelle des critères de validité qui déterminent localement l'aptitude à la production, condition sine qua non de la réinsertion socio-économique. Ces critères ne pouvant être remplis à cause du physique du lépreux, il est évident que celui-ci subisse l'exclusion économique. L'analyse succincte de ces quelques causes de l'insuffisance de réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo autorise à se pencher sur les conséquences inhérentes desdites causes.

- **Les conséquences des difficultés d'insertion des personnes guéries de la lèpre**

Les conséquences de la stigmatisation des lépreux en général, et de ceux qui ne présentent plus de craintes en particulier, sont les résultats des causes constatées ci-dessus. Tel fait produit tel effet, ces conséquences sont l'émanation des causes d'ordre moral ou psychologique, socioculturel et socio-économique.

Pour ce qui concerne les conséquences psychologiques de l'insuffisance de réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo, un responsable sanitaire de la localité relève que les lépreux-mêmes, tout statut confondu, ont un problème psychologique, donc ils s'excluent et la société les rejette. A travers cette déclaration mitigée, mi-figue mi-raison, l'on se demande si c'est parce que les lépreux s'excluent qu'ils sont rejetés par la société, ou bien c'est parce que la société les rejettent qu'ils s'excluent. Toujours est-il qu'un certain complexe d'infériorité habite les lépreux guéris qui ont, de facto, du mal à s'affirmer, à se déterminer. Ce complexe les conduit à vivre de mendicité, sous la dépendance des autres. (N'detibaye, 2020, pp.8-9)

Ces malades guéris sont également marqués par le fait que, selon eux, ils produisent des légumes et bien d'autres denrées alimentaires qu'ils n'arrivent pas à vendre au marché de la ville. Leurs seules marchandises acceptées par de rares personnes demeurent le bois et le foin qu'il faut aller chercher loin à pied ou à dos d'âne pour les plus Nantis. De toute évidence, l'effort que fournissent les malades blanchis pour leur autonomisation économique s'en trouve ainsi annihilé par le comportement ségrégationniste de la population qui replonge

ces derniers dans l'isolement, les enfermant dans un cercle vicieux que l'on pourrait qualifier de « cercle vicieux du lépreux guéri ». (N'detibaye, 2020, p.9)

Du côté de la population ; psychologiquement, celle-ci garde en tête l'idée de la contagion de la lèpre, de la déformation et de la mutilation de la personne atteinte de la lèpre. Cette personne demeure, même guérie, contagieuse pour la population. Elle reste persuadée qu'en consommant les produits des anciens malades de lèpre, elle sera contaminée. Paradoxalement, beaucoup reconnaissent que le lépreux guéri n'est pas contagieux, mais l'attitude quotidienne des uns et des autres affiche le contraire. C'est à en croire que les conséquences psychologiques de l'exclusion de cette catégorie d'individus sont intimement liées aux conséquences d'idée socioculturel. (N'detibaye, 2020, p.9)

Les conséquences socioculturelles de l'insuffisance de réinsertion des personnes guéries de la lèpre de Mongo, les lépreux blanchis, faut-il répéter sont « hors-jeu ». Ils ne participent donc pas aux jeux des rapports sociaux. En d'autres termes, ils ne sont consultés ni associés à la vie de la société. Ces propos d'un groupe d'anciens malades en sont révélateurs. « Les gens nous méprisent, ils présentent à notre égard un dégoût. Celui qui te méprise a peur de toi. Nous sommes surpris de vous voir sur la même natte que nous, sinon personne ne nous approche ». Ce qui n'apparaît pas dans ces propos, c'est que les anciens malades ne sont conviés à aucune cérémonie de quelque nature que ce soit (naissance, baptême, mariage, circoncision etc.). On y observe tout de même leur présence en tant que mendiants. L'unique cérémonie qui leur est destinée demeure celle de la Journée Mondiale des Lépreux. Le clou est enfoncé lorsque les membres de la communauté déclarent que : « la lèpre est une honte, une honte pour la personne, sa famille et, partant, la communauté toute entière, et que l'on ne doit pas exposer la honte en public, sinon c'est exposer la famille aux insultes qui peuvent entraîner un déménagement de celle-ci ».

De la part d'un homme de Dieu, on peut dire que d'aberration a atteint son comble lorsqu'un responsable d'une église se réfère au livre Saint en ces termes : « Dans l'ancien Testament, quand un lépreux se déplace, il doit avoir une clochette qu'il doit faire résonner afin que personne ne passe devant lui jusqu'à destination. Même pour recevoir un repas, il doit déposer son récipient loin et s'en écarter. De la sorte, on sait qu'un lépreux demande quelque chose à manger ». La référence à la religion (Ancien Testament) est la preuve que l'exclusion des lépreux est une pratique socioculturelle de longue date. Il ne saurait donc en

être autrement, du point de vue temporel, des conséquences économiques de l'exclusion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. (N'detibaye, 2020, p.10).

Au niveau économique, les conséquences de l'insuffisance de réinsertion des personnes guéries de la lèpre se retrouvent aussi dans la majorité de cette couche de la population qui présente des invalidités qui font d'eux des bouches à nourrir, car ne vivant que mendicité. Mêmes guéris, l'État de ces anciens malades ne permet pas de les considérer comme jouissant de la santé dont nous retenons deux définitions, l'une propose par André Domart définit la santé comme « un état de fonctionnement normal de l'organisme en dehors de maladies ». (N'detibaye, 2020, p.10)

L'OMS, pour sa part, introduit la dimension économique à la notion de santé. Ainsi, la santé est selon elle, « l'état d'un individu qui le rende apte à produire et à être rentable économiquement dans sa communauté d'appartenance.

Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, les lépreux guéris de Mongo ne remplissent pas les critères de validité dans la mesure où ils ne participent pas, pour diverses raisons, au développement socio-économique de leur communauté. Cela aurait pu être le cas de certains d'entre eux, moins affectés par la maladie, n'est pas été les considérations socioculturelles qui entourent la lèpre. C'est donc à juste titre que d'aucuns pensent que la guérison de la lèpre reste incomplète tant que la personne atteinte ne trouve pas le statut économique, social lui permettant de mener une vie de dignité.

Le cas précis des personnes guéries de Mongo indique que tout concourt à les rendre et les maintenir improductifs quand on sait que leurs produits maraichers et autres font l'objet, au niveau des marchés locaux, d'un boycott sciemment organisé et entretenu au cours de l'histoire. Cette forme d'exclusion économique constitue l'un des facteurs explicatifs de la mendicité adoptée comme stratégie de survie par la quasi-totalité des lépreux guéris dans la ville de Mongo, malgré quelques initiatives mises en œuvre pour l'amélioration de leurs conditions d'existence.

1.4. PROBLÉMATIQUE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

La problématique d'insertion des personnes guéries de la lèpre a fait l'objet de plusieurs recherches. Nous avons notamment les travaux de N'detibaye (2020), Brigitte (2010) et Gérard (1990) ont fondé leur problématique sur la théorie de l'accompagnement centré sur les personnes guéries de la lèpre. Ainsi, dans le contexte de notre étude,

l'accompagnateur devra apporter un support à quelqu'un qui vit une difficulté de marginalisation liée à sa santé physique, mentale ou psychologique. Il s'agit d'accompagner une personne en phase terminale, de toute évidence, le but de l'accompagnement ne sera pas de l'empêcher de développer ses ressources. Il sera plutôt d'être avec cette personne, c'est-à-dire l'accompagnement doit être centré sur la personne, de lui apporter les moyens nécessaires pour l'aider à mieux vivre sa réalité dans le processus de l'accompagnement et ce, à partir de ses ressources personnelles.

L'accompagnement tient compte des besoins fondamentaux (bien-être, la sécurité, la considération, la compétence et la cohérence) de la personne accompagnée. La satisfaction de ces besoins, dans la recherche de solutions adéquates qui tiennent compte des difficultés liées au contexte de vie, constitue une priorité dans l'intervention communautaire qui œuvre dans les milieux communautaires et services sociaux. Demetree (1993). Notre étude s'inscrit dans le champ théorique de l'accompagnement. Plusieurs modèles explicatifs ont été développés en intervention et action communautaire afin d'aider les communautés à adopter les comportements d'intervention. Nous avons la théorie du bien-être psychologique de Carol Diane Ryff (1989), la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport (1981) et la théorie des relations interpersonnelles de Peplau (1952). Elle pose le problème de difficultés d'insertion des personnes guéries de la lèpre.

La théorie de Ryff (1989), postule que le bien-être psychologique contribue à l'épanouissement et à la plénitude personnelle. Pour lui, le bien-être psychologique est basé sur un certain nombre de dimensions en atteignant un état d'équilibre face aux événements difficiles et éprouvants de la vie.

La théorie de Julian Rappaport (1981), postule que les personnes, tant individuellement que collectivement, ont les capacités pour effectuer les transformations nécessaires pour assurer leur accès à ces ressources, voire même les contrôler.

Selon Peplau (1952) quant à elle postule que les relations interpersonnelles sont un processus interpersonnel thérapeutique. Il s'agit d'une relation entre une personne en difficulté ou une personne ayant besoin d'aide et une personne ayant les compétences pour y répondre. Cette théorie apporte des explications sur la relation entre ces deux dernières afin d'apporter un soutien pour la réinsertion des personnes guérie de la lèpre.

Cependant, les deux premières théories ont été développées dans le cas général. Nous les avons utilisées particulièrement dans cette étude pour servir de grille de lecture de

l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre. Il sera question d'une part, de la compréhension multifactorielle de bien-être psychologique des lépreux guéris dans la ville de Mongo/Tchad à travers la théorie de Ryff.

1.5. QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESE GENERALE DE L'ETUDE

Pour mieux appréhender notre sujet de recherche, nous avons posé une question de recherche principale et trois questions de recherche spécifiques.

1.5.1. Question principale

La présente étude intitulé « *Accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad* ».

QPR: Comment l'accompagnement psychosocial facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

Cette question de recherche a été opérationnalisée et nous a produit trois questions spécifiques.

1.5.2. Questions spécifiques

QS1 : Comment l'accompagnement individuel facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

QS2 : Comment le suivi des lépreux facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

QS3 : Comment l'accompagnement socioprofessionnel facilite-t- il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

1.6. OBJECTIFS ET BUT DE L'ETUDE

Cette partie est consacrée à la présentation des objectifs et but de notre étude. Nous allons dans un premier temps présenter les objectifs et dans un second temps le but.

1.6.1. Objectif de l'étude

Nous allons dans cette partie présenter l'objectif principal et les objectifs spécifiques.

1.6.2. Objectif principal

OPR : Montrer comment l'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

1.6.3. Objectifs spécifiques

Nous avons aussi pour objectif d'apporter à la communauté scientifique une base des données théoriques, solides en matière de réinsertion sociale.

OS1 : Montrer comment l'accompagnement individuel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

OS2 : Montrer comment le suivi des lépreux facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

OS3 : Montrer comment l'accompagnement socioprofessionnel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

1.7. HYPOTHESES DE L'ETUDE

Pour répondre à la question principale de recherche nous avons formulé l'hypothèse générale suivante :

1.7.1. Hypothèse principale

HGR : L'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en termes de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation.

1.7.2. Hypothèses spécifiques

HS1 : L'accompagnement individuel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

HS2 : Le suivi des lépreux facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

HS3 : L'accompagnement socioprofessionnel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

1.8. But de l'étude

Notre but est d'offrir à la communauté internationale et scientifique une banque de données susceptibles de les situer sur l'un des problèmes exacts de la lèpre. Notre étude constitue ainsi une base de données pour les recherches ultérieures sur la réinsertion et plus précisément sur l'insuccès de la réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

Notre étude a pour but d'améliorer la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Notre étude constitue ainsi une base de données pour les recherches ultérieures sur la réinsertion des personnes atteintes de la lèpre et plus précisément sur la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Il sera question de mobiliser tous les accompagnateurs psychosociaux à bien travailler afin qu'ils puissent garantir une réinsertion stable et durable de ces personnes. Il s'agit aussi de proposer une grille de lecture de l'accompagnement psychosocial et de ses différentes stratégies pouvant mener aux processus de réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo afin de lutter contre ce fléau qui mine la société. Cette action sera menée avec un souci de sensibilisation et d'aide afin de favoriser l'autonomie de ces dernières. Par conséquent, nous allons apporter un soutien social et psychologique à ces personnes.

1.8.1. INTERETS ET PERTINENCE DE L'ETUDE

Il s'agit ici de donner l'importance du travail, ou surtout de préciser en quoi ce travail est important. Bref, il faut déterminer la contribution dans le domaine scientifique et sur les principaux utilisateurs et autres bénéficiaires. Cette recherche aura une portée à plusieurs niveaux : Scientifique, social, psychologique et personnel

- **Intérêt scientifique** : l'actualité du fléau réinsertion des personnes guéries de la lèpre et développement de la pauvreté justifient une réflexion approfondie sur le sujet. L'intérêt scientifique à ce niveau est tout d'abord de contribuer à l'évolution des connaissances en ce qui concerne la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo et d'apporter de nouveaux savoirs sur l'accompagnement de ces personnes.
- **Intérêt social** : l'intérêt social du travail à ce niveau est surtout de sensibiliser la famille, la population voire la famille des lépreux qui sont à la base de toutes choses, les gouvernements, les ONG et la société en générale sur la pertinence de ce fléau afin de revoir les techniques voire les stratégies d'accompagnement psychosocial pour permettre à ces personnes guéries de la lèpre d'avoir une réinsertion durable ; et aussi elle a pour rôle d'améliorer l'environnement social. En plus elle permet d'accéder à des connaissances nouvelles sur les techniques d'accompagnement pouvant amener ces personnes à se réinsérer.
- **Intérêt psychologique** : cette étude permettra de saisir l'impact psychologique du vide crée par l'espace public sur le sujet. En d'autres termes, elle permettra la

compréhension de l'influence qu'exercent un environnement social et la privation de liberté sur le comportement d'autrui.

- **Intérêt personnel** : la réalisation de ce travail constitue pour nous une satisfaction personnelle étant donné qu'il prouve notre capacité intellectuelle d'analyser et d'expliquer les faits, les situations, le comportement des personnes victimes de la maladie de lèpre.

1.8.2. LIMITES ET TYPE DE L'ETUDE

Nous délimiterons notre étude au triple plan chronologique, géographique et thématique.

Au plan chronologique, cette étude porte sur la réinsertion des personnes guéries de la lèpre qui, selon l'OMS, sont des personnes se situant dans la tranche d'âge allant de 29 à 60 ans. Nous avons choisi cette tranche parce qu'elle s'avère, selon l'OMS et MINSP, celle la plus touchée par cette infection.

Au plan géographique, cette étude se mène au Tchad dans la province du Guéra, et plus précisément dans la ville de Mongo. L'enquête préliminaire menée dans la ville de Mongo en juin 2019 montre que 327 lépreux guéris sont exclus par la société. Nous avons limité notre recherche dans l'espace géographique de Mongo parce que Mongo est également une ville cosmopolite. Une recherche menée dans cette ville faciliterait l'accès à la diversité ethnique du Tchad. Cette qualité pourrait alléger considérablement les difficultés de généralisation de nos conclusions à l'ensemble du pays.

Au plan thématique, nous menons une étude de psychologie sociale en rapport avec la santé. Notre sujet d'étude porte sur : Accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Notre étude va se limiter au niveau des personnes victime de cette pathologie dans la ville de Mongo mais pas des personnes victime de cette maladie dans toutes les provinces du Tchad. Les études récentes dans cette sphère scientifique ont le plus porté sur la prise en charge psychosociale, la sensibilisation, la communication, la réinsertion sociale des lépreux. Notre étude va au-delà de ces préoccupations scientifiques pour poser le problème de la causalité réciproque entre accompagnement psychosocial et réinsertion.

Notre étude est de type qualitatif dans la mesure où nous utilisons une approche reconnue dans la recherche en sciences humaines, à savoir l'approche déductive. Notre étude se situe dans la veine de l'approche déductive tout simplement parce que nous fondons notre investigation sur les hypothèses parfois issues des théories (les théories du bien-être

psychologique et les théories des relations interpersonnelles) permettant d'asseoir un raisonnement particulier dont la confirmation ou l'infirmité est obtenue après une manipulation. Elle a également un souci de décrire, de rechercher et d'analyser diverses variables dans le but de faire apparaître des implications régulières ou non, des cycles, des constantes et, éventuellement, de nouvelles règles pouvant enrichir les théories de l'action raisonnée et du comportement planifié. Elle est donc de type descriptif et corrélationnel.

1.9. DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE

Cette partie est consacrée exclusivement à la définition des concepts clés de l'étude. Pour définir un concept, nous tiendrons compte de nos objectifs et des différentes mutations synonymiques qu'il a connues avant de préciser le sens ou la signification que nous retiendrons dans le cadre notre étude.

1.9.1. Définition de l'accompagnement

Selon Foucart (2008), la notion d'accompagnement renvoie aux métaphores du voyage. Elle inclut l'idée d'une association, d'une présence, d'un engagement dans une action commune. L'accompagnateur doit « être avec » et non « agir à la place de ». Cette définition relativement univoque de l'accompagnement « se joindre avec quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui-même » précise le sens selon trois dimensions :

- relationnelle sur le mode d'une connexion : se joindre à quelqu'un ;
- temporelle sur le mode de la synchronicité : être avec en même temps ;
- spatiale sur le mode d'un déplacement : pour aller où il va.

1.9.2. Définition de la psychosociale

Selon Allport (1924), « la psychologie sociale a pour objet l'étude des relations réelles ou imaginées de personne à personne dans un contexte donné, en tant qu'elles affectent les personnes impliquées dans cette situation ».

Plusieurs éléments peuvent être dégagés de cette définition :

La relation y est essentiellement entendue comme relation interpersonnelle, car la société dans son ensemble est considérée comme un système d'interactions et d'échanges d'individu à individu. Par ailleurs, la relation est un élément essentiel du comportement social. La psychologie sociale traite donc du comportement social en tant qu'il est influencé par la présence d'autrui.

L'approche d'Allport met en outre l'accent sur la fonction du contexte dans lequel un échange se produit. Ici, le contexte est surtout formé par cette présence d'autrui et renvoie ainsi à la signification des échanges. Enfin, dans cette définition, la psychologie sociale est présentée comme une étude des relations basées sur la représentation sociale, qui va prendre un rôle essentiel dans l'explication des comportements sociaux.

L'auteur propose la définition suivante : « La psychologie sociale est un domaine de la psychologie qui étudie les relations et les processus de la vie sociale inscrits dans les formes organisées de la société (groupes, institutions...) d'une part, et pensés et vécus par les individus, d'autres part ; l'approche du sociale comme ensemble de processus relationnels met en lumière la nature dynamique des conduites et des phénomènes sociaux, qui se traduit par l'importance des influences sociales et la valeur des représentations en œuvre dans un contexte déterminé.

1.9.3. Définition de la réinsertion

La réinsertion dérive du mot insertion, elle se définit tout simplement par le fait d'insérer à nouveau quelqu'un dans la société. Elle englobe un ensemble de différents termes et peut renvoyer à un processus de rétablissement des liens sociaux brisé et de réintégration sociale. C'est le mécanisme de réadaptation à la vie sociale « normale ». Elle renvoie également au champ politique et social. La réinsertion s'attache avant tout à définir le processus qui va conduire un individu à travers sa place ou au sein de l'institution sociale, au sein d'une sphère sociale particulière.

Selon l'Association des Services de Réhabilitation Sociale du Québec (ASRSQ), la réinsertion se définit non seulement par l'absence de récidive, mais par le fait, pour un individu, de « vivre en conformité avec les normes et les valeurs », de « développer un sentiment d'appartenance à sa communauté », de « subvenir adéquatement à ses besoins » et de « vivre un certain bien-être » (ASRSQ, 2014). Elle se réfère à un état où il y a eu développement de capacités permettant à l'individu de prendre soin de sa personne et de vivre adéquatement en société, incluant l'absence d'activités délictueuses.

La réinsertion selon l'Alliance des Psychologues de Montréal (APM), la prise des activités quotidiennes et des relations amicales et associatives. Elle a trois piliers qui sont : le logement, l'éducation et l'emploi.

A cet égard, dans le cadre de notre recherche, la réinsertion sociale apparaît comme le retour et le maintien à l'emploi dans le temps et sont souvent utilisés comme indicateurs de

réussite de la réadaptation, car ils sont perçus comme le signe d'un retour à la société et de la reprise d'un rôle actif dans celle-ci.

La réinsertion sociale combine un ensemble d'activités multisectorielles intégrant à la fois les aspects de l'assistance humanitaire d'urgence pour les populations très démunies et des actions visant à rétablir les conditions de vie minimales pour les différents groupes de populations sorties de crise ainsi que des interventions ciblées pour les intégrer dans leurs communautés d'accueil.

1.9.4. Définition des personnes guéries

Les personnes guéries se sont des personnes qui ont reçu un traitement médical, et après être parvenues à une rémission complète, de 70 à 90% atteintes de la lèpre survivent longtemps, et les médecins considèrent qu'elles sont guéries de la pathologie (OMS).

1.9.5. Définition de la lèpre

D'après Trésor de la Langue Française (1992), la lèpre est une maladie endémique infectieuse et contagieuse pouvant entraîner la mort, due au bacille de Hansen, caractérisée à un premier stade par la formation d'écailles, de tubercules et de pustules à la surface de la peau s'accompagnant d'une anesthésie locale, qui se transforment ensuite en lésions nécrosantes et mutilantes qui rongent les tissus et les organes du malade.

Le premier chapitre de ce travail de recherche avait pour objectif majeur de présenter les principaux éléments qui constituent cette étude. En effet, nous sommes partie d'un contexte qui nous a permis de mettre en évidence l'ampleur de l'insuccès de la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans le monde en général et dans la ville de Mongo/Tchad en particulier. Nous notons également à travers ce chapitre que des efforts sont déployés par les pouvoirs publics et certaines organisations internationales pour intervenir sur la réinsertion, mais les résultats escomptés restent mitigés. Ce qui a suscité le problème de recherche. Plusieurs modèles explicatifs ont été développés en intervention action communautaire afin d'aider les communautés à adopter les comportements d'intervention dans le but améliorer l'accompagnement des personnes en difficulté. De ce fait, nous intervenons pour améliorer la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Il serait important que nous abordions le cadre conceptuel pour mieux explorer les concepts en insistant sur les débats théoriques et fondamentaux qui en découlent.

CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

L'objectif de ce deuxième chapitre est de présenter les principaux travaux effectués sur la présente thématique. Il s'agit en fait de ceux concernant les concepts clés de l'étude, l'accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

2.1. PRESENTATION DES CONCEPTS CLES DE L'ETUDE

Cette section va porter sur la présentation des concepts clés de l'étude. Il s'agit particulièrement des concepts d'accompagnement psychosocial, réinsertion, personnes guéries, lèpre. Nous allons en outre relever la particularité de réinsertion des lépreux et l'approche de cette réinsertion au Tchad.

2.1.1. La notion de l'accompagnement psychosocial

- **Historique du concept d'accompagnement psychosocial**

Pour mieux comprendre ce qu'est l'accompagnement psychosocial, il est nécessaire de définir dans la notion d'accompagnement. Ce dernier tire son origine du mot « compagnon » qui vient du latin « *companio* » et signifie : « celui qui mange pain avec » et qui donnera plus tard en français le mot « compain » qui se transformera en copain (français moderne 2). Ainsi, l'étymologie du mot « accompagnement », qui veut dire marcher avec un compagnon dont vient d'un autre mot « compagnon » en latin *cum panis* qui signifie « partager la pain avec l'autre ». Nous comprenons par compagnonnage, l'association entre les ouvriers d'une même profession à des fins d'instruction professionnelle et d'assistance mutuelle, et qui s'appuie sur des valeurs qui ont depuis le Moyen-Age fondé leur démarche accueil et accompagnement, transmission des compétences professionnelles, ouvertures et attention aux autres. (Anne, 2012).

Selon Le Boterf (2010), « Accompagnement est un parcours c'est accompagner celui qui fait le parcours. On n'accompagne pas un chemin, on accompagne une personne (dans sa vie professionnelle), sur un chemin (le développement professionnel et la construction de ses compétences professionnelles). On accompagne donc toujours une personne sur un chemin, un itinéraire, un changement, un mouvement, un développement. On aide à effectuer des passages (d'un stade à un autre). Dans cette perspective il nous semble que la fonction de l'accompagnateur pourrait être définie comme une fonction consistant à aider la personne à passer de l'implicite à l'explicite ; passer de l'indécision à des actes de choix (conscient) ;

passer d'une étape à une autre, d'un stade à un autre ; passer d'un contexte à un autre ; franchir des difficultés ».

Le terme accompagnement apparaît entre 1985 et 1995. Ce terme est apparu pour la première fois dans le domaine médical pour désigner l'aide aux mourants (Maela, 2009). Puis, il est utilisé dans le domaine de l'éducation : on parle d'accompagnement pédagogique. Ensuite, l'accompagnement est utilisé dans le secteur du travail et de l'emploi, de la gestion des compétences et des ressources humaines (Maela, 2010).

Pour Maela (2009), la notion d'accompagnement se situe dans une tension entre deux pôles: « D'un côté, la dimension anthropologique de l'accompagnement, fondée sur une disposition humaine à être en relation avec autrui, et les figures qui interrogent le sens et de l'éthique de ce rapport, de l'autre, la dimension conceptuelle de l'accompagnement, ses problématiques actuelles et les logiques qu'elle combine, comme autant de critères d'adéquation à une situation sociale spécifique. »

L'accompagnement se rapporte aussi au verbe « accompagner » c'est-à-dire « se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui ». (Le Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale, 1995) en propose la définition suivante : « *Accompagner une personne en difficulté, c'est l'aider à réaliser son projet personnel en milieu ordinaire, c'est respecter sa différence, en l'inscrivant dans une réelle citoyenneté. Accompagner, c'est accomplir une action dynamique permanente, allant vers le mieux faire et le mieux-être de l'utilisateur.* »

Ainsi, nous pouvons dire que l'accompagnement est un terme qui met toujours en relation au moins deux personnes. Cependant, il est important de noter que le mot accompagnement ne signifie pas « faire à la place » de la personne, mais lui permettre d'exercer par elle-même un contrôle plus grand sur sa vie, la soutenir dans ses efforts pour trouver la réponse à ses problèmes et trouver sa propre voie (Laurin, 2001; Autès, 2008). C'est en effet, une démarche qui repose sur l'éthique d'un engagement réciproque entre les personnes afin de conduire celle qui demande l'aide vers son autonomie. Il est important de préciser que ce mot est constamment utilisé et prend généralement plusieurs formes : L'accompagnement personnalisé, accompagnement pédagogique, accompagnement des personnes atteintes des maladies chroniques, accompagnement santé, et l'accompagnement psychosocial (Le Rhum, 2011).

Dans notre conception, l'accompagnement désigne la nécessité des connaissances stressantes des sciences humaines mais aussi des compétences relationnelles. C'est aussi être

à côté de, mais aussi intégrer le fait que l'on ne peut agir et décider à la place de quelqu'un. Bref, c'est un processus qui amène à être dans la dimension de fournir à l'autre les moyens d'action sans toutefois l'obliger à adopter votre décision.

Cette conception a évolué au fil du temps et l'accompagnement acquis une dimension relationnelle. Il est centré sur le soignant et devient un processus interpersonnel thérapeutique. Il s'agit d'une relation entre une personne malade ou une personne ayant besoin d'aide et une personne ayant les compétences pour y répondre.

L'accompagnement est une intervention dans les phases de transition auprès des personnes en situation de crise. L'objectif est d'accueillir, d'aider, orienter et inclure ces dernières non pas de faire acquérir de nouveaux comportements (intervention comportementale) mais de développer ce qu'est la personne afin d'être autonome dans la société. La préoccupation sociale de l'accompagnement est le lien de l'individu avec la société. La personne accompagnée doit être prise en compte dans sa globalité, avec tous ses besoins, avec sa dynamique personnelle (ses attentes, ses refus, son histoire). La personne est considérée inscrite dans un réseau de relations. Accompagner une personne en crise signifie tout à la fois le guider, c'est-à-dire orienter, conseiller, aider cette personne à renforcer ses propres ressources pour pouvoir s'adapter à une vie meilleure. Cela nécessite l'inclusion de tous les facteurs qui conduisent à l'équité sociale des individus dans une société.

L'écoute, l'accueil, l'échange sont des éléments importants de la fonction d'accompagnement. Avoir une boîte à outils est une bonne chose mais il faut savoir se servir des différents outils. L'accompagnement implique une relation entre l'accompagnateur et l'accompagné. Les pratiques développées ont également revisité ce relationnel. La relation expert/demandeur est devenue une relation symétrique, paritaire. S'il y a ascendance de l'accompagnateur sur l'accompagné, il n'y a plus d'accompagnement.

Dans l'approche communautaire, l'accompagnement ne se réduit pas uniquement au niveau de deux groupes d'individus. Cette méthode prend un aspect multi systémique, mais doivent être centrés sur le pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Ces derniers doivent déterminer la nature de leurs besoins et centré sur les solutions adéquates à des ressources nécessaires à leur situation. Toutefois, beaucoup d'intervenants doivent fournir des actions, des techniques spécifiques tout en communiquant à partir des faits observés pour que ces personnes vivant une même situation agissent en fonction de leurs besoins, de leur qualité de vie, etc.

Avec l'apparition de ce concept dans le domaine éducatif, on quitte d'une relation verticale à une relation symétrique. Pour Paul (2010, p. 99) « l'accompagnement insinue une distinction toujours précaire entre l'éducatif et le formatif, le pédagogique et l'anthropologique ».

Selon Maela (2010), l'utilisation de l'accompagnement dans le secteur du travail et de l'emploi, de la gestion des compétences et des ressources humaines entraîne une prolifération des activités de conseil en conseil psychologique, familial, professionnel, éducatif, d'orientation. Elle précise que la relation face-à-face tend à disparaître avec l'apparition de ces formes d'accompagnements.

L'avènement de l'accompagnement dans le travail social permet d'une part de mettre fin à l'approche centrée sur la personne, qui est remplacée par plusieurs intervenants, chacun dans son domaine. D'autre part, des non professionnels et des bénévoles peuvent également intervenir. Ceci vise d'après Maela (2010) à prendre l'accompagné dans son ensemble.

Pour Maela (2004), il y'a trois traditions de l'accompagnement, donc trois modèles :

Thérapeutique, renvoie à l'individualisation dans l'accompagnement, il s'agit de mobiliser les ressources de la personne face à un dysfonctionnement passager et non de se substituer à elle en lui fournissant le remède.

Maïeutique est une visée de l'autonomisation, son but est d'aider les hommes à accoucher d'eux-mêmes les idées. Il faut chercher à mobiliser les ressources de la personne en la mettant en contact avec son intériorité. Le rôle tenu est simplement est celui de facilitateur en s'appuyant sur sa propre expérience. Au travers d'un dialogue, les deux personnes cherchent ensemble et se révèlent réciproquement.

Initiatique renvoie à la socialisation et l'intégration dans l'accompagnement, son but est le changement du statut par le biais de rites de passage. La personne accompagnée passe du statut de passif à celui d'actif, c'est-à-dire comme membre actif de sa communauté. C'est une forme d'accompagnement qui remonte à la nuit des temps.

En ce qui concerne le mot psychosocial, c'est une notion relative à l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux. La notion de "psychosocial", renvoie aux incidences des démarches qui visent au rétablissement de la résilience et des liens sociaux des personnes victimes d'exclusion et de marginalisation sociale. Elle renferme les indicateurs de progrès des caractéristiques individuelles et sociales des personnes assistées et l'évolution du

problème traité par une intervention sociale (Nguettia, 2009). Par psychosocial, on entend aussi les interactions entre les individus et la société humaine qui les entoure tout en considérant que l'individu et le collectif sont deux réalités sociales inséparables. Ainsi, de parler de psychosocial revient à considérer un état, un fait, une situation d'un point de vue psychologique et social.

2.1.2. L'accompagnement psychosocial

L'accompagnement psychosocial est donc, une démarche qui vise aux rétablissements des personnes à travers une approche centrée sur la connaissance et le soutien à la satisfaction des besoins individuels tout au long d'un processus de sortie d'une situation fâcheuse (Nguettia, 2009). Ceci, dans l'optique de les conduire vers leur autonomie.

Pour ce faire, l'accompagnement psychosocial relève de différentes postures professionnelles, aucune n'étant meilleure que l'autre ; complémentaires, toutes doivent s'inscrire dans un contexte et une temporalité qui leur donnent sens et favorisent l'émancipation, l'implication grandissante et l'ouverture au monde des personnes aidées. L'accompagnement des personnes vulnérables, en particulier, participe d'un double mouvement de centration sur soi et d'ouverture aux autres, terme qui brasse l'ensemble des personnes concernées, les professionnels, les bénévoles, etc. car pour communiquer, une communauté de partage est nécessaire. Le rôle de l'accompagnement est ainsi de créer une telle communauté autour des personnes impliquées, ce qui suppose, pour les professionnels de l'accompagnement, de développer une éthique relationnelle et une gestion de l'attachement, afin de renforcer le sentiment de sécurité, ainsi que la confiance en soi des parties en présence. L'accompagnement psychologique ne peut, par exemple, faire l'impasse d'une aide concrète, qui visera la réinsertion des personnes en difficulté dans la société. Seule la reconnaissance par autrui permet l'accès au pouvoir d'agir sur son propre devenir et sur celui de ses proches. Dans la plupart des accompagnements, l'intime rejoint ainsi les dimensions éthique et politique Barras et Manço (2019).

Ainsi, dans une approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes, le critère d'efficacité de l'accompagnateur porte sur la capacité à développer, avec la personne accompagnée, une solution qui va dans la direction de ce qui est important pour elle, tout en tenant compte du contexte, des ressources disponibles à court, moyen et long terme (Le Bossé et al., 2009). Selon ces auteurs, il s'agit de « restaurer un mouvement » là où les personnes accompagnées ne parviennent pas à se dégager d'un statu quo qui les immobilise. Dans certains contextes particulièrement figés, on peut même avoir l'impression

que rien n'est possible. Dans ce cas, toute la compétence de l'intervenant centré sur l'empowerment consiste à dégager peu à peu des marges de manœuvre pour inventer des solutions. Cette aptitude à dégager du nouveau suppose l'adoption d'un agir professionnel créatif, la mise en œuvre d'une action en contexte et une analyse des situations complexes afin d'éliminer les obstacles au développement des personnes accompagnées.

En effet, il est important de mentionner les caractéristiques de l'accompagnement avant d'y arriver. L'accompagnement renvoie à une large part au travail de la parole, de l'écoute et de la création d'un terrain d'entente ; il est l'espace de coexistence et ce qui en réussite. Dans l'accompagnement, la relation est première et porte cinq caractéristiques : La relation d'accompagnement est selon Varela :

- **Asymétrique** : car elle met en présence au moins deux personnes, d'inégales puissances. Les forces dans la notion d'accompagnement ne sont pas les mêmes ; l'une a toujours le dessus sur l'autre.
- **Contractualisée** : Elle associe ces personnes sur la base d'une visée commune, le contrat étant l'opération par laquelle une disparité de formes est compensée par une parité de fond.
- **Circonstancielle** : La relation d'accompagnement est due à un contexte, à une situation ou à une traversée d'une période particulière.
- **Temporaire** : c'est-à-dire quelle ne dure qu'un temps, elle a un début et une fin ; et ce temps doit être déterminé en accord avec chacune des parties. L'accompagnement ne doit jamais durer trop longtemps sinon l'autonomie de la personne aidée sera compromise.
- **Co-mobilisatrice** : Puisqu'elle implique de s'inscrire, l'un et l'autre, dans un mouvement.

On constate au regard de tout ce précède que psychosocial occupe une place de choix dans l'accompagnement de ces personnes guéries de la lèpre. Il est donc important de présenter cet aspect psychosocial de l'accompagnement dans ce travail.

- **Le bien être subjectif**

Le bien être subjectif comme prédominance dans l'expérience consciente d'un individu, d'évaluations cognitives et émotionnelles positives, par rapport à la perception d'expérience négatives ou désagréables Diener (2006). Le bien être subjectif se caractérise par trois éléments essentiels : tout d'abord il est subjectif, c'est un vécu personnel. Par ailleurs, le bien-être subjectif n'est pas simplement l'absence de facteurs négatifs fournis par la plupart des échelles de mesure de santé mentale, il

inclut également des composantes positives. Au-delà des composantes particulières et de dimensions spécifiques, il se traduit par une évaluation globale de la vie de la personne dans son ensemble, une évaluation de sa vie en générale Diener (1994). Le bien-être subjectif se réfère à l'expérience globale des réactions positives envers sa propre vie et inclut toutes les composantes d'ordre inférieur telles que la satisfaction de la vie et le niveau hédonique. La satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global de sa propre vie. Le niveau hédonique renvoie à l'équilibre entre le caractère agréable et désagréable de sa propre vie émotionnelle.

2.1.2.1. Les dimensions de l'accompagnement

Pour être efficace, l'accompagnement psychosocial obéit à trois grandes dimensions : la dimension relationnelle, la dimension de changement et de déplacement et la dimension temporelle (Relandeau et al., 2009).

- La dimension relationnelle

La dimension relationnelle suppose que la personne qui est en difficulté et demande l'aide chemine avec la personne qui donne son aide (éducateur ou assistant social) dans un respect mutuel. Cette relation est très importante car elle déterminera en grande partie réussite de l'intervention entre l'assistant social et la personne vulnérable.

- La dimension de changement et de déplacement

Dans l'accompagnement, l'assistant social peut prendre trois positions à savoir :

- Il peut prendre la position de devant afin d'impulser la personne en difficulté mais sans trop se laisser ;
- Il peut être à côté pour partager, co-construire et négocier ;
- Il peut être derrière afin de laisser le sujet faire son chemin mais tout en le soutenant.

- La dimension temporelle

L'accompagnement doit toujours avoir un début et une fin, et ceci doit être déterminé en accord avec chaque personne demandant de l'aide. Il est important de noter que l'accompagnement ne doit jamais durer trop longtemps sinon l'autonomie de la personne aidée sera compromise.

Au regard de ces trois dimensions de l'accompagnement, on constate que le volet psychologique et social occupe une place prépondérante dans l'accompagnement. Ceci étant, il s'avère judicieux de présenter cet aspect psychosocial de l'accompagnement.

2.1.2.2. Les types d'accompagnements psychosociaux

L'accompagnement psychosocial est une forme d'intervention auprès des personnes en difficulté d'insertion sociale tant sur le plan psychologique que social. C'est en fait une relation d'aide entre une personne qui demande de l'aide appelée aidée et un assistant social appelé aidant. Pour Relandeau et al (2009), l'accompagnement psychosocial est une méthode d'intervention qui suppose la triangulation de trois facteurs en présence :

- Un bénéficiaire ;
- Un dispositif d'action ;
- Un intervenant (l'assistant social).

Ces facteurs s'observent le plus souvent dans le cadre de l'accompagnement psychosocial tel que pratiqué dans le village des lépreux et consiste beaucoup plus en une prise en charge psychosocial. Cette dernière consiste à donner au bénéficiaire ou au pensionnaire du village des nouvelles capacités pour modifier eux-mêmes leur situation et parvenir à leur propre autonomie et de ce fait à leur réinsertion sociale. Pour parvenir à cela, les assistants sociaux jouent un rôle important et procèdent par l'écoute active du sujet, les encadre normalement, les déconditionnent et les reconditionnent au moyen des stimulations de la vie dans un cadre familial. Cet auteur précise que les pensionnaires, grâce à l'aide des assistants sociaux choisissent leur projet d'intégration dans la société. Ces différentes actions contribuent à la restructuration de la personnalité de ces personnes. Il s'agit d'abord de la sensibilisation d'une part et de la préparation à la réinsertion d'autre part. Ainsi, ces dernières doivent acquérir leur autonomie en étant sensibilisé et en accédant à une formation socioprofessionnelle participative à la réinsertion souhaitée.

Cependant, l'accompagnement psychosocial se fait très souvent sous plusieurs plans mais la présente étude en a retenue trois (3) à savoir : à travers l'accompagnement individuel, le suivi des lépreux et l'accompagnement socioprofessionnel.

➤ L'accompagnement individuel

Le principe de base de la prise en charge psychosociale individuelle est d'exercer une influence morale directe ou indirecte sur les bénéficiaires. Pour ce faire, l'assistant social joue le rôle de thérapeute tout en écoutant les plaintes de chaque personne avec beaucoup de patience, d'empathie, décrypter le sens, et l'aider à se débarrasser des symptômes à mieux vivre avec eux. Tout ceci en accordant de la valeur à sa personne et à son histoire. L'écoute de la personne qui demande de l'aide permet à l'intervenant de pouvoir formuler avec lui un projet de vie. L'accompagnement individuel qui correspond à l'intervention individuelle vise,

d'une part, « à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et d'autre part, à l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale. »(Bourgon et Gusew, 2009, p.123).

Les thérapies de soutien sont importantes dans cette partie, car elles amènent le thérapeute à agir dans et sur le milieu familial et professionnel du sujet, à favoriser son insertion dans différents milieux de prise en charge (Atkinson, 1990).

- **Le soutien psychologique**

Le soutien psychologique permet d'écouter la personne avec l'empathie et sans jugement. Toutefois, au cours des divers entretiens, l'intervenant va établir un lien de confiance avec son patient et va ainsi lui permettre d'exprimer ses souffrances, ses difficultés et ses sentiments. Le soutien apporté par ce professionnel permet de réduire l'anxiété et la peur du patient et c'est aussi une façon de lui rendre sa confiance en lui. De plus, bien souvent ces personnes se sentent très seules face à leurs difficultés; le professionnel devra donc être capable de « [...] reconnaître les signes de solitude et de désespoir et initier le dialogue sur ces questions » (Diener O., 2002, p. 29). De ce fait, il s'agit de déterminer l'aide dont ce dernier en a besoin. Son intervention va se concentrer non pas sur les manques de la personne mais sur ses ressources. Cette vision positive de la situation et la valorisation des compétences du professionnel lui redonnent estime de soi et l'autodétermination.

- **Le suivi des lépreux**

Il est évident qu'une personne souffrant de la lèpre et son entourage auront besoin d'un suivi adapté. C'est d'ailleurs, entre autres, pour cette raison que le gouvernement à travers le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité a mis en place la stratégie nationale en matière du soutien auprès des personnes en difficultés sociales.

Une des solutions permettant de soutenir ces personnes pourrait être ce que l'on nomme le « Suivi des lépreux ». Cette technique de prise en charge particulière vise un accompagnement des personnes tout au long de la maladie, de son début jusqu'à sa fin. Ce suivi se caractérise par divers éléments :

« [...] prise de contact régulier et proactive des conseillères/conseillers avec les personnes concernées et leur entourage, lien établi par les médecins de famille, les Consultations mémoire ou des instances de conseil social, évaluation systématique de l'état et des besoins des personnes atteintes et de leurs proches, intervention sur mesure [...] ainsi que prise en

compte de l'entourage au sens large. » (Grossfeld-Schmitz M. et al., 2010 ; Isfort M., Laag U. & Weidner F., 2011, cités dans Vögeli S., 2013, p. 2-3)

Cette manière de procéder permet notamment de garantir :

- la sécurité,
- la décision prise en commun,
- le suivi sanitaire,
- la nutrition, les règles et consignes aux personnes souffrant de la lèpre et à leurs proches d'améliorer leur manière de s'adapter à la maladie. Elle favorise une meilleure qualité de vie et permet d'éviter l'épuisement des proches tout en évitant la stigmatisation du malade.

De plus, cette méthode d'intervention met l'accent sur le fait que chaque situation est unique et que les besoins des personnes concernées varient donc énormément. De ce fait, les conseillers doivent impérativement évaluer la situation de chaque individu afin d'adapter leur intervention et de mobiliser leurs connaissances spécifiques dans ce domaine. Pour ce faire, ils doivent « [...] *disposer d'un large répertoire de compétences, de méthodes et d'outils destinés à conseiller, former, animer des entretiens de famille, offrir un soutien psychosocial, etc.* » (Vögeli S., 2013, p. 5). Il est aussi important qu'ils puissent connaître les limites de leur intervention et avoir à leur disposition un réseau de professionnels performants vers lesquels ils pourront rediriger leurs patients en fonction de leurs besoins.

Cette démarche a été développée et testée en Allemagne auprès de personnes souffrant d'un handicap et de leurs proches. Les résultats de cette technique sont positifs et permettent, en plus des avantages cités ci-dessus, de respecter au mieux les principes d'autonomie, de justice et de prévention.

En Suisse, cette technique est encore relativement peu présente. Certains projets sont cependant déjà mis en place. En Thurgovie, par exemple, le « Suivi personnel » du bureau de conseil des personnes vivant avec un handicap permet aux personnes atteintes d'une maladie chronique, mentale ou physique et à leurs proches de bénéficier d'un accompagnement, soutien et d'entretiens de famille réalisés par les professionnels ayant des compétences spécifiques pour le suivi des patients et tout au long de la maladie.

De ce fait, cette section montre qu'il est important que les professionnels doivent s'occuper des personnes souffrant d'un handicap soient au bénéfice de connaissances et de compétences spécifiques dans leur domaine et qu'ils aient une bonne connaissance du réseau de professionnels pouvant aider ces dernières par le biais de prestations adaptées à leurs besoins. Mais ce n'est pas suffisant car comme toutes les situations ne sont uniques, ils

doivent encore bien connaître la situation familiale, financière, sociale, etc. de leurs patients afin d'adapter leur intervention aux besoins particuliers de ces derniers. C'est en offrant un tel suivi, que les intérêts des malades seront respectés dans un bon processus de réinsertion socio-économique.

➤ **L'accompagnement socioprofessionnel**

Il concerne les personnes guéries de la lèpre ; il vise à donner une formation professionnelle en vue de leur intégration socioprofessionnelle. A ce niveau, nous notons la formation sur place (lorsque les structures disposent d'ateliers de formation) ou dans des ateliers de la ville. En principe ces personnes guéries doivent choisir elles-mêmes le métier qu'elles souhaitent apprendre ; mais ce n'est pas toujours qu'elles ont le choix car la gamme de métiers que peuvent leur assurer les structures de prise en charge et les possibilités de formation qu'elles peuvent leur offrir sont très limitées. Dans ces conditions, il faut garantir la liberté de choix et la motivation de ces dernières, en effet, l'on assiste à de nombreuses défections. D'une part beaucoup des personnes guéries de la lèpre ne conduisent pas à terme leur formation, ils abandonnent en cours d'apprentissage. D'autre part, ceux qui vont au bout de leur formation n'ont pas les appuis nécessaires pour s'installer ou être engagés dans une entreprise afin d'exercer le métier appris.

• **Le soutien matériel**

Le soutien matériel permet d'accéder aux ressources et services qui aident à faire face aux problèmes pratiques de la vie. Ainsi, « Le but de cette intervention est de permettre à l'usager, soit de pallier momentanément une situation financière précaire, soit de bénéficier des services exceptionnels réservés aux personnes et familles en difficulté. » (De Robertis C., 2009, p. 226). Ce soutien implique une assistance effective comme le prêt d'argent ou le don d'argent ou de bien matériel ou de services rendus dans de moments difficiles. Ce soutien est utile aux personnes qui ne sont autonomes ou qui sont défavorisées sur le plan économique. Il provient des membres appartenant au réseau des personnes en situation de détresse.

• **Le soutien social**

Le soutien social est considéré comme un meilleur moyen en intervention et action communautaire. Il permet de rendre compte de l'articulation individuel et collectif parce qu'il se trouve à la charnière d'une approche traditionnelle marquée par des préoccupations envers les facteurs personnels et d'une approche communautaire qui s'appuie sur l'environnement social. Le soutien social est selon Vallerand (2006, p.366), « est un phénomène des échanges interpersonnels de ressources où une personne en aide une autre afin de lui permettre de

satisfaire ses besoins ou d'atteindre des buts importants ». En d'autres termes, c'est une ressource sociale pouvant être mobilisée par un groupe de personnes traversant une même situation, pour faire face aux difficultés de la vie.

2.1.2.3. Les finalités de l'accompagnement psychosocial

Selon Relandeau et al (2009), l'accompagnement à trois grandes principales finalités. L'accompagnement vise donc les finalités suivantes :

- Participer à une meilleure insertion et réinsertion durable du bénéficiaire.
- Développer la participation des bénéficiaires à leur propre changement par une meilleure gestion de l'interaction avec l'environnement, en encourageant l'autonomisation du sujet.
- Aider le sujet à une meilleure construction de l'image de soi et la conscience de ses capacités.

Pour atteindre ces finalités, il est important que le processus d'accompagnement suivent un certain nombre d'étapes du moins en ce qui concerne l'accompagnement psychosocial.

2.2. Historique du concept personnes guéries

La guérison de la personne atteinte de lèpre est un moment singulier, souvent chargé de beaucoup d'émotions, qui va projeter le patient et ses proches dans une nouvelle dynamique psychique. C'est le moment où il convient de « quitter la vie frileuse mais protectrice du temps présent pour se réinsérer dans l'avenir » (Zucker, 2002).

La guérison est toujours précédée, plusieurs années généralement auparavant, par l'arrêt des traitements et le passage à la période de rémission et de surveillance. Dès ce moment particulier, on observe chez les personnes atteintes de la lèpre ainsi que chez leurs proches la réactivation d'angoisses de mort, au sujet des rechutes notamment, et la crainte d'être abandonnés par le gouvernement. Les sentiments éprouvés sont complexes mêlant joie et inquiétudes. Durant cette longue période s'étalant entre la fin des traitements et l'annonce de la guérison devrait pouvoir se mettre en place une « préparation interactive à la guérison » entre médecins, patients et proches (Zucker, 2002).

La guérison implique pour les personnes guéries la fin d'une période incertaine, celle durant laquelle il a pu penser à la possibilité de sa propre mort, mais aussi génératrice de nombreux bénéfices secondaires. Il va falloir progressivement se détacher de cette expérience, donc quitter un statut privilégié, s'affranchir de sa dépendance aux soignants et

en quelque sorte faire le deuil de sa propre mort afin de se retrouver ni tout à fait comme avant mais ni complètement changé non plus. Souvent les questions majeures sur les origines de la maladie vont se reposer, ainsi que celles au sujet de la guérison. Ces personnes guéries devront se réapproprier de leur corps, dont ils ont été dépossédés par la lèpre, et qu'elles peuvent leur paraître étrange sinon étranger ; pour cela non plus la réparation physique ne suffit pas à elle seule. La sortie de la lèpre implique de se réinsérer dans l'ordre familial et social, et cela passe par un rapport difficile entre solitude et proximité aux autres (Oppenheim, 1996). Pour quitter le hors-temps de la lèpre et leur faire perdre la charge de désobjectivation, les personnes guéries de la lèpre devraient s'approprier cette expérience et cela ne peut se faire au prix de l'oubli ou de l'effacement sous peine d'une guérison qui n'en serait alors pas une.

Pour Delage (2009), les enjeux physiques et psychiques de la guérison de la lèpre et c'est probablement leur complexité qui fait proposer la coexistence de trois types différents de guérison chez les personnes atteintes de la lèpre : une guérison possible (traitement précoce de la maladie), celle qui est énoncée par le médecin, une guérison incertaine, liée à la possibilité d'un retour (rechute) de la maladie, et enfin une guérison inachevée, porteuse des traces ineffaçables (déformations, mutilations, etc.) de la lèpre.

Ainsi, la guérison est une situation clinique désormais fréquente en psychothérapie et on peut légitimement penser que les avancées thérapeutiques vont permettre à de plus en plus aux personnes atteintes de la lèpre de guérir de leur affection lépreuse. Les soins curatifs intègrent dorénavant un objectif préventif vis-à-vis de la guérison attendue en visant à limiter autant que possible les séquelles physiques, cognitives et psychiques. Reste que guérir n'est pas simple et l'abondante littérature sur le sujet nous montre bien la complexité et la multiplicité des enjeux auxquels sont confrontés ces personnes ainsi que leurs familles. Sortir de la lèpre, accepter parfois des séquelles invalidantes, réinsérer la vie qui a été menacée et qui pourrait l'être encore constituent alors un véritable problème et demande un travail psychique considérable et périlleux qui peut à bien des moments et pour de multiples raisons achopper. La guérison de la lèpre ne saurait donc être acquise en un instant mais ne peut au contraire advenir qu'au terme d'un processus dynamique qui mérite d'être observé et accompagné par les soignants.

2.3. Historique du concept lèpre

Du point de vue historique, le mot lèpre dérive du mot grec *lepra* qui signifie « écailleux » ou « couvert d'écailles » (Dols, 1979). En Grèce ancienne, *lepra* ne correspondait

pas nécessairement à la représentation actuelle de la lèpre, mais plutôt à une affection de la peau au sens large du terme. Il est possible que la lèpre telle que nous la connaissons aujourd'hui (la maladie de Hansen), et d'autres maladies de la peau soient référées par le mot *lepra*. Aux environs du 4^{ème} siècle avant notre ère, les physiciens d'Alexandrie utilisaient un mot plus spécifique pouvant correspondre à la lèpre : *elephas* ou *elephantiasis*. Ce mot décrivait surtout les personnes affectées par le niveau le plus avancé et endommageant de la lèpre (la lèpre lépromateuse). Dans l'Ancien Testament et plus précisément les chapitres 13 et 14 du Lévitique, le nom *sdra'ath* ou *tsoraat* a été traduit par le nom « lèpre » (Dols 1979, p.317 ; Poizat 2008, p.14). Un deuxième mot, qui selon Denis Poizat devait certainement faire référence à la lèpre telle que nous la connaissons aujourd'hui, était utilisé: *nega'a* (2008, p.14). Quant au nom *tsoraat*, il réfèrerait surtout à une affection de la peau causée par une sorte « d'impureté », ce qui confère ainsi un caractère moral à la maladie. Avec l'influence des représentations médiévales de la lèpre dans les peintures et livres européens, la lèpre prit progressivement la signification que nous lui donnons aujourd'hui, à savoir une maladie infectieuse de la peau ayant des caractéristiques qui lui sont propres.

Depuis l'Antiquité, la lèpre est considérée comme une maladie incurable et Contagieuse provoquant de terribles déformations du visage, des mains et des pieds. Ces déformations engendrent la terreur d'une possible contagion chez les proches, et cette peur est à la base du rejet, de la discrimination des patients ainsi que de leur exclusion de la société

D'après Trésor de la Langue Française (1988), la lèpre est une maladie endémique infectieuse et contagieuse pouvant entraîner la mort, due au bacille de Hansen, caractérisée à un premier stade par la formation d'écailles, de tubercules et de pustules à la surface de la peau s'accompagnant d'une anesthésie locale, qui se transforment ensuite en lésions nécrosantes et mutilantes qui rongent les tissus et les organes du malade.

Selon l'OMS (2010), la lèpre ou maladie de Hansen est une affection (maladie infectieuse) chronique de la peau, affectant les nerfs périphérique et de la muqueuse des voies aériennes supérieurs, provoquée par la bactérie *Mycobactérium leprae* ou bacille de Hansen. C'est une maladie infectieuse, transmissible, atteignant préférentiellement la peau, les muqueuses, le système nerveux périphérique, les yeux, et réalisant en fonction de l'immunité cellulaire du sujet infecté différentes formes cliniques.

2.3.1. La conception anthropologique de la lèpre en Afrique

L'histoire de la lutte contre la lèpre en Afrique et l'histoire sociale de la stigmatisation sont abordées sous un angle socio-anthropologique. Cette dernière s'est édifiée face à

l'Institut Marchoux ancien Institut Central de la Lèpre (2010) ; son histoire rend compte de la construction d'un microcosme très soudé mais très dépendant de l'extérieur milieux charitables et coopération biomédicale.

Pour l'analyse des représentations qu'a, de la lèpre et des malades "lépreux", les lépreux plus largement africains (Malien, Centrafricain, Tchadien, Congolais, etc.) révèle l'importance d'un stigmat persistant (physique, moral et surtout social), néanmoins modulable selon les contextes sociaux et culturels. La lutte contre la maladie ne dépend pas que de facteurs biologiques et techniques, elle est fortement ralentie par les perceptions sociales et culturelles qu'ont les populations locales de la maladie et des personnes qui en sont atteintes. Dans le cas d'une vieille maladie chronique à l'épidémiologie si particulière et dont l'existence, très ancienne, s'insère profondément dans la culture africaine mandingue, ces aspects prennent une importance considérable. En effet, la crainte de la maladie et les conséquences sociales dans la vie du malade induisent des discours et des conduites perçues comme irrationnelles pour la médecine institutionnelle (médecine occidentale ou Biomédecine), réduisent l'autodépistage, retardent et compliquent l'adhérence et le suivi thérapeutiques. Dans les pays d'Afrique centrale et en particulier au Tchad, malgré la réactualisation récente du nombre de cas de lèpre, ces chiffres sont élevés pour une maladie dont la thérapeutique est connue : En 2005, les taux de couverture polychimiothérapique étaient encore les plus bas d'Afrique.

La recherche se termine en montrant plus précisément quels sont les apports de ces connaissances anthropologiques dans la lutte contre la maladie de Hansen. Ces implications pratiques en Santé Publique résident notamment dans :

- l'identification des limites du traitement polychimiothérapique (inaccessibilité matérielle, sociale et culturelle ; risques d'inefficacité du traitement) ;
- la promotion de l'hygiène (conception médicale, conceptions locales, support éducatif) ;
- l'éducation et la formation (des soignants locaux, des populations).
- le fait d'entreprendre des actions sanitaires dans des cultures différentes exigent de connaître de l'intérieur les populations locales et leurs représentations vis à vis de la maladie et d'apprécier le système et les enjeux sociaux, souvent autres que médicaux, qui s'organisent autour. Ces connaissances sont essentielles pour mieux cerner les obstacles non techniques engendrés par l'homme, les inadéquations des discours et des actions sanitaires passés. Elles servent à mieux connaître les sujets exposés, à

mieux prévenir certains types de comportement et, finalement, à mieux ancrer les futurs programmes aux réalités locales et à mieux les adapter.

2.3.2. La conception et interprétations de la lèpre au Tchad

Le niveau de connaissance des individus sur la lèpre qui peut être le fondement de leur représentation de cette maladie est un indicateur pouvant renseigner si cette représentation relève d'idées reçues ou non. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si celle-ci est l'objet de mécanismes d'inculcation s'inscrivant dans un ensemble d'éléments socioculturels.

À cet effet, nous remarquons que la description de la pathologie et de son mode de contamination sont différentes. Mais il s'est avéré que, hormis certaines populations décrivent la manifestation physique de la maladie, soit abordent directement la représentation qu'ils se font d'elle, ou soit encore parlent des deux aspects à la fois.

2.3.3. La conception et interprétations religieuses de la lèpre au Tchad

De manière catégorielle, les confessions religieuses, quelle que soit leur obédience, se réfèrent mécaniquement à leurs Saintes Écritures pour situer la lèpre dans le contexte d'une malédiction divine, c'est-à-dire afficher leurs représentations de ce mal sans le décrire. Ici, c'est l'aspect culturel qui fonde l'interprétation.

- **La Mission Évangélique de Mongo**

De l'avis de cette institution qui lutte pour la réinsertion sociale des lépreux guéris, « Moïse était privilégié devant Dieu. Marie et Aran, aînés de Moïse étaient jaloux. Dieu a mal accepté cela et, sur-le-champ, Marie a été frappée d'une lèpre ». Selon cette congrégation, le Roi Naaman, qui s'était introduit dans un temple sans en avoir l'autorisation, a subi le même sort. (N'detibaye, 2020, p.5)

- **Le Comité islamique**

L'intervention très laconique du représentant de cette organisation confessionnelle en ces termes : « Dieu peut punir toute personne qui se comporte mal à l'égard de la société, et la lèpre qui constitue l'une de ces punitions n'est pas une maladie ordinaire » atteste bel et bien qu'il y a une corrélation entre la maladie de la lèpre et le pouvoir divin. (N'detibaye, 2020, p.5)

- **La Mission catholique**

La Mission catholique s'appuie sur la représentation socioculturelle de la lèpre pour affirmer que cette maladie est bel et bien une punition de Dieu. Selon elle, « si quelqu'un

vole un produit vivrier dans un grenier et nie cet acte, le propriétaire du grenier prélève une poignée du produit volé et la jette sur l'accusé en déclarant que le produit en question saura le punir. En cas de culpabilité, les premiers signes de la lèpre ne tarderont pas à apparaître sur la peau du voleur. Dieu ayant exaucé le vœu de la victime, il est donc indéniable que la lèpre est une punition divine ». (N'detibaye, 2020, p.5)

À la lumière des déclarations convergentes des religieux de diverses obédiences, il s'avère irréfutable que la société puisse penser que la lèpre demeure indéniablement une punition de Dieu. Il ne peut en être autrement car dans ces genres de société, majoritairement analphabète, culturellement homogène et fortement attachée aux croyances ancestrales, il est difficile, voire impossible de contredire un représentant de Dieu. Cette pensée, quand bien même elle s'oppose à la réalité scientifique, s'apparente, de facto, à une affirmation dogmatique, ne s'appuyant sur aucun fait vérifiable.

2.3.4. La conception et interprétations socioculturelles de la lèpre au Tchad

L'approche socioculturelle de la connaissance de la lèpre par les enquêtés non institutionnels amène ceux-ci à une explication causale populaire de la maladie, sans aucune allusion à sa cause scientifique. Cette absence de discernement aboutit à considérer que l'interprétation socioculturelle de la lèpre prime sa connaissance. Les renseignements fournis par la population de Mongo, ainsi que ceux des lépreux guéris le corroborent.

- **Interprétation de la lèpre par la population**

La connaissance et l'interprétation de la lèpre ramènent à sa conception populaire pour qui l'agent causal de cette maladie n'est pas, contrairement à la conception scientifique, une bactérie. De ce point de vue, la connaissance de la lèpre qui ne peut être autre que l'expression d'une appartenance culturelle fait de la lèpre une maladie innée contenue en tout individu. Cette « vérité » est relatée par 80% de la population-cible (8/10 personnes).

Chaque personne possède donc, selon cette position, la lèpre en elle d'une manière latente, et celle-ci se déclenchera inéluctablement dès que la personne aura mangé quelque chose qui lui interdit ou qui ne lui convient pas. Cette cause alimentaire de la lèpre tourne essentiellement autour de la chair de tel ou tel animal. On serait tenté de dire qu'il y a là du totémisme, mais qui, au fond, n'en est pas un, dans la mesure où ici, les espèces interdites sont multiples et variées au sein de la même communauté. La population de Mongo cite, entre autres animaux dont il faut éviter la chair : le phacochère, l'éléphant, le bubal le

damalisque-kimiguim, le grand koudou, le mouflon à manchettes, l'orycterope-ager, la girafe, une espèce de gazelle. Cette liste est complétée par l'autruche et une espèce de poisson.

La diversité des facteurs de déclenchement de la lèpre varie selon les lieux et les cultures. Si, pour les Autochtones de Mongo, l'agent causal de la lèpre se construit autour de la chair d'un animal, dans certaines contrées du Tchad, principalement en zones méridionales, on lie le déclenchement de cette maladie à la morsure du gecko.

La conception populaire de la lèpre véhiculée dans le Sud du Tchad est quasiment identique à celle de la population d'une partie du Mali.

De ce fait, Anne BARGES a eu à révéler que, pour cette population, l'agent causal de la lèpre est la salive du gecko. Entre morsure et salive du gecko, l'agent causal incriminé demeure ce reptile.

A l'instar de la population valide de la localité de Mongo, les anciens malades de la lèpre adoptent une analyse causale commune de leur situation, ce qui corrobore notre assertion selon laquelle la conception de la lèpre, ou de toute autre maladie d'ailleurs, est l'expression d'une appartenance culturelle. Notre champ d'investigations étant culturellement homogène, toutes les conceptions tendent à converger invariablement quel que soit le statut des individus. C'est la démonstration faite par les lépreux guéris de leur handicap.

En effet, bon nombre des gens affirment que ces derniers ont placé la cause de leur pathologie entre les mains de Dieu, rejoignant ainsi le point de vue des religieux. Faisant allusion au caractère héréditaire de la lèpre, ils insistent sur le fait qu'aucun d'entre eux n'est descendant d'une famille ayant eu en son sein un membre lépreux.

Les lépreux guéris ont toutefois une attitude pour le moins ambiguë quant aux caractères héréditaires ou contagieux de la maladie lorsqu'ils déclarent : « La lèpre n'est pas héréditaire. Cependant, si la personne malade se traite, il ne se pose aucun problème. Mais si elle n'est pas traitée, la génération qui suit sera malade » ce propos, aussi contradictoire que cela puisse paraître, n'indique pas s'il s'agit d'hérédité ou de contagion.

En faisant leur le point de vue religieux, les lépreux guéris déclarent que Dieu est capable de tout et qu'il peut punir par la lèpre. Cela a été leur cas. Cette forme de fatalisme ou de résignation des lépreux guéris se renforce davantage lorsque ces mêmes personnes clament ceci : « *La bible considère la lèpre comme une punition de Dieu et le péché est aussi considérée comme cette lèpre* ». La lèpre est, poursuivent-ils : « *une malédiction de Dieu et en même temps une impureté* ». En d'autres termes, cette catégorie de personnes se considèrent elles-mêmes comme maudite et impure. De tout ce qui précède, il est clairement établi qu'à Mongo, quelles que soient l'institution ou la couche sociale considérées, la lèpre

est un mal dont la contraction dépend de la seule volonté divine. Tout individu, à en croire certains points de vue, en est porteur sain. Cependant, cette maladie ne se manifeste que consécutivement à telle ou telle attitude comportementale.

Quoi qu'il en soit, la lèpre demeure un motif d'exclusion sociale dans la ville de Mongo, même lorsque le malade en est définitivement guéri.

2.3.5. Les formes de lèpre

Étant donné les progrès en médecine depuis la découverte de la *Mycobacterium Leprae* par Dr. Hansen, on sait que dépendamment du type de lèpre qu'une personne contracte, la maladie peut être plus ou moins difficilement transmissible. En effet, il existe trois formes de lèpre :

- **la lèpre paucibacillaire ou tuberculoïde** : niveau peu grave de la maladie où le risque de contagion est inexistant. Les principaux symptômes sont : un nombre moindre de taches (environ 10 cm de diamètre) d'une couleur rougeâtre ou brune et dont les extrémités peuvent enfler. Les taches peuvent être de forme irrégulière et légèrement aplaties au centre. Le patient pourrait perdre la sensibilité au niveau des taches, ce qui est dû à une paralysie des nerfs causée par le bacille. Il y a également une perte de poile sur les taches (Werner 1987, p.218).
- **la lèpre multibacillaire ou lépromateuse** : elle correspond au niveau le plus avancé et généralisé de la lèpre, notamment en raison de la présence de plusieurs bacilles dans les nerfs. À ce stade, le risque de contagion est extrêmement élevé, et les conséquences physiques chez une personne atteinte sont graves. Il y a une grande quantité de taches, de plaies et de nodules sur le corps qui sont de formes variées et ont tendance à grossir ou s'épaissir. De plus, le visage du patient s'épaissit, grossit, rougit et son nez se décompose graduellement (d'où l'expression « visage de lion »). L'on peut ajouter à cela une perte de certains membres du corps (bras ou jambes) et de la vue.
- **la lèpre interpolaire ou « borderline »** : il s'agit du niveau de lèpre le plus incertain, car l'on ignore si la maladie tend davantage vers une forme tuberculoïde ou une forme lépromateuse. Eva Brehmer-Andersson met l'accent sur le fait que ce type de lèpre correspond aux subdivisions d'une lèpre borderline-tuberculoïde, mi-borderline et borderline-lépromateuse (2006, p.111). Les symptômes oscillent entre peu et abondamment de « plaques et nodules » de couleur brune-rougeâtre. Les plaies

peuvent être de formes et d'épaisseurs diverses, et leur grand nombre indique qu'un patient est atteint d'une forme de lèpre borderline-lépromateuse.

2.3.6. La perception de la lèpre

La tendance actuelle en ce qui concerne la lèpre est telle que les pays occidentaux « viennent à la rescousse » des personnes atteintes de la maladie qui vivent dans les pays non occidentaux. Étant donné le lien depuis longtemps établi entre lèpre et pauvreté, la maladie est pour ainsi dire inscrite dans un cadre social. Comme nous avons évoqué ci-haut, plusieurs institutions sont actives dans le but de venir en aide aux personnes atteintes de la lèpre dans les tous pays (principalement les patients des secteurs endémiques). Ces institutions se sont données pour mission d'aider les patients en agissant sur les aspects médical et social de la maladie. Il s'agit de faciliter l'accès à des soins adaptés et à changer la perception locale de la maladie (« éduquer » la population locale) afin d'amoindrir l'exclusion des patients qui découle de cette perception. Il semble aussi que ces institutions jouent un rôle d'éducateurs à l'égard des sociétés, précisément à travers leurs campagnes de financement où sont présentées la maladie d'un point de vue médical, et la souffrance morale subite par les personnes atteintes vivant dans des contrées lointaines.

En observant ces institutions et le message qu'elles véhiculent, il semble que la lèpre est en elle-même, un problème au grand lointain de l'occident, une maladie qui ne le concerne plus. En occident, les cas de lèpre sont extrêmement faibles en comparaison aux pays où elle demeure encore un problème de santé important, si ce n'est un problème de santé publique. Le nombre de nouveaux cas de lèpre en Europe a diminué de façon drastique à partir des années 1400, cela pour des raisons que l'on ignore encore. Cette disparition subite d'une maladie qui était alors très endémique a réduit au silence les pensées et donc les métaphores qui y étaient liées.

Aujourd'hui, il semble que la perception sociale de la lèpre n'ait pas beaucoup changé : la lutte contre la stigmatisation demeure au centre du message véhiculé par les institutions contre la lèpre.

2.4. Historique du concept de réinsertion

Selon le Trésor de la Langue Française (1992), la réinsertion dérive du mot insertion avec le préfixe ré-indiquant un retour à un état original. Elle est apparue dans les années 70 dans le champ de la littérature sociologique. L'insertion s'attache avant tout définir le

processus qui va conduire un individu à travers sa place au sein de l'institution sociale, au sein d'une sphère sociale particulière.

D'après le grand Robert (2014) « réinsertion » est le fait de réinsérer quelque chose ; de réinsérer quelqu'un dans la société, dans un groupe. Nous entendons ici par le retour des personnes guéries de la lèpre dans leur milieu de vie. Au-delà de la présence physique des lépreux, la réinsertion devrait se traduire par le rétablissement de la relation affective. La finalité de la réinsertion est pour les personnes guéries de la lèpre la réintégration dans leurs communautés. La réinsertion est un processus consistant à remettre dans un groupe donné une personne qui se serait écarté des règles, des normes et des valeurs préétablies par ce groupe en lui faisant bénéficier des mesures (soins, soutiens de diverses natures, accompagnement, etc.).

Selon le ministère de la sécurité publique du Québec (2010), la réinsertion sociale se définit comme : « *Un ensemble d'intervention dont l'objectif est que la personne vive de façon socialement acceptable dans le respect des lois. La mise en œuvre de ces interventions se traduit par des activités et des programmes qui visent à soutenir le cheminement de la personne et à mieux connaître, à consolider une relation de confiance à mettre à contribution de son réseau familial et social à lui offrir des services adaptés à ses besoins* » (MSPQ, 2010, P.6).

Dans le cas de notre étude, la réinsertion apparaît comme le retour et le maintien dans la société et aux activités socioéconomiques dans le temps et sont souvent utilisés comme indicateurs de réussite de la réinsertion pour une construction d'image positive de soi, car ils sont perçus comme le signe de l'intégration dans la vie familiale et de la reprise d'un rôle actif dans celle-ci.

La réinsertion est un état que connaissent ceux qui ont vécu une certaine forme de désinsertion dans une ou l'autre des sphères de leur vie, soit dans les sphères psychorelationnelle, socioprofessionnelle et sociocommunautaire, et qui s'engage dans une démarche d'autonomie. C'est une étape où il est souvent nécessaire de développer ou de consolider les unes après les autres les compétences requises pour rendre la personne la plus autonome possible avant même qu'elle ne réintègre la communauté.

La réinsertion vise la pleine participation sans aucune discrimination à la vie communautaire, associative, et politique ainsi que la jouissance des mêmes droits et devoirs que les autres citoyens et tout cela, par le biais des activités de prévention et d'autres activités qui favorisent la cohésion sociale (sport, culture et travaux communautaires).

Selon Boivin et de Montigny, (2002), la réinsertion devrait se situer entre la réadaptation et l'intégration à la vie en société. La réinsertion concerne bon nombre de personnes ayant franchi les premiers pas dans l'acquisition et la reconnaissance d'une place reconnue en société.

Surtees & al. (2016) utilisent plutôt le terme de réintégration. Ils définissent la réintégration comme : « Le processus par lequel une personne séparée effectue ce qui devrait être une transition permanente vers sa famille et sa communauté (généralement d'origine), afin de bénéficier d'une protection, de soins et de trouver un sentiment d'appartenance ».

La réinsertion des personnes guéries de la lèpre ici consiste à les faire sortir de leur situation de marginalisation et d'exclusion et de les permettre d'intégrer les structures jugées normales pour leur développement social. En ce sens, les institutions se donnent pour mission de les intégrer dans la société ou de leur permettre d'apprendre une profession (Eugene, 2013).

Plusieurs acteurs s'engagent pour garantir la protection des personnes atteintes de la lèpre lors d'une réintégration, dans la famille et dans la communauté. Ces acteurs peuvent être les institutions publiques, privées, associatives et les organisations internationales. Pour les gouvernements, de nombreux services, organismes étatiques, législatifs, exécutifs et judiciaires doivent être impliqués pour assurer la protection, améliorer les conditions de vie de ces personnes. Les organisations non gouvernementales (ONG), internationales, services de coopération internationale et aide humanitaire, sont également impliqués dans la lutte contre la situation de la lèpre, chacune avec un ou des focus et des axes spécifiques (Terre des hommes, 2014). Par exemple à Genève, la Fondation CIOMAL (Campagne Internationale de l'Ordre de Malte contre la Lèpre) est créé pour garantir la reprise et le développement des activités du Comité Exécutif International de l'Ordre de Malte pour assistance aux lépreux (CIOMAL, 2009). De ce fait, cette fondation s'inscrit dans le but de lutter contre la lèpre et contre toute forme d'exclusion liée à la maladie ou aux handicaps dans le monde. Elle développe des projets pour réhabiliter médicalement, chirurgicalement et socialement les personnes atteintes de la lèpre, organise des campagnes de prévention, de sensibilisation, des formations pour le personnel des travailleurs sociaux ainsi que des aides pour la réinsertion socio-économique de ces dernières. Dans le même sens, cette fondation a bénéficié d'un appui financier du bureau de la Solidarité Internationale de l'Etat de Genève sur trois années (2010-2012) pour son projet « Centre de soins et de formation pour la lutte contre la lèpre au Cambodge », un programme organisé autour des axes d'intervention : soins médicaux-

chirurgicaux gratuits et la réhabilitation physique, réhabilitation socio-économique des personnes guéries de la lèpre, sensibilisation, éducation et prévention, formation des lépreux et professionnels de santé, interactions du service de lutte contre la lèpre au sein des services de base Cambodgiens. Il s'agit donc d'un projet engagé aux différents niveaux de la lutte contre la lèpre, avec une approche globale et intégrée des diverses composantes de soins et de réhabilitation des personnes atteintes de la lèpre, mais aussi de prévention.

L'approche multidimensionnelle de la réinsertion des personnes guéries met en relief ses différents niveaux. Nous pouvons les répartir en trois niveaux de dimensions : la réinsertion socioprofessionnelle, la réinsertion socioculturelle et enfin la réinsertion sociale.

2.4.1.2. La réinsertion socioprofessionnelle

La notion de réinsertion est apparue comme une catégorie de l'action publique visant à pallier les défaillances des mécanismes de l'intégration à un niveau essentiellement individuel. L'usage courant du terme serait lié à la publication du rapport Schwartz (1994), faisant de la réinsertion socioprofessionnelle des personnes guéries de la lèpre une priorité. C'est probablement pour la première fois sans doute de manière aussi tranchée, que la question de la transition de l'exclusion est reliée à la notion de réinsertion sociale. Il s'agit des conditions sociales de l'entrée dans la vie active tout en incluant les questions de l'autonomisation personnelle telles que :

- le bien-être,
- la satisfaction personnelle,
- le sentiment d'égalité, et des relations avec la société.

Il semble cependant, que le terme réinsertion ait fait son apparition dans la vie politique en 1972. La réinsertion désigne alors un état proche de ce que visait déjà le concept plus classique d'intégration. C'est probablement l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988 et les débats qui l'ont précédée qui ont contribué à la popularisation du terme mais aussi et surtout son couplage à la notion d'exclusion. Ces deux termes, dans leur usage courant, selon Castra (2006), semblent donc adossés à une représentation de la société comme clivée, traversée par une fracture séparant les *in* et les *out*, ces dernières étaient caractérisées par l'exclusion dans la société et une position de marginalité par rapport à la vie socioéconomique.

Pour Labbe (2003), la finalité de la réinsertion, l'intégration, est de permettre à la personne-individu de devenir (ou redevenir) une personne-sujet, ce qui recouvre les trois paramètres suivants :

- être en mesure de former son propre projet de vie ;
- disposer des moyens de le réaliser ;
- ne pas être empêché par la société dans la poursuite de cette démarche.

D'une manière générale, la réinsertion consiste à placer un objet entre deux autres. La réinsertion ou l'insertion, est un concept des sciences sociales désignant l'action de mener un individu à ne plus vivre à la marge de la société. C'est un processus qui le conduit à trouver une place reconnue dans la société.

La réinsertion sociale a pour objectif de mettre en place les conditions d'apprentissages de vie en société (groupe, communauté, équipe). Elle sous-entend la préparation de l'individu à s'intégrer dans une collectivité humaine à respecter des règles, à développer son autonomie, son sens de responsabilité. L'action de réinsertion ou d'intégration sociale au sein des communautés est complémentaire des actions plus globales visant à répondre, pour l'ensemble de la communauté, aux problèmes susceptibles de conduire vers des formes d'exclusion.

La réinsertion professionnelle a quant à elle pour objectif de conduire l'individu vers une activité en fonction de son projet et de la réalité environnementale de l'activité. Elle vise à mettre en place un processus qui améliore progressivement l'autonomie par le biais d'une formation en vue de permettre à la personne une confrontation à différentes situations professionnelles. Elle développe parallèlement une action d'accompagnement dans l'élaboration et la concrétisation de son projet, en lui proposant des parcours de formation adaptés qui tiennent compte de ses acquis et de ses objectifs tout en contribuant à sa mise en relation avec le monde entrepreneurial.

La réinsertion professionnelle est considérée comme l'un des atouts majeurs de l'intégration sociale, par le fait qu'elle est le révélateur des phénomènes de marginalisation et d'exclusion. Bien qu'en opposition à celle de l'exclusion, elle met en évidence l'existence incontestable de difficultés sociétales avérées, mais reste cependant opaque aussi bien sur ses bases théoriques que pratiques.

La réinsertion sociale et/ou professionnelle n'est pas seulement l'affaire de l'Etat et des professionnels qui interviennent en la matière. C'est aussi et surtout l'affaire de l'individu qui souhaite se réinsérer durablement pour tenter de sortir définitivement de la précarité, retrouver une place reconnue et ne plus être en marge de la société. Le processus de réinsertion implique le plus souvent, selon TAP (1988), la nécessité pour « la personne entrant » de manifester son aptitude à s'approprier les objectifs propres de la communauté

d'accueil et son désir à les promouvoir. Être réinséré, c'est accepter les règles du jeu et se montrer prêt à s'adapter aux modalités de fonctionnement et aux exigences de la communauté d'accueil. L'adaptation est souvent perçue comme le mode unilatéral du rite d'initiation. La personne doit s'accommoder à la communauté d'accueil.

Les institutions de prise en charge veulent réinsérer les lépreux en leur permettant d'apprendre une formation professionnelle (Eugene, 2013). La formation professionnelle favorise l'augmentation des capacités des lépreux au monde du travail à condition qu'elle se fasse dans le respect des droits des personnes vulnérables. Elle est encouragée pour les personnes atteintes de la lèpre, selon les lois du pays affirme Terre des hommes (2014). Au cours de toute cette formation et intégration professionnelle, l'écoute de ces derniers est indispensable et le respect de ses choix augmentent la possibilité d'une réussite durable.

2.4.1.3. La réinsertion socioculturelle

L'approche socioculturelle se fonde sur le fait qu'on ne peut pas « désocialiser » l'activité relationnelle. Elle accorde un rôle central à la construction sociale et culturelle, sans laquelle aucune personne ne peut être mise au ban de la société.

Celle-ci est l'ensemble des constructions idéologiques qui déterminent les circonstances du déroulement de l'activité relationnelle. Dans ce sens, la socialisation serait un moyen et permettrait la réinsertion socioculturelle de ces dernières (Diop, 2010). L'une des expressions de cette approche est la thèse selon laquelle l'activité relationnelle des personnes guéries de la lèpre s'expliquerait par tout contact direct ou indirect avec des personnes guéries de la lèpre. Ainsi, ceci permet à cette couche sociale de retrouver sa place dans la société et accepter un certains nombres d'éléments :

- les normes sociales ;
- identité culturelle ;
- et participer aux activités socioculturelles.

Cette thèse fait partie des idéologies dont bon nombre de personnes aperçoivent des personnes guéries de la lèpre en face d'elles comme des anciens malades, ils tournent le dos à ces dernières, au besoin, s'écartent du chemin, certaines personnes ne se servent pas les mains et d'autres préfèrent rester loin d'eux.

Contrairement à cette croyance, la réinsertion socioculturelle permet aux hommes (personnes guéries de la lèpre) de retrouver leur identité culturelle au sein de la société. Cette dimension contribue à l'engagement du gouvernement avec ses partenaires pour la réinsertion de ces dernières.

L'approche socioculturelle de la connaissance de la lèpre par les enquêtés non institutionnels amène ceux-ci à une compréhension sur la maladie, sans faire aucune allusion à sa cause scientifique. Cette idée de discernement permet de considérer que la réinsertion socioculturelle des personnes guéries de la lèpre est un aspect crucial à prendre en compte par la société.

La recherche et le débat sur les sciences humaines en Afrique montrent d'une manière générale que toutes les personnes atteintes de la lèpre sont exposées au risque et que la situation va empirer si de véritables efforts ne sont pas déployés pour lutter contre la stigmatisation. Le débat sur les sciences humaines a permis que les personnes guéries soient considérées comme des anciens personnes guéries et non comme des personnes vivant avec la maladie. Il est évident que les politiques africaines sont susceptibles d'éradiquer cette pandémie. Toutefois, pour que ces politiques soient efficaces, les problèmes qui font de l'Afrique le continent le plus touché par les maladies endémiques doivent être résolus et la vérité sur l'origine de la lèpre doit être connue, pour qu'on puisse maîtriser d'autres maladies qui existeraient et qui n'ont pas encore été jusqu'ici mis en évidence.

2.4.1.4. La réinsertion sociale

La réinsertion sociale contribue de façon significative au processus global de la stabilisation et la reprise d'une vie normale des personnes guéries de la lèpre est de nature à prévenir de nouvelles tensions et à guérir des blessures sociales laissées ouvertes par la lèpre. Elle nécessite des interventions de nature diverse, telles que les activités tendant à renforcer la cohésion sociale, le règlement des litiges juridiques, les questions de médiation ou de la relation interpersonnelle et les activités de prévention contre l'exclusion.

C'est dans ce sens que nous pensons que, la réinsertion sociale doit aider les personnes guéries de la lèpre à retrouver tout d'abord une stabilité sociale leur permettant la réconciliation avec la famille, le sentiment d'appartenance et de reprendre physiquement une place de manière durable au sein de leurs communautés d'origine. Elle doit ensuite leur permettre d'être accueilli dans le milieu social et d'accéder à des moyens de subsistance économique en facilitant leur participation aux opportunités offertes par les activités économiques. Enfin, la réinsertion sociale doit leur permettre de regagner la possibilité de participer sans aucune discrimination à la vie communautaire, associative et politique partagée par les autres membres de la communauté.

Cette stratégie est de contribuer à la stabilisation par le biais de la réinsertion sociale et économique des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo, afin de créer un

environnement favorable au développement durable du pays. A cela, le moyen le plus certain de parvenir à une réinsertion à long terme et en profondeur les personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo est de tout mettre en œuvre pour que celles-ci soient en mesure d'avoir accès aux opportunités de revenus ou d'activité offertes par la communauté locale ou provinciale. La réinsertion socioéconomique doit en effet jouer le rôle de moteur central à la présente étude. Si elle réussit, les autres aspects de la réinsertion (socioprofessionnelle, socioculturelle) en seront d'autant plus facilités.

Au regard de ce qui précède, ce chapitre avait pour objectif de présenter les principaux travaux effectués sur l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre. En ce sens, nous avons présenté les travaux portant sur les concepts clés de l'étude, l'accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre. Nous pouvons affirmer à travers cette littérature pour que la réinsertion de ces personnes soit stable, il est nécessaire que ces dernières soient accompagnées par une vaste équipe. Cette équipe est constituée des professionnels issus de plusieurs domaines et des non professionnels. Toutefois, l'intervention des professionnels dudit accompagnement doit être développée et cette intervention passe par le soutien psychologique et social. Le chapitre suivant portera sur la théorie du bien-être psychologique de Carol Diane Ryff (1989), la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport (1981) et sur la théorie des relations interpersonnelles d'Hildgarde Peplau (1952). Ces théories nous permettront d'expliquer ce sujet de manière approfondie.

CHAPITRE III : FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE

La théorie constitue une manière de concevoir et de percevoir les faits et d'organiser leur représentation. Elle sert à conceptualiser et à expliquer un ensemble d'observations systématiques relatives à des phénomènes et à des comportements complexes. Elle sert aussi à découvrir un fait caché. Il s'agit donc d'une construction de l'esprit élaborée suite à des observations systématiques de quelques aspects de la réalité. Ainsi, pour ce travail, il est essentiel de construire une insertion théorique. Dans ce chapitre, les théories convoquées sont entre autres : la théorie du bien-être psychologique, la théorie de l'empowerment et la théorie des relations interpersonnelles.

3.1. LA THEORIE DU BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE

Le développement des recherches portant sur la structure et le contenu du concept de bien-être psychologique a essentiellement été lié aux avancées méthodologiques et aux outils d'évaluation qui en ont découlé. Le modèle du bien-être psychologique est une théorie développée par Carol Diane Ryff, établissant six (6) dimensions qui contribuent au bien-être psychologique d'une personne, à son bonheur et à la plénitude personnelle. Le modèle théorique du bien-être psychologique est basé sur les relations positives avec autrui, la maîtrise de soi, l'autonomie, un sentiment de but et de sens à sa vie, et sur le développement personnel. Le bien-être psychologique est atteint en atteignant un état d'équilibre face aux événements éprouvants et gratifiants de la vie.

3.1.1. Brève évolution historique de la théorie du bien-être psychologique

Le bien-être psychologique est un deuxième courant, initié par la psychologue nord-américaine Carol Ryff (Ryff et Keyes, 1995; Ryff et Singer, 1996). Il correspond à la recherche d'une vie qui ait du sens, prenant en compte les valeurs qui guident l'individu et la qualité des interactions qu'il a avec autrui. Ce bien-être, moins porté sur les affects même si ces derniers peuvent l'alimenter, embrasse plutôt une perspective existentielle. Privilégiant l'idée d'une réalisation de soi, cette conception du bien-être est désignée comme le « vrai soi » par certains auteurs (Waterman, 1993). La théorie du bien-être psychologique peut être mesurée par une échelle initiée par Ryff (1989) qui comporte six dimensions à savoir : le sens de la vie; le développement personnel; les relations positives avec autrui; l'autonomie; la maîtrise de l'environnement; l'acceptation de soi. Il est parfois opérationnalisé par les

construits de « vitalité » *vigor* en anglais de Ryan et Frederick (1997) et de « congruence » self-concordance en anglais de Sheldon et Elliot (1999).

En effet, le bien-être psychologie est une approche, qui principalement met l'accent sur l'évaluation que fait l'individu de ses conditions et de son évolution dans la société et se mesure avec cinq items: le sentiment de faire partie d'une communauté; le sens de la cohérence; le sentiment positif éprouvé vis-à-vis d'autrui; l'impression de contribuer à la société; la confiance dans l'avenir de la condition humaine (Lamers et al., 2011).

3.1.2. Le postulat de la théorie du bien-être psychologique

La théorie du bien-être psychologique est basée sur les relations positives avec autrui, la maîtrise de soi, l'autonomie, un sentiment de but et de sens à sa vie, et sur le développement personnel (Carol Ryff, 1989). Autrement dit, le bien-être psychologique est atteint en atteignant un état d'équilibre face aux événements éprouvants et gratifiants de la vie.

3.1.3. Les composantes de la théorie du bien-être psychologique

En 2014, Jeff a poursuivi les travaux de Carol Diane Ryff en élaborant les composantes de cette théorie dont nous notons : l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, le développement personnel, les relations positives, donné du sens à sa vie et l'acceptation de soi.

- **L'autonomie**

Elle évalue l'indépendance des personnes dans différents aspects de leur vie. Il s'agit de la sensation de pouvoir choisir et de prendre ses propres décisions, d'avoir ses propres critères ainsi qu'une capacité personnelle et émotionnelle.

- **La maîtrise de l'environnement**

Le bien-être psychologique de l'homme passe par le fait de se sentir intégré dans son environnement, cela répond ses spécificités, ses qualités et indique qu'il sait tirer profit des opportunités et possède une certaine maîtrise dans la gestion des facteurs et des activités environnementales, notamment la gestion des affaires bénéfiques aux besoins personnels.

- **Le développement personnel**

Il indique la croissance personnelle de l'homme de se développer, est favorablement réceptif aux nouvelles expériences et reconnaît sa propre amélioration dans la situation. Cette croissance s'appuie sur le fait d'apprendre et de fournir des efforts pour s'en sortir de sa situation. Elle implique de reconnaître ses souffrances comme étant une étape de réussite.

- **Les relations positives**

Elles impliquent l'engagement de la personne dans ses relations authentiques avec les autres incluant une empathie réciproque, une intimité et de l'affection. Il s'agit des relations interpersonnelles, des activités et des rôles qui font partie des relations positives avec autrui. Il s'agit d'une mesure de la capacité qu'ont les personnes à se lier aux autres d'une manière ouverte et sincère.

- **L'acceptation de soi**

Cela implique de se comprendre, de cerner ses forces et ses faiblesses et l'acceptation de tous les aspects de la personne et du passé sans entrer les griffes de l'impuissance en raison de la volonté de modifier ou d'intervenir dans une chose qui s'est déjà produite. Il s'agit de l'attitude positive de la personne face à lui-même.

- **Le sens de la vie**

Ici le sens de la vie reflète la conviction de la personne que la vie a un sens et des objectifs fortement orientés. Il s'agit de besoins qu'ont les personnes de trouver un but à leur vie.

3.1.4. Les modèles du bien-être psychologique et ses dimensions

Le modèle de Ryff n'est pas basé sur la simple sensation d'être heureux, mais est basé sur l'Éthique à Nicomaque d'Aristote, « où le but de la vie n'est pas de se sentir bien, mais à la place mener une vie vertueuse ». Si les économistes, les financiers et les chercheurs en sciences médicales s'accordent sur les facteurs socio-économiques et les facteurs sanitaires qui peuvent influencer le bien-être, les psychologues peinent à s'accorder sur les dimensions psychologiques qui le constituent et une difficulté se ressent dans sa définition (Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012).

Ryff et Keyes (1995) ont très tôt constaté que « l'absence de formulations du bien-être fondées sur la théorie est déconcertante ». Ainsi, la question de la définition du bien-être psychologique reste encore largement non résolue, ce qui a donné lieu à des définitions floues et trop larges du bien-être (Forgeard, Jayawickreme, Kern, et Seligman 2011, p. 81). En effet, Thomas (2009, p.11) a soutenu que le bien-être est intangible, difficile à définir et encore plus difficile à mesurer.

Deux principales approches ont marqué l'étude de la théorie du bien-être. D'un côté, le bien-être subjectif, qui met l'accent sur des notions telles que le bonheur, l'affect positif, et la satisfaction de vie (Bradburn, 1969 ; Diener, 1984 ; Kahneman, Diener, & Schwarz, 1999 ;

Lyubomirsky & Lepper, 1999). D'un autre côté, le bien-être psychologique, qui met en évidence le fonctionnement psychologique positif et le développement humain (Rogers, 1961 ; Ryff, 1989a ; 1989b ; Waterman, 1993). Cependant, malgré les différences d'approche, la plupart des chercheurs pensent désormais que le bien-être est une construction multidimensionnelle (Diener, 2009 ; Michaelson, Abdallah, Steuer, Thompson, & Marks, 2009 ; Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009).

3.1.4.1. Le bien-être subjectif (Diener, 1984)

Le bien-être subjectif est la première forme du bien-être étudiée en psychologie par Diener (1984) (Shankland, 2015). Le concept englobe une évaluation affective et cognitive de son existence qui comprend trois composantes interdépendantes : la satisfaction de la vie, un affect positif (joie, plaisir, gratitude, plaisir, etc.) et un affect négatif (anxiété, etc.). L'affect réfère à des humeurs et des émotions agréables et déplaisantes, tandis que la satisfaction de la vie se réfère à un sentiment cognitif de satisfaction de la vie (Diener et Suh, 1997, p. 200). Il s'agit d'une appréciation à la fois cognitive et affective des humeurs.

D'autres études menées sur le bien-être subjectif tel que conceptualisé par Diener et Lyubomirsky montrent qu'il s'agit d'un concept qui porte sur les évaluations cognitives globales que les personnes font de leur vie, en utilisant des critères qui leur sont propres. Wehmeyer (2005) l'a décrit comme une approche multidimensionnelle, comme une construction qui se réfère aux possibilités de répondre aux besoins des personnes en difficulté et des opportunités pour améliorer leur vie.

3.1.4.2. Le bien-être psychologique (Ryff et Keyes, 1995)

Cette conception tire ses origines de la vision d'Aristote du bien-être décrite dans l'Éthique à Nicomaque. L'homme y est conçu comme étant bon par nature. A cet effet et de par sa raison, il ne peut que contribuer positivement à sa vie et à celle de sa collectivité par l'accroissement des connaissances et l'exercice des vertus à la fois individuelles et collectives (Nussbaum, 2001). A cet effet, plusieurs chercheurs postulent que le bien-être réside dans : la mobilisation des ressources dans le but d'accroître les capacités autonomisantes des individus, dans la satisfaction des personnes à atteindre des objectifs complexes et importants pour l'individu, dans la consolidation des compétences sociales et des relations interpersonnelles dans le bien-être individuel et communautaire (Delle Fave, 2016).

Peterson, Park et Seligman définissent le bien-être psychologique comme constituant trois composantes : le plaisir, l'implication et le sens et qu'elles sont liées à la satisfaction de

la vie. L'expérience du sens dans la vie est au cœur du bien-être humain (Ryan & Deci, 2001), tandis que le plaisir est au centre du bien-être subjectif.

Pour Bradburn (1969), à travers ses recherches sont considérées comme les premières tentatives pour définir le bien-être psychologique. Son travail a marqué le passage de l'étude du diagnostic de cas psychiatriques à l'étude des réactions psychologiques des gens ordinaires dans leur vie quotidienne. Il cherchait à élucider la manière avec laquelle les individus faisaient face aux difficultés quotidiennes auxquelles ils étaient confrontés. Bradburn a souligné à quel point le bien-être psychologique était la variable qui ressortait comme étant de première importance. Toutefois, c'est avec Carol Ryff que la notion de bien-être psychologique prend forme à travers une réflexion à la fois théorique et empirique (Ryff & Keyes, 1995). Ce bien-être y est conçu à travers six dimensions : autonomie, maîtrise de l'environnement, acceptation de soi, croissance personnelle, relations sociales positives et buts de vie.

3.1.5. Les modèles intégrateurs du bien-être psychologique

La contradiction entre approches du bien-être subjectif et bien-être psychologique a cédé la place à une approche beaucoup plus intégrative qui dépassant la dualité entre ces deux conceptions. Kashdan et al. (2008) ont suggéré que ces deux approches ne sont pas totalement différentes, tout en suggérant que la séparation du concept du bien-être en deux dimensions indépendantes n'a pas de fondement (Villieux, Sovet, Jung, et Guilbert, 2016). C'est dans ce sens que certains auteurs se sont intéressés à la mesure du bien-être global ou optimal sous le concept de Flourishing : épanouissement (Keyes, 2007). Il s'agit de mesurer le bien-être global de l'individu à travers les notions telles que : le but dans la vie, la maîtrise de l'environnement, l'autonomie, la croissance personnelle, les relations positives, l'auto-acceptation, le bien-être social ; l'acceptation, l'actualisation, la contribution, la cohérence, l'intégration, les affects positifs et la satisfaction de la vie (Keyes, 2005). Le bien-être psychologique a été défini comme un état dans lequel une personne réussit bien psychologiquement et socialement (Huppert et So, 2013) et se réfère à bien faire et bien vivre plutôt que simplement se sentir bien (Seligman, 2012). Il est également considéré comme un état de fonctionnement humain optimal. De nombreuses composantes contribuent au concept général du bien-être et aux avantages d'une vie que l'on peut qualifier du bien (Huppert et So, 2013).

3.1.5.1. Le modèle de Keyes

Keyes et Annas (2009) soutiennent que le bien-être psychologique n'est pas l'absence de maladie mentale et physique. Mais celui-ci est plutôt conçu comme un aspect représentatif des sentiments positifs et du fonctionnement humain. Keyes (2009) s'appuie à la fois sur un bon nombre de soutiens et de sentiments positifs en rapport avec le fonctionnement optimal dans la vie et sur les dimensions du bien-être subjectif pour développer la définition du bien-être.

3.1.5.2. Le modèle de Diener et al., (2009)

Selon Diener et al. (2009), le bien-être découle d'une association entre le soutien social, l'engagement, le but et le sens, le respect des autres pour soi-même, l'acceptation de soi, la compétence, l'optimisme et la contribution sociale. Il est basé sur les théories récentes du bien-être psychologique et social.

3.1.5.3. Le modèle de Seligman et al., (2011)

Ce modèle définit le bien-être psychologique comme le fait de se sentir bien et d'agir d'une manière sereine dans la vie (Huppert et So, 2013). Le bien-être subjectif est une condition préalable essentielle à l'épanouissement. Seligman (2011) suggère que cette forme du bien-être s'appuie sur cinq dimensions du bien-être : l'émotion positive, l'engagement, les relations, le sens et l'accomplissement. Ce modèle s'est rapidement développé dans la communauté des psychologues, même si un support empirique et une mesure du modèle sont toujours nécessaires (Butler & Kern, 2014; Kern, Waters, Adler, & White, 2014), en particulier dans différentes cultures. C'est un modèle multidimensionnel et intégrateur des différentes dimensions du bien-être. Seligman (2011) soutient que chaque élément de bien-être doit avoir trois propriétés suivantes : il contribue au bien-être; les gens le poursuivent pour lui-même; et il est défini et mesuré indépendamment des autres dimensions en préservant son exclusivité.

3.1.6. Les différents outils de mesure du bien-être

Les différents outils de mesure du bien-être sont fonctions de ses formes et de ses dimensions. Il existe à la fois des raisons théoriques et pratiques de considérer le bien-être comme un construit multidimensionnel couvrant plusieurs domaines de la vie (Huppert et So, 2013). La théorie du bien-être est une construction abstraite qui inclut à la fois le sentiment du bien-être et le bon fonctionnement (Huppert, 2014). Le bien-être ne peut être défini par

une seule mesure, mais comprend divers aspects qui sont plus facilement mesurables (Seligman, 2011). Les mesures unidimensionnelles telles que la satisfaction de la vie, dépendent fortement de l'humeur d'une personne à un moment donné et ignore les autres aspects du bien-être. En fait, les mesures multidimensionnelles du bien-être ne sont que modérément corrélées à la satisfaction à l'égard de la vie (Huppert & So, 2013). En outre, réduire les mesures à une notion unidimensionnelle masque des informations potentiellement précieuses (Kern, Waters, Adler et White, 2015).

Les dimensions positives sont souvent fortement corrélées les uns aux autres, mais sont étudiés indépendamment (Friedman et Kern, 2014). Ce n'est qu'en considérant simultanément plusieurs dimensions et en tenant compte des corrélations de facteurs que nous pourrions déterminer quels facteurs influencent plus les comportements observés.

3.1.6.1. Les échelles de mesure du bien-être subjectif

Conformément à la définition qui lui est allouée, le bien-être subjectif se mesure à travers la satisfaction de la vie et les émotions positives et négatives. Ainsi, les différentes échelles de mesure de ces facettes du bien-être sont en outre :

3.1.6.2. L'échelle de satisfaction de vie (Diener, 1985)

Il s'agit de l'échelle qui mesure la dimension cognitive du bien-être subjectif. C'est un outil d'auto-évaluation qui permet l'évaluation des items sur une échelle. Elle vise à mesurer les dimensions cognitives globales concernant la satisfaction de vie et la sensation de bien-être subjectif (Csillik, 2017). Elle est très utilisée dans la littérature scientifique relative au bien-être subjectif, démontre des qualités psychométriques très robustes et a fait l'objet de nombreuses adaptations à travers le monde (Pavot et Diener, 2009).

3.1.6.3. L'échelle PANAS (Watson, Clark, et Tellegen, 1988)

Elle est la plus utilisée dans la recherche en psychologie pour mesurer la dimension affective du bien-être subjectif à travers les émotions positives et les émotions négatives ressenties pendant les événements vécus.

3.1.6.4. L'échelle des expériences positives et négatives (Diener *et al.*, 2010)

Cette échelle compile la mesure de la satisfaction ressentie lors d'une expérience particulière et les émotions ressenties. Elle est unificatrice des deux mesures du bien-être subjectif : sa composante cognitive et sa composante affective. C'est une échelle qui reflète

tous les niveaux d'intensité des expériences à la fois positives et négatives. Il s'agit d'une évaluation de sentiments génériques et applicables à l'ensemble des affects (Csillik, 2017).

3.1.6.5. L'échelle d'évaluation globale du bien-être subjectif (Lyubomirsky et Lepper, 1999)

Elle mesure l'intensité du bien-être subjectif selon une approche large, globale et complète d'évaluation du niveau de bien-être habituel d'un individu. Le bien-être y est mesuré comparativement à autrui (Martin-Krumm, Csillik, Kolb & Fenouillet, 2016).

3.1.6.6. L'échelle de Ryff pour la mesure du bien-être psychologique

Pour mesurer le bien-être psychologique, l'échelle de Carol Ryff est l'outil de référence. Le modèle stipule que le bien-être psychologique n'est autre que la réalisation de soi. L'échelle de Ryff a été initialement construite pour le bien-être psychologique (Diener & Biswas-Diener ; 2008). Elle est considérée comme un construit reflétant davantage le bien-être humain couvrant plusieurs composantes des besoins psychologiques humains (Villieux et al., 2016) : le sens et le but de la vie, le soutien social, l'engagement dans des activités, la contribution dans le bien-être d'autrui, le sentiment de compétence, l'acceptation de soi, l'optimisme et le respect des autres pour soi-même (Diener et al., 2009).

3.1.7. L'importance de la théorie du bien-être psychologique de Carol Ryff

Dans le cadre de notre étude, nous avons convoqué la théorie du bien-être psychologique de Carol Diane Ryff parce qu'elle nous permet d'expliquer la relation à adopter dans l'intervention communautaire dans le but d'aider les personnes en difficulté à reconnaître leur situation dans laquelle elles vivent. Par ailleurs, cette théorie est basée sur six dimensions dont les spécialistes en intervention communautaire doivent prendre en compte dans l'accompagnement pour répondre aux besoins spécifiques de ces dernières et plus particulièrement au problème de l'insuccès de réinsertion des personnes guéries de la lèpre que nous avons observé.

3.2. La théorie de l'Empowerment de Julian Rappaport

Cette partie va porter sur la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport. De ce fait, il s'agira de la description de la réalité de la théorie de l'empowerment, les fondements historiques de l'empowerment, le postulat de base, ses composantes et sa pertinence à notre objet d'étude.

3.2.1. Brève description de la réalité de la théorie de l'Empowerment

L'intérêt principal du concept l'empowerment est qu'il permet de cerner de près la réalité importante des personnes ayant des conditions incapacitantes (marginalité, pauvreté, chômage, etc.), prennent leurs affaires en mains et font avancer leur cause. Ces personnes tirent de cette activité un sentiment positif de contrôle sur leur propre vie qui les éloigne progressivement du vécu d'impuissance et de détresse psychologique que ces conditions de vie entraînent normalement. Cette notion telle quelle est utilisée actuellement dans les sciences sociales est fondamentalement construite autour de cette réalité.

Replacée dans le contexte de la mise en question des pratiques traditionnelles d'intervention sociale et des modèles théoriques qui les fondent l'idée d'une réappropriation active du pouvoir thérapeutique par la personne elle-même apparaît stimulante. Cette réalité a été perçue par plusieurs auteurs comme une véritable alternative à la prise en charge clinique des difficultés psychologiques rencontrées par les individus. La notion d'empowerment comporte donc une dimension d'affranchissement individuel et collectif qui ne se limite pas au champ de la santé mentale mais peut s'appliquer à la grande majorité des secteurs d'intérêt associé aux sciences humaines. Est donc le potentiel théorique de l'empowerment associé à la forte compatibilité de cette notion avec le cadre idéologique de la psychologie communautaire, qui a conduit à sa proposition, dans le rapport de (1981, 1984, 1987).

3.2.2. Les fondements historiques de la théorie de l'empowerment

La théorie de l'empowerment est considérée en travail social comme la légitimité en tant que paradigme en 1981. Rappaport souligne que « l'empowerment est le mécanisme par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent la maîtrise de leur vie ». Ainsi, cette idée a constitué le fondement de l'approche de l'empowerment utilisée dans le travail social. Grâce à Rappaport, ce concept a pris une dimension du travail de théoricien de la société plutôt que celui de praticien. Toutefois, les origines de la théorie de l'empowerment s'étendent plus loin dans l'histoire et sont liées à la théorie sociologique marxiste (Rappaport, 1981). Aujourd'hui, la théorie de l'empowerment est toujours étudiée et elle s'est révélée en un outil efficace pour aider les individus et les groupes.

En effet, la démarche épistémologique nous semble alors intéressante pour analyser l'activité professionnelle des travailleurs sociaux comme « le fait d'un sujet social, historique, culturellement situé » (Jorro, A, 2009) mobilisant des manières d'agir et de penser son action lui préexistant, dont il n'a pas toujours conscience et qu'il nous semble nécessaire de replacer

dans l'histoire des idées. Ainsi, une approche historique des idées peut nous aider à comprendre les différents modèles de pensée qui traversent parfois des termes cités sur un mode singulier, et participer à identifier les différents enjeux qu'ils sous-tendent pour penser l'intervention sociale. Pour un praticien, mettre en travail, les théories, notions concepts qu'il mobilise pour justifier de sa pratique, participe donc à rendre explicite ces influences, à repérer les enjeux qu'elles impliquent, à mettre en discussion les finalités de l'action, en effet, « il est souvent dangereux de négliger cet aspect et de généraliser sans précaution les apports d'un modèle hors de son champ de validité » (bid.) Certains modèles sont donc construits dans des configurations et contextes sociaux spécifiques et vont pourtant être généralisés et exportés sans un questionnement anthropologique, historique et épistémologique sur les dimensions contextuelles et culturelles de leur émergence et de leur diffusion. Nous voyons que la notion d'empowerment traverse le social, parti de l'intervention sociale nord-américain, s'appuyant sur les travaux d'auteurs sud-américain. Nous la retrouve maintenant dans de nombreux secteurs, celui de l'accompagnement, mais aussi du management, voir des milieux financiers.

3.2.3. Le postulat de la théorie de l'empowerment

La théorie de l'empowerment est fondée sur le principe par lequel « les personnes, tant individuellement que collectivement, ont les capacités pour effectuer les transformations nécessaires pour assurer leur accès à ces ressources, voire même les contrôler » (Ninacs, 1995).

3.2.4. Les composantes de la théorie de l'empowerment

En 2009, Le Bossé a poursuivi les travaux de Julian Rappaport en élaborant les composantes de cette théorie dont nous notons : la prise en compte des conditions structurelles et individuelles du changement social, l'acteur en contexte comme unité d'analyse, les contextes d'application, la définition du changement visé et des modalités et le développement d'une démarche d'action conscientisante (Le Bossé, 2009).

3.2.4.1. La prise en compte des conditions structurelles et individuelles du changement social

Pour rendre effectif le pouvoir d'agir, il serait judicieux de prendre en compte un environnement propice à ce que les personnes concernées soient capables d'exercer ce pouvoir. De ce fait, les ressources doivent être disponible, le cadre législatif et le contexte politique doivent être propice, mais aussi, les personnes concernées doivent être motivées,

compétentes, elles doivent percevoir leurs possibilités d'action et capables de se projeter. Néanmoins, ces différents éléments constituent une démarche efficace de l'empowerment.

En effet, nous pouvons dire que toute démarche d'empowerment communautaire et collectif se base prioritairement sur la possibilité d'influencer la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu sur la capacité de ces dernières à faire face aux problèmes dont elles rencontrent et à prendre leur destin en main, ce qui est individuelle et structurelle et la collectivité ou l'individu (Le Bossé, 2009).

Ainsi, en ce qui concerne notre étude, il s'agit d'amener le gouvernement avec ses partenaires, les ONG, les psychologues, les spécialistes en intervention, les familles des lépreux et les lépreux), à prendre leur destin en main dans le but d'améliorer la réinsertion sociale. Pour ce faire, les moyens nécessaires doivent être mis en place pour faciliter cet accompagnement.

Pour Newbrough (1992), cité par Le Bossé (2009), pour que les conditions structurelles et individuelles soient prises en compte, l'on doit prendre en compte les besoins de la personne ainsi que dans son environnement. Dans ce sens, les interventions sont diversifiées et varient d'un contexte à un autre.

Dans le cadre notre étude, les intervenants sont des personnes impliquées dans l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre. Ces personnes sont entre autres : le gouvernement, les partenaires, les ONG, les psychologues, les spécialiste en intervention, les familles des lépreux, les lépreux, etc. L'intervention communautaire auprès de ces dernières doit tenir compte de l'ensemble des besoins individuels et situationnels qui font obstacle à la démarche d'affranchissement de ces intervenants. En outre, ces intervenants doivent unir leurs forces et atouts dont ils disposent afin d'entreprendre le changement qu'ils désirent. Toutefois, il est important de prendre en compte une donnée immuable et statique à laquelle il faut s'adapter et comme une réalité dynamique qui constitue un contexte particulier au sein duquel il existe des opportunités et des obstacles à ce changement.

3.2.4.2. Les contextes d'application

L'empowerment dépend en grande partie du contexte. Les effets de l'empowerment dépendent de la nature du changement visé. Pour Le Bossé (2009), une intervention qui vise l'empowerment des personnes et des collectivités est fondée sur une prise en compte systémique de son contexte d'application tant de mettre en œuvre les conditions susceptibles de favoriser l'atteinte d'objectifs jugés importants par la personne ou la collectivité en situation de difficulté.

Ainsi, ces objectifs définis et les méthodes utilisées pour développer l'empowerment chez les personnes guéries de la lèpre doivent être adaptés au contexte.

3.2.4.3. Quelques définitions du changement visé et modalités

Les personnes guéries de la lèpre doivent être impliquées dans la définition du changement visé. Ces dernières peuvent participer à la mise en place des programmes ou d'une initiative sociale qui les concerne, participer aussi à la définition du problème ou de la cible du changement et à la recherche des solutions.

Les personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo sont au centre de toutes les décisions pour l'amélioration de la réinsertion sociale.

3.2.4.4. Le développement d'une action conscientisante

L'empowerment prend en compte la démarche de conscientisation développée par Paulo Freire, qui préconisait la lutte contre l'oppression en favorisant, chez les personnes victimes de marginalisation, la prise de conscience des situations d'exploitation qu'elles vivaient puis, l'engagement dans une transformation collective des rapports sociaux. Pour Paulo Freire (1975), cité par Bernard Vallerie (2010), « il ne peut y avoir de conscientisation (...) hors de l'action formatrice, en profondeur, des hommes sur la réalité sociale ». Paulo Freire précise que le potentiel d'empowerment est d'épauler la personne ou la collectivité concernée par l'intervention dans la mise en œuvre des conditions susceptibles de contribuer au changement important à réaliser pour elle.

Le développement de l'empowerment chez les intervenants des personnes guéries de la lèpre suppose une compréhension des sources individuelles et structurelles du changement.

3.2.4.5. Importance de la théorie de l'empowerment de Rappaport par rapport à notre étude

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la théorie de l'empowerment de Rappaport car elle nous permet d'expliquer la conduite à adapter par l'intervention communautaire pour le développement du pouvoir d'agir des personnes concernées par l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. En outre, il s'agit d'impliquer tous les intervenants de l'accompagnement de ces dernières afin de promouvoir la promotion et l'amélioration de la réinsertion des personnes guéries de la lèpre. Ainsi, ils doivent mettre en œuvre pour obtenir un changement dont ils ont besoin. En effet, la théorie met l'accent sur le soutien individuel et collectif dont ont besoin ces intervenants pour

le développement de leur pouvoir d'agir. Cela permet de résoudre le problème de l'échec de réinsertion que nous avons observé dans la ville de Mongo.

3.3. LE MODELE THEORIQUE DES RELATIONS INTERPERSONNELLES DE PEPLAU (1952)

Dans cette partie, pour alimenter et valoriser la pratique en lien avec notre étude, nous avons choisi le modèle conceptuel comme la théorie des relations interpersonnelles de H.E. Peplau publiée en 1952, et en 1968, les techniques interpersonnelles deviennent le cœur des interactions entre une personne compétente et une personne en situation de détresse. La théorie des relations interpersonnelles est une théorie de classification descriptive de moyenne portée. Elle a été influencée par Henry Stack Sullivan, Percival Symonds, Abraham Maslow et Neal Elger Miller.

3.3.1. Brève évolution du concept des relations interpersonnelles

L'intérêt porté par les scientifiques sur les relations interpersonnelles ne date pas d'aujourd'hui. Ce concept fut défini et analysé par H. E. Peplau (1952). En effet, Peplau considérait que les « relations interpersonnelles » sont au cœur de la personne, c'est le rapport entre les individus.

La théorie des relations interpersonnelles a été mise sur pied par H.E. Peplau en 1952. Elle fut la première théorie publiée après Florence Nightingale (Toole et Welt, 1989). Pour élaborer cette théorie, Peplau s'est inspirée des théories de l'interaction, de la phénoménologie, de l'existentialisme et de la psychanalyse (Kérouac, Pépin, Ducharme et Major 2003) et certains auteurs comme Freud et Sullivan (Pépin, Ducharme et Kérouac, 2017). L'application d'autres disciplines comme la psychologie a été le moteur de cette théorie. Elle participe activement au changement de perspective de la discipline en mettant l'accent sur la contribution spécifique à la société tout en reconnaissant les sciences infirmières comme une science humaine (Pépin et al., 2017).

En 1991, Peplau a appliqué sa théorie à la pratique des soins infirmiers et plus précisément à l'établissement de la relation infirmière-patient (Towsend, 2004). Sa théorie a apporté une contribution importante pour les personnes souffrant d'une pathologie ou de la personnalité. Elle est centrée sur le processus d'interaction entre l'aidant et l'aidé et permet de considérer cette interaction comme une action humanitaire (Kérouac et al., 2003).

3.3.2. Biographie de Hildgarde Elisabeth Peplau

Peplau est une Américaine née le 1er septembre 1909 à Reading, Pennsylvanie et est décédée le 17 Mars 1999 à Sherman Oaks. Ses parents, Gustav et Otyllie Peplau étaient immigrants d'origine allemande. Son père était pompier et sa mère, une femme au foyer. L'objectif de Peplau était de changer la vision traditionnelle des femmes de cette époque, de les amener à être indépendante. Dans cet ordre d'idée, Peplau a découvert que les soins infirmiers étaient l'une des rares professions purement féminine dans laquelle elle pouvait s'imposer. Elle a par ailleurs été influencée à son plus jeune âge par le terrible équilibre de la grippe de 1918, qui lui a fait comprendre l'impact de la maladie et la mort sur la famille (Callaway, 2005).

Peplau a rencontré plusieurs obstacles qui l'ont empêché de publier son article, rejeté par les éditeurs par manque de coopération médicale. Elle a obtenu un baccalauréat en psychologie interpersonnelle, une maîtrise en soins infirmiers psychiatriques de l'université de Columbia, un doctorat en éducation et un titre de professeur émérite de l'université de Rutgers. Sa formation en psychologie interpersonnelle l'amène à intégrer à sa conception de la discipline des caractéristiques de plusieurs modèles d'interventions thérapeutiques. Elle définit la personne comme un être bio-psycho-social qui est en développement constant (Pépin et al., 2017). En publiant pour la première fois la théorie des relations interpersonnelles en 1952, elle osait prendre le relais de Florence Nightingale pour guider la pensée et la pratique infirmière (Toole et Welt, 1989). Elle devenait ainsi le chef de file des théories interactionniste en soins infirmiers et pionnière des soins infirmiers psychiatriques (Pépin et al., 2017).

Son modèle a été perçu comme révolutionnaire parce qu'il était basé sur le besoin d'un partenariat entre l'infirmière et la personne, s'opposant à la passivité du patient recevant les soins médicaux ainsi que celle de l'infirmière appliquant des ordres du médecin. Les infirmiers en psychiatrie utilisent encore cette théorie pour comprendre et guider leur décision dans la relation à face avec le patient (Fawcett et DeSanto-Madeya, 2013).

3.3.3. Le postulat de base de la théorie des relations interpersonnelles

Pendant plusieurs années d'observation et de pratique, Peplau postule que les professionnels tissent un lien personnel avec les personnes lorsque le besoin se fait sentir (Kosier et al., 2009). Autrement dit, les relations sont un processus interpersonnel thérapeutique. Il s'agit d'une relation entre une personne en situation de détresse ou une personne ayant besoin d'aide et une personne ayant les compétences pour y répondre. Pour

cela, l'intervention de cette dernière est thérapeutique, elle porte aide et assistance. L'interaction se fait entre deux personnes ayant un but commun, ce qui implique le respect, la croissance et l'apprentissage pour les partenaires de cette interaction. L'utilisation thérapeutique de ses connaissances et de son être amène le spécialiste à pratiquer l'art relationnel qui devient la force de développement pour les deux personnes (Pépin, 2017).

3.3.4. Les composantes de la théorie des relations interpersonnelles

En 2007, Townsend apporte une précision sur les relations entre l'aidant et l'aidé. En outre, elles correspondent à divers stades liés à des rôles qui se chevauchent en relation avec les problèmes de santé. Ainsi, la relation entre ces deux personnes les amène à apprendre à travailler ensemble afin de résoudre les difficultés auxquelles elle fait face. Selon Peplau (1997) cité par Pépin et al. (2017), la relation entre soignant et soigné se bâtit en trois phases à savoir : la phase d'orientation, la phase de travail et la phase de terminaison.

3.3.4.1. La phase d'orientation

La phase d'orientation est une période pendant laquelle la personne en difficulté cherche une aide, dans ce sens le professionnel l'aide à comprendre son problème et l'ampleur de son besoin d'aide (Kosier et al., 2009). De ce fait, cette dernière, le professionnel et les proches se mettent ensemble afin d'apporter une solution adéquate à cette personne en difficulté (Townsend, 2007). Pépin et al. (2017) montrent que la phase d'orientation permet à ce dernier de transmettre son intérêt professionnel au patient, le professionnel cherche à connaître, comprendre, évalue sa réceptivité et l'oriente à d'autres interactions.

Dans le cas de notre étude, l'orientation telle que définit par Peplau s'identifie à l'observation professionnelle. Cette observation permet à ce dernier d'identifier un grand nombre d'informations qui serviront à comprendre la personne en difficulté. Cette interaction constitue le fil conducteur pour son accompagnement.

Le rôle des relations interpersonnelles à ce niveau consiste à aider à ce processus de clarification afin que la personne en difficulté considère son problème comme une expérience riche en enseignement. Pendant cette étape, ces deux personnes sont considérées comme des étrangères l'un pour l'autre. Ainsi, elles ne sont pas encore conscientes d'avoir quelque chose en commun ; mais dès ce moment, le professionnel élabore au moins un certain nombre de rôle des relations dont cette personne en difficulté ignore.

- Le rôle des proches : ici, ils donnent à l'aidé toutes les informations utiles à la compréhension de son problème et de sa nouvelle situation.
- Le rôle de conseiller : il s'agit d'écouter cette dernière exprimée ses sentiments issus des évènements en relation à sa situation.
- Le rôle du professionnel : il permet à ce dernier d'examiner, de manipuler les sentiments vécus lors des relations passées et de cerner les différents problèmes pour une solution à l'intérêt du patient.

En effet, l'étape d'orientation établit les jalons du cadre thérapeutique qui permet à la personne en difficulté à s'engager dans une relation de partenariat actif dont l'objectif est la gestion du problème santé. Cette étape permet aussi à cette dernière de participer et d'intégrer globalement l'évènement de sa situation dans le cours de ses expériences de vie. C'est la seule prévention la dissociation de l'évènement ; car si cette personne ne reconnaît pas sa situation ou cherche à ignorer certains aspects de sa situation afin de le rendre plus confortable, sa situation va se compliquer. Toutefois, elle a besoin d'être aidé à utiliser de façon positive l'énergie née des tensions et de l'anxiété associée aux besoins ressentis pour définir et comprendre son problème et y faire face. Cette phase permet également au professionnel d'obtenir le consentement de cette dernière en lui apportant des données qui vont l'aider à identifier et comprendre les différents aspects de son problème social et leur implication.

Cependant, la personne en difficulté quand elle clarifie ses impressions d'une façon globale du problème dont certains aspects et détails se révèlent à mesure que les divers intervenants agissent en fonction de sa nouvelle situation psychologique. Elle participe à ce processus d'orientation en posant les questions, en essayant de découvrir ce qu'elle doit savoir pour être sécurisé et en observant comment les professionnels réagissent. En demandant et en recevant de l'aide, elle se sent pour ainsi dire bientôt chez lui car elle a le droit d'exprimer ses désirs et que ceux-ci seront pris en considération.

Dans le cas de notre étude, l'intervention des professionnels auprès des personnes guéries de la lèpre est passive au début de l'intervention. De ce fait, il l'amène à prendre conscience de sa situation dans laquelle elle vit. Ceci l'oblige à lui expliquer la raison de son intervention dans le cadre de sa situation. Au terme de cette intervention, ces dernières arrivent à comprendre leur problème et coopérer avec les professionnels dans le but de trouver une solution à ces problèmes. Mais ceux qui arrivent à cerner mal leur problème malgré les interventions des professionnels, ont besoin de la contention pour afin de les amener à comprendre l'origine de leur rejet dans la société.

3.3.4.2. La phase de travail

Cette phase est celle la plus longue. Elle comprend deux sous-phases à savoir : l'identification et l'exploitation (Pépin et al., 2017).

- **La phase d'identification**

Elle comprend la sélection de l'assistance appropriée par le professionnel. Dans cette phase, la personne en difficulté commence à avoir un sentiment d'appartenance et se sent capable de faire face au problème, cela diminue le sentiment d'impuissance et de désespoir. La phase d'identification met l'accent sur l'élaboration d'un plan d'aide relationnelle basée sur la situation et les objectifs de cette dernière. Au cours de cette phase, elle apprend à utiliser la relation interpersonnelle entre l'aidant et l'aidé (Pépin et al., 2017).

A ce niveau, l'objectif du professionnel consiste à permettre l'expression émotionnelle à cette dernière pendant les interactions entre eux. Elle peut exprimer librement tout ce qui le concerne et des sentiments que la culture n'encourage pas d'habitude à l'instar de l'impuissance, la dépendance, etc.

La communication entre ces deux dernières est très importante car elle permet au professionnel de connaître tous les besoins de celle en difficulté en relation à l'apparition du problème social. Quand à professionnel, il doit donc poser des questions sur ce sujet afin d'identifier son mode de vie antérieur, cela l'aide à déterminer quels sont les besoins actuels. Parallèlement, il doit clarifier la perception que cette personne a des interactions ainsi que sa capacité pour pouvoir gérer le problème. Le professionnel doit également examiner les possibilités d'utiliser les relations interpersonnelles. De ce fait, il élabore une approche pédagogique de nature à développer chez elle un sentiment de rapport aux autres lui permettant d'exprimer en toute sécurité ses besoins et ses désirs. Souvent, ces personnes se sentent marginalisées, rejetées et stigmatisées pour la raison de leur santé dans leur communauté, il faut que le professionnel amène ces dernières à s'identifier aux personnes qui l'aident à se sentir moins gêner par la situation. Les relations interpersonnelles favorisent l'acceptation des personnes en difficultés tels qu'elles sont et leur assistance en période de stress.

Notons que dans le village des lépreux, la communication n'est pas intense comme voulue, parce que les lépreux ont peur, honte de communiquer avec les professionnels car ils se sentent isolés, marginalisés du fait que la société les considère comme des personnes malades. Aussi les professionnels ne clarifient jamais la perception que cette personne en situation a des interactions ainsi que la capacité à gérer le problème.

Pour ce faire, une bonne prise en charge pendant l'étape de l'identification permet à la personne souffrant de tirer parti des événements qui, au point de vue psychologique, les ramènent à des attitudes de ses souffrances. Durant cette étape, trois réactions sont possibles (Kosier et al., 2007 ; Townsend, 2006) :

- la participation de la personne souffrant sur la base d'une relation d'interdépendance avec le professionnel ;
- son indépendance ou son isolement par rapport au professionnel ;
- son indépendance ou sa dépendance vis-à-vis du professionnel.

Ainsi, cette dernière éprouvera un sentiment approprié à un type de réaction. Et le développement d'une relation interpersonnelle peut comprendre ces trois modes d'action pour la réalisation d'un objectif. Une relation peut commencer sur le premier mode de comportement pour progresser vers les deux autres à mesure que la coopération s'améliore.

- **La phase d'exploitation**

La phase d'exploitation est une phase durant laquelle la personne en difficulté cherche à utiliser les aides qui lui sont offertes (Pépin, 2017). En fonction de sa perception de la situation, elle cherchera diverses manières de tirer le meilleur parti de sa relation avec le professionnel et d'exploiter tous les biens et dispositions pour son intérêt et ses besoins personnels. Elle connaît les besoins auxquels elle a besoin, elle est à l'aise dans le cadre de sa relation interpersonnelle et elle joue un rôle actif dans la prestation de prise en charge et dans la réinsertion sociale (Townsend, 2007).

3.3.4.4. La phase de terminaison

La phase de terminaison est l'étape pendant laquelle cette dernière reconnaît les aides qui lui sont offertes tout en cherchant à fournir des efforts pour sa réinsertion sociale (Kosier et al., 2007) ; elle cherche progressivement à l'identification des personnes qui l'ont aidé afin qu'elle restaure ses capacités d'autonomie. En effet, au fur et à mesure que cette dernière se réinsère dans la société, elle s'adapte ses aspirations aux nouveaux objectifs qu'il a commencés à se fixer (Kosier et al., 2007). Cette étape permet au malade de surmonter le problème social auquel elle vient d'être confrontée. A cette phase, le professionnel fait le point sur le travail accompli et aide cette dernière à organiser ses actions pour se réinsérer et de profiter des activités sociales et d'autres relations de manières indépendantes (Pépin et al., 2017).

Enfin, les étapes des relations interpersonnelles présentées mettent l'accent sur la conduite à tenir par le professionnel pendant le processus des interactions. La bonne marche de ces étapes a un impact positif sur la réinsertion sociale des personnes guéries de la lèpre.

3.3.5. Importance de la théorie des relations interpersonnelles de Peplau par rapport à notre étude

La théorie des relations interpersonnelles apporte des explications, des orientations dans la relation de prise en charge de l'accompagnement psychologique et sociale. Notons que la relation aidant-aidé est la base d'une bonne réinsertion sociale dans l'accompagnement. Sa nature détermine le type de l'intervention. Cette théorie vient étayer le cadre conceptuel en apportant de nouvelles notions à la présente étude telles que les rôles qu'occupe le professionnel durant l'évolution de sa relation avec la personne en difficulté. Par ailleurs, cette théorie revient sur la spécificité de la relation psychologique qui veut que l'aidant soit l'acteur principal d'instrument thérapeutique ; Peplau montre comment le professionnel doit procéder ses connaissances et sa personne pour apporter de soutien aux personnes en situation social.

Dans ce troisième chapitre, il était question de présenter les théories explicatives du sujet. C'est dans ce sens que nous avons d'abord présenté la théorie du bien-être psychologique de Carol Diane Ryff (1989) pour expliquer le processus de l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ; ensuite, la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport (1981) pour expliquer le pouvoir d'agir dans l'optique d'apporter un changement positif à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre et enfin, la théorie des relations interpersonnelles de Hildgarde Peplau (1952), parce qu'elle explique les étapes de la relation thérapeutique, qui constitue la base d'une bonne réinsertion sociale. La suite du travail portera sur la deuxième partie, qui constitue le cadre méthodologique et opératoire de l'étude.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

CHAPITRE IV : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATOIRES

Dans ce chapitre, nous allons aborder les méthodes et techniques d'approche de notre étude. Dans ce sillage, nous allons présenter d'une manière générale la démarche que nous avons utilisée pour parvenir à nos résultats.

4.1. METHODES DE RECHERCHE EN INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE

Tribble (2014), indique que la méthode est la pierre angulaire de la recherche appliquée en sciences humaines, sociales ou de la santé car c'est elle qui oriente le chercheur dans la réalisation d'un projet. Elle soutient le processus de réflexion en fonction du contexte dans lequel s'inscrit le projet, soit tenir compte de la question de recherche, du phénomène et de la population de l'étude. Creswell (2014) souligne que les designs de la recherche sont les types d'investigation aux approches qualitatives, quantitatives et méthodes mixtes qui fournissent une direction spécifique pour les procédures dans une conception de recherche.

La planification de la recherche consiste à décider sur quelle méthode de recherche utilisée. Cela implique de décider si la recherche sera basée sur une méthode qualitative, quantitative ou méthode mixte. Nous avons opté pour la recherche qualitative comme notre étude vise à analyser l'accompagnement psychosocial pour la réinsertion des personnes guéries de la lèpre en tant qu'influencé de l'autonomisation. Selon Konate (2017), la recherche qualitative est la recherche choisie pour mieux comprendre ce qui concerne les attitudes, les croyances, les motivations et les comportements des individus, pour explorer un problème social ou humain. Ces méthodes comprennent les groupes de discussion, les entretiens approfondis et les observations. L'historique de cette recherche remonte aux années 1902 indique (Aubin & al, 2008). Poisson (1983) indique que pendant longtemps, une grande importance est accordée, dans le champ de la recherche en éducation, au modèle expérimental ou quasi-expérimental mais depuis les années 1980, une plus grande place est accordée à un autre type de recherche, l'approche qualitative en recherche tant dans les Universités que dans d'autres milieux de recherche dont les personnes pensent, parlent et agissent dans un contexte ou une situation (Dumez, 2011, p.48). En d'autres termes, elle saisit les détails, la pratique et l'expérience des sujets au fur et à mesure qu'ils apparaissent (Palmer & Bolderston, 2006, p.18). Dans la recherche qualitative, le sens émerge organiquement du contexte de la recherche (d'une manière globale, largement narrative, afin

de renseigner la compréhension du chercheur d'un phénomène social ou culturel) Astalin (2013, p.118). Contrairement à l'approche quantitative, l'approche qualitative cherche à explorer et comprendre le sens que les individus ou les groupes attribuent à un problème social ou humain (Creswell, 2014) et à construire une description.

La recherche en intervention et action communautaire, utilise différentes méthodes de recherches que nous pouvons repartir en deux grands groupes : les méthodes expérimentales et les méthodes non expérimentales.

La méthode expérimentale est caractérisée par la manipulation d'une variable (ou plusieurs variables), considérée comme la cause, afin de provoquer des changements d'une ou de plusieurs autres variables. Elle se caractérise par l'intervention directe de l'expérimentateur sur le/les facteurs considéré (s) comme la source de variation, le contrôle de causes concurrentes non prévues par l'hypothèse et la randomisation.

Les méthodes non expérimentales comprennent les méthodes quasi-expérimentales ou pseudo expérimentales, les méthodes corrélationnelles, les méthodes d'observation et les méthodes d'enquête. Les méthodes quasi-expérimentales renvoient à l'étude d'une relation causale entre deux variables comme dans le cas de la démarche expérimentale, mais il y'a impossibilité de recourir à la technique de randomisation car les groupes sont déjà constitués, il y'a également impossibilité de modifier à souhait les conditions du terrain d'étude.

Les méthodes corrélationnelles permettent d'établir une relation entre deux variables au moins sur la base de calculs statistiques. Les variables sont naturelles et se prêtent difficilement à la manipulation.

Les méthodes d'observation permettent une saisie directe des comportements au moment où ils produisent. Il n'y a pas de manipulation de variables. Il existe d'observation participante, où les conduites sont observées dans les milieux naturels sans en altérer le déroulement ; le chercheur s'introduit dans le groupe et il y'a développement des échanges avec les membres du groupe sans provocation de changement. Et l'observation systématique dans laquelle l'observateur établit une distance entre lui et l'observé ; ce type d'observation nécessite une grille d'observation, elle est plus précise, moins flottante et plus spécifique.

Les méthodes d'enquête portent sur les croyances, les représentations, les opinions, les motivations, les projets, les sentiments des individus. Nous avons l'enquête par entretien qui s'utilise dans les échantillons de taille réduite ; elle permet l'exploration en profondeur du domaine étudié. Il existe aussi l'enquête par questionnaire qui permet de produire des

données chiffrées obtenues à partir d'un échantillon et susceptibles d'être extrapolées à l'ensemble de la population étudiée (NOUMBISSIE, 2010).

4.2. PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE ADOPTÉE

L'enquête est un des instruments les plus largement utilisés en sciences sociales. Il est difficile de parler de l'enquête en général, non seulement car il en existe différents types, mais surtout parce que sa pratique exige le recours à différentes techniques, qui soulèvent chacune des questions spécifiques : méthodes de sondage, entretiens libres, échelles d'attitudes, analyse de contenu, analyse statistique, etc. Il n'y a donc pas de « théories des enquêtes », mais un ensemble de questions théoriques, épistémologiques, méthodologiques très divers comme le précisaient Ghiglione et Matalon (2004), cité par (NOUMBISSIE, 2010).

Réaliser une enquête, c'est interroger un certain nombre d'individus en vue d'une généralisation. Etant donné qu'il s'agit avant tout d'interrogation, l'enquête se distingue à la fois de l'observation, où l'intervention du chercheur essaie d'être minimale, et de l'expérimentation, où le chercheur, au contraire, crée et contrôle la situation dont il a besoin (NOUMBISSIE, 2010).

Ensuite, prenant comme unité d'observation et donc d'analyse, des individus, l'enquête se distingue des différentes méthodes scientifiques qui portent directement sur des unités plus vastes. Enfin, il s'agit d'interrogations en vue d'une généralisation : ce ne sont pas les individus dans ce qu'ils ont de personnel qui nous intéressent comme c'est le cas dans un entretien-diagnostic ou un entretien d'embauche, mais la possibilité de tirer de ce qu'ils disent des conclusions plus larges. Une enquête consiste donc à susciter un ensemble de discours individuels, à les interpréter et à les généraliser. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle Ghiglione et Matalon (2004, p.15), cité par NOUMBISSIE (2010) la définissaient comme « une interrogation particulière portée sur une situation comprenant des individus et ce, dans un but de généralisation ». Cette interrogation est à but de vérification d'une hypothèse ou d'un corps axiomatique dont l'hypothèse est le produit. L'enquête consiste à interroger des gens et à susciter des réponses aux questions ou de manière plus précise à «recueillir des données verbales auprès de groupes ou échantillons de sujets choisis en fonction d'objectifs précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière » (Moser, 1998, p. 257), cité par NOUMBISSIE (2010).

L'enquête est considérée aujourd'hui comme l'un des instruments privilégiés de la recherche en sciences sociales, dans la mesure où elle apparaît effectivement dans certaines conditions comme le seul moyen d'obtenir certaines informations.

Elle permet aussi de faire recours à l'interrogation nécessaire chaque fois que l'on a besoin d'informations sur une grande variété de comportements d'un même sujet, comportement dont l'observation directe, même si elle était possible, demanderait de temps, ou serait complètement impossible parce qu'il s'agit du passé.

Ainsi, dans le cadre de notre étude, il sera question de faire des entretiens en profondeur avec les personnes concernées afin d'obtenir des informations nécessaires relativement à l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. C'est dans ce sens que nous avons choisis comme méthode, l'enquête par entretien.

4.3. RAPPEL DE L'OBJET D'ÉTUDE

La présente étude porte sur l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre. L'étude de l'accompagnement constitue l'un des grands axes du domaine de l'intervention et action communautaire. Ce qui fait dire à Paul. M (2009) que l'accompagnement est l'un des concepts de base de l'intervention communautaire. Il consiste selon lui à conduire les personnes souffrant d'un manque de ressources quotidiennes (matérielles, psychologiques, relationnelles, culturelles, etc.) pour mener à bien un projet (qui soit le leur), adapté à leur contexte. Donc, l'accompagnement concerne les personnes traversant une situation difficile. Dans le cas de cette étude, l'accompagnement psychosocial renvoie aux soutiens psychologiques et sociaux apportés aux personnes guéries de la lèpre.

Pour Rivallan (2009), l'accompagnement est un outil de réinsertion. Il détermine la qualité de réinsertion. Honoré (1992) montre l'approche multidimensionnelle de l'accompagnement. Cette approche est constituée de trois niveaux de dimensions: la dimension relationnelle, la dimension opérationnelle et la dimension temporelle.

Cette étude met l'emphase sur la particularité de l'intervention de chaque intervenant dans l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre en général et plus spécifiquement dans la ville de Mongo. Les soutiens exigent l'intervention de plusieurs intervenants professionnels (pluridisciplinaires) et non professionnels qui sont interdépendants. Toutefois, pour que la réinsertion soit suffisante, non seulement, chaque

intervenant doit intervenir efficacement, mais tous les intervenants doivent être en étroite relation pour une réinsertion stable.

Il faut noter que le problème de l'insuccès de réinsertion trouve sa solution dans le domaine strictement social, raison pour laquelle nous l'abordons sous les dimensions psychologiques, sociologiques ou plus généralement anthropologiques qui les régulent. Il s'agit d'un ensemble de considérations qui excèdent la dimension sociale.

Notre étude, d'une manière générale, est centrée sur la réinsertion, la dynamique de mise au point des stratégies d'amélioration de réinsertion peut aussi être facilitée par une compréhension multifactorielle du milieu et de développement du pouvoir agir de l'ensemble des intervenants impliqués dans l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre. C'est dans cet esprit scientifique que nous pouvons faire recours à l'intervention et action communautaire et à ses modèles théoriques. Ces modèles nous permettront d'expliquer les comportements des intervenants ainsi que leur influence sur la réinsertion sociale, et peuvent être utilisés comme guide pour l'élaboration d'un plan d'intervention visant l'amélioration de la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

4.4. QUESTIONS DE RECHERCHE

La question principale de l'étude est la suivante :

QPR: Comment l'accompagnement psychosocial facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

Cette question de recherche a été opérationnalisée et nous a produit trois questions spécifiques.

QS1 : Comment l'accompagnement individuel facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

QS2 : Comment le suivi des lépreux facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

QS3 : Comment l'accompagnement socioprofessionnel facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?

4.5. HYPOTHESES ET LEURS VARIABLES DE L'ETUDE

Notre problématique de recherche s'inscrit dans la veine des études qui s'intéressent à l'accompagnement psychosocial dans la production de la réinsertion. Elle postule l'existence de variable indépendante et de variable dépendante. Pour se prononcer sur sa véracité, nous avons formulé une hypothèse générale et des hypothèses de recherche que nous présenterons dans cette partie.

4.5.1. L'hypothèse générale et ses variables

L'hypothèse est l'énoncé d'une relation de causes à effet entre deux ou plusieurs phénomènes sous une forme permettant la vérification dans la réalité. En ce sens, les hypothèses sont des transpositions directes d'une proposition théorique et spéculative dans le monde empirique et pratique. Les hypothèses sont constituées de questions à propos de l'objet de la recherche et de concepts opérationnels formulés en termes relativement vagues qui ont pour but d'orienter le travail initial du chercheur et d'encadrer l'observation (Loubet Delbayle, 1989). Dans la même perspective de Preyssnet-Dominjon (1997), l'hypothèse comme un énoncé formel des relations attendues entre au moins une variable indépendante et une variable dépendante. Dans cette étude, nous avons une hypothèse générale et des hypothèses de recherche. Pour Mace et Petry (2000, p.43) cité par NOUMBISSIE (2010), l'hypothèse générale est le « *pivot ou l'assise centrale* » d'un travail scientifique. Dans cette étude, nous avons une hypothèse générale et des hypothèses de recherche.

4.5.1.1. L'hypothèse générale

L'hypothèse constitue selon Oumar Aktouf (2014), un point de soubassement, la fondation préliminaire de ce qui est à démontrer ou à vérifier sur le terrain. C'est en quelque sorte une base avancée de ce que l'on cherche à prouver. C'est la formulation pro-forma de conclusions que l'on compte tirer et que l'on va s'efforcer de justifier et de démontrer méthodiquement et systématiquement. Une hypothèse est selon Grawitz (2001), « *une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs.* » Même plus ou moins précis, elle aide à sélectionner des faits observés. Ceux-ci rassemblés, elle, permet de les interpréter, de leur donner une signification qui vérifiée, constituera un élément possible de début de théories. Pour la présente étude, nous avons une hypothèse générale et des hypothèses de recherche. Ainsi, notre hypothèse générale est la suivante:

HGR : l'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en termes de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation.

4.5.1.2. Opérationnalisation de l'hypothèse générale

Dans cette sous-partie, nous allons opérationnaliser l'hypothèse générale. Avant cette opérationnalisation, nous allons d'abord présenter et opérationnaliser les variables de l'étude.

- **Variable de notre étude**

Par définition, une variable est un phénomène, une donnée, voir même l'aspect d'une personne ou d'une situation qui peut varier. C'est le contraire de constance. Elle peut être simplement une donnée constitutive ou quelque chose qui varie c'est-à-dire prendre plusieurs valeurs ou catégories (Fonkeng et al. 2014, p.78). La variable peut être également considérer comme une entité manipulable que le chercheur prend comme un dessein pour atteindre l'objet principal de sa recherche. Dans notre travail, nous allons définir la variable indépendante (VI) et la variable dépendante (VD) qui constitue la colonne vertébrale de notre recherche.

- **Variable indépendante**

La variable indépendante est la variable manipulée par le chercheur. On l'étudie pour découvrir si elle influence la variable dépendante. La variable que nous allons manipuler dans cette étude renvoie à l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre.

- **Variable dépendante**

La variable dépendante est le comportement observé, c'est le phénomène que le chercheur explique ou mesure. La variable dépendante est l'effet présumé. Elle constitue la variable principale qui intéresse le chercheur. Elle est le plus souvent inspirée par le problème de recherche et constitue la variable sur laquelle le chercheur veut contrôler l'effet (Fonkeng et al. 2014, p.79). Dans le cadre notre étude, le comportement observé est la réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

- **Opérationnalisation de la variable indépendante**

Tableau 1 : Opérationnalisation de la variable indépendante

Variable	Modalités	Indicateurs
Accompagnement psychosocial	▪ Accompagnement individuel	Intervention individuelle
	▪ Le suivi des lépreux	Prise de contact régulier
	▪ Accompagnement socioprofessionnel	Soutien social

En tenant compte de cette opérationnalisation, nous allons énumérer les hypothèses spécifiques qui sont les suivantes :

HS1 : L'accompagnement individuel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/.

HS2 : Le suivi des lépreux facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

HS3 : L'accompagnement socioprofessionnel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

Tableau2 : Tableau synoptique

Hypothèse générale	Hypothèse de recherche	Variable indépendante	Modalités	Indicateurs	Indices	Variable Dépendante	Modalités	Indicateurs	Indices
L'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en termes de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation.	HS1 : L'accompagnement individuel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.	Accompagnement psychosocial	-Accompagnement individuel	-Intervention individuelle	-L'écoute -Lien de confiance -La thérapie	Réinsertion des personnes guéries de la lèpre	-Réinsertion socioprofessionnelle	L'autonomisation personnelle	-Bien-être -Satisfaction personnelle -Sentiment d'égalité
	HS2 : Le suivi des lépreux facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.		-Suivi des lépreux	-Prise de contact régulier	-Décision prise en commun -Sécurité -Suivi sanitaire		-Réinsertion socioculturelle	-Socialisation	-Identité culturelle -Normes sociales -Participation aux activités culturelles

	<p>HS3 : L'accompagnement socioprofessionnel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.</p>		<p>Accompagnement socioprofessionnel</p>	<p>-Soutien social</p>	<p>-Soutiens financiers -Soutiens sociaux -Soutiens moraux</p>		<p>-Réinsertion sociale</p>	<p>-Cohésion sociale</p>	<p>Réconciliation avec la famille Sentiment d'appartenance Accueil dans le milieu social</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------	------------------------	------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.6. LES INSTRUMENTS DE MESURE

Les sciences sociales et particulièrement l'intervention et action communautaire utilisent plusieurs types d'instruments dans le recueil des informations au rang desquels: les entretiens, le questionnaire, la grille d'observation, etc. L'emploi de chacun de ces instruments varie suivant l'objet de la recherche et le type de sujet à examiner.

4.6.1. Présentation et justification du type d'instrument retenu

Dans le cas de notre étude, nous avons choisi d'utiliser l'entretien. D'après Campenhoudt et Quivy (2000, p 173), « les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre des fondamentaux de communication et d'interaction humaine (...). Ces processus permettent au chercheur de retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés ».

L'entretien est une situation d'échange conversationnelle entre deux personnes afin de recueillir des informations dans un cadre spécifié. Il est destiné à recueillir des données qualitatives. Les informations ainsi récoltées reflètent le positionnement mental du questionné. Selon Mayer et al. (2000), les entretiens semi-directifs ont pris la forme d'une entrevue centrée, où les thèmes étaient abordés à partir d'une question assez générale un degré de liberté important aux participants. Ce type de recherche est bénéfique pour notre étude puisqu'il a laissé une grande place aux répondantes des cinq échantillons afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, leur vécu avec tout en nous permettant d'encadrer la discussion et l'orienter autour des thèmes de notre de recherche. L'intérêt de l'entretien est d'associer une probabilité à la pertinence des réponses du questionnaire, tout en testant les éventuels mécanismes de défense du questionné. L'entretien doit permettre au chercheur de confirmer ou d'infirmer les conclusions qu'il avait pu tirer du dépouillement du questionnaire. Azioun (2018), indique que l'entretien semi-directif est une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage. Le chercheur ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire. C'est en ce sens que Laforest & al. (2011) argumentent aussi que l'entretien semi-dirigé est une méthode qui permet de recueillir de l'information qualitative. Ce type de recherche est bénéfique pour notre étude puisqu'il a laissé une grande place aux répondantes des cinq échantillons afin qu'elles puissent exprimer

leur point de vue, leur vécu avec tout en nous permettant d'encadrer la discussion et l'orienter autour des thèmes de notre de recherche.

L'entretien semi-directif est le plus approprié pour l'étude des situations vécues. Comme le soulignent Blanchet et Gotman (2001), « l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentation (pensées construites) et les pratiques sociales (faits, expériences) ».

L'entretien semi-directif est donc, une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ainsi le chercheur doit adopter une démarche et éthique (Hopf, 2000). Notre objectif est de recueillir des réponses en lien direct avec nos hypothèses.

L'entretien semi-dirigé donne l'accès aux perceptions et aux opinions, il révèle des problèmes plus cachés ou plus difficilement observables, mais préoccupants dans certains secteurs ou segments de la population. Appelé aussi l'entretien individuel, Baribeau & al. (2012) affirment qu'il permet de recueillir le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné. L'entretien individuel est considéré comme un instrument privilégié pour mettre à jour sa représentation du monde. Contrairement à l'entretien directif, l'entretien semi-directif n'enferme pas le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies, ou dans un cadre fermé. Il lui laisse la possibilité de développer et d'orienter son propos (Eureva, 2010).

Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé l'entretien semi-directif en face à face. Il permet un contact direct de l'enquêteur avec l'enquêté et une organisation thématique des pensées du sujet sur un thème précis. L'entretien a pour but de recueillir les données des individus selon une procédure directe, dans leurs propres termes, leurs opinions, à propos d'une situation, d'un problème, d'un comportement, d'un objet.

Au cours de notre recherche, nous avons enregistré des entretiens en profondeur d'une durée de 35 minutes environ chacun auprès de cinq participants. Leur âge varie entre 29 ans et 65 ans. Ainsi, les entretiens effectués permettent d'investiguer en profondeur sur l'influence de l'accompagnement psychosocial sur la réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

4.6.2. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est essentiellement un aide-mémoire pour l'interviewer qui peut ainsi vérifier, de temps à autre, quels sont les points qui n'ont pas encore été abordés Ruquoy. D. (1990. P, 76-78). Il est établi avec des entretiens exploratoires, le guide se présente sous la forme d'un « pense bête » en répertoriant les thèmes et/ou axes thématiques qui doivent être abordés au cours de l'entretien semi-directif. Le guide n'est pas un cadre rigide. L'ordre des thèmes prévus est le plus logique possible, mais il n'est pas imposé : chaque entretien a sa dynamique propre. Le seul point important est que le sujet ait abordé toutes les questions du guide avant de terminer l'entretien ce qui permettra de réaliser une analyse comparative des différents entretiens. Quivy. L-V, (1995, P ,33)

La grille d'entretien est un instrument qui possède habituellement plusieurs dimensions, chacune permettant d'examiner l'objet de l'analyse sous un aspect différent. La grille d'analyse permet de recueillir des éléments d'information de manière organisée. Ainsi, dans le cadre de notre recherche, pour analyser nos données collectées à l'aide de notre guide d'entretien, nous nous sommes servis de l'analyse de contenu. Pour réaliser cette opération, nous avons procédé à l'analyse de contenu directe. Ce modèle d'analyse de contenu directe repose sur le fait que le chercheur se contente de prendre le sens littéral de la signification de ce qui a été étudié. Ce cadre peut être établi à priori et se fonder sur les catégories selon lesquelles on regroupera les unités d'informations que l'on s'attachera à extraire du discours de nos répondants.

Par définition le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de vos questions à poser ou vos thèmes à aborder lors d'une entrevue. Il est structuré selon le type d'entretien que le chercheur souhaite mener (entretien directif, semi-directif ou non directif).

Le guide d'entretien comprend un ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer. C'est un ensemble d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation est fonction de l'objet d'étude, de l'usage et du type d'analyse que l'on projette de faire. Un guide d'entretien se prépare de manière toute aussi rigoureuse qu'un questionnaire même si l'élaboration d'un guide est plus concise que celle d'un questionnaire (Tichelen, n.d). Pour Blanchet (1987), l'entretien est un schéma qui « vise à traverser la construction du discours, la connaissance objectivant d'un problème, fut-il subjectif : c'est une opération de l'élaboration d'un savoir socialement communicable ».

Le guide d'entretien selon Azioun (2018) est la liste des thèmes auxquels l'interviewer s'intéresse, thèmes sur lesquels il est susceptible d'effectuer ses relances. Il doit comporter les thèmes jugés pertinents par la littérature de recherche et/ou par les praticiens, les thèmes pertinents par rapport à la problématique du chercheur, et les thèmes venant de l'intuition et de l'observation de ce dernier.

Azioun (2018), affirme davantage que les thèmes de ce guide sont un aide-mémoire qui signale au chercheur tous les éléments sur lesquels il essaiera d'amener le répondant à s'exprimer de façon approfondie, mais seulement si le répondant aborde ou mentionne le thème lui-même. Le guide de l'interviewer doit être connu par cœur par l'interviewer. Ce guide peut être fixe ou évolutif (Azioun, 2018). Le but de l'interview est d'obtenir des réponses qui correspondent exactement à l'objet de la recherche et traduisent fidèlement ce que le sujet interrogé souhaite exprimer. Les questions doivent être comprises de la même façon par toutes les personnes interrogées (Delbayle, 1989). Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé le téléphone comme matériel de collecte de données. Le téléphone nous a permis d'enregistrer les conversations que nous avons eues avec les participants. Cela nous a permis de faire la retranscription des informations obtenues en vue de faciliter l'analyse. Le guide d'entretien de la présente étude est constitué de trois parties :

- La première partie est introductive et est destinée à expliquer aux répondants le but de l'enquête et de leur rassurer le respect de l'anonymat ;
- La deuxième partie est relative à l'identification des caractéristiques sociodémographiques des participants ;
- La troisième partie est relative aux thèmes de guide ;

Ce guide d'entretien est fait dans le but de recueillir les données ou informations venant de la population de l'étude. Il faut préciser ici que, ce guide a été utilisé pour les entretiens individuels de type semi-directif. Cependant, avant la phase de communication, nous avons bien voulu préciser quelques paramètres de l'entretien aux participants à savoir : la confidentialité des informations recueillis, l'objectif de cet entretien, le choix des participants, le thème de l'entretien, la prise de notes des réponses données par les participants. Pour élaborer le guide d'entretien de cette étude, il est nécessaire de rappeler ici l'objectif général et les objectifs de recherche de cette étude dont seront déduits les différents thèmes et les sous thèmes du guide d'entretien.

Thème 1 accompagnement individuel

Sous thème 1 : écoute

Sous thème 2 : lien de confiance

Sous thème 3 : thérapie

Thème 2 suivi des lépreux

Sous thème 1 : décision prise en commun

Sous thème 2 : sécurité

Sous thème 3 : suivi sanitaire

Thème 3 accompagnement socioprofessionnel

Sous thème 1 : soutiens financiers

Sous thème 2 : soutiens sociaux

Sous thèmes 3 : soutiens moraux

Thème 4 réinsertion socioprofessionnelle

Sous thème 1 : Bien-être

Sous thème 2 : satisfaction personnelle

Sous thème 3 : sentiment d'égalité

Thème 5 réinsertion socioculturelle

Sous thème 1 : identité culturelle

Sous thème 2 : normes sociales

Sous thème 3 : participation aux activités culturelles

Thème 6 réinsertion sociale

Sous thème 1 : réconciliation avec la famille

Sous thème 2 : sentiment d'appartenance

Sous thème 3 : accueil dans le milieu social

- **Etape de construction de guide d'entretien**

Pour la construction de notre guide d'entretien, nous sommes partis de l'opérationnalisation de nos variables. C'est à la base de ces variables que nous avons construit notre guide d'entretien.

Le guide d'entretien est plus qu'une simple liste d'interrogation, il a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien. Le présent guide d'entretien est établi dans le but de recueillir les données ou l'information venant de la population de notre étude. Il porte à la description de la démarche suivie pour la collecte des informations sur le terrain.

Notons, le travail de terrain a été effectué en langue arabe. Les questionnaires ont été traduits en langue arabe pour nos répondants.

- **La prise des rendez-vous**

Pour débiter avec nos entretiens, nous avons organisé nos rendez-vous de cinq jours avant le début effectif de nos différentes rencontres avec nos répondants. Ceci a pour but de bien les préparer et aussi de mieux nous outiller.

- **Le lieu d'entretien avec les répondants**

Les entretiens se sont déroulés dans le site d'isolement ou habites ces dernières. Nous nous asseyons sur les nattes parfois sur des briques pour la passation des entretiens avec nos répondants. D'autres répondants préfèrent s'isoler de leur entourage pour pouvoir répondre à nos questions.

- **L'utilisation du téléphone comme outil de collecte de données**

Comme outil de collecte de données, lors des entretiens, nous avons utilisés le téléphone portable pour enregistrer nos conversations afin de pouvoir mieux les retranscrire à la maison, et ceci pour ne pas oublier des éléments nécessaires. Cela s'est fait avec l'accord de ces dernières qui ont bien voulu nous donner la possibilité d'enregistrer les informations qu'elles nous fournissaient.

4.7. PRÉSENTATION DU SITE DE LA RECHERCHE : MONGO

Cette sous-section porte sur le site de l'étude. Il sera question de la justification du choix de l'étude, de l'histoire de la ville de Mongo et de la situation géographique de Mongo.

4.7.1. Justification du choix du site de recherche

Le site de l'étude est l'espace dans lequel se déroule une recherche. A ce titre Gravel (1978) affirme que « la connaissance du milieu physique et humain est essentielle dans la perception et la compréhension des faits sociaux » (p.6). Le site de l'étude est le lieu géographique et socioculturel où est installée la population auprès de laquelle l'étude va avoir lieu. Son choix est en fonction du problème de l'étude, de l'objectif visé et des hypothèses testé (Fonkeng, Chaffi et Bomda 2014) « Elle permet de saisir l'influence du milieu sur l'homme et mieux comprendre les différentes formes d'organisation sociale » (p.83)

La ville de Mongo a été choisie comme site d'étude en particulier le site d'isolement des lépreux pour les raisons liées à cette étude. Une ville située au centre du Tchad.

4.7.2. Brève histoire de la ville de Mongo

La ville de Mongo est instituée en Préfecture en juillet 1956. Elle est composée de quatre cantons : Dadjou 1, Bidio, Migami et Abassie. Chaque canton porte le nom de l'ethnie dominante. Ces ethnies dominantes sont les premiers occupants des Cantons. Elles sont venues du Ouaddaï, de Yemen, du Soudan et de la Mecque, attirées essentiellement par la fertilité des terres et le pâturage. L'extension de l'Islam constitue aussi l'une des raisons de leur immigration.

4.7.3. Situation géographique

La ville de Mongo est située au centre du pays, elle couvre une superficie de 58.950 km² pour une population de 306.253 habitants. Elle est limitée :

- à l'est par la Sous-préfecture de Mangalmé,
- à l'ouest par la Sous-préfecture de Bitkine,
- au nord par la Sous-préfecture d'Ati,
- et au sud par la Sous-préfecture d'Aboudeïa et le Département de Melfi.

Le Guéra (Mongo) est l'une des 23 Provinces administratives du Tchad. Le bureau de poste principal est situé dans le chef-lieu. Le Guéra (Mongo) à une altitude varie entre 240 m au niveau de la dépression du Lac Tchad et 3415m au nord dans le Tibesti. Le massif du Guéra culmine à 1800m. Il est composé de granites recoupés par de nombreux dykes de dolérite.

La ville de Mongo reçoit annuellement 744mm de pluie et comprend plusieurs zones de végétation. Il s'agit de l'une des plus importantes zones agricoles du pays, produisant en particulier du coton et de l'arachide, les deux principales cultures de rente du pays.

4.8. LA POPULATION, L'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON DE BASE

Le choix de la population à étudier et l'identification de l'échantillon des participants sur lesquels portera l'entretien sont déterminants dans la qualité d'une étude (Eymard, 2003) cité par Noumbissie, 2010. Toute recherche porte précisément sur une population donnée. C'est la raison pour laquelle, une enquête a toujours pour but d'obtenir de l'information sur une population spécifique, précise.

4.8.1. La population

La population de l'étude désigne « *un ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation* », (Angers, 1992, p.1). Elle renvoie à l'ensemble des individus ayant les

mêmes caractéristiques sur lesquels le chercheur mène ses investigations. La population se comprend comme étant le nombre total d'éléments, d'unités ou encore d'individus devant faire l'objet d'une étude statistique. Pour Grawitz (1979), la population d'étude désigne un ensemble dont les éléments possèdent tous une même propriété. Elle renvoie à l'ensemble des individus ayant les mêmes caractéristiques sur lesquels le chercheur mène ses investigations. La population se comprend comme étant le nombre total d'éléments, d'unités ou encore d'individus devant faire l'objet d'une étude. Selon Mucchielli (1971, p. 16), c'est « l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête ». Le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être à même d'apporter des réponses pertinentes et objectives aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir (Champagne et *al.* 1994).

La population de l'étude est également un univers d'individus situant dans un cadre géographique sur lequel nous menons l'étude. La population se définit « comme un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquels portent les observations » (Tsafack, 2007, p.7). Du latin *populus*, le vocable population au sens étymologique désigne un ensemble des personnes vivant sur un espace géographique commun ayant des caractéristiques communes. En sciences sociales, on considère la population comme un ensemble des sujets pouvant faire l'objet d'une recherche. Dans le cas qui nous préoccupe, le choix de notre population est porté sur l'ensemble des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. Difficile d'avoir accès à toute cette population, nous avons trouvé nécessaire de la scinder en deux notamment : la population cible et la population parente.

- La population cible : est celle qui englobe l'ensemble des individus répondant aux critères généraux de l'étude. Notre population cible est l'ensemble des personnes guéries de la lèpre ;
- Population accessible : est un sous ensemble de la population cible, disponible au chercheur et à partir duquel le chercheur pourra extraire son échantillon. Dans notre cadre d'étude, il s'agit des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. C'est sur l'ensemble des personnes guéries de la lèpre auxquels nous avons effectivement accès que nous avons prélevé notre échantillon.

4.8.2. La technique d'échantillonnage et échantillon

La technique de l'échantillonnage est « un procédé qui consiste à sélectionner au sein de la population cible les répondants dont les réponses pourront être généralisées auprès de l'ensemble » (Fonkeng et al. 2014, p. 83). En pratique, on ne considère que très rarement l'ensemble des participants qui composent une population. Faire d'entretien à tous les membres d'une population serait une situation idéale en termes d'informations. Mais cela présente souvent des contraintes, notamment de temps. L'usage est donc de ne considérer qu'une partie des membres appartenant à cette population. Ce sous-ensemble est appelé *échantillon*. L'échantillonnage est le processus qui permet d'extraire ce sous-ensemble. Il permet au chercheur d'estimer des caractéristiques d'une population en observant directement une partie de l'ensemble de la population.

4.8.2.1. La technique d'échantillonnage

L'échantillonnage est un processus par lequel on choisit un certain nombre d'éléments dans une population de telle manière que les éléments choisis représentent ladite population. Il s'agit d'une notion importante en recherche, car lorsqu'on ne peut pas saisir un phénomène dans son ensemble, il est nécessaire d'opérer des mesures en nombre fini afin de représenter ledit phénomène. Dans la présente étude, nous avons fait usage de la technique d'échantillonnage à choix raisonné. Il s'agit d'une technique qui repose sur le jugement du chercheur pour constituer un échantillon du sujet. (Tang Essomba. M, (2012).

En général dans la recherche, les chercheurs soulignent deux grandes catégories de techniques d'échantillonnage : l'échantillonnage probabiliste et l'échantillonnage non probabiliste (Denscombe, 2010 ; Wilson ,2014). Du fait de la nature qualitative de notre étude, nous optons pour le type d'échantillonnage non probabiliste qui ne permet pas une sélection aléatoire (Denscombe, 2010 ; Wilson 2014). Cette catégorie comprend toutes les méthodes d'échantillonnage où aucune probabilité de sélection n'est assignée aux éléments de la population. Il en découle que les inférences établies à partir des résultats obtenus relèvent plutôt de l'intuition que d'une démarche objective et scientifique (Ajar, 1983). Plusieurs méthodes d'échantillonnages non probabilistes ont été répertorié dans la littérature (Descombe, 2010 ; Wilson, 2014). Pour la sélection de notre étude nous optons pour l'échantillonnage à choix raisonné qui consiste à faire un choix délibéré d'un participant dû aux qualités que possède le participant (Etikan, 2016).

4.8.2.2. Echantillon de l'étude

D'abord, l'échantillon se définit comme le fragment ou la petite quantité de population parente auprès de qui l'étude est susceptible d'être menée. L'échantillon est aussi un ensemble d'individus extrait d'une population étudiée de manière à ce qu'il soit représentatif de la population mère pour l'objet de l'étude (Fortin, Côté, et Filion 2005). L'échantillon doit par conséquent posséder toutes les caractéristiques de la population d'enquête d'où il est tiré afin de la généralisation des conclusions à l'ensemble du groupe. Il est en effet impossible d'interroger toute une population pour des raisons de coût et de temps, ce qui conduit le chercheur à échantillonner un petit groupe pour ensuite extrapoler les résultats qu'il établit à la population. Notre échantillon doit nécessairement être en droite ligne avec l'objet de notre étude.

L'échantillon est la partie de l'univers qui sera effectivement étudiée qui permettra, par exploration, de connaître les caractéristiques de la totalité de l'univers (Loubet Delbayle, 1989). Un échantillon est un ensemble de population donnée que l'on tire au hasard pour réaliser une étude scientifique (Amin, 2005). L'échantillon est une prise de quelques éléments de la population. Le but ultime dans la plupart des investigations étant d'être capable de généraliser les résultats des données à l'ensemble de la population à partir dudit l'échantillon extrait. L'échantillonnage est la construction de l'échantillon qui, elle-même, permet de connaître le tout d'une partie. Dans le cadre de notre recherche, l'ensemble des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo constituent la population de notre étude. De cette population-mère, nous avons choisi les personnes guéries de la lèpre dans le site d'isolement des lépreux dont les caractéristiques respectent les objectifs que nous nous sommes fixés au départ.

4.9. Déroulement de l'enquête

Pendant le déroulement des entretiens, nous nous sommes attelés à garder une position de neutralité bienveillante ; c'est-à-dire que nos avis ou nos propres jugements ne devraient pas intervenir dans l'entretien. Au début, nous avons commencé par les gestes d'éthique et de courtoisie : présentation, explication de la raison de l'entretien, de l'usage de leur discours et nous avons obtenu le consentement éclairé des participants.

Les cinq participants ont accepté que leur entretien soit enregistré. Ce qui nous a permis de retranscrire fidèlement et d'analyser après l'entretien le contenu de ce qu'ils nous ont répondu.

4.10. Les difficultés rencontrées pendant l'enquête

Malgré les dispositions qui ont été prises pour contourner les obstacles de terrain, notre enquête ne s'est pas déroulée sans difficultés. Tout d'abord en ce qui concerne l'accès aux écrits sur notre sujet de recherche. La plupart des documents sont inaccessibles dans nos bibliothèques. Dans le contexte tchadien nous avons trouvé un seul document officiel sur notre sujet. Ce qui nous a pris le temps à l'achèvement de notre travail. La principale difficulté à laquelle nous avons été confrontées a été la réticence de certains lépreux guéris à nous donner leur approbation. Ces comportements nous ont été reportés par certains de ces derniers par le fait qu'ils sont isolés et rejetés par la communauté, donc ils sont réticents à collaborer avec les gens qui se rapprochent d'eux.

A côté de la réticence de ces lépreux, il faut également noter la perturbation des entretiens par ces derniers.

Des longues heures d'attentes et de renvoi par les lépreux, qui préféreraient d'abord s'occuper de leurs activités avant de venir à nous.

4.11. Technique d'analyse des données : l'analyse de contenu

Le traitement des données comme le précise Eymard (2003, p.157) est en lien étroit avec la méthode de recherche et l'objectif poursuivi.

Notre recherche repose sur une méthode qualitative compte tenu de ce que dans notre démarche, nous avons des participantes en nombre limités. Cette méthode d'analyse permet de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme les rapports d'entretiens semi-dirigés (Quivy et Campenhout, 2006). Cela explique notre choix pour ce type d'analyse de données, ainsi que la volonté de décrire et d'expliquer les relations observées. Ce type d'analyse s'avère en effet pertinent lorsque l'objectif de la recherche est d'expliquer la dynamique des relations. Dans le cas de notre étude, nous avons utilisé l'analyse de contenu.

L'analyse de contenu est un ensemble permettant de décrire tout contenu de communication en vue de l'interpréter. Elle peut être un ensemble des instruments méthodologiques qui s'organise autour des items. On peut aussi définir l'analyse de contenu comme un mode de traitement de l'information s'appliquant à toute forme de communication, de discours et d'images (Fortin et al.2005). Elle nous sert à décrire et à déchiffrer tout passage de signification d'un émetteur à un récepteur. C'est alors une méthode d'analyse de données permettant l'exploitation de contenu du discours afin d'établir la

signification et de permettre une compréhension éclairée de ce discours. Les données sont des informations auxquelles le chercheur accède au moyen de ses outils d'investigations. Ces données sont des éléments pouvant nous permettre de prendre un appui pour mener notre démonstration et convaincre les résultats (Fonkeng et al. 2014).

Par analyse de contenu, l'on peut entendre une méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les interviewés de la façon la plus objective possible et la plus fiable possible. Selon Quivy, Van Campenhoudt et Marquet (2017, p.298), « l'analyse de contenu porte sur les messages aussi variés que les œuvres littéraires, des articles de journaux, des documents officiels, des programmes audiovisuels, des déclarations politiques, des rapports de réunions ainsi que des comptes rendus d'entretiens semi-directif ».

Selon Mucchielli (2006) l'analyse de contenu est un ensemble de méthodes diverses, objectives et exhaustives dont le but commun est de dégager à partir des discours un maximum d'informations concernant des personnes, des faits relatés, des sujets explorés, mais aussi et surtout de découvrir le sens de ces informations. Dans l'analyse suivant l'arbre thématique, l'inférence qui est faite est un type d'analyse contrôlé lors de laquelle on accomplit « une opération logique qui permet de tirer d'une ou de plusieurs propositions en (l'occurrence des données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou des conséquences qui en résultent nécessairement » (Mucchielli, 2006, p.32). Il s'est agi dans cette étude de justifier la validité des propos avancés par les participants à l'enquête en exposant les raisons de la preuve. À ce niveau, un processus impliquant un effort de rapprochement des idées des discours des participants des thèmes et sous thèmes de l'étude est faite pour faciliter la clarification du lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes. Ce processus s'est fait en deux moments distincts mais complémentaires : l'organisation des données dans un texte impliquant une segmentation et une décontextualisation d'un côté et leur analyse ou encore catégorisation menant à une recontextualisation de ces informations

L'analyse de contenu est un mode de traitement de l'information qui s'applique à toute forme de discours, d'images et de communication. Elle vise une lecture seconde d'un message, pour substituer à l'interprétation intuitive ou instinctive une interprétation construite (Bardin, 1989). Ce n'est ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative » (L'Écuyer,

1990, p.31). Aussi, comme le font remarquer Gighlione et Blanchet (1991, p.57), « le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncés ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyses.

Pour Berelson (1952), elle se définit comme « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication* ». En psychologie et singulièrement en psychologie pathologique et/ou clinique, l'objectif est d'analyser le matériel d'enquête collecté à l'occasion d'observations, d'entretiens de groupe ou d'entretiens individuels : les comportements, les mots, les gestes, ce qui n'est pas dit et qui est sous-entendu.

Bardin (1977), soutient que « l'analyse de contenu est un ensemble de techniques d'analyse des communications ». Pour cet auteur, la procédure comprend généralement la transformation d'un discours oral en texte, puis la construction d'un instrument d'analyse pour étudier la signification des propos. Ensuite, il y a l'intervention d'un chargé d'étude pour utiliser l'instrument d'analyse et décoder ce qui a été dit. Enfin, l'analyse établit le sens du discours. Souvent les difficultés sont de rassembler des informations ambiguës, incomplètes, et contradictoires, d'interpréter les similitudes et les différences entre les répondants et de parvenir à une analyse objective.

L'analyse de contenu nous permet de lire le corpus fragment par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des catégories fixées à priori ou établies au cours de la lecture. Il s'agit d'une analyse qui porte sur « les contenus, unités de signification supposées véhiculées par un contenant (le langage), traversant donc ou ignorant sa réalité matérielle » (Giust Desprairies et Lévy, 2003). Cette technique est destinée à établir la signification et à permettre une compréhension éclairée des documents analysés. Elle nous aidera à saisir le sens exact du message des participants à travers leur discours, dans toute sa subjectivité et son intersubjectivité. Les opérations de relecture et d'écriture, lors de l'analyse du discours, pour favoriser l'émergence de sens selon le vécu du participant, dans son contexte. C'est pour cette raison que le chercheur tentera de relier tous les éléments entre eux (Poupar, 1997). Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis par Poirier et al. (1996), qui l'utilisent dans le cadre de l'analyse de contenu de récits de vie. Même si notre mode d'entretien ne relève pas à proprement parler du récit de vie. Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ceci, parce ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à « l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'informations » (Poirier & al.1996 p.150), avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa

richesse. Afin de préciser cette notion cruciale d'interprétation, on peut se référer à Robert et Bouillaguet (1997 : p. 35) qui, dans leur ouvrage consacré à l'analyse de contenu, la définissent comme « l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou plusieurs des conséquences qui en résultent nécessairement ». Il s'agit, ajoutent les auteurs, de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. Dans notre travail, nous ferons recours à l'analyse thématique.

Pour Pedinielli (1994) l'analyse thématique est avant tout descriptive, elle correspond à une complexification de la question simple, de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par le découpage du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente selon les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases. Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative de données par « la sélection et l'organisation rationnelles des catégories condensant le contenu essentiel d'un texte donné (Kraukauer, Poirier & al. 1958) Il s'agit ici de ce que les auteurs appellent un examen de type classificatoire. « Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données. En effet, d'une part, le canevas établi pour l'enquête nous fournit à priori les thèmes principaux, d'autre part, le travail d'inventaire nous donne des catégories à postériori. Le choix de ces catégories qui obéit à certaines règles techniques d'exclusion mutuelle, de pertinence, d'homogénéité et d'efficacité, est le fait du chercheur (...). Il faut donc établir des catégories descriptives renvoyant à des variables du texte exclusif les unes des autres, qui découpent et organisent le discours » (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996, p. 165). Cette coexistence de catégories construites à priori et à postériori nous a paru intéressante pour conjuguer rigueur et créativité, vérification et exploration. En effet, sur le plan de la rigueur, les catégories à priori conduisent à un recensement systématique suivant le plan de l'entretien alors que les catégories à postériori permettent dans une perspective plus exploratoire, de découvrir d'autres significations, parfois imprévues, qui éclairent le matériel.

Elle est utilisée dans cette étude, pour analyser les données issues des entretiens semi-directifs. L'analyse de contenu permettra de lire le contenu réel des déclarations et de lui attribuer du sens.

La grille d'analyse quant à elle, est un instrument qui possède habituellement plusieurs dimensions, chacune permettant d'examiner l'objet de l'analyse sous un aspect différent. La grille d'analyse permet de recueillir des éléments d'information de manière organisée.

Ainsi, dans le cadre de notre recherche, pour analyser nos données collectées à l'aide de notre guide d'entretien, nous nous sommes servis de l'analyse de contenu. Pour réaliser cette opération, nous avons procédé à l'analyse de contenu directe. Ce modèle d'analyse de contenu directe repose sur le fait que le chercheur se contente de prendre le sens littéral de la signification de ce qui a été étudié.

Ce cadre peut être établi à priori et se fonder sur les catégories selon lesquelles on regroupera les unités d'informations que l'on s'attachera à extraire du discours de nos répondants.

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus.

Pour ce qui relève de cette étude, nous avons procédé en trois étapes essentielles : la retranscription des données, le codage des informations et le traitement des données.

Avant de commencer l'analyse, la première étape fait l'inventaire des informations recueillies et les met en forme par écrit. Ce texte (appelé verbatim) représente les données brutes de l'enquête. La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Plutôt que de traiter directement des enregistrements audio ou vidéo, il est préférable de les mettre à plat par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle (Auerbach et Silverstein, 2003).

Les données qualitatives se présentent sous la forme de textes (de mots, phrases, expression du langage, ou d'informations symboliques (gestes, ton de la voix, impressions...)). Elles peuvent correspondre à une retranscription d'une interview, à des notes d'observations sur le terrain, à des documents écrits de nature diverse (récits, compte-rendu, réponses à des questions). Selon les objectifs de l'étude, ces données sont destinées, une fois analysées, à documenter, à décrire et à évaluer en détail une situation, un phénomène ou une décision, à comparer, à mettre en relation et à en expliquer les causes, à prédire les comportements et les facteurs de succès et d'échecs. Dans cette perspective, nous avons retranscrit nos interviews.

CHAPITRE V : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

La tâche dans cette partie consistera à présenter les résultats des différentes investigations réalisées sur le terrain. Nous allons présenter les résultats liés aux caractéristiques sociodémographiques des participants. L'analyse de la méthodologie qualitative est la phase ultime et la plus ardue de la recherche. Les différentes démarches étant déjà réalisées et décrites dans le chapitre précédent. Il est important maintenant de faire parler nos matériels, c'est-à-dire procéder à une analyse soutenue des entrevues réalisées. Comme l'a souligné Bellot (2001), faire parler le matériel n'est pas que le fruit de la retranscription des données recueillies lors de nos entrevues, mais c'est un processus beaucoup plus complexe qui consiste en un processus de traitement, d'organisation, et de classement. Pour l'approche qualitative, il s'agit d'un processus de compréhension de la réalité décrite par les personnes guéries de la lèpre rencontrées. Ainsi, cette partie vise à présenter les points de vue des cinq personnes guéries de la lèpre interviewées dans le cadre de cette étude portant sur l'accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre. L'analyse a porté d'une part sur les représentations sociales de ces derniers et d'autre part sur la réinsertion.

5.1. Les caractéristiques sociodémographiques des participants

Afin d'offrir un portrait plus clair de la diversité de notre échantillon, les caractéristiques sociodémographiques des répondants sont présentées et résument les principales dimensions sociodémographiques retenues. L'échantillon de cette étude est constitué de cinq participants âgés de vingt-neuf à soixante-cinq ans. Pour ce qui est du sexe, quatre participants sont de sexe masculin et un autre est de sexe féminin.

5.2. PRESENTATION DES RESULTATS DES PARTICIPANTS

Sur le plan de la méthode, tel qu'évoqué dans le chapitre précédent, les restitutions réalisées s'attardent surtout aux réalités objectives des participants, soit les faits, les événements et les conditions de vie. Afin de les personnaliser et de les rendre plus « vivantes », quelques paroles des répondantes de l'ordre de la discursivité et de la réflexivité ont été insérées parmi les éléments descriptifs de la trajectoire. Mentionnons enfin que nous avons été soucieux de recomposer fidèlement les histoires à partir de ce qui nous a été raconté (et a été retranscrit intégralement). Par-delà les efforts pour créer un rapport des plus égalitaires lors des rencontres avec les participants, il importe de se remémorer qu'au final, c'est le chercheur qui a le « dernier

mot » (Jeffrey 2004) ; l'intégrité et la transparence sont ainsi deux principes éthiques fondamentaux qui nous ont accompagnée tout au long de cette recherche.

5.2.1. Répondant 1

« Je réponds au nom de **A. H. D**, je suis âgé de 65 ans, je suis marié et père de 4 enfants. Je suis de la religion musulmane. Je suis un commerçant, j'ai abandonné les études quand j'étais en classe de 1^{ère} pour embrasser le commerce.

- ✓ *Avez-vous raconté votre situation à une personne ou à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Présentez-nous. Si non, pourquoi ? Et comment ? Parlez-nous*

Au début quand j'étais attaqué par la maladie, j'ai 20 ans, nous vivons avec mes parents dans un village (Oumadjer) à 15 km de la ville de Mongo. Mon père est un éleveur, je partais à l'école le matin et à mon retour je gardais les bétails de mon père. C'est à ce moment que j'étais contaminé par la maladie. Presque 3 ans avant la mort du premier du Tchad, François NGARTA TOMBALBAYE que je ne me sentais pas bien. Deux mois plus tard, elle s'est déclenchée, je n'arrivais pas à rester sous soleil pendant 2h à 3h du temps. J'ai informé à mon père la situation que je veux aller à l'hôpital, il a refusé de m'accompagner à l'hôpital mais me propose plutôt les soins traditionnels. Chose qui n'a pas été marché. J'étais obligé moi-même de prendre mon sac et fuir pour venir à l'hôpital de Mongo pour me faire soigner.

- ✓ *Avez-vous été suivi par un spécialiste ? Si oui, c'était qui ? Un psychiatre, un psychologue, un éducateur, un médecin, un infirmier ? Présentez-nous. Et comment s'est faite la prise en charge ? Parlez-nous un peu de situations de votre séance de prise en charge*

Oui j'étais suivi par un médecin, à mon arrivé à l'hôpital régional de Mongo, j'étais accueilli par le médecin chef DJIMADOUM Clavert dans la salle de consultation. Après la consultation, vu l'ampleur de l'amputation de certains de mes doigts et orteils, il m'a donné un rendez-vous pour les examens. Une fois faire les examens, le médecin à établi un programme de suivi pour la prise en charge. Le suivi se passe chaque deux semaine après avoir fini avec les produits prescrits par le médecin.

- ✓ *Racontez-nous votre séance de thérapie avec un spécialiste ? Et comment ça s'est passé ? Présentez-nous*

Pendant mon suivi sanitaire avec docteur Djimadoum Clavert, j'ai eu a rencontré un psychologue d'où nous avons passé une séance thérapeutique avec lui. Il m'a donné un rendez-vous dans son bureau au sein de l'hôpital que je suis allé le voir. Nous avons travaillé ensemble durant 1h30mn dont il m'a laissé le temps de m'exprimer, de lui expliquer tout ce que je ressens

comme la douleur au début de la maladie jusqu'à mon séjour dans son bureau. Après avoir m'écouter attentivement, il prend la parole à son tour pour m'orienter, me donner des conseils et directives afin de surmonter toutes les épreuves que je traverse.

✓ ***Participez-vous à la prise de décisions commune au sein de votre communauté ? Si oui, comment ? Parlez-nous***

Je participe régulièrement à la prise de décisions commune au sein de ma communauté. Lors d'une rencontre ou d'une réunion familiale, je suis toujours impliqué car les parents me considèrent comme étant l'aîné de la famille, malgré la maladie qui m'empêche d'être permanent en contact avec eux et ne se reste que prendre une décision, j'ai le droit à prendre la parole pour exprimer ou dire ce qui ne marche pas la société.

✓ ***Comment vous sentez-vous ? Est-ce que votre sécurité est garantie ? Si oui, justifiez***

A présent, je me sens en sécurité parce que je ne suis pas rejeté par mes proches et familles. Ils me soutiennent à tout moment et dans tous les domaines (financier, moral, spirituel, social, etc.). Malgré les infirmités, les déformations de mes doigts et orteils causés par la maladie mais ils ne cesseront de me venir en aide. Ma sécurité est garantie ; car je me débrouille avec mon commerce qui me permet de gagner chaque jour de l'argent pour subvenir aux besoins de ma famille et moi. Tout ceci me rassure que ma sécurité est garantie.

✓ ***Comment se passe le suivi sanitaire après votre guérison ? Si oui, parlez-nous. Si non, pourquoi ?***

Le suivi sanitaire se passe très mal après la guérison. Le plus souvent quand nous sommes confrontés à des problèmes de rechute, nous n'arrivons pas à être suivis régulièrement comme il le doit par les corps soignants dû au manque de produits. Ces derniers nous ont fait savoir à chaque fois que le ministère de la santé publique à travers le programme de grandes endémies ne met pas assez les produits à leur disposition pour le traitement des lépreux. C'est ce qui amène le plus souvent des grandes amputations à certaines malades qui ont le problème de rechute.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens financiers de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux ? Si oui, expliquez-les***

Nous ne recevons rien comme des soutiens financiers de la part du gouvernement, ni de la part des ONG nationaux et internationaux. Le gouvernement tchadien nous aidait avec des kits et des survies mais depuis l'arrivée du Covid-19, il n'intervient pas régulièrement. Nous sommes abandonnés, chacun se débrouille partout pour subvenir à ses besoins et aux besoins de sa famille. Ceux qui ont perdu leurs doigts et n'ont pas la force pour travailler sont obligés d'aller mendier dans les rues. Nous recevons une seule fois dans l'année ces survies et pendant la

journee mondiale de la lèpre célébrée chaque année. Pour ce qui concerne les ONG nationaux et internationaux, c'était la Fondation grand cœur de la première dame Hinda DEBY, le HCR, le CARE Tchad et l'Association Française Raoul Follereau qui nous venait en aide constamment mais depuis 2019 nous ne recevons rien de leur part.

✓ ***Le fait d'être mis à l'écart impacte-t-il sur votre réinsertion socioprofessionnelle? Si oui, expliquez-les. Si non, pourquoi? Parlez-nous***

Une chose est vraie, cette maladie a un impact négatif sur ma réinsertion socioprofessionnelle ; car j'ai perdu tout ce que j'en ai dans les années précédentes. Vu l'état de ma santé au début quand ça allait encore mieux, j'exerçais mes activités de commerce pour inscrire mes enfants à l'école. Mais à présent, je n'arrive pas à exercer mes activités comme il le doit. Je regrette vraiment mais c'est la volonté d'Allah donc je ne peux rien.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle? Et êtes-vous inscrit dans un centre de formation? Si oui, comment? Présentez-nous***

Oui, j'ai reçu un soutien dans le domaine de la prise en charge professionnelle. L'ONG, Association pour l'Action Humanitaire et le Développement Durable (ACHDR) nous a formés dans le domaine de la pisciculture à N'Djamena en 2018. Mais jusqu'à aujourd'hui nous les attendons afin qu'ils mettent à notre disposition les matérielles qui nous permettrons de commencer avec les activités pour que nous puissions se prendre en charge que d'attendre toujours leur aide mais rien.

✓ ***Comment vous sentez-vous après votre guérison? Parlez-nous***

Je me sens beaucoup mieux après la guérison. Je suis un peu en forme malgré les séquelles des plaies et des doigts amputés. A part cette malaise, je me débrouille avec mon petit commerce que je venais de commencer pour trouver au moins par jour à manger à ma famille ; car il y'a déjà 3 ans que l'Etat ne nous soutien plus, nous recevons que pendant la célébration de la journée mondiale de la lèpre.

✓ ***Etes-vous satisfait personnellement de l'accompagnement reçu? Si oui, justifiez. Si non, pourquoi? Parlez-nous***

Je suis satisfait de l'accompagnement reçu. Grâce à cet accompagnement beaucoup d'entre nous ont reçu leur guérison aujourd'hui. Bien sûr que nous n'arrivons pas à se réinsérer comme les autres. A travers cet accompagnement, j'ai eu deux séances de thérapie avec un psychologue dont lors de notre entretien, j'ai eu à lui expliqué ma situation et il m'accompagné a retrouvé aujourd'hui la guérison.

✓ ***Vous sentez égale aux autres personnes de votre communauté? Si oui, justifiez. Si non, qu'est ce qui fait la différence entre vous et les autres? Expliquez-les***

Je me sens égale aux autres personnes de ma communauté ; car je ne suis pas rejeté la communauté comme d'autres rejettent leurs proches atteint de cette maladie. Nous vivons toujours ensemble avec ma famille, nous partageons le même repas, la même chambre. Elle me considère comme une personne qui a le même droit et devoir qu'eux.

✓ ***Citez les éléments de l'identité culturelle que vous avez gardée ? Présentez-les***

Les éléments de l'identité culturelle que j'ai gardée sont entre autre :

- La manière de s'exprimer ça se traduit au ton, la façon dans laquelle se prononcent les mots,
- La manière de s'habiller c'est-à-dire chez nous les musulmans on porte toujours les habits longs appelés communément djalabya en arabe.

✓ ***Respectez-vous les normes sociales de votre communauté ? Si oui, lesquelles***

Les normes sociales de ma communauté que je respecte sont les suivantes:

- Il n'est pas autorisé à un homme de s'asseoir parmi les femmes,
- Il est interdit à un homme de prendre une femme et verser la dot après,
- Il n'est pas permis à un homme de saluer une femme en serrant la main.

✓ ***Dites-nous Mr/Mme participez-vous aux activités culturelles au sein de votre communauté ? Si oui, parlez-nous***

Oui, je participe aux activités culturelles organisée chaque année au sein de ma communauté. Récemment, j'ai pris part au festival dary qui regroupe chaque année au mois de Décembre différente famille de notre communauté dans le but de présenter et valoriser notre culture. Ces activités nous ont permis de faire savoir aux autres l'importance de notre culture qui fait partie du patrimoine culturel et qui permet de développer notre pays le Tchad.

✓ ***Vous êtes-vous réconcilié avec vos familles après votre guérison ? Si oui, parlez-nous***

Oui, quand la famille a appris la nouvelle de ma guérison, elles sont venues à ma recherche et nous nous sommes réconcilié. Au moment de la réconciliation, les mots de consolation, de réconfort et de soutien n'ont pas perdu de vue pendant ce temps d'échange avec eux. D'autres s'excuse pour leur mauvais comportement commis à mon regard durant cette période dont j'ai traversé.

✓ ***Le fait que vous soyez isolé au départ répercute-t-il sur votre sentiment d'aller vers les autres après la guérison ? Si oui, comment ?***

Quand je viens vers les autres ils m'ignoraient, certains me fuyaient et d'autres souhaitent à ne pas me croiser sur leur chemin. Cela m'amène à avoir un sentiment d'inquiétude d'aller vers les autres après ma guérison.

- ✓ *Comment êtes-vous accueilli au sein de votre communauté par vos proches? (Dites-nous)*

Pendant que j'ai regagné ma communauté, un accueil chaleureux m'a été réservé. La famille était dans un grand plaisir que je leur regagne dans un climat très serein et quiétude.

- ✓ *Avant votre maladie et après votre maladie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie personnelle et avec les autres sur les points suivants : religieux, culturel, spirituel, professionnel ? Parlez-nous*

Avant la maladie je m'occupais normalement sur mes activités commerciales ainsi que d'autres. Mais depuis que je suis attaqué par cette maladie je ne parviens à faire mon commerce. Du point de vue professionnel, je suis un commerçant, avant la maladie j'exerçais bien mes activités de commerce sans contrainte. Mais après cette maladie, je n'arrive pas à avoir la force pour continuer avec mes activités qui pourraient m'aider à gagner de l'argent afin de me prendre en charge que d'attendre souvent des autres. Du point de vue religieux, avant la maladie je partais constamment à la mosquée à chaque heure de prière pour implorer Dieu. Par contre, après la maladie nous qui sommes touché par la lèpre on nous mettait en dehors de la mosquée pendant les heures de prière. Sur le plan culturel, rien n'a été changé sur ce point. J'ai toujours gardé ma culture ; car elle demeure toujours la même. Sur le plan spirituel, avant la maladie j'ai un esprit disposé de pensées positives. Mais après cette maladie, psychologiquement je suis traumatisé par les séquelles de la maladie qui me donne souvent des mauvaises pensées ».

5.2.2. Répondant 2

« Je m'appelle **J. B**, je suis âgé de 29 ans, je suis célibataire, licencié en Art et Métiers. Je suis de la religion chrétienne.

- ✓ *Avez-vous raconté votre situation à une personne ou à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Présentez-nous. Si non, pourquoi ? Et comment ? Parlez-nous*

La première personne à qui je lui ai raconté ma situation c'était ma mère, car mon père est mort quand j'avais encore 5 ans. Elle m'a amené partout chez les guérisseurs traditionnels pour les soins mais rien ; car on ne savait pas que c'était la lèpre. Un jour j'étais resté devant la concession, un médecin du nom DOGOSOU Jérôme, le responsable du centre léproserie de la ville de Kélo passait, il m'a vu et s'est arrêté pour me demander « Mon fils comment vas-tu ? », je lui ai répondu, tonton je ne me sens pas bien et il m'a orienté de me rendre derrière lui à l'hôpital pour les examens cliniques. Le lendemain matin nous étions partis avec ma mère. Quand nous sommes arrivés à l'hôpital, après les examens cliniques, j'étais pris en charge pour

les traitements. C'est à ce moment que j'ai commencé à recevoir les traitements mais avec un petit retard.

✓ *Avez-vous été suivi par un spécialiste ? Si oui, c'était qui ? Un psychiatre, un psychologue, un éducateur, un médecin, un infirmier ? Présentez-nous. Et comment s'est faite la prise en charge ? Parlez-nous un peu de situations de votre séance de prise en charge*

J'étais suivi par un spécialiste, le médecin DOGOSOU Jérôme durant 6 mois, ces 6 mois de suivi m'ont permis de retrouver la santé. Au bout d'un moment je suis reparti à l'école pour continuer avec mes études jusqu'à obtenir le baccalauréat en 2008. Après l'obtention du bac, je suis allé à Maroua au Cameroun pour les études supérieures. Arriver à Maroua, j'ai fait une année de cours à la faculté de théologie. En deuxième année, j'ai abandonné pour aller m'inscrire à l'école supérieure des arts et métiers jusqu'à obtenir ma licence.

✓ *Racontez-nous votre séance de thérapie avec un spécialiste ? Et comment ça s'est passé ? Présentez-nous*

J'ai eu deux séances de thérapie avec un psychologue quand j'étais à Maroua pour les études. A notre première rencontre on avait pris contact avec lui, je me suis présenté et il s'est également présenté. A la deuxième rencontre, il m'a accordé le temps, je lui ai expliqué d'une manière à une autre tout ce que je ressens au commencement de la maladie jusqu'au moment du suivi par le médecin. Nous avons pris rendez-vous pour une autre séance malheureusement il a eu une urgence pour se rendre en Amérique et le rendez-vous n'a eu lieu je suis rentré au pays après avoir obtenu la licence.

✓ *Participez-vous à la prise de décisions commune au sein de votre communauté ? Si oui, comment ? Parlez-nous*

Comme vous le savez, nous les tchadiens nous n'aimons pas l'humiliation. Depuis que je suis touché par cette maladie, je suis rejeté par mes proches sauf ma mère qui s'occupait de moi jusqu'à j'ai retrouvé la guérison. Certes, la lèpre est une maladie contagieuse quand elle n'est pas traitée. Mais cela ne prouve pas de rejeter ou de mettre à l'écart celui/celle atteinte par cette maladie dans la prise de décisions commune ou de l'empêcher de participer à une rencontre de sa communauté. Je ne suis pas impliqué, ni participé à la prise de décisions commune de ma communauté. Au Tchad en général et à Mongo en particulier ce n'est pas du tout facile qu'une personne atteinte de la lèpre participe à une prise de décisions commune au sein de sa communauté.

✓ *Comment vous sentez-vous ? Est-ce que votre sécurité est garantie ? Si oui, justifiez*

Parlant de la sécurité, si je vous dis que je suis en sécurité s'est que j'ai menti. Pourquoi ? Parce que être en sécurité c'est quand tu manges bien, tu dors bien, tu as un emploi, tu participes aux différentes activités de ta communauté, tu as le même droit et devoir que les autres. Mais quand toutes ces conditions ne sont pas réunies, ma sécurité n'est pas garantie, je suis plutôt dans l'insécurité totale. A l'heure où je vous parle depuis le matin je n'arrive pas à trouver ne se reste une tout petite cacahouète pour mettre sous les dents durant toute la journée. Parfois ce sont mes amis qui arrivent à m'aider avec les jetons pour chercher la bouillie à manger. Par ailleurs, regarder le toit de la maison auxquelles je dors, c'est vraiment lamentable. Allez-y un peu partout ailleurs dans les autres pays africains comment on traite les personnes comme nous et vous comparer avec notre condition.

✓ ***Comment se passe le suivi sanitaire après votre guérison ? Si oui, parlez-nous. Si non, pourquoi ?***

Le suivi sanitaire après la guérison se passe très mal au centre léproserie. Regardez aujourd'hui mon pied qui a eu rechute depuis 2012 jusqu'à présent il s'est pas cicatrisé. Les spécialistes qui nous accompagnent font de leur mieux pour nous aider, ils consacrent toute leur vie à nous apporter des soutiens multiformes mais le gouvernement à travers ses partenaires nous ont oubliés. Il est difficile que ces spécialistes trouvent les médicaments et les matériels de soins pour nos traitements. Ils sont obligés parfois de nous aider avec leurs propres moyens. Si ce n'est pas grâce à eux, nous ne recevons aucun suivi après la guérison. Cela nous laisse dire que le gouvernement ne s'intéresse pas aux difficultés que nous traversons.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens financiers de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux ? Si oui, expliquez-les***

En réalité, il est vraiment difficile pour nous qui sommes touchés par la lèpre de recevoir de soutiens financiers de la part du gouvernement. Pourtant c'est le gouvernement qui est censé de nous soutenir dans tous les domaines. Malheureusement l'Etat attend toujours pour nous venir en aide une seule fois dans l'année et pendant la journée mondiale de la lèpre célébrée chaque année. Pendant cette journée, ils profitent de fonds et des vivres donnés par l'Association Française Raoul Follereau pour s'enrichir. En 2021, la France a fait un don de 3 million de FCFA, arrivé, le gouvernement à tout détourner et nous avons reçu que 90 sacs de mil. Voyez-vous, si c'est un gouvernement qui se soucie vraiment des gens vulnérables comme nous, il devrait transformer cette somme en micro-crédit et cela permettra à beaucoup parmi nous de créer des petites entreprises pour se prendre eux-mêmes en charge que de rester souvent attendre l'aide du gouvernement.

✓ ***Le fait d'être mis à l'écart impacte-t-il sur votre réinsertion socioprofessionnelle? Si oui, expliquez-les. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Oui, à Kelo, j'ai eu à gagner un contrat de 12 mois avec une société de la place. Après avoir fini le contrat, j'ai chômé pendant 8 mois. J'étais obligé d'aller trouver le Maire de la ville de Kelo. A notre première rencontre je lui ai expliqué ma situation. Il m'a demandé mon profil, je lui ai dit que j'ai obtenu une licence en art et métiers. Il a pris mon diplôme, deux semaines plus tard je suis passé le voir, il m'a fait savoir qu'avec mon état qu'il ne peut pas me recruter pour des raisons que je vais contaminer les autres. Deuxièmement, j'ai postulé au collège Saint Joseph de Kelo, ils n'ont appelé j'ai passé l'entretien, 4 jours j'ai commencé le travail et un mois après le proviseur du collège m'appelle pour me dire que vu mon état il m'acceptera pas que je continue à enseigner parce que je risque de contaminer les élèves. C'est pour cette raison que je suis resté jusqu'à aujourd'hui sans un emploi. A mon arrivée à N'Djamena, j'ai également eu rencontré ces mêmes situations. J'étais recruté dans une société de fabrication de jus comme secrétaire assistant au bureau, j'ai exercé durant 3 mois après le PDG de ladite société m'a limogé de la société.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle ? Et êtes-vous inscrit dans un centre de formation? Si oui, comment ? Présentez-nous***

J'ai bénéficié d'une prise en charge professionnelle quand j'étais à Kelo. Je me suis inscrit dans un centre d'insertion professionnelle grâce à une association qui forme les jeunes dans le domaine de la pisciculture et jardinier qui a pris fin par une attestation de formation.

✓ ***Comment vous sentez-vous après votre guérison ? Parlez-nous***

A présent, je me sens plus ou moins en forme, pourquoi ? Parce que depuis 2 ans je n'ai pas un grand problème en ce qui concerne ma maladie malgré quelques complications que j'ai eu mais je me tenais debout pour me débrouiller afin de trouver de l'argent pour subvenir à mes besoins.

✓ ***Etes-vous satisfait personnellement de l'accompagnement reçu ? Si oui, justifiez. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Je ne peux pas dire que je suis satisfait de l'accompagnement reçu ; car à l'ère où je vous parle, je n'ai aucune activité, ni un moyen financier qui me permet de me prendre en charge. Je suis bien sûr guéri de la maladie mais je vis du pire au quotidien pourtant, j'ai étudié pour avoir un diplôme mais avec ce diplôme la maladie m'a mis dans cet état dont je suis resté aujourd'hui sans un emploi. Partout où je postule pour un emploi, je suis toujours rejeté à cause de ma maladie. Malgré toutes ces difficultés, je me bats tous les jours pour trouver à manger.

- ✓ ***Vous sentez égale aux autres personnes de votre communauté ? Si oui, justifiez. Si non, qu'est ce qui fait la différence entre vous et les autres ? Expliquez-les***

Depuis ma contamination par cette maladie, tout mon entourage me rejetait, personne n'ose m'approcher. Ils me considèrent comme un mort vivant. D'autres m'appellent demi-personne parce que j'ai perdu certains de mes doigts. Même pour avoir accès à un emploi on m'empêche. Tout ceci prouve que je ne suis pas égale aux autres et ce qui nous différencie par rapport aux autres personnes de la communauté.

- ✓ ***Citez les éléments de l'identité culturelle que vous avez gardée ? Présentez-les***

Les éléments de l'identité culturelle que j'ai gardée sont les suivants :

- Les balafres, ce sont les cicatrices qu'on te donne pendant l'initiation et qui se trouvent au niveau de la face. On reconnaît un homme initié par les balafres qui représentent son identité.
- La danse mbilé et wolélé, ces danses sont les plus importantes. On danse généralement le plus souvent dans des grandes festivités. Pendant la danse les hommes s'habillent en culote, pieds nus et tiennent en main les couteaux de jeux.

- ✓ ***Respectez-vous les normes sociales de votre communauté ? Si oui, lesquelles***

Les normes sociales de ma communauté que je respecte sont entre autre :

- Les totaimes,
- Le tabou de l'inceste.

- ✓ ***Dites-nous Mr/Mme participez-vous aux activités culturelles au sein de votre communauté ? Si oui, parlez-nous***

Je participe certainement aux activités culturelles au sein de ma communauté, la seule chose que depuis ma guérison les membres de ma communauté m'ont permis. Bien sûr que je suis abandonné, rejeté mais quand y'a une activité culturelle, je participe à cette activité car la culture représente mon identité et cela est une obligation d'y prendre part pour partager un bon moment culturel avec les autres.

- ✓ ***Vous êtes-vous réconcilié avec vos familles après votre guérison ? Si oui, parlez-nous***

Oui, nous nous sommes réconciliés avec ma famille quel qu'en soit le degré du problème qui existe entre nous. Vu ma situation et je n'ai aucun moyen, je me suis rapproché auprès de la famille après ma guérison pour se réconcilier mais personne n'a osé de parler avec moi parce je suis pauvre, je ne travaille pas et si je leur regagne ce serait une grande charge pour eux. Elles préfèrent mieux me mettre à l'écart pour éviter cette charge. Mais avec tous ces comportements je n'ai jamais manqué de les appelés à chaque fois pour avoir de leurs nouvelles. D'autres qui

comprennent ma situation m'appelle et parfois elles viennent me visiter. Même si je meurs aujourd'hui elles vont m'enterrer donc ce n'est pas autant dire que je suis rejeté qu'ils ne veulent pas de moi mais c'est plutôt la charge qu'ils évitent.

✓ *Le fait que vous soyez isolé au départ répercute-t-il sur votre sentiment d'aller vers les autres après la guérison ? Si oui, comment ?*

Oui, le fait que je sois isolé au départ a une répercussion sur mon sentiment d'aller vers les autres après la guérison parce que à chaque fois que je vienne vers mes proches, ils ont en esprit que je vais leur contaminer. Certains encore cherchent à s'éloigner, s'écarter de moi pourtant je suis déjà guéri mais ils ont toujours peur. J'espère sur le bon Dieu qu'il va changer ma situation. Ces comportements m'amènent le plus souvent à être relaxe en me réservant d'aller vers les autres.

✓ *Comment êtes-vous accueilli au sein de votre communauté par vos proches? (Dites-nous)*

J'étais très mal accueilli au sein de la communauté par mes proches. La toute première des choses que j'ai remarquée se résume à leur manière de m'accueillir, ils m'ont mis loin d'eux mais non seulement pour me saluer d'autres ne veulent pas. Par contre, après avoir me saluer ils lavent leurs mains pour ne pas être contaminer.

✓ *Avant votre maladie et après votre maladie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie personnelle et avec les autres sur les points suivants : religieux, culturel, spirituel, professionnel ? Parlez-nous*

Avant la maladie je m'occupais de mes activités sans problème, je n'avais aucun souci. Je cherchais tout le temps de l'argent pour subvenir à mes besoins. Mais après la maladie tout est bloqué. Je n'exerce aucune activité comme dans les années antérieures. De plus je n'arrive pas à trouver un emploi, du coup on me considère toujours à un lépreux. Du point de vue religieux, rien n'a été changé puisque j'ai gardé toujours ma foi. Sur le plan professionnel, avant la maladie j'ai travaillé dans une société de la place et à la mairie. Mais après la maladie j'ai perdu mon emploi, je ne parviens plus à trouver un emploi stable. Du point de vue culturel, j'ai gardé ma culture car elle représente mon identité. Sur le plan spirituel, avant la maladie et après la maladie je n'ai aucune pensée négative parce que la maladie c'est Dieu qui a créé et c'est lui seul qui donne la guérison donc ça ne sert à rien d'avoir à tout le temps de mauvaises pensées ».

5.2.3. Répondant 3

« Je me nomme O. H, je suis âgé de 60 ans, je suis marié, père de 2 enfants, je suis un commerçant.

- ✓ *Avez-vous raconté votre situation à une personne ou à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Présentez-nous. Si non, pourquoi ? Et comment ? Parlez-nous*

La première personne à qui je lui ai raconté ma situation c'était mon père. Quand j'étais contaminé par la maladie, on était en dehors de la ville (brousse) avec mes parents. Au début, quelque chose m'a piqué sur la tête on dirait quelqu'un a versé le feu sur moi, j'ai informé à mon père que je me sens mal à la tête au niveau du crâne. Aussitôt, il a alerté son cousin de m'amener chez le guérisseur traditionnel pour les soins. Arrivé chez le guérisseur, la situation ne fait que s'empirer et vu l'état de ma santé qui s'aggrave, j'ai décidé moi-même de quitter pour venir à l'hôpital à N'Djamena car mes parents ont refusé de m'amener à l'hôpital et me demandent de rester à la maison parce que y'a tout à la maison (nourriture, soins traditionnels, etc.).

- ✓ *Avez-vous été suivi par un spécialiste ? Si oui, c'était qui ? Un psychiatre, un psychologue, un éducateur, un médecin, un infirmier ? Présentez-nous. Et comment s'est faite la prise en charge ? Parlez-nous un peu de situations de votre séance de prise en charge*

J'étais suivi par un spécialiste (médecin) quand je suis arrivé à l'hôpital 'centre de santé la léproserie'. J'étais accueilli dans la salle de consultation par Docteur DJIMASNGAR Alphonse qui m'a fait les examens cliniques avant de commencer la prise en charge. Pour ce qui concerne la prise en charge, après les examens cliniques, le médecin a prescrit les médicaments où je suis allé à la pharmacie dudit centre pour prendre la PCT pour une période de 3 mois. Par ailleurs, il a établi un planning de prise en charge dont je venais chaque 3 jour à l'hôpital pour les pansements. Ce suivi à durer 6 mois et cela m'a permis de retrouver la santé.

- ✓ *Racontez-nous votre séance de thérapie avec un spécialiste ? Et comment ça s'est passé ? Présentez-nous*

J'ai eu des séances thérapeutiques avec un spécialiste (psychologue). Ma première rencontre avec lui c'était un vendredi à 10h au centre léproserie dans son bureau. Arrivé, je me suis assis sur une chaise, face à face avec lui. Il me demande comment va ma santé ? J'ai répondu, ma santé va de mieux en pire. Il m'a fixé le regard tout en me disant ça ira. Je lui ai dit c'est l'objet de ma présence chez vous afin que vous m'accompagner à retrouver la guérison. Aussitôt, il m'a posé la question « Désirez-vous que je fasse quoi concrètement pour que vous

puissiez retrouver votre santé ? ». J'ai répondu, je veux juste que vous m'aider à trouver de solutions aux tracasseries dû à cette maladie que je traverse au quotidien. Après 10mn plus tard, j'ai commencé à lui expliquer comment la maladie a été commencée, ma situation actuelle et celle du passé durant 30mn. Eh bien, il est resté concentré tout en me regardant attentivement. Il prend la parole tout en me donnant des conseils, des orientations sur tout ce que je devrais y faire et revenir au prochain rendez-vous.

✓ ***Participez-vous à la prise de décisions commune au sein de votre communauté ? Si oui, comment ? Parlez-nous***

Non, je ne participe pas à la prise de décisions. Au moment où je suis déclaré positif de la lèpre, toute ma famille me rejetait, je suis exclu par la communauté. On ne m'impliquait pas dans la prise de décisions commune. Ils me disent que la communauté musulmane considère la lèpre étant comme une honte, une honte dont une personne atteinte par cette maladie ne doit pas rester ensemble avec les gens. La lèpre est une punition divine d'Allah, même pour manger cette dernière doit s'éloigner des autres avec le repas.

✓ ***Comment vous sentez-vous ? Est-ce que votre sécurité est garantie ? Si oui, justifiez***

Pour l'instant, je suis un peu en sécurité malgré que je sois rejeté au départ quand j'ai des amputations aux doigts. A l'ère où je vous parle, je me sens en sécurité parce que je ressens l'amour et le sentiment de la famille envers moi, vu la distance qui nous sépare certaines viennent à chaque fois me rendre visite. D'autres m'apporte des rations alimentaires. Par contre, certains me soutiennent moralement et financièrement. Les corps soignants me suivent à tout moment, ils sont devenus comme mes parents. Grâce à eux je me sens en bonne santé et en sécurité.

✓ ***Comment se passe le suivi sanitaire après votre guérison ? Si oui, parlez-nous. Si non, pourquoi ?***

Après la guérison, quand le traitement de la lèpre a pris fin, je suis toujours suivi par le médecin dudit centre léproserie en cas de rechute ou pour d'autres problèmes de santé.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens financiers de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux ? Si oui, expliquez-les***

Nous recevons certes des soutiens de la part du gouvernement et des ONG mais ces soutiens ne sont pas des soutiens financiers. Depuis 3 ans que la Covid-19 est arrivée, le gouvernement nous a laissé dans les moments difficiles, aucun soutien ne nous a été apporté comme dans les années antérieures. On vit du pire au quotidien. Grâce à notre président qu'il a

envoyé une lettre au ministre de l'action social et de la solidarité que nous avons eu à recevoir 2 fois l'aide en mois d'octobre passé. A part ça, le gouvernement attend pour nous venir en aide avec des survies une seule fois dans l'année pendant la journée mondiale de la lèpre célébrée chaque année. Nous recevons également de la part des ONG une fois dans l'année depuis le moment de Coivd-19. Par contre, nous avons plaidé auprès de la Fondation Grand Cœur de la première qui nous venait constamment en aide tous les mois mais après elle intervient à chaque 4 ou 6 mois.

✓ ***Le fait d'être mis à l'écart impacte-t-il sur votre réinsertion socioprofessionnelle? Si oui, expliquez-les. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Depuis presque une décennie que je suis guéri de cette maladie mais ce n'est pas facile avec moi d'exercer normalement les activités comme le font les autres. Nous qui sommes touchés par la lèpre, même après avoir guéri, on nous traite souvent à des lépreux et cela à des impacts sur nous, raison pour laquelle ma réinsertion professionnelle demeure toujours un souci majeur. Pourtant j'ai le même droit et devoir comme tout autre citoyen, mais souvent ma dignité est bafouée par les autres, je suis rejeté.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle ? Et êtes-vous inscrit dans un centre de formation? Si oui, comment ? Présentez-nous***

J'ai reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle à travers le gouvernement en partenariat avec l'Association Française Raoul Follereau qui ont pris l'initiative de nous former dans les différentes professions. Partant de cette prise en charge professionnelle, je me suis inscrit dans ce dit centre de formation dans le domaine de la fabrication des prothèses pour les personnes atteintes de la lèpre qui ont perdu l'un de ses pieds.

✓ ***Comment vous sentez-vous après votre guérison ? Parlez-nous***

Je suis guéri de la lèpre depuis 8 ans aujourd'hui, avant je sentais la douleur mais maintenant je me sens beaucoup mieux par rapport aux années antérieures. Mes nerfs qui me faisaient souvent mal, je ne ressens rien de la douleur. Je me déplace pour faire une longue distance. Grâce au suivi sanitaire et l'accompagnement je suis parvenu à être guéri aujourd'hui.

✓ ***Etes-vous satisfait personnellement de l'accompagnement reçu ? Si oui, justifiez. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Je suis personnellement plus ou moins satisfait de l'accompagnement reçu ; car il faut être reconnaissant dans des petites choses que des grandes choses. Néanmoins, cet accompagnement, ces aides et soutiens que nous recevons sont insuffisants car l'accompagnement doit aller

jusqu'à la fin pour que la personne accompagnée arrive lui-même à avoir une autonomie avant de le laisser. En outre, les survies qu'on nous apporte, ça nous amène juste pour un bout de temps parce que quand on mange le matin on doit aussi manger le soir et du moment où on ne travaille pas, le gouvernement ne s'occupe pas de nous afin de nous soutenir régulièrement ou en nous donnant du travail, alors que beaucoup parmi nous ont des diplômes mais malgré cette mauvaise maladie qui les empêchent de travailler parce que le gouvernement n'a pas vraiment s'intéressé à notre situation. L'Etat doit faire de telle sorte que l'aide qu'il nous apporte soit permanent.

✓ ***Vous sentez égale aux autres personnes de votre communauté ? Si oui, justifiez. Si non, qu'est ce qui fait la différence entre vous et les autres ? Expliquez-les***

Je ne me sens pas égale aux autres personnes de ma communauté parce qu'elle ne me donne aucun respect, ni une dignité, ni une valeur, je suis rejeté par cette dernière. Maintenant, je n'ai pas le même droit et devoir qu'eux ; parce que je me sens seul.

✓ ***Citez les éléments de l'identité culturelle que vous avez gardée ? Présentez-les***

Les éléments de l'identité culturelle que j'ai gardée sont entre autre :

- La manière de saluer, c'est-à-dire tu salues tes beaux-parents en baissant la tête.
- La façon de s'habiller en gros boubou long c'est-à-dire les habits appelés communément chez les musulmans en arabe djalabya.

✓ ***Respectez-vous les normes sociales de votre communauté ? Si oui, lesquelles***

Les normes sociales de ma communauté que je respecte sont les :

- Dans la communauté musulmane, il n'est pas permis à un homme de saluer une femme en serrant la main,
- Il n'est pas autorisé à un homme de s'asseoir parmi les femmes,
- Il est interdit à un homme de prendre une femme et verser la dot après.

✓ ***Dites-nous Mr/Mme participez-vous aux activités culturelles au sein de votre communauté ? Si oui, parlez-nous***

Non, je ne participe pas aux activités culturelles ; car ma communauté m'a rejeté, j'étais obligé de quitter pour aller s'isoler à 5 km de la ville là où les lépreux se sont isolés. Elle me considère comme un mort vivant qui n'attend que son jour. Je suis interdit d'assister à toutes les activités communautaires.

✓ ***Vous êtes-vous réconcilié avec vos familles après votre guérison ? Si oui, parlez-nous***

Nous nous sommes réconcilié avec ma famille après la guérison. Tout d'abord, quand la famille a appris que je suis guéri, elle s'est approchée de moi pour demander mon avis afin que je regagne le domicile familial. Chose faite, j'ai accepté de les regagner tout en organisant une réunion famille.

✓ *Le fait que vous soyez isolé au départ répercute-t-il sur votre sentiment d'aller vers les autres après la guérison ? Si oui, comment*

Le fait que j'étais isolé au départ a des répercussions sur mes sentiments d'aller vers les autres après la guérison ; car je ne suis pas en contact avec mes proches, ma famille et amis pendant la maladie. Par contre, certaines personnes ne veulent pas me croiser sur leur chemin. Vu toutes ces choses qui m'amènent souvent à me réserver et être plus relaxe d'aller vers les autres.

✓ *Comment êtes-vous accueilli au sein de votre communauté par vos proches? (Dites-nous)*

Je suis bien accueilli au sein de ma communauté par mes proches. Toute la famille était dans un grand plaisir de me revoir au milieu d'eux en bonne santé.

✓ *Avant votre maladie et après votre maladie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie personnelle et avec les autres sur les points suivants : religieux, culturel, spirituel, professionnel ? Parlez-nous*

Avant la maladie, sur le plan professionnel je m'occupais quotidiennement de mes activités mais après je n'ai pas la force pour exercer régulièrement. Du point de vue religieux, j'ai toujours gardé ma foi et la croyance, rien ne peut m'empêcher d'implorer Dieu quelle que soit les difficultés que je traverse. Du point de vue culturel, ma culture reste ma culture. Je ne peux pas changer pour des raisons de la maladie. Sur le plan spirituel, je suis une créature de Dieu et cette maladie a été créée par lui, quel que soit mon état je ne peux pas continuer tous les jours à avoir des mauvaises pensées car c'est lui qui donne la santé ».

5.2.4. Répondants 4

« Mon nom c'est **A. H.**, je suis âgé de 65 ans. Je suis veuf et père de 2 enfants, je suis de la religion musulmane.

✓ *Avez-vous raconté votre situation à une personne ou à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Présentez-nous. Si non, pourquoi ? Et comment ? Parlez-nous*

La première fois que la maladie a commencé, nous étions partis au Lybie avec mon père. Mes pieds commençaient à me faire mal. J'ai informé à mon père que depuis une semaine je ne me sentais pas bien, j'ai les malaises partout au pied. Lendemain, moi et mon nous nous sommes rendu à l'hôpital pour la consultation.

✓ *Avez-vous été suivi par un spécialiste ? Si oui, c'était qui ? Un psychiatre, un psychologue, un éducateur, un médecin, un infirmier ? Présentez-nous. Et comment s'est faite la prise en charge ? Parlez-nous un peu de situations de votre séance de prise en charge*

J'étais suivi par un spécialiste. Au moment où nous étions arrivés à l'hôpital, nous sommes accueillis par un médecin dudit l'hôpital. Il m'a demandé je souffre de quoi ? J'ai répondu je suis un tchadien et nous sommes arrivés au Lybie avec mon père mais nous sommes en brousse. J'ai commencé à sentir les malaises quand nous étions encore au Tchad et arrivé ici au Lybie la maladie s'est déclenchée et mon père n'a pas assez d'argent. Il m'a demandé d'acheter juste le carnet pour la consultation et la prise en charge l'hôpital s'en chargera. Aussitôt j'ai acheté le carnet pour la consultation. Après la consultation et les examens cliniques, j'ai fait 3 jours à l'hôpital, le 4^{ème} jour on m'a amené dans un camp d'où j'ai fait 6 mois pour une prise en charge avant d'être libéré pour continuer la suite de prise en charge au Tchad.

✓ *Racontez-nous votre séance de thérapie avec un spécialiste ? Et comment ça s'est passé ? Présentez-nous*

Nous avons eu trois séances de thérapie avec un psychologue. Quand je suis revenu au Tchad, je suis allé au centre léproserie de N'Djamena, j'ai rencontré ce dernier. Il m'a donné le rendez-vous dans son bureau afin de lui expliquer ma situation. Arrivé dans son bureau, j'ai commencé à lui expliquer du long au large toutes les difficultés que j'ai traversées. Il n'a pas perdu de vu et on a commencé à travailler avec lui. Il m'a orienté en me donnant des directives et conseils à suivre qui me permettront de me soulager de la douleur de la maladie. La séance à durée 1h30mn pendant 3 jours successivement.

✓ *Participez-vous à la prise de décisions commune au sein de votre communauté ? Si oui, comment ? Parlez-nous*

Je participe à la prise de décisions commune au sein de ma communauté ; car je suis toujours aimé mes proches. On m'implique à chaque fois dans des rencontres et des réunions

familiales de ma communauté. Dans chaque rencontre je prends la parole pour exprimer ce que j'ai à dire au-devant de tout le monde.

✓ ***Comment vous sentez-vous ? Est-ce que votre sécurité est garantie ? Si oui, justifiez***

Je suis en sécurité. Ma sécurité est garantie parce que je suis en bonne relation avec mes proches, ma famille et mes amis. Ma famille et moi nous sommes toujours ensemble après la guérison. Malgré les déformations causées par cette maladie, ils m'ont accepté. Même étant isolé d'autres viennent à tout moment me rendre visite. Ils me soutiennent de différente manière avec des survies qui m'ont permis de traverser cette période. Ils me soutiennent moralement, spirituellement, financièrement etc.

✓ ***Comment se passe le suivi sanitaire après votre guérison ? Si oui, parlez-nous. Si non, pourquoi ?***

Le suivi sanitaire après la guérison se passe bien malgré les arrêts à un certain moment. Après la guérison je continue à être suivi par le centre léproserie. A chaque 3 mois je venais au centre pour le suivi sanitaire. J'ai eu a rencontré en dehors de la lèpre a développé une maladie qui m'a fait perdre de poids. Grâce au suivi je me sentais beaucoup mieux aujourd'hui. A part cette maladie, j'ai également eu de rechute des plaies au niveau de la pomme de main dont je me suis rendu à l'hôpital dudit centre pour le suivi chaque semaine.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens financiers de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux ? Si oui, expliquez-les***

Nous recevons des soutiens de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux mais ces soutiens ne sont pas des soutiens financiers. Le gouvernement à travers le ministère de l'action sociale et de la famille nous vienne en aide chaque 3 mois. Ces aides sont généralement des denrées alimentaires, des kits, des survies etc. que nous recevons souvent de la part du gouvernement. Les ONG nationaux que nous recevons souvent leurs soutiens sont la Fondation grand cœur et le Care Tchad qui ont l'habitude d'intervenir avec des survies. Les ONG internationaux qui nous viennent souvent en aide sont l'Association Française Raoul Follereau, le HCR, etc. Mais depuis 3 ans aujourd'hui nous ne recevons pas régulièrement ces soutiens et aides ni de la part du gouvernement et ni de la part des ONG. Pourtant on traverse des moments difficiles qui nécessitent un accompagnement d'urgence.

- ✓ ***Avez-vous reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle ? Et êtes-vous inscrit dans un centre de formation? Si oui, comment ? Présentez-nous***

Je n'ai reçu aucun soutien dans le domaine de la prise en charge professionnelle, ni m'inscrire dans un centre de formation. Parce que le gouvernement ne s'intéresse pas à nous les personnes touchées par la lèpre comme les autres personnes vulnérables. Nous sommes abandonnés par l'Etat. Alors que nous avons besoin d'une formation ; car il y'a des gens qui sont encore bien valide que le gouvernement doit les former dans différentes domaines dans un centre professionnel afin qu'eux-mêmes peuvent se prendre en charge que d'attendre à tout moment les autres.

- ✓ ***Comment vous sentez-vous après votre guérison ? Parlez-nous***

Je me sens en bonne santé, en forme après la guérison. Malgré un moment j'étais un peu dérangé par la vieillesse et la rechute des plaies avec le suivi sanitaire certaine plaie ce sont cicatrisées. Dieu merci je me déplace pour aller à la mosquée. Sinon il y'a de cela 5 mois la typhoïde me dérangeait et j'ai pu prendre les soins, maintenant je me sens beaucoup mieux par rapport au mois passé.

- ✓ ***Etes-vous satisfait personnellement de l'accompagnement reçu ? Si oui, justifiez. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Je ne suis pas satisfait de l'accompagnement reçu ; car nous souffrons du jour lendemain. Nous recevons des aides avant mais depuis 3 ou 4 ans aujourd'hui, ni le gouvernement, ni les ONG ne nous accompagne régulièrement comme dans les années antérieures. La Fondation grand cœur qui nous aidait régulièrement a suspendu ses aides. Nous vivons aujourd'hui grâce à nos propres activités. D'autres qui n'ont pas de force pour se débrouiller sont obligés d'aller mendier dans les rues.

- ✓ ***Vous sentez égale aux autres personnes de votre communauté ? Si oui, justifiez. Si non, qu'est ce qui fait la différence entre vous et les autres ? Expliquez-les***

Oui, je me sens égale aux autres personnes de ma communauté. Car malgré mon handicap mes proches ne m'ont jamais abandonné. Nous sommes toujours en bonne relation avec eux. Ils m'acceptent souvent dans les rencontres familiales parce que j'ai le même droit et devoir qu'eux.

✓ ***Citez les éléments de l'identité culturelle que vous avez gardée ? Présentez-les***

Les éléments de l'identité culturelle que j'ai gardée sont entre autre :

- La langue maternelle c'est-à-dire on peut nous identifier selon notre patois,
- Le modèle d'habillement chez les musulmans.

✓ ***Respectez-vous les normes sociales de votre communauté ? Si oui, lesquelles***

Les normes sociales de ma communauté sont les suivantes :

- Le respect des personnes âgées pour attirer la bénédiction sur toi,
- Le respect envers ta belle famille c'est-à-dire tu ne dois pas manger en présence de ton père et ta belle.

✓ ***Dites-nous Mr/Mme participez-vous aux activités culturelles au sein de votre communauté ? Si oui, parlez-nous***

Je participe aux activités culturelles au sein de ma communauté. Comme chaque communauté à sa culture et valeur, notre communauté Ouaddaïenne organise chaque année des activités culturelles qui regroupent différentes familles dans le but de valoriser notre culture. Ces activités sont souvent constituées par des danses traditionnelles, la présentation de rites et des œuvres artistiques. La danse qui réunit les jeunes filles d'un côté et les garçons de l'autre côté.

✓ ***Vous êtes-vous réconcilié avec vos familles après votre guérison ? Si oui, parlez-nous***

Nous nous sommes réconciliés avec mes familles après ma guérison. Quand j'ai retrouvé la santé certains membres de ma famille qui ne veulent pas me croiser sur leur chemin sont venus me présenter leurs excuses pour le mauvais comportement manifesté à mon regard.

✓ ***Le fait que vous soyez isolé au départ répercute-t-il sur votre sentiment d'aller vers les autres après la guérison ? Si oui, comment***

Le fait que je sois isolé au départ répercute sur mon sentiment d'aller vers les autres après la guérison parce que pendant la maladie j'étais seul, certains membres de la famille me fuyaient. Je n'avais pas de contact permanent avec mes proches, ni amis et autres. L'état de ma santé ne me permet pas de se rapprocher auprès des autres. Ils ont peur que je leur contamine quand je venais souvent vers eux. Cela m'amène à être toujours relaxe en me réservant d'aller vers les autres après la guérison.

✓ ***Comment êtes-vous accueilli au sein de votre communauté par vos proches? (Dites-nous)***

Je suis bien accueilli au sein de ma communauté par mes proches, car ils étaient contents de me revoir dans la famille. Mon accueil dans la famille a été une grande joie pour certains.

Ceux qui sont loin ou prêt ce sont réunis pour m'accueillir avec un grand plaisir. Grande était également ma joie de rencontrer mes proches et rétablir un bon lien familial.

✓ *Avant votre maladie et après votre maladie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie personnelle et avec les autres sur les points suivants : religieux, culturel, spirituel, professionnel ? Parlez-nous*

Avant la maladie j'étais en très bonne forme. Je m'occupais régulièrement sur mes activités. J'exerçais très bien mon commerce pour subvenir aux besoins de ma famille et moi-même. Mais après la maladie, je ne me sens pas bien par rapport aux années antérieures. J'ai du mal à exercer mes activités pour s'occuper de ma famille. Je ne peux pas rester sous le soleil pendant 2 à 3h du temps. Du point de vue religieux, je n'ai jamais perdu ma foi ni avant et après la maladie. La maladie ne peut m'empêcher de perdre ma foi envers mon créateur. Sur le plan professionnel, avant je faisais très bien mon commerce sans difficulté mais après cette maladie ma profession de commerçant s'est arrêté à cause de mon état de santé du coup j'ai tout perdu le fonds de commerce. Du point de vue culturel, avant comme après rien n'est changé. J'ai toujours gardé ma culture malgré pendant la période de ma maladie où j'étais isolé que je ne participe pas à certaines activités culturelles mais j'ai gardé ma culture comme un patrimoine important. Du point de vue spirituel, psychologiquement la maladie a laissé un très mauvais souvenir sur moi. Cela m'amène souvent à avoir des pensées négatives sur mon pied droit qui a une infection et ça conduit à son amputation.

5.2.5. Répondant 5

« Je m'appelle **G. M**, j'ai 60 ans, je suis veuve et mère de 5 enfants. J'ai une licence en géographie et je suis une enseignante au collège de Mangalmé.

✓ *Avez-vous raconté votre situation à une personne ou à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Présentez-nous. Si non, pourquoi ? Et comment ? Parlez-nous*

La première personne à qui je lui ai parlé ma situation c'était mon mari. C'était un bon matin j'ai senti un choc au niveau de l'épaule on dirait c'est de l'eau chaude que quelqu'un a versé sur moi, après dans la soirée mon épaule commençait à sortir de traces rouge. C'est de là que j'ai informé à mon mari. Il m'a dit ça doit être une maladie et qu'on doit aller à l'hôpital de Mongo de tout urgence pour la consultation.

- ✓ *Avez-vous été suivi par un spécialiste ? Si oui, c'était qui ? Un psychiatre, un psychologue, un éducateur, un médecin, un infirmier ? Présentez-nous. Et comment s'est faite la prise en charge ? Parlez-nous un peu de situations de votre séance de prise en charge*

J'ai été suivi par le médecin Jean Jacques Bertrand à l'hôpital régional de Mongo. Quand nous étions arrivés à l'hôpital, il nous a accueillis dans la salle de consultation des patients. Il a commencé 15mn plus tard avec les examens cliniques pour vérifier les tasses, tester la sensibilité et voir les gros nerfs. Après les examens cliniques, le résultat était positif que c'est la lèpre. A ce moment la prise en charge a commencé d'où je venais chaque 2 semaine prenait les injections durant une période de 6 mois. Une fois finir avec les injections que je suis transféré au centre léproserie de N'Djamena. C'est quand je suis venu audit centre qu'ils ont changé les injections avec les comprimés de la PCT dont je reçois 6 comprimés que je prenais un comprimé par jour pendant 6 jours pour une durée de 3 mois.

- ✓ *Racontez-nous votre séance de thérapie avec un spécialiste ? Et comment ça s'est passé ? Présentez-nous*

J'ai eu des séances thérapeutiques avec un spécialiste (psychologue) au centre léproserie. A notre première séance, ce dernier m'a demandé, qu'est-ce que je peux faire pour vous Mr? Je lui ai répondu, je suis chez vous en raison d'une aide ou d'un accompagnement thérapeutique. Il m'a répondu, oui, je serais disponible pour vous accompagner à recevoir la guérison mais vous passerez demain à midi pour une séance. Le deuxième jour, je me suis rendu dans son bureau, il m'a posé la question « Maintenant vous espérez que vous pouvez recevoir une certaine aide pour vous débarrasser de votre situation ? », je lui ai dit oui, il le faut parce que je vais mourir si je ne le fais pas. Je pourrais aussi dire que mes proches, familles et amis, je pense m'ont rejeté, abandonné à cause de cette maladie. D'abord, je suis isolé à seul, à mon avis ils sont extrêmement peu sociables. Je crois, aussi, que c'est devenu pire, car ce n'est pas facile avec moi de vivre étant isolé hors de ses proches du coup je ne travaille pas depuis lors que je suis malade. Toutes ces choses ont gêné mon développement social et tracasse surtout dans mes situations sociales, m'empêche souvent que je reste avec les autres. A la troisième séance, il m'a expliqué quelques-uns des moyens par lesquels ça pourraient m'aider à sortir de là et retrouver la guérison, suivi des conseils et des explications brèves et partielles de la situation thérapeutique que je dois suivre.

✓ ***Participez-vous à la prise de décisions commune au sein de votre communauté ? Si oui, comment ? Parlez-nous***

Je participe à la prise de décisions commune au sein de ma communauté. C'était au début quand j'étais contaminé que mes proches ont peur de m'approcher que je vais leur contaminer. Mais après avoir être déclaré guéri, je suis en contact permanent avec eux et on m'implique à chaque fois à la prise de décisions commune dans des cas sociaux au sein de la communauté. Depuis ma guérison, je n'ai jamais manqué d'être impliqué dans la prise de décisions ou la résolution d'un problème social au sein de ma communauté.

✓ ***Comment vous sentez-vous ? Est-ce que votre sécurité est garantie ? Si oui, justifiez***

Je me sens plus ou moins bon en sécurité. Parce qu'aujourd'hui je suis en bon lien avec mes proches, amis, familles et ma communauté. Ils m'apportent des soutiens moraux, financiers et bien d'autres. Je n'ai jamais manqué de réconfort de la part de ces derniers depuis que je suis guéri. Malgré mon handicap causé par cette maladie, ils m'acceptent d'être au même pied d'égalité qu'eux. Par ailleurs, ma sécurité n'est pas totalement garantie, car je ne travaille pas, je n'ai aucun boulot qui me permet de gagner de l'argent à chaque fin du moins pour s'occuper de mes enfants après la mort subite de leur mère. J'ai essayé avec un petit commerce mais ça n'arrange pas du tout. Pour être en sécurité ou ta sécurité soit garantie, il va falloir que les conditions telles que le travail et autres soient réunies afin de bien prendre soin de ta famille et toi-même.

✓ ***Comment vous sentez-vous après votre guérison ? Parlez-nous***

Je me sens en bonne santé vu quelques complications au niveau du bras gauche l'année dernière que je suis allé à l'hôpital pour les traitements sinon à présent je me sens en forme, je me déplace pour aller chercher de quoi à manger à la famille.

✓ ***Avez-vous reçu des soutiens financiers de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux ? Si oui, expliquez-les***

Il faut être reconnaissant du soutien reçu. Depuis 1990 que je suis déclaré une personne atteinte de la lèpre, nous recevons régulièrement plus d'une décennie et demi des soutiens de la part du gouvernement mais ces soutiens ne sont que des vivres. A chaque fin du mois, le gouvernement intervient avec des kits et survies pour nous donner. L'Association Française Raoul Follereau de sa part intervient également dans le même sens pour nous voler au secours. Mais déjà 4 ans que le gouvernement à cesser de nous venir en aide régulièrement comme dans les années antérieures. Il intervient une seule fois dans l'année et cela ne suffit pas.

- ✓ ***Le fait d'être mis à l'écart impacte-t-il sur votre réinsertion socioprofessionnelle? Si oui, expliquez-les. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Le fait d'être mis à l'écart impacte sur ma réinsertion socioprofessionnelle, car depuis que j'ai retrouvé la guérison, je n'arrive pas à avoir un emploi digne de son nom. Pourtant j'ai un diplôme mais partout où je postule pour un emploi je n'arrive pas à avoir accès, mon dossier est toujours classé.

- ✓ ***Avez-vous reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle ? Et êtes-vous inscrit dans un centre de formation? Si oui, comment ? Présentez-nous***

J'ai bénéficié des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle de la part de l'Association Française Raoul Follereau. Cette Association a créé un centre de formation socioprofessionnelle dans le but d'accompagner les personnes vulnérables et plus particulièrement des personnes vivants avec un handicap afin d'apprendre un métier pour se prendre en charge. Cette formation est basée dans le domaine de la fabrication des prothèses pour des personnes atteintes de la lèpre.

- ✓ ***Etes-vous satisfait personnellement de l'accompagnement reçu ? Si oui, justifiez. Si non, pourquoi ? Parlez-nous***

Je ne suis pas satisfait de l'accompagnement reçu ; car je n'ai aucun travail stable pour me prendre en charge depuis ma guérison. Pourtant cet accompagnement devrait me permettre à me réinsérer socialement et professionnellement. Mais ce n'était pas le cas chez moi.

- ✓ ***Vous sentez égale aux autres personnes de votre communauté ? Si oui, justifiez. Si non, qu'est ce qui fait la différence entre vous et les autres ? Expliquez-les***

Je me sens égale aux autres personnes de ma communauté, car j'ai le même droit et devoir qu'eux, je ne suis pas rejeté par ces dernières.

- ✓ ***Citez les éléments de l'identité culturelle que vous avez gardée ? Présentez-les***

Les éléments de l'identité culturelle que je l'ai gardé sont entre autre :

- Lafay ici c'est un mode d'habillement chez les femmes musulmanes qui couvre tout le corps,
- La prière dans la mosquée.

- ✓ ***Respectez-vous les normes sociales de votre communauté ? Si oui, lesquelles***

Les normes sociales de ma communauté que je respecte sont les suivantes :

- Le respect de rites communautaires tels que toute la communauté doit boire de l'eau sacrée à chaque fin de l'année pour la protection contre les forces maléfiques suivis des anneaux sous forme de bracelet,
- Ne pas se marier avec un homme qui a perdu sa femme.
- ✓ ***Dites-nous Mr/Mme participez-vous aux activités culturelles au sein de votre communauté ? Si oui, parlez-nous***

Je participe par fois aux activités culturelles au sein de ma communauté. Chez nous dans la région du Batha précisément à Ati, notre communauté à plusieurs cultures auxquelles chaque année les différentes familles se regroupe pour organiser les activités culturelles afin de valoriser notre culture. Je fais partie de l'un des danseurs de notre communauté boulama lors de la participation à la semaine culturelle des boulamas organisée en 2019 à Ati dans le Batha.

- ✓ ***Vous êtes-vous réconcilié avec vos familles après votre guérison ? Si oui, parlez-nous***

Nous nous sommes réconcilié avec ma famille après la guérison. Ceux que au début me rejetaient à cause de ma maladie viennent à ma rencontre pour se réconcilier avec moi. Certains organisent des rencontres familiales pour profiter de ce moment afin de s'excuser.

- ✓ ***Le fait que vous soyez isolé au départ répercute-t-il sur votre sentiment d'aller vers les autres après la guérison ? Si oui, comment ?***

J'ai eu toujours peur d'aller vers les autres biens sûrs que je suis guéri. Parce qu'au commencement je n'ai aucun contact avec mes proches, je partage moi-même ma chambre. Les autres vivaient loin de moi, ce qui fait que même après la guérison j'ai toujours un sentiment de relaxe et je me réserve trop d'aller vers les autres.

- ✓ ***Comment êtes-vous accueilli au sein de votre communauté par vos proches? (Dites-nous)***

J'étais bien accueilli au sein de la communauté par mes proches. Ils étaient dans une grande joie de me voir retrouver la santé et revenir au milieu d'eux. Ils ne cachent pas de manifester leur amour en vers moi pour me donner le sourire.

- ✓ ***Avant votre maladie et après votre maladie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie personnelle et avec les autres sur les points suivants : religieux, culturel, spirituel, professionnel ? Parlez-nous***

Avant la maladie je n'avais aucun problème de santé, d'emploi que ce soit autres. J'étais en bonne relation avec mes proches et familles. Mais seulement au moment où la maladie est

arrivée tout a changé, j'ai perdu mon emploi même ma relation avec mes proches a changé. Je suis rejeté par ces derniers non seulement ça d'autres préfèrent ma mort. Du point professionnel, avant je travaillais normalement mais après j'ai perdu mon emploi. Sur le plan religieux, avant je partais constamment à la mosquée prier avec les autres mais après on nous a mis à l'écart nous qui sommes touchés par la lèpre on priait à part. Du point de vue spirituel, avant comme après je n'avais aucune mauvaise pensée, car la maladie c'est Dieu qui a créé et par sa grâce divine il donnera également la santé. Avoir une pensée négative ou changer ta croyance cela dépend de la personne en question donc je n'ai pas de pensées négatives parce que vu l'état de ma santé, Dieu a permis à ce que je retrouve la guérison et je suis aujourd'hui en vie, je me débrouille pour avoir quelque à manger à ma famille.

CHAPITRE VI : ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, il sera question d'analyser, interpréter et discuter les résultats des différentes investigations réalisées sur le terrain. Etant donné que cette étude se situe dans le champ de l'intervention et action communautaire, nous allons proposer un protocole d'intervention, qui est une tentative de résolution du problème posé au départ.

6.1. Analyse et interprétation des résultats

Cette partie combine analyse et interprétation des résultats pour des raisons de précision et de rigueur. Dans le cadre de cette analyse nous allons procéder par thèmes et sous-thèmes en suivant l'ordre de la présentation des résultats.

6.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques des participants

Il ressort de cette étude que la majorité des participants est mariée et la moyenne d'âge est de 65 ans. L'échantillon est constitué de cinq personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. Pour ce qui est du sexe, le sexe masculin est dominant. La constitution hétérogène de l'échantillon est due au fait que ce sujet porte sur l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo au Tchad. Il est question de montrer que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

Dans cette section, il est question d'analyser et interpréter les résultats de nos entrevues avec nos répondants. Il s'agit précisément de l'accompagnement individuel, du suivi des lépreux, de l'accompagnement socioprofessionnel, de la réinsertion socioprofessionnelle, de la réinsertion socioculturelle et de la réinsertion sociale des personnes guéries de la lèpre.

6.1.2. L'accompagnement individuel des personnes guéries dans la ville de Mongo au Tchad

L'accompagnement consiste à mieux concilier l'individu et son environnement, le rendre plus cohérent, plus harmonieux, dans le but de favoriser un changement qui améliore son bien-être. C'est un domaine centré sur l'individu, qui entend prendre en compte sa singularité, ses particularités et sa dimension d'acteur, mais ne cherche pas à l'isoler de son environnement.

Il convient ici de souligner que pour accompagner les personnes guéries de la lèpre, l'écoute permet au psychologue de répéter à ces dernières pour leur permettre de prendre conscience de leur situation. Les psychologues écoutent ces personnes d'une manière qui traduit leur intérêt et leur compréhension dans le but d'aider ces dernières à exprimer leurs problèmes.

Pour Argenty (2012), l'écoute active se définit comme étant une écoute permettant l'évocation verbale des affects et des émotions de la personne aidée par l'aidant. Selon lui, l'écoute active a pour but d'induire chez la personne diverses réactions. Ceci étant l'attention de l'écouter est dirigée sur le vécu émotif de la personne et sur la valeur qu'elle donne aux événements et aux faits qu'elle vit. En d'autres termes, le thérapeute doit se concentrer sur ce qui est important chez l'aidé pour l'amener à prendre conscience par elle-même de ses besoins, de ses attentes et de ses possibilités et, par conséquent à mieux trouver les solutions adéquates à sa situation.

Cette technique relève de l'approche centrée sur la personne de Rogers et elle postule que toute personne n'est un être unique, à part entière, libre et distinct qui possède en lui-même les ressources nécessaires pour résoudre ses difficultés et relever ses défis personnels. De ce fait, l'aidé doit se sentir compris et accepté tel qu'elle est. Le rôle du thérapeute consiste à amener l'aidé à mieux se connaître, à mieux se comprendre et à mieux prendre soin de lui par l'exploration de son vécu émotif. Il doit permettre à l'aidé de réaliser ses propres compétences et de savoir comment les appliquer. En ce sens, le thérapeute accueille l'aidé avec respect, afin de l'amener à s'ouvrir et à exprimer en toute confiance les sentiments qu'il éprouve par rapport à une situation vécue et ce, dans l'optique de mieux savoir ce qu'elle voudrait faire pour améliorer sa situation. Pour atteindre cet objectif, le psychothérapeute doit éviter non seulement de juger l'aidé, mais aussi, de trouver les solutions à sa place. Donc l'accompagnement nécessite une écoute active pour faciliter le bien-être psychologique de l'individu.

Les analyses de nos répondants ont montré qu'au début de la maladie ils informent à leurs proches. C'est ainsi que **G. M** nous dit : « *La première personne à qui je lui ai parlé ma situation c'était mon mari* ».

Nous analysons chez **A. H D** qu'il était suivi par un spécialiste de la santé lorsqu'il dit « *Oui, à mon arrivée à l'hôpital régional de Mongo, j'étais accueilli par le médecin chef DJIMADOUM Clavert dans la salle de consultation* ». On voit ici clairement que chez les personnes guéries de la lèpre, il faut le suivi d'un spécialiste qui contribue au bien-être psychologique d'une personne, à son bonheur et à la plénitude personnelle.

Pour **G. M** lorsqu'elle dit : « *J'ai été suivi par le médecin Jean Jacques Bertrand à l'hôpital régional de Mongo. Quand nous étions arrivés à l'hôpital, il nous a accueillis dans la salle de consultation des patients. Il a commencé 15mn plus tard avec les examens cliniques pour vérifier les tasses, tester la sensibilité et voir les gros nerfs. Après les examens cliniques, le résultat était positif que c'est la lèpre. A ce moment la prise en charge a commencé d'où je venais chaque 2 semaine prenait les injections durant une période de 6 mois* ». Ces propos traduisent chez elle que pendant son suivi, l'examen clinique passe avant la prise en charge durant une période de six mois.

Pour Carol Diane Ryff (1989) expliquait le contexte en utilisant six dimensions : les relations positives avec autrui, la maîtrise de soi, l'autonomie, un sentiment de but et de sens à sa vie, et sur le développement personnel. Le suivi par un spécialiste constitue un exemple des relations positives. Il s'agit selon Ryff l'implication de l'engagement de la personne dans ses relations authentiques avec les autres incluant une empathie réciproque, une intimité et de l'affection. Dans le cas de cette étude, les relations positives du suivi par les spécialistes comprend la capacité qu'ont les personnes à se lier aux autres d'une manière ouverte et sincère.

Le suivi permet d'entrer en contact avec un spécialiste (psychologue) pour une séance thérapeutique. **A. H D** affirme : « *pendant mon suivi sanitaire avec docteur Djimadoum Clavert, j'ai eu a rencontré un psychologue d'où nous avons passé une séance thérapeutique avec lui* ». Nous observons ici que la séance a fini par un temps de discussion lorsqu'il dit : « *Nous avons travaillé ensemble durant 1h30mn dont il m'a accordé le temps de m'exprimer afin de lui expliquer tout ce que je ressens comme la douleur au début de la maladie jusqu'à mon séjour dans son bureau* ». Il faut noter que la séance thérapeutique nécessite l'entretien entre deux personnes, l'aidant et l'aidé afin de progresser vers un bon accompagnement.

Pour Peplau (1952), les professionnels tissent un lien personnel avec les personnes lorsque le besoin se fait sentir (Kosier et al., 2009). Autrement dit, les relations sont un processus interpersonnel thérapeutique. Il s'agit d'une relation entre une personne en situation de détresse ou une personne ayant besoin d'aide et une personne ayant les compétences pour y répondre. Pour cela, l'intervention de cette dernière est thérapeutique, elle porte aide et assistance. L'interaction se fait entre deux personnes ayant un but commun, ce qui implique le respect, la croissance et l'apprentissage pour les partenaires de cette interaction. L'utilisation thérapeutique de ses connaissances et de son être amène le

spécialiste à pratiquer l'art relationnel qui devient la force de développement pour les deux personnes (Pépin, 2017).

Ainsi, la relation entre ces deux personnes les amène à apprendre à travailler ensemble afin de résoudre les difficultés auxquelles elle fait face. Selon Peplau (1997) cité par Pépin et al. (2017), la relation entre soignant et soigné se bâtit en trois phases à savoir : la phase d'orientation, la phase de travail et la phase de terminaison.

- **La phase d'orientation** est une période pendant laquelle la personne en difficulté cherche une aide, dans ce sens le professionnel l'aide à comprendre son problème et l'ampleur de son besoin d'aide (Kosier et al., 2009). De ce fait, cette dernière, le professionnel et les proches se mettent ensemble afin d'apporter une solution adéquate à cette personne en difficulté (Towsend, 2007). C'est le cas de **O. H** quand il dit : *« J'ai eu des séances thérapeutiques avec un spécialiste (psychologue). Ma première rencontre avec lui c'était un vendredi à 10h au centre léproserie dans son bureau. Arrivé, je me suis assis sur une chaise, face à face avec lui. Il me demande comment va ma santé ? J'ai répondu, ma santé s'empire. Il m'a fixé le regard tout en me disant ça ira. Je lui ai dit c'est l'objet de ma présence chez vous afin que vous m'accompagner à retrouver la guérison »*. Pépin et al. (2017) montrent que la phase d'orientation permet à ce dernier de transmettre son intérêt professionnel au patient, le professionnel cherche à connaître, comprendre, évalue sa réceptivité et l'oriente à d'autres interactions. Ceci rejoint les propos de **A. H D** qui précise : *« Après avoir m'écouter attentivement, il prend la parole à son tour pour m'orienter, me donner des conseils et directives afin de surmonter toutes les épreuves que je traverse »*.
- **La phase de travail** qui renvoie à deux parties : l'identification et l'exploitation. **L'identification** met l'accent sur l'élaboration d'un plan d'aide relationnelle basée sur la situation et les objectifs de cette dernière. Au cours de cette phase, elle apprend à utiliser la relation interpersonnelle entre l'aidant et l'aidé (Pépin et al., 2017). Ainsi, l'objectif du professionnel consiste à permettre l'expression émotionnelle à cette dernière pendant les interactions entre eux. **L'exploitation** est une phase durant laquelle la personne en difficulté cherche à utiliser les aides qui lui sont offertes (Pépin, 2017). En fonction de sa perception de la situation, elle cherchera diverses manières de tirer le meilleur parti de sa relation avec le professionnel et d'exploiter tous les biens et dispositions pour son intérêt et ses besoins personnels.
- **La phase de terminaison** est l'étape pendant laquelle cette dernière reconnaît les aides qui lui sont offertes tout en cherchant à fournir des efforts pour sa réinsertion

sociale (Kosier et al., 2007) ; elle cherche progressivement à l'identification des personnes qui l'ont aidé afin qu'elle restaure ses capacités d'autonomie. En nous référant toujours aux propos de **A. H D** lorsqu'il dit : *« je suis satisfait de l'accompagnement reçu. Grâce à cet accompagnement beaucoup d'entre nous ont reçu leur guérison aujourd'hui. A travers cet accompagnement, j'ai eu deux séances de thérapie avec un psychologue dont lors de notre entretien, j'ai eu à lui expliqué ma situation et il m'accompagné a retrouvé aujourd'hui la guérison »*.

6.1.3. Le suivi des lépreux guéris de la lèpre dans la ville de Mongo

L'analyse de nos répondants montre que la participation à la prise de décisions commune au sein de la communauté renvoie à l'implication de tout le monde. **G. M** quand elle dit : *« je participe régulièrement à la prise de décisions commune au sein de ma communauté »*. Ceci transparait clairement dans les propos de **A. H D** lorsqu'il dit : *« Lors d'une rencontre ou d'une réunion familiale, je suis toujours impliqué car les parents me considèrent comme étant l'aîné de la famille, malgré la maladie qui m'empêche d'être permanent en contact avec eux et ne se reste que prendre une décision, j'ai le droit à prendre la parole pour exprimer ou dire ce qui ne marche pas la société »*. Ce répondant est toujours impliqué dans la prise de décisions dans sa communauté.

Certains de nos répondants vivent dans une situation d'inquiétude, ils ne sont pas impliqués dans la prise de décisions au sein de leur communauté. **O. H** qui précise : *« Non, je ne participe pas à la prise de décisions. Au moment où je suis déclaré positif de la lèpre, toute ma famille me rejetait, je suis exclu par la communauté. On ne m'impliquait pas dans la prise de décisions commune. Ils me disent que la communauté musulmane considère la lèpre étant comme une honte, une honte dont une personne atteinte par cette maladie ne doit pas rester ensemble avec les gens »*.

Favoriser la participation des individus dans leurs communautés locales, aux prises de décisions et aux actions qui les concernent (prendre part à l'action sous toutes ses dimensions : parler, se faire entendre, agir et prendre part aux décisions, initiatives « avec » et « par » les individus, les groupes ou communautés concernées). La participation active à des activités qui contribuent au développement personnel ou encore, à celui de leur milieu est également considérée comme une expression de la participation sociale pour les personnes guéries de la lèpre.

La sécurité ici renvoie à une situation à partir de laquelle l'intégrité ou les conditions d'un être est garantie. Nous pouvons illustrer cet état de fait par le cas de **A. H D** qui précise : « *A présent, je me sens en sécurité parce que je ne suis pas rejeté par mes proches et familles. Ils me soutiennent à tout moment et dans tous les domaines (financier, moral, spirituel, social, etc.)* ». Ce qui implique aussi pour que ta sécurité soit garantie il faut exercer une activité. Tel est le cas de ce répondant qui dit : « *Ma sécurité est garantie ; car je me débrouille avec mon commerce qui me permet de gagner chaque jour de l'argent pour subvenir aux besoins de ma famille et moi* ».

Nous analysons chez certains répondants que lorsqu'ils se sentent en sécurité c'est quand ils sont aimés par leurs proches et familles. Nous illustrons par les propos de **O. H** qui dit : « *Pour l'instant, je suis un peu en sécurité malgré que je suis rejeté au départ quand j'ai des amputations aux doigts. A l'ère où je vous parle, je me sens en sécurité parce que je ressens l'amour et le sentiment de la famille envers moi, vu la distance qui nous sépare certaines viennent à chaque fois me rendre visite* ».

Les difficultés liées au suivi sanitaire après la guérison, il en manque d'assurances et de volonté du gouvernement pour accompagner ces dernières à se réinsérer dans la société. **A. H D** précise : « *Le suivi sanitaire se passe très mal après la guérison. Le plus souvent quand nous nous sommes confrontés à des problèmes de rechute, nous n'arrivons pas à être suivis régulièrement comme il le doit par les corps soignants dû au manque de produits* ».

En effet, nous constatons que chez certains répondants que le suivi sanitaire après la guérison se passé très bien. **A. H** affirme : « *Le suivi sanitaire après la guérison se passe bien malgré les arrêts à un certain moment. Après la guérison je continue à être suivi par le centre léproserie. A chaque 3 mois je venais au centre pour le suivi sanitaire. J'ai eu a rencontré en dehors de la lèpre a développé une maladie qui m'a fait perdre de poids. Grâce au suivi je me sentais beaucoup mieux aujourd'hui. A part cette maladie, j'ai également eu de rechute des plaies au niveau de la pomme de main dont je me suis rendu à l'hôpital dudit centre pour le suivi chaque semaine* ».

6.1.4. L'accompagnement socioprofessionnel des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo

Lorsque le soutien financier ne suit pas, le retour à la vie normale est impossible. **A. H D** dit : « *Nous ne recevons rien comme des soutiens financiers de la part du gouvernement, ni de la part des ONG nationaux et internationaux.* » Le soutien financier devrait être

l'occasion pour aider ces dernières à créer leurs propres entreprises pour se prendre en charge.

En nous référant à la pyramide de Maslow, être désespéré ou frustré, c'est se sentir privé d'une satisfaction attendue, que l'on pense nécessaire. La frustration peut venir d'un obstacle matériel, de l'absence d'un objet ou d'une personne, de limitations physiques ou mentales, d'un manque de considération.

Notons, en psychologie, la frustration est un sentiment et émotion liés à la colère et la déception, elle survient lors d'une résistance perçue par la volonté d'un individu. Toujours en nous référant aux propos de **J. B** : *« En réalité, il est vraiment difficile pour nous qui sommes touchés par la lèpre de recevoir de soutiens financiers de la part du gouvernement. Pourtant c'est le gouvernement qui est censé de nous soutenir dans tous les domaines »*. Nos répondants sont dans une dynamique de survie au jour le jour qui les empêche de se reconstruire eux-mêmes dans la société, les besoins de base ne sont pas assurés. Ils se trouvent en situation de précarité, et ne peuvent donc pas se permettre de se consacrer à la reconstruction ou à leur profession. Ce qui explique les regrets de certains répondants. Tel est le cas de **O. H** qui dit : *« Depuis 3 ans que le Covid-19 est arrivé, le gouvernement nous a laissé dans les moments difficiles, aucun soutien ne nous a été apporté comme dans les années antérieures. On vit du pire au quotidien »*.

Le manque de soutien financier est un élément qui influence sur les personnes guéries de la lèpre. Il est difficile pour eux de trouver les soutiens financiers mais plutôt des survies et kits. Nous pouvons trouver ceci dans les propos de **A. H** lorsqu'il dit : *« Nous recevons des soutiens de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux mais ces soutiens ne sont pas des soutiens financiers. Le gouvernement à travers le ministère de l'action sociale et de la famille nous vient en aide chaque 3 mois. Ces aides sont généralement des denrées alimentaires, des kits, des survies etc. que nous recevons souvent de la part du gouvernement »*. Nous constatons ici que nos répondants recevaient que des aides sociales qui constituent des rations alimentaires. Toujours dans le même sens que les autres, **G. M** affirme : *« Depuis 1990 que je suis déclaré une personne atteinte de la lèpre, nous recevons régulièrement plus d'une décennie et demi des soutiens de la part du gouvernement mais ces soutiens ne sont que des vivres. »* Le souci de nos répondants ici est qu'ils ne recevaient pas des soutiens financiers. Ainsi, **G. M** dit que : *« Mais déjà 4 ans que le gouvernement à cesser de nous venir en aide régulièrement*

comme dans les années antérieures ». Ceci nous amène à comprendre que ces aides qu'ils reçoivent ne sont pas réguliers.

Les personnes vivant avec un handicap, qui exercer aucune activité sont davantage touchées que les autres bien portant à cause de leur situation. **A. H D** affirme : *« cette maladie a un impact négatif sur ma réinsertion socioprofessionnelle ; car j'ai perdu tout ce que j'en ai dans les années précédentes. Vu l'état de ma santé au début quand ça allait encore mieux j'exerçais mes activités de commerce pour inscrire mes enfants à l'école »*. Cette maladie conduit ce répondant à un sentiment de regret, lorsqu'il dit : *« Je regrette vraiment mais c'est la volonté d'Allah donc je ne peux rien »*.

En effet, les personnes ayant une difficulté handicapante peuvent souffrir de même manière. C'est le cas chez **J. B** précise : *« j'ai postulé au collège Saint Joseph de Kelo, ils n'ont appelé j'ai passé l'entretien, 4 jours j'ai commencé le travail et un mois après le proviseur du collège m'appelle pour me dire que vu mon état il m'acceptera pas que je continue à enseigner parce que je risque de contaminer les élèves »*. Toutes leurs situations émanent de cette maladie qui engendre leur réinsertion socioprofessionnelle.

Il apparait ici la notion d'impact, qui se définit par conséquent comme une collision ou notamment une répercussion qui concerne un effet négatif. Solitude et interactions avec les autres se vivent par alternance : la régularité et la qualité de chacun de ces deux temps conditionnent un processus d'individualisation réussi et la formation d'une pensée libre. Lorsque le manque de mixité sociale dure, que l'on ne peut en sortir, elle contribue à la perte des repères nécessaires à un retour en relations. C'est le cas de **O. H** qui dit : *« Nous qui sommes touchés par la lèpre, même après avoir guéri, on nous traite souvent à des lépreux et cela à des impacts sur nous, raison pour laquelle ma réinsertion professionnelle demeure toujours un souci majeur. Pourtant j'ai le même droit et devoir comme tout autre citoyen, mais souvent ma dignité est bafouée par les autres, je suis rejeté »*.

Le fait d'exercer une activité est un des espaces intégrateurs le plus structurant de notre société. Il permet de gagner sa vie et son autonomie mais aussi de partager des expériences, de s'impliquer dans des activités, de se sentir utile et reconnue par les autres et d'acquérir un statut qui donne une place dans la société. Il favorise le sentiment d'appartenance à un groupe, la constitution d'une conscience collective et de solidarités. L'absence de travail et les inactivités que subissent les personnes guéries de la lèpre constituent une rupture qui affecte la réinsertion socioprofessionnelle de ces dernières dans la ville de Mongo. C'est dans ce sens que s'exprime **G. M** : *« Le fait d'être mis à l'écart*

impact sur ma réinsertion socioprofessionnelle, car depuis que j'ai retrouvé la guérison, je n'arrive pas à avoir un emploi digne de son nom ». L'angoisse, la perte de confiance en soi, la difficulté à se projeter prennent le pas chez nos répondants.

D'une manière générale, nos répondants nous ont fait comprendre que la prise en charge professionnelle permet un accès juste à une activité pour les personnes vulnérables ou marginalisées. On pense notamment aux personnes guéries de la lèpre qui après leur guérison ont un problème de réinsertion socioprofessionnelle. Mais on doit les aider à accéder à une profession en s'inscrivant dans un centre de formation. **A. H D** dit : *« Oui, j'ai reçu un soutien dans le domaine de la prise en charge professionnelle. L'ONG, Association pour l'Action Humanitaire et le Développement Durable (ACHDR) nous a formés dans le domaine de la pisciculture à N'Djamena en 2018 ».*

Ainsi **J. B** a reçu le même soutien lorsqu'il dit : *« J'ai bénéficié d'une prise en charge professionnelle quand j'étais à Kelo. Je me suis inscrit dans un centre d'insertion professionnelle grâce à une association qui forme les jeunes dans le domaine de la pisciculture et jardinier qui a pris fin par une attestation de formation ».* Nos répondants ici nous entendent qu'ils bénéficient d'une prise en charge professionnelle mais ils n'arrivent pas à avoir les moyens matériels pour commencer leur activités.

En nous référant aux propos des autres. **O. H**, lui il dit : *« Partant de cette prise en charge professionnelle, je me suis inscrit dans ce dit centre de formation dans le domaine de la fabrication des prothèses pour les personnes atteintes de la lèpre qui ont perdu l'un de ses pieds ».* Nous comprenons ici que ce répondant sa formation est spécialisée dans la formation des prothèses pour aider ceux touché par la même que lui.

Contrairement à ce que nous laisse entendre les autres, **A. H** affirme : *« Je n'ai reçu aucun soutien dans le domaine de la prise en charge professionnelle, ni m'inscrire dans un centre de formation ».* Pour lui, l'absence d'une formation constitue une rupture qui affecte son accompagnement socioprofessionnel, lorsqu'il précise : *« il y'a des gens qui sont encore bien valide que le gouvernement doit les former dans différentes domaines dans un centre professionnel afin qu'eux-mêmes peuvent se prendre en charge que d'attendre à tout moment les autres ».* Nous constatons ici ce répondant souhaite se prendre en charge lui-même que d'attendre souvent l'aide des autres. **G. M** a également bénéficié de la même formation quand elle dit : *« J'ai bénéficié des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle de la part de l'Association Française Raoul Follereau. Cette formation est basée dans le domaine de la fabrication des prothèses pour des personnes atteintes de la*

lèpre ». Disposer d'un accompagnement socioprofessionnel est un moyen qui permet aux personnes vulnérables d'accéder à une profession.

6.1.5. La réinsertion socioprofessionnelle des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo

La réinsertion socioprofessionnelle renvoie à des conditions d'apprentissages de vie en société (groupe, communauté, équipe). Elle sous-entend la préparation de l'individu à s'intégrer dans une collectivité humaine à respecter des règles, à développer son autonomie, son sens de responsabilité. Elle conduit l'individu vers une activité en fonction de son projet et de la réalité environnementale de l'activité qui vise à mettre en place un processus qui améliore progressivement l'autonomie par le biais d'une formation en vue de permettre à la personne une confrontation à différentes situations professionnelles. En effet, l'insatisfaction, la déstructuration et le stress peuvent survenir, lorsqu'un individu ne perçoit plus le sens de sa réinsertion et que les activités à accomplir sont en désaccord avec ses valeurs en tant que membre de la société. C'est le cas de **J. B** lorsqu'il dit : *« je ne peux pas dire que je suis satisfait de l'accompagnement reçu ; car à l'ère où je vous parle, je n'ai aucune activité, ni un moyen financier qui me permet de me prendre en charge »*. Nous observons ici que ce répondant n'est pas satisfait de l'accompagnement car sa réinsertion reste insuffisante.

Pour **G. M** précise : *« Je ne suis pas satisfait de l'accompagnement reçu ; car je n'ai aucun travail stable pour me prendre en charge depuis ma guérison. Pourtant cet accompagnement devrait me permettre à me réinsérer socialement et professionnellement »*. Ce répondant explique la même situation que **J. B**.

Du point de vue social, nos participants n'arrivent pas à recevoir régulièrement des aides. Lorsque **A. H** dit : *« Je ne suis pas satisfait de l'accompagnement reçu ; car nous souffrons du jour lendemain. Avant nous recevons permanent des aides mais depuis 3 ou 4 ans aujourd'hui, ni le gouvernement, ni les ONG ne nous accompagne comme dans les années antérieures »*. On peut donc se résumer en disant que nos répondants vivent misérablement (insuffisance alimentaire, non assouvissement des besoins primaires tels que la santé, l'activité professionnelle...).

En effets, lors de nos entrevues certains répondants nous ont fait comprendre qu'ils sont satisfaits de l'accompagnement reçu. Tel est le cas de **O. H** affirme : *« Je suis personnellement plus ou moins satisfait de l'accompagnement reçu ; car il faut être*

reconnaissant dans des petites choses que des grandes choses ». Nous observons encore chez lui que l'accompagnement doit aller au-delà, quand il dit : « *cet accompagnement que nous recevons sont insuffisants car l'accompagnement doit aller jusqu'à la fin pour que la personne accompagnée arrive lui-même à avoir une autonomie avant de le laisser* ».

Nos répondants nous ont aussi permis de comprendre qu'ils ne sont pas égaux aux autres personnes, ceci se traduit par le rejet social, qui désigne le fait d'ignorer ou mettre à l'écart, refuser une personne d'un groupe. Il se manifeste par des stigmatisations, par la mise à l'écart aux activités sociales et professionnelles, par des injures, la déconsidération et exclusion. En nous référant toujours aux propos de **O. H** : « *Je ne me sens pas égale aux autres personnes de ma communauté parce qu'elle ne me donne aucun respect, aucune valeur, ni une dignité. Je suis rejeté par cette dernière* ». Cependant, le manque de sentiment d'égalité constitue l'une des pires des blessures que subissent les personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo au Tchad parce qu'il dégrade leur dignité; s'en suit parfois un état de tristesse, une propension à s'isoler, une diminution de la confiance en soi et même une dépression permanente. Pour **J. B** : « *Même pour avoir accès à un emploi on m'empêche* ».

Contrairement à ce que disent autres répondants, **A. H** affirme : « *malgré mon handicap mes proches ne m'ont jamais abandonné. Nous sommes toujours en bonne relation avec eux.* ». Nous observons à ce niveau que **A. H** se sent égale aux autres personnes de sa communauté.

6.1.6. La réinsertion socioculturelle des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo

La réinsertion socioculturelle renvoie à la construction sociale et culturelle qui permet à une personne mise au ban de la société de retrouver son identité culturelle au sein de la communauté. Il convient de souligner ici que la réinsertion socioculturelle des personnes guéries de la lèpre est un aspect crucial à prendre en compte par la société. Elle permet à ces dernières de garder leur culture étant bien à l'écart de leur société. Pour **A. H D** les éléments de l'identité culturelle que j'ai gardée : « *La manière de s'exprimer ça se traduit au ton, à la façon dans laquelle se prononce les mots ; la manière de s'habiller c'est-à-dire chez nous les musulmans on porte toujours les habits longs appelés communément djalabya en arabe* ». Ces propos nous amène que ce répondant à garder sa culture.

En effet, l'identité culturelle permet de reconnaître la culturelle d'une communauté ou d'un groupe. Elle constitue un élément fondamentale pour la valorisation du patrimoine culturel. Nos répondants sont dans une dynamique de réinsertion socioculturelle qui participe et oblige chacun à garder son identité culturelle. Tel est le cas de **J. B** qui précise : « *Les balafres, ce sont les cicatrices qu'on te donne pendant l'initiation et qui se trouvent au niveau de la face. On reconnaît un homme initié par les balafres qui représentent son identité ; la danse mbilé et wolélé, ces danses sont les plus importantes. On danse généralement le plus souvent dans des grandes festivités. Pendant la danse les hommes s'habille en culote, pieds nus et tiennent en main les couteaux de jeux* ».

Pour **A. H** : « *La langue maternelle c'est-à-dire on peut nous identifier selon notre patois ; le mode d'habillement chez les musulmans* ». Nous observons ici que ce répondant a gardé deux : le patois et mode d'habillement. Quand à **O. H** nous analysons chez lui la manière de saluer et la façon de s'habiller lorsqu'il dit : « *La manière de saluer, c'est-à-dire tu salues tes beaux-parents en baissant la tête ; la façon de s'habiller en gros boubou long c'est-à-dire les habits appelés communément chez les musulmans en arabe djalabya* ».

Il apparaît ici que les éléments de l'identité culturelle de nos répondants varient d'une personne à une autre. C'est le cas de **G. M** : « *Lafay ici c'est un mode d'habillement chez les femmes musulmanes qui couvre tout le corps ; la prière dans la mosquée* ».

Les normes sociales se traduisent à une façon de faire ou d'agir, une règle de conduite tacite ou écrite, qui a prévalence dans une communauté ou un groupe social donné. Elles sont légitimées et respectées par toute la société. Nous pouvons illustrer cet état de fait avec le cas de **A. H D** : « *Il n'est pas autorisé à un homme de s'asseoir parmi les femmes ; il est interdit à un homme de prendre une femme et verser la dot après ; il n'est pas permis à un homme de saluer une femme en serrant la main* ». Ces propos nous amènent à comprendre que ce répondant respecte les normes sociales de sa communauté. Nous pouvons trouver ceci dans les propos de **J. B** affirme : « *Les totaimes ; le tabou de l'inceste* ».

Les normes sociales diffèrent d'une communauté à une autre et d'une société à l'autre. Ce qui explique le cas de **G. M** lorsqu'elle dit : « *Dans notre communauté une femme ne doit pas se marier avec un homme qui a perdu sa femme* ». Nous observons ici que une différence qui apparaît en tant qu'un élément fondamental pour ce répondant. Le respect de la norme sociale contribue à la cohésion sociale quant **A. H** dit : « *Le respect des personnes âgées pour attirer la bénédiction sur toi ; le respect envers ta belle famille c'est-à-dire tu ne dois pas manger en présence de ton père et ta belle* ».

La participation aux activités culturelles peut être entendue soit comme l'implication de tout le monde dans une activité culturelle au sein d'une communauté ou d'une société, soit un processus qui permet à tout individu d'accéder aux ressources et de faire valoir sa propre culture. Les propos de **A. H D** nous en précise quand il dit : « *Récemment, j'ai pris part au festival dary qui regroupe chaque année au mois de Décembre différentes familles de notre communauté dans le but de présenter et valoriser notre culture* ».

Il apparaît aussi que la participation aux activités culturelles est un moment importante pour les autres communautés. Ceci rejoint les propos de **J. B** qui précise : « *Je participe certainement aux activités culturelles au sein de ma communauté, la seule chose que depuis ma guérison les membres de ma communauté m'ont permis* ».

Nos répondants nous ont aussi permis de comprendre que ces activités culturelles regroupent différentes familles précise **A. H** : « *Comme chaque communauté à sa culture et valeur, notre communauté Ouaddaïenne organise chaque année des activités culturelles qui regroupent différentes familles dans le but de valoriser notre culture* ».

Favoriser la participation aux activités culturelles des individus dans leurs communautés locales, aux décisions et aux actions qui les concernent (prendre part à l'action sous toutes ses dimensions : danses, rites, etc.) contribue au développement personnel ou encore, à celui de leur milieu est également considérée comme une expression de la participation aux activités culturelles pour les personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

Par ailleurs, la participation aux activités culturelles constitue un obstacle pour d'autres répondants lorsque **O. H** dit : « *Non, je ne participe pas aux activités culturelles ; car ma communauté me rejette, j'étais obligé de quitter pour aller s'isoler à 5 km de la ville là où les lépreux se sont isolés* ».

6.1.7. La réinsertion sociale des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo

On peut envisager dans notre étude que la famille se veut un lieu de développement social et émotionnel pour tout individu qui en fait partie. La réconciliation avec la famille révèle d'une culture hôte qui valorise l'indépendance au lieu de l'interdépendance, peut entraîner un fort sentiment d'appartenance dans sa famille. Ainsi nous dit **A. H D** : « *Oui, quand la famille a appris la nouvelle de ma guérison, elles sont venues à ma recherche et nous nous sommes réconciliés. Au moment de la réconciliation, les mots de consolation, de réconfort et de soutien n'ont pas perdu de vue pendant ce temps d'échange avec eux* ».

Certains de nos répondants nous ont fait comprendre que leurs familles refusent de se réconcilier avec eux. C'est le cas de **J. B** lorsqu'il dit : « *Vu ma situation et je n'ai aucun moyen, je me suis rapproché auprès de la famille après ma guérison pour se réconcilier mais personne n'a osé de parler avec moi parce je suis pauvre, je ne travaille pas et si je leur regagne je serais une grande charge pour eux* ». Pour d'autres répondants la famille s'approche d'eux à ce qu'il leur regagne. C'est dans ce sens que s'exprime **O. H** quand il dit : « *Tout d'abord, quand la famille a appris que je suis guéri, elle s'est approchée de moi pour demander mon avis afin que je regagne le domicile familial. Chose faite, j'ai accepté de les regagner tout en organisant une réunion famille* ». Quant à **G. M** ceux qui les fuyaient viennent se réconcilier avec elle lorsqu'elle précise : « *Ceux que au début me rejetaient à cause de ma maladie viennent à ma rencontre pour se réconcilier avec moi. Certains organisent des rencontres familiales pour profiter de ce moment afin de s'excuser* ».

En effet les travaux du sociologue S. Paugam (1995) invitent à ne pas séparer les liens qui relient les individus entre eux des liens qui les unissent à la société toute entière. Ils distinguent quatre types de liens sociaux : la *filiation* (entre parents et enfants), la *participation organique* (entre acteur de la vie professionnelle), la *citoyenneté* (entre membres d'une même communauté politique) et la *participation élective* (entre proches choisis : voisinages, amis, associations...). C'est au sein de ces quatre lieux sociaux intégratifs que se réalise l'inclusion des personnes dans la société. Ils sont indispensables à tout individu, « *non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme* ». Ainsi, protection et reconnaissance forment les deux dimensions que l'on retrouve dans chaque type de liens sociaux.

Le sentiment d'appartenance se réfère au sentiment qu'une personne éprouve d'appartenir à un groupe ou à une société et de se sentir en tant qu'un membre de la société. En tant qu'individu vivant en société, nous avons besoin de sentir que nous appartenons à un groupe mais le fait pour une personne d'être ignorées semble être très néfaste pour elle. **J. B** affirme : « *Oui, le fait que je sois isolé au départ à une répercussion sur mon sentiment d'aller vers les autres après la guérison parce que à chaque fois que je vienne vers mes proches, ils ont en esprit que je vais leur contaminé. Certains encore cherchent à s'éloigner, s'écarter de moi pourtant je suis déjà guéri mais ils ont toujours peurs. Ces*

comportements m'amène le plus souvent à être relaxe en me réservant d'aller vers les autres ».

Selon Seyed (2010), « Chacun aime à fréquenter tout le monde et chacun espère être, dans la société, aimé, heureux et respecté par ses semblables, mais lorsque ce désir est inassouvi, l'esprit s'imagine que fuir la compagnie des hommes est plus facile que de vivre avec eux ». La stigmatisation, les menaces psychologiques des autres aux regards de nos répondants les a traumatisées et stimulées à déployer des mécanismes de défense tels que le refoulement, la régression, et même la projection négative. Ainsi les attitudes négatives, les préjugés et les pratiques discriminatoires ont des conséquences qui peuvent conduire à une désocialisation progressive. Cette relégation dans l'isolement social fonctionne comme un accélérateur de l'exclusion sociale. Les discriminations constituent un handicap social pour la personne à qui l'on renvoie un sentiment de rejet. Les conséquences sur un plan personnel sont une baisse de l'exclusion, une déformation de l'image personnelle, un sentiment de honte, de culpabilité et d'infériorité à signaler chez ces dernières et n'ayant confiance qu'à Dieu. Ceci rejoint les propos de **J. B** qui précise : « *J'espère sur le bon Dieu qu'il va changer ma situation* ».

Lorsque le sentiment d'appartenance n'y ait pas, le retour vers les autres est impossible. **A. H D** précise : « *Quand je viens vers les autres ils m'ignoraient, certains me fuyaient et d'autres souhaitent à ne pas me croiser sur leur chemin. Cela m'amène à avoir un sentiment d'inquiétude d'aller vers les autres après ma guérison* ». La reconnaissance devrait donc être l'occasion de redynamiser le lien social entre les individus. Nos répondants sont dans une dynamique de stigmatisation au jour le jour qui les empêche d'aller vers les autres. Ils se trouvent en situation d'inquiétude, et ne peuvent donc pas se permettre de se consacrer à venir vers eux. Ce qui explique les regrets de l'époque des personnes guéries de la lèpre dans ville de Mongo. Tel est le cas de **A. H** qui dit : « *L'état de ma santé ne me permet pas de se rapprocher auprès des autres. Ils ont peur que je leur contamine quand je venais souvent vers eux. Cela m'amène à être toujours relaxe en me réservant d'aller vers les autres après la guérison* ».

Le retour dans le milieu social est particulièrement important pour le développement de l'individu. L'accueil dans le milieu social renvoi à un moment de retrouvaille qui permet aux personnes d'être en contact avec leurs proches. C'est le cas de **G. M** lorsqu'il dit : « *J'étais bien accueilli au sein de la communauté par mes proches. Ils étaient dans une*

grande joie de me voir retrouver la santé et revenir au milieu d'eux. Ils ne cachent pas de manifester leur amour en vers moi pour me donner le sourire ». Pour O. H affirme : « Je suis bien accueilli au sein de ma communauté par mes proches. Toute la famille était dans un grand plaisir de me revoir au milieu d'eux en bonne santé ». Ce point de vue de notre répondant montre qu'il était bien accueilli dans sa famille.

Les personnes vivants seules, sans mixité sociale et sans la présence d'autrui sont souvent touchées que les autres par le rejet à cause la maladie. Ceci apparait clairement dans les propos de J. B lorsqu'il dit : *« J'étais très mal accueilli au sein de la communauté par mes proches. La toute première des choses que j'ai remarquée se résume à leur manière de m'accueillir, ils m'ont mis loin d'eux mais non seulement pour me saluer d'autres ne veulent pas ».*

L'angoisse, la perte de l'emploi, les difficultés liées à l'exercice des activités prennent le pas chez nos répondants. Le rejet de la famille, des proches, des amies, de la société contribue à sa disqualification sociale, notamment lorsque la stigmatisation dure. On perd très vite ses relations professionnelles, puis celles avec ses proches après les moments difficiles. Nous pouvons trouver ceci dans les propos de G. M lorsqu'elle dit : *« Avant la maladie je n'avais aucun problème de santé, d'emploi que ce soit autres. J'étais en bonne relation avec mes proches et familles. Mais seulement au moment où la maladie est arrivée tout a changé, j'ai perdu mon emploi même ma relation avec mes proches a changé ».*

Nous analysons chez certains de nos répondants que du point de vue religieux et culturel rien n'a été changé dans leur vie. Ainsi nous dit A. H : *« Je n'ai jamais perdu ma foi ni avant et après la maladie. La maladie ne peut m'empêcher de perdre ma foi envers mon créateur. Du point de vue culturel, avant comme après rien n'est changé. J'ai toujours gardé ma culture malgré pendant la période de ma maladie où j'étais isolé que je ne participe pas à certaines activités culturelles mais j'ai gardé ma culture comme un patrimoine important ».* Toujours en nous référant aux propos de J. B : *« Du point de vue professionnel, avant la maladie j'ai travaillé dans une société de la place et à la mairie. Mais après la maladie j'ai perdu mon emploi, je ne parviens plus à trouver un emploi stable ».* Nous observons ici un changement chez ce répondant sur le plan professionnel. Pour A. H D du point de vue spirituel il traumatisé après la maladie lorsqu'il dit : *« Sur le plan spirituel, avant la maladie j'ai un esprit disposé de pensées positives. Mais après cette maladie, psychologiquement je suis traumatisé par les séquelles de la maladie qui me donne souvent des mauvaises pensées ».*

Nous percevons, à travers le récit de vie, comment la situation les plus marquantes citées par les sujets étudiés a créé un déséquilibre sur différents niveaux. Chaque cas a énoncé ce qu'il a vécu : les effets de sidération psychologique, l'inquiétude, le désarroi, le désespoir et le sentiment d'inutilité à la vie. En effet, tous les cas étudiés montrent que ces derniers ont subi plusieurs difficultés sur une période donnée suite à une situation extrêmement difficile.

La maladie jette des groupes entiers dans des conditions graves et imprévues. Les valeurs qui encadrent l'humain se brouillent, G.-N. Fischer en (1994) a indiqué qu'être projeté dans ces conditions est une « *épreuve extrême qui plonge dans la souffrance et le malheur, l'idée de situation extrême renferme une dimension d'inquiétude en ce sens qu'il s'agit d'un bouleversement radical qui ébranle une vie et qui la précipite dans un abîme d'où il n'est pas facile de sortir* ». Les personnes guéries de la lèpre ont été confrontés à des situations extrêmes : la stigmatisation, le rejet, etc. Les récits de vie mettent en évidence des souffrances liées à des difficultés et à l'exclusion sociale. En effet, la situation extrême que ces dernières ont vécue provoque un état de vie dans une autre, une transition impérative vitale qui conduit à un isolement total.

Fondamentalement, la temporalité d'une difficulté sociale est profondément altérée : il y a un « avant » et un « après » d'une situation.

L'entretien mené dans le cadre de cette recherche a été une nouvelle occasion permettant à nos répondants de raconter leur situation. « Merci d'être venus nous écouter ». Le fait de raconter leur vécu a été un grand soulagement et aussi une expérience extrêmement douloureuse. D'un côté, le fait d'être écoutés les a aidés à avoir le sentiment que leur dignité leur était rendue, puisqu'ils pouvaient se présenter tels qu'ils avaient été, et décrire leur situation d'avant celle d'après ; ils avaient ainsi décrit les différences entre leurs anciennes vies, plus prospères, et leurs pauvres conditions de vie actuelle. D'un autre côté, c'était extrêmement difficile pour la plupart d'entre eux de raconter leurs situations et se rappeler de leurs déformations et doigts amputés. Parfois, la personne interrogée fondait en larmes ou était incapable de continuer, et il fallait interrompre l'entretien pour d'autres répondants interrogés, on voyait dans leurs paroles et dans leurs gestes des signes évidents d'inquiétude.

Presque toutes les personnes guéries de la lèpre interrogées pour cette étude ont décrit leurs situations d'isolement comme étant une période d'exclusion sociale pour eux.

Toutefois, le fait d'être mis à l'écart par sa propre famille a eu évidemment des conséquences sur la réinsertion sociale de nos répondants.

Interrogés sur leur situation, nos répondants ont surtout parlé que au début de leur maladie ils informent leurs familles : frère, sœur, père, mère, etc. Le fait qu'ils tiennent au courant leur situation aux proches permet à ces dernières de chercher à se rendre à l'hôpital pour les soins. Deux explications sont possibles : d'abord, le fait de parler de la situation éprouvante ; ensuite, chercher les moyens pour les soins.

Lorsque l'on a posé des questions sur leur réinsertion socioprofessionnelle, pour la majorité d'entre eux, ont montré une tension évidente. En premier, ils ont exprimé leur grand désir à la relance des activités économiques ou trouver un emploi stable qui leurs permettront de se prendre eux-mêmes en charge que t'attendre des autres. Ils ont parlé avec beaucoup de nostalgie de leur vie d'avant leur maladie, et raconté beaucoup de bons souvenirs quand elles étaient bien portant.

Les personnes guéries de la lèpre interrogées dans le cadre de notre étude considéraient en général que la réinsertion est une condition préalable et fondamentale pour leur autonomie; pour eux, la réinsertion donne la possibilité d'être indépendant et d'exercer une activité. La sécurité, une fois réinsérer, aura pour principal résultat de leur rendre la dignité et l'indépendance, la possibilité de redémarrer leurs activités et de reconstruire leurs vies. Nos répondants ont longuement parlé de la possibilité de micro crédit que le gouvernement peut les octroyer pour créer leur petite entreprise. En ce sens, soutien financier serait une condition préalable à leur réinsertion, car elles ont tous dit que sans une activité, elles sont confrontées à des difficultés. Elles croient qu'ils ont droit à recevoir un soutien pour recommencer avec les activités. La grande majorité d'entre eux estime que des soutiens financiers doivent venir du gouvernement et les organisations non gouvernementales, étant donné qu'ils sont les seules à pouvoir assurer les fonds nécessaires pour leur permettre de se réinsérer.

6.2. Discussion des résultats

En guise d'évaluation globale du processus de l'étude que nous venons de mener, la discussion tiendra en un certain nombre de point rapportant non seulement aux résultats obtenus, mais aussi au problème de recherche.

Les résultats de cette étude ont permis d'appliquer les théories de Carol Diane Ryff (1989), la théorie de Julian Rappaport (1981) et de Hildgarde Peplau (1952) dans le

contexte de l'accompagnement des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. A travers cette étude, nous pouvons affirmer que l'accompagnement psychosocial participe à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre. Autrement dit, l'accompagnement individuel, le suivi des lépreux et l'accompagnement socioprofessionnel ont un impact sur la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo au Tchad.

En ce qui concerne le problème posé par la recherche à savoir l'insuccès de réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo au Tchad, nous pouvons affirmer que l'écart observé trouve des explications dans le moment d'accompagnement des personnes guéries de la lèpre. En effet, les participants ont mentionné quelques difficultés rencontrées pendant leur suivi par les spécialistes, le manque d'engagement de certains spécialiste et la non prise en charge médicale par le gouvernement, l'absence de financement pour l'achat des médicaments, les très mauvais suivi sanitaire après la guérison et la stigmatisation continue son ampleur. Les participants quant à eux ont encore mentionné le problème de la non-participation à la prise de décisions commune dans leur communauté et le problème de l'insécurité. Ils ont mentionné également le problème du suivi sanitaire après la guérison qui concerne le manque des produits par le ministère de la santé publique et le programme de grandes endémies pour le traitement de ces dernières. Ils énumèrent aussi la non continuité des séances de thérapie par les psychologues et l'absence de leur coopération avec ce dernier. Pour ce qui est de l'accompagnement socioprofessionnel, les participants ont mentionné le problème de l'absence de l'emploi qui devrait être une opportunité pour leur réinsertion professionnelle, le manque des soutiens financiers de la part du gouvernement et des ONG qui leur permettront de créer leur propre entreprise afin de se prendre en charge et, le problème de l'absence des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle. En ce qui concerne la réinsertion socioprofessionnelle, les participants ont évoqué comme ils se sentent bien après la guérie malgré quelques difficultés et le problème de l'insatisfaction de l'accompagnement, l'absence du travail et cela les conduits à ne pas se réinsérer comme les autres, ils ont évoqué aussi les réactions de la famille, leur rejet par la communauté, la famille et l'entourage, le manque de sentiment d'égalité de la famille vis-à-vis à ces dernières. Ainsi, pour la réinsertion socioculturelle, nous affirmons que les participants ont gardé leurs identités culturelles qui représentent un patrimoine culturel et respectent les normes sociales de la communauté qui constitue un élément fondamentale de toute société, ils se sont confrontés au problème du rejet de participation aux activités culturelles au sein de la communauté. Enfin, ce qui est pour la

réinsertion sociale, les participants se sont réconciliés avec leurs familles après la guérison mais ils ont un problème de sentiment d'appartenance, ils sont trop relaxes et se réservent d'aller vers les autres. Les participants ont mentionné qu'avant et après la maladie il y'a un changement dans leur vie personnelle et avec les autres du point de vue professionnel, religieux, culturel et spirituel.

Les participants de cette étude sont motivés, ils savent qu'ils peuvent agir en interaction avec les professionnels et se projettent pour l'amélioration de leurs situations. Ces personnes sont capables de prendre leur destin en main. Toutefois, non seulement elles font face aux difficultés de réinsertion et rejet, mais aussi le contexte dans lequel ces personnes se trouvent est difficile. De ce fait, d'après la théorie de Carol Diane Ryff (1989), de Julian Rappaport (1981) et de Hildgarde Peplau (1952), ce n'est que la prise en compte de la relation entre deux personnes qui les amène à apprendre à travailler et à se mettent ensemble afin d'apporter une solution adéquate à cette personne en difficulté.

Pour ce qui est des limites de l'étude, au niveau méthodologique, nous pensons que la recherche qualitative constitue une limite car les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés. Par conséquent, ils nous invitent à une certaine prudence et suscitent des améliorations au niveau du choix de la méthode.

Etant donné que cette étude se situe dans le champ de l'intervention et action communautaire, nous avons proposé un protocole d'intervention qui est une tentative de résolution du problème de l'insuccès de réinsertion que nous avons observé.

6.3. Protocole d'intervention

Dans cette section, nous allons élaborer un plan d'action qui vise à intervenir sur le problème de l'insuccès de réinsertion que nous avons observé auprès des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. Pour Lavoie et Panet-PRaymont (2008), l'élaboration du plan d'action est un stade de planification pendant lequel les objectifs, la stratégie, les moyens d'action, l'échéancier, les ressources matérielles et humaines, le mode de fonctionnement du groupe et la structure organisationnelle sont définis et précisés. Pour ce qui est de cette étude, nous avons élaboré le plan d'action pour l'ensemble des personnes guéries de la lèpre et plus particulièrement à ceux que nous les avons interrogés lors de notre recherche. Nous nous sommes référées aux étapes de Lavoie et Panet-Raymont (2008) pour élaborer ce plan d'action.

Le plan d'action que nous avons élaboré vise à résoudre le problème de l'insuccès de réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo. Il a pour but d'améliorer la réinsertion sociale de ces dernières.

6.3.1. Les objectifs

Selon Lavoie et Panet-Raymont (2008) définissent les objectifs comme les résultats que l'on aimerait atteindre à la fin de la réalisation d'un projet d'action. Ces objectifs ont été élaborés grâce aux résultats d'entretiens obtenus auprès de nos participants. Il s'agit de :

- Construire les logements aux personnes guéries de la lèpre ;
- Octroyer les micro-crédits aux personnes guéries de la lèpre afin de créer leurs propres entreprises ;
- Donner régulièrement les aides et soutiens (survies, kits, denrées alimentaires, etc.) chaque fin du mois aux personnes guéries de la lèpre ;
- Rendre dynamique le suivi sanitaire des personnes guéries de la lèpre après leur guérison ;
- Créer un centre de formation pour la prise en charge professionnelle des personnes guéries de la lèpre ;
- Renforcer le centre léproserie avec les médicaments pour le traitement en cas de rechute des personnes guéries de la lèpre.

6.3.2. La stratégie

« La stratégie est l'art de coordonner les actions pour atteindre un but » (Lavoie et Panet-Raymont, 2008. P 166). Nous allons adopter une stratégie de type consensuelle car il existe une convergence pour ce qui est de la légitimité des objectifs et des moyens d'action utilisés.

6.3.3. Les moyens d'action

Les moyens d'action que nous avons proposé pour utiliser à atteindre les objectifs sont entre autres :

- La sensibilisation auprès de la population sur la stigmatisation, le rejet et l'exclusion des personnes touchées par la lèpre ;
- L'organisation des séminaires partout dans les communautés ;
- La rencontre avec les associations communautaires ;
- La présentation de l'origine de la lèpre.

6.3.4. L'échéancier

Nous avons proposé un chronogramme suivant :

- Du mois de janvier 2023 jusqu'au juin 2024 ; la construction du logement pour les personnes guéries de la lèpre et pendant ce moment, il faut octroyer les micro-crédits à ces dernières guéries de la lèpre afin de créer leurs propres entreprises pour se prendre eux-mêmes en charge, les donner régulièrement les aides et soutiens chaque fin du mois et rendre dynamique le suivi sanitaire après leur guérison.
- Du mois de juin 2024 jusqu'au mois de février 2025 ; créer un centre de formation pour la prise en charge professionnelle des personnes guéries de la lèpre
- Du mois de mai 2025 au juillet 2025 ; renforcer le centre léproserie avec les médicaments pour le traitement en cas de rechute des personnes guéries de la lèpre.

6.3.5. Les ressources matérielles et humaines

Cette étape consiste à évaluer les ressources matérielles et humaines nécessaires à la mise sur pied d'un moyen d'action qui nous permettra d'atteindre les objectifs fixés au départ.

Les ressources que nous nous proposons sont entre autres : le gouvernement, les organisations non gouvernementales, les anciens malades, les spécialistes en interventions. En dehors de ces ressources, nous avons besoin également de :

- Les moyens financiers ;
- Les moyens de déplacement, etc.

6.3.6. Le mode fonctionnement

C'est la manière à laquelle nous organiserons les différentes tâches à partager dans le cadre de notre projet. Il s'harmonise avec les valeurs auxquelles adhèrent les personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo.

6.3.7. La structure de fonctionnement

Etant donné que nous n'avons pas une structure de fonctionnement bien connue, nous allons créer un comité d'intervention et qui ne durera que pendant le temps de l'action.

Dans ce chapitre, il était question d'analyser, interpréter et discuter les résultats de nos participants recueillis sur le terrain. Nous avons également proposé un protocole d'intervention afin de résoudre le problème de l'insuccès de réinsertion que nous avons posé au départ.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette étude était de montrer comment l'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Nous sommes partie d'une enquête préliminaire menée auprès des lépreux dans la ville de Mongo/Tchad en juin 2018, 327 lépreux guéris dont 83 Pauciballaires soit 72,17% guéris et 244 Multibacillaires, 38,89% guéris dans la ville de Mongo/Tchad sont mis au ban de la société. Les résultats de cette enquête ont permis de poser le problème de l'insuccès de la réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

Pour résoudre ce problème, nous nous sommes servis de la théorie du bien-être psychologique de Carol Diane Ryff (1989), la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport (1981) et de la théorie des relations interpersonnelles d'Hildegarde Peplau (1952).

La première théorie a été développée dans le cas général. Nous l'avons utilisé particulièrement dans cette étude pour servir de grille de lecture de l'accompagnement psychosocial des personnes guéries de la lèpre. Il a été question d'une part de la compréhension multifactorielle de bien-être des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo à travers la théorie de Ryff(1989). Et d'autre part d'une explication à travers la théorie de l'empowerment de Rappaport (1981) pour le pouvoir agir d'un changement positif du processus d'accompagnement des personnes guéries de la lèpre dans l'optique d'améliorer leur réinsertion. La théorie de Peplau (1952) nous a permis d'expliquer la relation thérapeutique, qui constitue un volet important de la réinsertion sociale.

C'est pour répondre à la question de recherche (comment l'accompagnement psychosocial facilite-t-il à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad ?) que nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : L'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en termes de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation. Cette hypothèse a été opérationnalisée en trois hypothèses de recherche à savoir : HR1 : L'accompagnement individuel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. HR2 : Le suivi des lépreux facilite à la réinsertion des personnes guéries de

la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. HR3 : L'accompagnement socioprofessionnel facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. La méthodologie de l'étude essentiellement qualitative a répondu à un objectif global descriptif sur la base d'entretiens en profondeur avec cinq personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad. Un guide d'entretien portant sur sept centres d'intérêt nous a permis de collecter les données : les caractéristiques sociodémographiques des participants, l'accompagnement individuel des personnes guéries de la lèpre, le suivi des lépreux guéris de la lèpre, l'accompagnement socioprofessionnel des personnes guéries de la lèpre, la réinsertion socioprofessionnelle des personnes guéries de la lèpre, la réinsertion socioculturelle des personnes guéries de la lèpre et la réinsertion sociale des personnes guéries de la lèpre.

De l'analyse de contenu thématique du discours et de l'interprétation des résultats sur la base de la théorie du bien-être psychologique de Carol Diane Ryff (1989), la théorie de l'empowerment de Julian Rappaport (1981) et de la théorie de Peplau (1952), nous avons pu affirmer que l'accompagnement psychosocial facilite à la réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad en conciliant ces personnes à leur environnement en thème de cohérence et d'harmonie dans le but de l'amélioration de cette conciliation. En outre, nous pensons que la relation entre les spécialistes et le gouvernement pourrait résoudre le problème de l'insuccès de la réinsertion que nous avons observé chez les personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo.

C'est dans cette optique que nous avons proposé un plan d'action élaboré en nous basant sur les résultats obtenus auprès de nos participants pour leur accompagnement. Ce plan est une tentative d'amélioration de réinsertion des personnes guéries de la lèpre.

Pour ce qui est des limites de l'étude, au niveau méthodologique, nous pensons que la recherche qualitative constitue une limite car les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés. Par conséquent, ils nous invitent à une certaine prudence et suscitent des améliorations au niveau du choix de la méthode.

Cette étude nous a permis d'élaborer des perspectives au niveau de la sensibilisation, financier, organisationnel et psychologique.

- Au niveau de la sensibilisation, les spécialistes en intervention doivent lutter tout en amenant la communauté à comprendre que la stigmatisation des personnes touchées par la lèpre est un élément de désocialisation contre toute personne vulnérable ;

- Au financier, les chercheurs peuvent mener des études approfondies auprès des personnes démunies et plus particulièrement celles touchées par la lèpre ;
- Au niveau organisationnel, les chercheurs peuvent s'intéresser à l'impact des ressources matérielles et humaines sur la réinsertion des personnes guéries de la lèpre ;
- Au niveau psychologique, le problème de la perception de la lèpre peut constituer une piste de recherche, les futurs chercheurs peuvent s'intéresser à l'impact des croyances sur la qualité de réinsertion.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence Française de Développement & Samusocial International. (Septembre 2011). Les personnes lépreuses : de la prise en charge individuelle à la mise en place de politiques sociales. *Savoirs communs*, n°12, France.
- Ajor, D., Cassa, C., & Bougeon, H. (1983). L'échantillonnage et le problème de la validité externe de la recherche en éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 9 (1) 3-21
- Aktouf, O. (2014). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations: Une introduction à la démarche classique et une critique*. SainteFoy : Presses de l'Université.
- Allport, F. H. (1924). Psychologie sociale. *La Revue de philosophie*, 21(21) 583-942. <https://doi.org/10.2307/2014425>
- Angers, M. (1992). Initiation pratique à la méthodologie des Sciences humaines. *Centre éducatif culturel*, (1), 2-365. <http://bibliothèqueucm.educassist.mg/opac-cas/index>
- Argenty, J. (2012). *Précis de soins relationnels*. Lamarre
- N'detibaye, A. (2020). L'exclusion des lépreux guéris dans la ville de Mongo, chef-lieu de la Province du Guéra au Tchad. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 2(1) 3-11. <https://revue-ras.org>
- Astalin, P. (2013). Modèles de recherche qualitative : un cadre conceptuel. *Revue internationale de sciences sociales et de recherche interdisciplinaires*. 2(1)118-124
- Atkinson, R. M. (2006). Aging and alcohol use disorders : Diagnostic issues on thé elderly. *Internation Psychogeriatric*, 2, 55-72
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A M., Imbert, P., & Letrillant, L. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*.
- Auerbach, C. F., & Silverstein, L. B. (2003). *Données qualitatives: une introduction au codage et à l'analyse*. Presses Universitaire de New York
- Autès, M. (2008). « Au nom de quoi agir sur autrui ? », *Nouvelle revue de psychologie*, 6, pp.11-25.

- Azioum, S., Derguin, S. M. (2018). L'entretien de recherche Dit "Semi-directif" Dans les Domaines des Sciences Humaines et Sociales. *Reuves Scientifiques*. 22(8)30-42. URI: <http://espace.univ-msila.DZ:8080/xmlui/handle/123456789/18344>
- Bellot, C. (2001). Le monde social de la rue: expériences des jeunes et pratiques d'intervention à Montréal. Université de Montréal, École de Criminologie, thèse de doctorat.
- Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. 5e édition. Quadrige-éd. Presses Universitaire de France
- Barges, A. (1998). Lèpre et socio-anthropologique de la maladie en Afrique Francophone. *Association des léprologues de Langue Française*. pp.16-17
- Barras, C., & Manço, A. (2019). L'accompagnement des familles entre réparation et créativité. L'Harmattan.
- Berelson, B. (1952). Content analyses in communication research. Glenoce, IL: The Free Press
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). L'entretien : l'enquête et ses méthodes. Armand Colin, 978-2200248093.
- Boivin, M. D., De Montigny, M-J. (2002). La réinsertion sociale en toxicomanie:une voie à découvrir. Montréal. Comité permanent de lutte à la taximanie.
- Bouillaguet, A. 1997). Analyse de contenu. Presses Universitaire de France
- Bourgon, M., & Gusew, A. (2011). L'intervention individuelle en travail social. Sainte-Foy, Québec: Press de l'Université Laval.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.
- Butler, J., & Kern, M. L. (2014). *The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing*. Unpublished manuscript.
- Castra, D. (2006). L'insertion professionnelle des publics précaires. Presses Universitaires de France
- Célia, T., Eleonora, R., Marion, F., Natacha, G., et Isaline, C. (2018). Prise en charge et réinsertion des patients atteints de la lèpre au sein du Lalgadh Leprosy Hospital. Stage d'immersion en Milieu Communautaire, Université de Genève.

- Charles Bonsack, Shyhyrete, R., & Favrod, J. (2015). La psychoéducation : Définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-Psychologique*, 73(2) 10- 15. doi
- Chaussinand, R. (1949). L'expansion de la lèpre de l'antiquité à nos jours, 1(2) 1-5. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Claude, Désiré N. (2010). *Attitude et changement de comportement sexuel face au VIH/Sida : de l'intention d'agir à l'action de la résistance à l'usage du préservatif chez les adolescents-élèves des classes terminales de Yaoundé (Cameroun)*. (Thèse de doctorat). Université de Lyon 2
- Creswell J. W. (2014). Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach. 4th ed. by SAGE Publications. Inc. ; « *Enfant en situation de rue* » en bref-The world new platform, mis en ligne le 26/11/2019 sur theworldnews.net>cm-news, consulté le 09/10/2020 à 15h53 ;
- Csillik, A. (2017). *Les ressources psychologiques : apports de la psychologie positive*. Dunod.
- De Briser, G., Jouvion, A., Mercier, J., Trappier, T., Urseau, F., & Thefenne, L. (2011). Prise en charge de la lèpre en Médecine physique et réadaptation. *Spécial Handicap sous les tropiques*, 71(6) 550-553. <http://halarchives-ouvertes.fr/hal-00546141>
- De Robertis, C. (2009). *Méthodologie de l'intervention en travail social : Nouvelle édition*. Bayard. Collection Travail social.
- Delage, M. (2009). Qu'en est-il du sentiment de guérison chez le jeune adulte atteinte d'une lèpre dans l'enfance ou l'adolescence ?
- Delle Fave, A. (Ed.). (2016). *Dimensions of well-being. Research and intervention*. Franco Angeli.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(6) 542-575. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 1(2) 189-216. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1006859511756>
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2009). *The evolving concept of subjective wellbeing: The multifaceted nature of happiness Assessing well-being* (pp. 67-100): Springer.

- Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Ed.), *The science of well-being* (pp. 11-58): Springer.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57(2) 119-169. <http://doi.org/10.2511/rpsd.30.3.113>
- Diop, R. A. (2010). Stratégie de survie et culture de jeunes dans les marchés urbains de Dakar: Cas des adolescentes travailleuses (Sénégal). *Revue africaine de sociologie*.14(1)67-83.<https://www.jsror.org/stable/24467542>
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellberbing*,2(3) 222-235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>
- Dols, M. M. (1979). Lèpre dans la médecine arabe médiévale. *Journal de l'histoire de la médecine*. (3):314-333. Document électronique. <http://jhmas-oxfordjournals.org/content>
- Domart, A. (1992). Petit Larousse de la médecine, édition Larousse.
- Dumez, H. (2011). La description : *point aveugle de la recherche qualitative, le libello d'Aegis*, 6(2) 28-43. <http://halarchives-ouvertes.fr/hal-00546141>
- Emmanuelle, R. (2015). *Intervention dans le processus de réinsertion sociale au Québec : Une étude du point de vue des agents de réinsertion sociale en collectivité*. (Mémoire de Maîtrise), Université de Montréal.
- Etikan, I., Moussa, SA., & Alkassin, R. S. (2016). Comparaison de l'échantillonnage de commodité et de l'échantillonnage raisonné. *Journal américain de statistiques théoriques et appliquées*. 5(1)1-4.doi :10.11648/j.ajtas.20160501.11
- Eugénie, C. (2013). *La problématique de la réinsertion de personnes atteintes de maladie chronique à Port-au-Prince et les stratégies d'interventions des institutions de prise en charge*. (Mémoire de Master), Université de Montréal.
- Fonkeng, E. G., Chaffi, C. I. & Bomba, J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales* .Graphicam.
- Forgeard, M. J. C., Jayawickreme, E., Kern, M., & Seligman, M. E. P. (2011). Doing the right thing: Measuring wellbeing for public policy. *International Journal of Wellbeing*, 1(1) 79-106. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v1i1.15>

- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2008). *Fondement et étapes du processus de recherche*. Chenelière-Education.
- Foucart, J. (2008). Accompagnement et transaction : une modélisation théorique.17(1).[http://Doi:10.3917/pp.017.0113](http://doi.org/10.3917/pp.017.0113)
- Friedman, H. S., & Kern, M. L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology*, 6(5) 719-742. [http://doi.org /10.1146/annurev-psych-010213-115123](http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115123)
- Freyssinet-Dominjon, J. (1997). Méthodes de recherche en Sciences Sociales. Montcherstien
- Géraldine, E. (2012). *Intervention humanitaire et villageois atteints de la maladie Hansen (Lèpre) : Analyse comparative des conditions de Laos et au Cambodge*. (Mémoire de Master), Université Concordia.
- Giust-Desprairies, F., Levy. A. (2003). L'analyse de discours, dans vocabulaire de Psychologie. pp289-301. Toulouse. Erès
- Ghiglione, R., & Blanchet, A. (1991). Analyse de contenu et contenus analyses. Dunod
- Ghiglione, R., & Ma talon, B. (2004). Les enquêtes sociologiques. Théorie et pratique.
- Gora, B. (2008). *La problématique de l'intégration des villageois de Reclassement Social (VRS) au Sénégal dans les collectivités locales*. (Mémoire de Maîtrise), Université de Sherbrooke.
- Grawitz, M. (2001). *Méthode en sciences sociales*, 11e ed. Dalloz.
- Grawitz, M. (1979). *La méthode en Sciences Sociales*. Dalloz
- Honoré, B. (1992). Vers l'oeuvre de formation : l'ouverture à l'existence. L'Harmattan
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social Indicators Research*, 110(3) 837-861. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v1i1.15>
- Huppert, F. A. (2014). The state of wellbeing science: Concepts, measures, interventions, and policies. In F. A. Huppert., & C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing: A complete reference guide: Interventions and policies to enhance wellbeing* 4(2) 1-50. [http://doi.org /10.4236/psych.2014.56060](http://doi.org/10.4236/psych.2014.56060)
- Jorro, A. (2012). Accompagnement, comme processus singulier et comme paradigme : *Un agir professionnel*. <https://tube-a-idess.univ-avignon.fr>
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwartz, N. (Eds.). (1999). *Well-being: The foundations of*

hedonic psychology. Russel Sage.

- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology*, 3(4) 219-233. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115123>
- Kern, M. L., Waters, L. E., Adler, A., & White, M. A. (2015a). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3) 262-271. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936962>
- Kern, M. L., Water, L., Adler, A., & White, M. (2014). Assessing employee wellbeing in schools using a multifaceted approach: Associations with physical health, life satisfaction, and professional thriving. *Psychology*, 5(6) 500-513. <http://doi.org/10.4236/psych.2014.56060>
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 2(2) 95. <http://doi.org/1037/0022-248Z.63.329>
- Keyes, C. L., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, 4(3) 97-201. <http://doi.org/10.1080/17439760.2014.936962>
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete State model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3) 539-548. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. (2009). The nature and importance of positive mental health in America's adolescents. In Gilman, R., Huebner, E., & Furlong, M. (Eds.). *Handbook of positive psychology in schools*. Routledge.
- Konate, K. (2017) Méthodes de recherches, Commons.
- Labbe, P. (2003). Les bricoleurs de l'indiscible. De la réinsertion en général, des missions locale en particulier. Apogée.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1) 99-110. <https://doi.org/10.1037/0022>
- Laurin, N. (2001). « L'accompagnement », *Revue argument*, 4(1) 76-85.

- Lavoie, J., & Panet-Raymont, J. (2008). Les étapes du processus de l'intervention communautaire. Dans H. Lamoureux, J. Lavoie, R. Mayer, J. Panet-Raymont (dir.), *la pratique de l'action communautaire* (pp. 151-185). Presses de l'université du Québec.
- Le Bossé, Y., & Dufort, F. (2009). Le cadre paradigmatique de la psychologie communautaire : Vers une épistémologie du changement. Dans F. Dufort & J. Guay (dir.), *Agir au cœur des communautés : la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 75-106). Les presses de l'univers de Laval.
- Le Boterf, G. (2010). Repenser la compétence ; pour dépasser les idées reçues : 15 propositions. Collection Ressources Humaines. Groupe Eyrolles. pp.108-110-139.
- Le Rhum, A. (2011). *L'accompagnement éducatif psychosocial des personnes atteintes des maladies chroniques*. (Mémoire de DEA en santé publique), Université Catholique de Louvain.
- L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Presses de l'Université du Québec.
- Louis, L. (2014). Lutte contre la lèpre au Cambodge. Fondation CIOMAL : Évaluation externe à la demande de la commission Consultative de la Solidarité Internationale-Genève. pp.5-9
- Loubet Delbaye, J-L.(1989). Introduction aux méthodes des Sciences Sociales, 89(59) 2-12.
<https://servicesinformatiques.UQAM.ca/services>
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(1) 137-155.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1006824100041>
- Mace, G., & Petry, F. (2000). Guide d'élaboration d'un projet de recherche en Sciences Sociales. P.43. Presses de L'Université de Laval.
- Maela, P. (2010). L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. *Les carnets de la persagotière*, 22(2) 1-21. doi:10.1146/annurev-psych-010213-115123
- Maela, P. (2009). « Autour du mot accompagnement », Recherche et formation. <http://eduscol.education.fr/numerique/dossier/archives/accompagnement/notion/accompagnement-scolarite>.

- Martin-Krumm, C., Fenouillet, F., Csillik, A., & Kolb. (2018). Changes in Emotions from Childhood to Young Adulthood. *Child Indicators Research*, 11(2) 541-561. <https://doi.org/10.1007/s12187-016-9440-9>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Modèles or emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Es). *Handbook of intelligence* . pp 396-420. Cambridge University Press
- Mbouna, E. (2012). *Projet lèpre et promotion de la sante : Éducation pour la Santé de la Communauté au sujet de la Lèpre dans les provinces de Luanda et Benguela-Angola.*
- Michaelson, J., Abdallah, S., Steuer, N., Thompson, S., & Marks, N. (2009). *National accounts of well-being: Bringing real wealth onto the balance sheet.* New Economics Foundation.
- Ministère de la Sécurité Publique du Québec. (2010). *La réinsertion sociale.*
- Mucchielli, R. (1985). *Les questionnaires dans l'enquête psychologique*, ESF. Édition
- Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu : Des documents et des communications.* 9e éd. Issy-les-Moulineaux: EFS
- Mutatkar, R. K. (1979). *Société and Leprosy.* Pune : Shubhada-Saraswat fort Gandhi Memorial Leprosy Foundation. pp.115-117
- Nguettia, M. (2009). « Les méthodes de réinsertion sociale des enfants et jeunes de la rue d'Abidjan : étude évaluative de leur impact psychosocial » 3eme congrès international de l'Association internationale pour la formation, la recherche et l'intervention sociale Hammamet-Tunisie Du 21 au 24 Avril.
- Ninancs, B. (1995). Empowerment et service social : approche et enjeux. *Service social*, 44(1) 69-93. <https://doi.org/08.0508/s12187-016>
- Nussbaum, M. (2001). Adaptive preferences and women's options. *Economics and Philosophy*, 1(2) 67-88. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936962>
- Oppenheim, D. (1996). *L'enfant et la guérison de lèpre. La traversée d'un exil.* Bayard Edition.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Rapport mondial sur le handicap.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70671-pdf>

Organisation Mondiale de la Santé. (1989). *Guide de la lutte antilépreuse*. Deuxième Edition.

Organisation Mondiale de la Santé. (2009). *Stratégie mondiale renforcée pour davantage réduire la charge de la lèpre (période 2011-2015)*. New Dehli, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. <http://www.wpro.int/leprosy/documents/globalleprosystrategy2011-2015-pdf>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Stratégie mondiale de lutte contre la lèpre 2016-2020 : Parvenir plus rapidement à un monde exempt de la lèpre*. New Delhi, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Asie du Sud-Est, 2016. <http://www.wpro.int/leprosy/documents/globalleprosystrategy2016-2020-pdf>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Rapport mondial sur le handicap*. <http://www.wpro.int/leprosy/documents/globalleprosystrategy2011-pdf>.

Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Vers zéro lèpre. Stratégie mondiale de Lutte contre la Lèpre (maladie de Hansen) 2021-2030* : New Delhi : Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Asie du Sud-Est ;2021. <http://www.wpro.int/leprosy/documents/globalleprosystragy2021-2030-pdf.p.8-10>

Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Comment guérir la lèpre. Santé pour les plus démunis*. <http://www.who.int/lep/leprosy/en/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1>

Palmer, C., & Bolderson (2006). Une brève introduction à la recherche qualitative. *Revue canadienne des technologies de radiation médicale*.37(1)16-19. doi :10.1016/S0820-5930(09)60112-2

Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en générale et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives*.15(1)79-94

Pedinielli, J. L. (1994). Introduction à la Psychologie Clinique. Nathan

Pierre-Marie, B. (2021). *Rapport de l'Agencia Fides, le service d'information de Propagande Fide-janvier 2021 : L'exclusion sociale principale cause de la souffrance des lépreux*. <https://www.aciafrique.org>

Poisson.Y. (1983). L'approche qualitative et l'approche quantitative dans les recherches en éducation,*Populations.Center focus*,1,5, 56-68.URI: id.erudit.org/iderudit/900420ar

- Poirier, J., Baya, B., & Zongra, C. (1996). Travail des enfants et division des tâches au sein des mégas, collection "Travaux de l'UERD", 2e édition
- Poizat. (2008). La lèpre et la crypte. *Dépendance*, 27:7-17. Document électronique.<http://wwwcarin.info/revue-dependance>.
- Pouatou Weladji Guy Martial. (2003). *Etude de la prise en charge de la lèpre infantile*. (Thèse de Doctorat en Médecine). Université D'Antananarivo.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : Considération épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J, Poupart, J-P., Deslauries, L-H., Groulx, A., Lperrière, R., Mayer & A. Pires (Dir): *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Québec. Gaétan Moun.éditeur
- Quivy, L. V. (1995). *Manuel de recherche en Sciences Sociales*. Dunod
- Quivy, R., & Campenhoudt, L-V. (2006). *Manuel de recherche en Sciences Sociales. Psychologie*. Édition. Dunod
- Quivy, R., Campenhoudt, L-V., & Marquet, J. (2017). *Manuel de recherche en Sciences Sociales. Psychologie sociale*. Édition. Dunod
- Rappaport, J. (1981). Praise of paradoxe : A social policy of empowerment over prevention *American Journal of Community Psuchology*,4,2, 1-25. <https://doi:10.7202/900420ar>
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/Exemplars of prevention toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2) 121-145. <https://doi: 10.3917/ s12187-016>
- Relandeau, A. Cherubini, N. Didier, S., & Lafreière, A. (2009). *Accompagnement social personnalisé : Réflexions, méthodes et outils d'une approche en travail social de proximité*. Produit par le Domaine Services Sociaux, Economiques et Education, Direction des Ressources Techniques, Handicap International.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1) 141-166. <http://doi.org/iderudit/900420ar>.
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of

- successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 2(2) 35-55.
<https://doi.org.1080/17439760.2014.936962>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3) 1069-1081. <https://doi : 3917/lsdle.393.0087>.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2) 719-727.
<https://doi.org/10.3917/lsdle.393.0087>.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1996). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(4) 1-28. <http://Doi :10.3917/lsdle.393.0087>.
- Schwartz, B. (1994). *Modernier sans exclure. La Découverte*.
- Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*: Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press
- Shankland, R. (2015). *La psychologie positive*. Dunod.
- Six-Razafinjats, E. (2003). Quelques bases de l'accompagnement en travail social.
www.google.com
- Stiglitz, J., Sen, A., & Fitoussi, J. P. (2009). *Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress*.
- Streeter, C.L., et C. Franklin. (1992). « Defining and Measuring Social Support : Guidelines for social Work Praticitioners », *Research in Social Work Practice*, 2(1) 81-98. <http://Doi :10.3917/lsdle.393.0087>.
- Surtees, R., Johnson. L. S., Zulfahary, T., & Caya, S. D. (2016). *Going home. Challenges on the reintegration of trafficking victims in indonesie*. DC: Nexus Institute.
- Tang Essomba, M. (2012). *Introduction à la statistique descriptive pour psychologie. Cours de psychologie à l'Université de Yaoundé I*.
- Tap, P. (1988). *La société pygmalien*. Dunod.
- Thomas, J. (2009). *Working paper: Current measures and the challenges of measuring children's wellbeing*. Office for National Statistics.

- Trésor de la langue française. (1988). Dictionnaire de la langue du XIXe siècle et du XXe siècle (Tome 13)-Gallimard-Anatole : CNRS.
- Trésor de la langue française. (1992). Dictionnaire de la langue du XIXe siècle et du XXe siècle (Tome 13)-Gallimard: CNRS.
- Tribble, D. (2014). L'approche Delphi: Application dans la conception d'un outil clinique en réadaptation au travail en santé mentale, Presses de l'Université du Québec.
- Tsafack, R. N. (2007). "Instabilité gouvernementale, croissance et développement au Cameroun". *On Revue Camerounaise de Management*. 14: 34-50
- Vallerand, R. J. (2006). Les fondements de la psychologie sociale. 2e édi. Université du Québec à Montréal
- Vallerand, R. J. (2006). Effets du soutien sur le bien-être psychologique et la poursuite des études postsecondaires: une étude chez les élèves en contexte francophone minoritaire. 44(1)2-31.<https://doi.org/10.4000/osp.4506>
- Vallerie, B., & Le Bossé, Y. (2010). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 39 (3) 8-100.<http://Doi:10.3917/lsdle.393.0087>.
- Vaux, A. (1992). « Assesment of social support », dans H.O.F. Veiel., & U. Bumann (dir.), *The Meaning and Measurment of social support*, Hemisphere Publishing Corporation.
- Villieux, A., Sovet, L., Jung, S.-C., & Guilbert, L. (2016). Elaboration d'une échelle d'épanouissement psychologique en milieu du travail et examen de ses qualités psychométriques. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 53(3)315-320. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.027>
- Vögeli, S. (2013). Feuille d'information « Case Management » (gestion par cas) et « Suivi personnalisé » dans le contexte de la démence. Association Alzheimer Suisse.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4) 678-691.<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Watson, J. (1992). L'analyse sociologique du travail. Dans D. G. Tremblay et D. Villeneuve (dir.). *Travail et société, une introduction à la sociologie du travail*, Université de Québec.

- Wehmeyer, M. L. (2005). Self-determination and individuals with severe disabilities: Reexamining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(2) 113-120. <http://doi.org/10.2511/rpsd.30.3.113>
- Wilson, V. (2014). Méthodes de recherche : *Triangulations: Bibliothèque fondée sur des preuves et pratiques de l'information*. 9, 74-75. <https://doi.org/10.18438/B8ww3x>
- Zucker, JM. (2002). Peut-on parler de guérison dans la lèpre de l'adulte ? In : 5^e colloque de Pédiatrie et psychanalyse. La guérison aujourd'hui : réalités et fantasmes. Editions Etudes freudiennes. pp. 29-42

ANNEXES

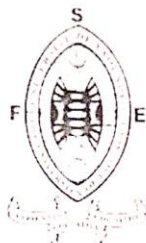
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°.....*PO*...../22/UyI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **NANYAL Benoit**, Matricule **20V3133**, est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION ET EDUCATION EXTRASCOLAIRE*, Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Dr. NOUMBISSIE Claude Désiré**. Son sujet est intitulé : « *Accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéris de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le **17. FEV 2022**.....

Pour le Doyen et par ordre

Etienne
Le Vice-Doyen
Professeur

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-travail-patrie

Université de Yaoundé I

Faculté des Sciences de l'Education

Département d'Education Spécialisée



REPUBLIQUE OF CAMEROUN
Peace-work-fatherland

University of Yaoundé I

Faculty of Educational Sciences

Department of Specialized Education

Guide d'entretien

Dans le cadre de la rédaction de notre mémoire de fin de formation à la Faculté des Sciences de l'Education à l'Université de Yaoundé 1, au Département de l'Education Spécialisée, **option : Intervention et Action Communautaire**, nous menons une recherche sur le thème : "*Accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.*"

Le présent grille d'entretien a été élaboré dans le but de recueillir des informations et les données de l'interviewé. C'est un instrument de recherche permettant de traduire les faits psychologiques et sociaux. C'est l'entretien semi-directif. En d'autre terme une question est posée à l'interviewé pour lui permettre de s'exprimer librement sur sa perception, son comportement et ses expériences.

Avant l'entretien proprement dit, quelques précisions sont faites à l'endroit de l'interviewé. L'objectif de l'entretien, le choix de l'interviewé, la possibilité d'enregistrement du discours. Cette disposition nous permet d'obtenir l'adhésion de l'interviewé et sa participation sans équivoque à la recherche.

Nous vous prions de bien vouloir participer à cette enquête qui est d'ordre purement académique et nous vous rassurons de la confidentialité et ne vous portera aucun préjudice.

1. Identification

Age _____ ans

Sexe : M F

Croyances.....

Situation matrimoniale.....

Niveau d'étude.....

Activité professionnelle.....

2. Thèmes de guide : Accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

Au cours de nos entretiens, divers thèmes ont été abordés afin de nous permettre d'atteindre les objectifs fixés.

Thème 1 accompagnement individuel

Sous thème 1 : écoute

Sous thème 2 : lien de confiance

Sous thème 3 : thérapie

Thème 2 suivi des lépreux

Sous thème 1 : décision prise en commun

Sous thème 2 : sécurité

Sous thème 3 : suivi sanitaire

Thème 3 accompagnement socioprofessionnel

Sous thème 1 : soutiens financiers

Sous thème 2 : soutiens sociaux

Sous thèmes 3 : soutiens moraux

Thème 4 réinsertion socioprofessionnel

Sous thème 1 : Bien-être

Sous thème 2 : satisfaction personnelle

Sous thème 3 : sentiment d'égalité

Thème 5 réinsertion socioculturelle

Sous thème 1 : identité culturelle

Sous thème 2 : normes sociales

Sous thème 3 : participation aux activités culturelles

Thème 6 réinsertion sociale

Sous thème 1 : réconciliation avec la famille

Sous thème 2 : sentiment d'appartenance

Sous thème 3 : accueil dans le milieu social

Guide adressé aux participants

Notre guide d'entretien est fait dans le but de recueillir les données ou les informations venant des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo/Tchad.

1-Avez-vous raconté votre situation à une personne ou à quelqu'un ? Si oui, à qui ? Présentez-nous. Si non, pourquoi ? Et comment ? Parlez-nous.....

.....
.....
.....

2-Avez-vous été suivi par un spécialiste ? Si oui, c'était qui ? Un psychiatre, un psychologue, un éducateur, un médecin, un infirmier ? Présentez-nous. Et comment s'est faite la prise en charge ? Parlez-nous un peu de situations de votre séance de prise en charge

.....
.....
.....

3-Racontez-nous votre séance de thérapie avec un spécialiste ? Et comment ça s'est passé ? Présentez-nous.....

.....
.....
.....

4-Participez-vous à la prise de décisions commune au sein de votre communauté ? Si oui, comment ? Parlez-nous

.....
.....
.....

5-Comment vous sentez-vous ? Est-ce que votre sécurité est garantie ? Si oui, justifiez

.....
.....
.....

6- Comment se passe le suivi sanitaire après votre guérison ? Si oui, parlez-nous. Si non, pourquoi ?.....

.....
.....
.....

7-Avez-vous reçu des soutiens financiers de la part du gouvernement et de la part des ONG nationaux et internationaux ? Si oui, expliquez-les.....

.....
.....
.....

8- Le fait d'être mis à l'écart impacte-t-il sur votre réinsertion socioprofessionnelle? Si oui, expliquez-les. Si non, pourquoi ? Parlez-nous.....

.....
.....
.....

9- Avez-vous reçu des soutiens dans le domaine de la prise en charge professionnelle ? Et êtes-vous inscrit dans un centre de formation? Si oui, comment ? Présentez-nous.....

.....
.....
.....

10- Comment vous sentez-vous après votre guérison ? Parlez-nous.....

.....
.....
.....

11- Etes-vous satisfait personnellement de l'accompagnement reçu ? Si oui, justifiez. Si non, pourquoi ? Parlez-nous.....

.....
.....
.....

12-Vous sentez égale aux autres personnes de votre communauté ? Si oui, justifiez. Si non, qu'est ce qui fait la différence entre vous et les autres ? Expliquez-les.....

.....
.....
.....

13-Citez les éléments de l'identité culturelle que vous avez gardée ? Présentez-les.....

.....
.....
.....

14- Respectez-vous les normes sociales de votre communauté ? Si oui, lesquelles

.....
.....
.....

15-Dites-nous Mr/Mme participez-vous aux activités culturelles au sein de votre communauté ? Si oui, parlez-nous.....

.....
.....
.....

16-Vous êtes-vous réconcilié avec vos familles après votre guérison ? Si oui, parlez-nous.....

.....
.....

17-Le fait que vous soyez isolé au départ répercute-t-il sur votre sentiment d'aller vers les autres après la guérison ? Si oui, comment ?.....

.....
.....
.....

18-Comment êtes-vous accueilli au sein de votre communauté par vos proches? (Dites-nous)

.....
.....
.....

19-Avant votre maladie et après votre maladie, qu'est-ce qui a changé dans votre vie personnelle et avec les autres sur les points suivants : religieux, culturel, spirituel, professionnel ? Parlez-nous.....

.....
.....
.....

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
RESUME	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE, CADRE CONCEPTUEL ET FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
1.1.CONTEXTE DE L'ETUDE	6
1.2.OBJET DE L'EUDE.....	8
1.3.LES POSITIONS THEORIQUES SUR LE PROBLÈME DE L'ETUDE.....	9
1.4.PROBLÉMATIQUE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	17
1.5.QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHESE GENERALE DE L'ETUDE	19
1.5.1.Question principale	19
1.5.2.Questions spécifiques.....	19
1.6.OBJECTIFS ET BUT DE L'ETUDE	19
1.6.1.Objectif de l'étude.....	19
1.6.2.Objectif principal	19
1.6.3.Objectifs spécifiques.....	20
1.7.HYPOTHESES DE L'ETUDE.....	20
1.7.1.Hypothèse principale	20
1.7.2.Hypothèses spécifiques.....	20
1.8.But de l'étude.....	20
1.8.1.INTERETS ET PERTINENCE DE L'ETUDE	21
1.8.2.LIMITES ET TYPE DE L'ETUDE.....	22
1.9.DÉFINITIONS DES CONCEPTS CLÉS DE L'ÉTUDE.....	23
1.9.1.Définition de l'accompagnement.....	23
1.9.2.Définition de la psychosociale	23
1.9.3.Définition de la réinsertion	24
1.9.4.Définition des personnes guéries	25

1.9.5. Définition de la lèpre	25
CHAPITRE II : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	26
2.1. PRESENTATION DES CONCEPTS CLES DE L'ETUDE.....	26
2.1.1. La notion de l'accompagnement psychosocial	26
2.1.2. L'accompagnement psychosocial	30
2.1.2.1. Les dimensions de l'accompagnement	32
2.1.2.2. Les types d'accompagnements psychosociaux	33
2.1.2.3. Les finalités de l'accompagnement psychosocial	37
2.2. Historique du concept personnes guéries.....	37
2.3. Historique du concept lèpre	38
2.3.1. La conception anthropologique de la lèpre en Afrique.....	39
2.3.2. La conception et interprétations de la lèpre au Tchad	41
2.3.3. La conception et interprétations religieuses de la lèpre au Tchad	41
2.3.4. La conception et interprétations socioculturelles de la lèpre au Tchad	42
2.3.5. Les formes de lèpre.....	44
2.3.6. La perception de la lèpre.....	45
2.4. Historique du concept de réinsertion	45
2.4.1.2. La réinsertion socioprofessionnelle	48
2.4.1.3. La réinsertion socioculturelle.....	50
2.4.1.4. La réinsertion sociale	51
CHAPITRE III : FONDEMENT THEORIQUE DE L'ETUDE	53
3.1. LA THEORIE DE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE.....	53
3.1.1. Brève évolution historique de la théorie de bien-être psychologique.....	53
3.1.2. Le postulat.....	54
3.1.3. Les composantes de la théorie de bien-être psychologique	54
3.1.4. Les modèles du bien-être psychologique et ses dimensions	55
3.1.4.1. Le bien-être subjectif (Diener, 1984).....	56
3.1.4.2. Le bien-être psychologique (Ryff et Keyes, 1995).....	56
3.1.5. Les modèles intégrateurs du bien-être psychologique	57
3.1.5.1. Le modèle de Keyes.....	58
3.1.5.2. Le modèle de Diener et al., (2009)	58
3.1.5.3. Le modèle de Seligman et al., (2011)	58
3.1.6. Les différents outils de mesure du bien-être	58
3.1.6.1. Les échelles de mesure du bien-être subjectif.....	59

3.1.6.2. L'échelle de satisfaction de vie (Diener, 1985)	59
3.1.6.3. L'échelle PANAS (Watson, Clark, et Tellegen, 1988).....	59
3.1.6.4. L'échelle des expériences positives et negatives (Diener <i>et al.</i> , 2010)	59
3.1.6.5. L'échelle d'évaluation globale du bien-être subjectif (Lyubomirsky et Lepper, 1999)	60
3.1.6.6. L'échelle de Ryff pour la mesure du bien-être psychologique	60
3.1.6.7. L'importance de la théorie du bien-être psychologique de Carol Ryff	60
3.2. La théorie de l'Empowerment de Julian Rappaport	60
3.2.1. Brève description de la réalité de la théorie de l'Empowerment	61
3.2.2. Les fondements historiques de la théorie de l'empowerment.....	61
3.2.3. Le postulat de la théorie de l'empowerment.....	62
3.2.4. Les composantes de la théorie de l'empowerment	62
3.2.4.1. La prise en compte des conditions structurelles et individuelles du changement social	62
3.2.4.2. Les contextes d'application.....	63
3.2.4.3. Quelques définitions du changement visé et modalités	64
3.2.4.4. Le développement d'une action conscientisante.....	64
3.2.4.5. Importance de la théorie de l'empowerment de Rappaport par rapport à notre étude	64
3.3. LE MODELE THEORIQUE DES RELATIONS INTERPERSONNELLES DE PEPLAU (1952).....	65
3.3.1. Brève évolution du concept des relations interpersonnelles	65
3.3.2. Biographie de Hildgarde Elisabeth Peplau	66
3.3.3. Le postulat de base de la théorie des relations interpersonnelles.....	66
3.3.4. Les composantes de la théorie des relations interpersonnelles	67
3.3.4.1. La phase d'orientation.....	67
3.3.4.2. La phase de travail	69
3.3.4.4. La phase de terminaison.....	70
3.3.5. Importance de la théorie des relations interpersonnelles de Peplau par rapport à notre étude.....	71
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	72
CHAPITRE IV : APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES ET OPÉRATOIRES	73
4.1. METHODES DE RECHERCHE EN INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE.....	73

4.2. PRÉSENTATION ET JUSTIFICATION DE LA MÉTHODE ADOPTÉE	75
4.3. RAPPEL DE L'OBJET D'ÉTUDE	76
4.4. QUESTIONS DE RECHERCHE	77
4.5. HYPOTHESES ET LEURS VARIABLES DE L'ETUDE.....	78
4.5.1. L'hypothèse générale et ses variables.....	78
4.5.1.1. L'hypothèse générale	78
4.5.1.2. Opérationnalisation de l'hypothèse générale	79
4.6. LES INSTRUMENTS DE MESURE	83
4.6.1. Présentation et justification du type d'instrument retenu	83
4.6.2. Le guide d'entretien	85
4.7. PRÉSENTATION DU SITE DE LA RECHERCHE : MONGO.....	88
4.7.1. Justification du choix du site de recherche	88
4.7.2. Brève histoire de la ville de Mongo	89
4.7.3. Situation géographique	89
4.8. LA POPULATION, L'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON DE BASE....	89
4.8.1. La population	89
4.8.2. La technique d'échantillonnage et échantillon	91
4.8.2.1. La technique d'échantillonnage	91
4.8.2.2. Echantillon de l'étude	92
4.9. Déroulement de l'enquête	92
4.10. Les difficultés rencontrées pendant l'enquête.....	93
4.11. Technique d'analyse des données : l'analyse de contenu	93
CHAPITRE V : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	98
5.1. Les caractéristiques sociodémographiques des participants	98
5.2. PRESENTATION DES RESULTATS DES PARTICIPANTS.....	98
5.2.1. Répondant 1.....	99
5.2.2. Répondant 2	103
5.2.3. Répondant 3	109
5.2.4. Répondants 4.....	113
5.2.5. Répondant 5	118
CHAPITRE VI : ANALYSE, INTERPRETATION ET DISCUSSION DES	
RESULTATS.....	124
6.1. Analyse et interprétation des résultats	124
6.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques des participants	124

6.1.2. L'accompagnement individuel des personnes guéries dans la ville de Mongo au Tchad	124
6.1.3. Le suivi des lépreux guéris de la lèpre dans la ville de Mongo	128
6.1.4. L'accompagnement socioprofessionnel des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo	129
6.1.5. La réinsertion socioprofessionnelle des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo	133
6.1.6. La réinsertion socioculturelle des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo	134
6.1.7. La réinsertion sociale des personnes guéries de la lèpre dans la ville de Mongo	136
6.2. Discussion des résultats	141
6.3. Protocole d'intervention.....	143
6.3.1. Les objectifs	144
6.3.2. La stratégie.....	144
6.3.3. Les moyens d'action	144
6.3.4. L'échéancier.....	145
6.3.5. Les ressources matérielles et humaines	145
6.3.6. Le mode fonctionnement	145
6.3.7. La structure de fonctionnement	145
CONCLUSION GENERALE	146
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	149
ANNEXES	162