

HANDICAPS DES ENFANTS ET DEPRESSION CHEZ LEURS PARENTS. ETUDE MENEÉ AU CENTRE POUR HANDICAPES « SHIRIKA LA UMOJA DE GOMA ».

BWENGE BWIRA Aaron*

Résumé

Partant de l'ampleur des problèmes que traversent les parents d'enfants handicapés, Nous avons voulu nous rendre compte de l'existence de la dépression chez les parents d'enfants handicapés, en vérifiant si le niveau est le même chez les parents qui n'en ont pas. Le test (Khi-carré) montre que les parents du sexe féminin ayant un ou des enfants handicapés développent plus la dépression que les parents du sexe masculin. Donc, il se montre un lien très fort entre le sexe des sujets et le développement de la dépression ($p = 0,00 < 0,05$).

Mots-clés : Handicap, Dépression, Parent, Enfant.

HANDICAPS OF CHILDREN AND THEIR PARENTS DEPRESSION. ASURVEY CARRIED OUT AT "SHIRIKA LA UMOJA" CENTER FOR THE HANDICAPPED IN GOMA

Abstract

Starting from the magnitude of the problems experienced by parents of disabled children, we wanted to realize the existence of depression in parents of disabled children, and to check if the level is the same among parents who do not have. The test (chi-square) shows a very strong link between having one or more handicapped children and the development of depression. This suggests that the more one has a family with one or more handicapped children, the more one develops severe depression ($p = 0,00 < 0,05$). That is to say there is a link between disability and depression.

Keywords: Disability, Depression, Child, parent.

*Enseignant chercheur à l'Université de Goma, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, RD Congo, bwengeaaron52@gmail.com, Tél : +243995021761,810875896

0. INTRODUCTION

Notons avec Leonava (1995, P.23 – 36), les recherches révèlent qu'être parent d'un enfant souffrant d'handicap moteur engendre davantage une dépression. La présence d'une personne handicapée dans un foyer, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un parent, occasionne une tristesse grave dans la famille. Paul (1995, P.30-35), précise que les parents d'enfants handicapés vivent les mêmes problèmes que les autres familles, mais, en plus elles sont exposées à un stress intense et persistant qui peut atténuer la qualité des relations familiales et nuire à la santé des membres. Les pressions constatées auxquelles ces parents sont soumis ont un impact sur l'ensemble de leur vie quotidienne et elles s'ajoutent aux crises régulières que tous les autres parents vivent à travers le cycle de la vie. Habituellement, les parents n'ont pas choix d'avoir un enfant handicapé, sauf si cet enfant l'était avant leur union. Il en est de même pour les conjoints, un événement majeur dans la famille, la déficience d'un enfant doit être assumée par tous les autres membres.

La présence d'un enfant handicapé moteur provoque des changements profonds dans une famille et peut être une source des tensions et stress. Pour les parents, la situation se traduit soit par une croissance personnelle soit par une insatisfaction ou une adaptation pouvant influencer leur vie personnelle, conjugale, familiale et sociale (Lamarche, 1999, p.36-37 La naissance de l'enfant handicapé déclenche chez les parents toute une série d'émotions, de sentiments, de comportements, d'attitudes. Les parents sont placés dans une situation complexe (Boyer et la marche, 199, p.38-40). Pour Ibanda (2018), c'est une cruelle réalité toujours présente à la naissance ou la révélation du handicap de l'enfant. Cette réalité est durement vécue aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie psychique.

D'après l'O.M. S. (2012), le handicap affecte 80 millions de personnes en Europe et 650 millions dans le monde entier, voire un milliard des personnes handicapées mentales, physiques ou même sensorielles. Pour Ibanda (2018), le handicap de l'enfant est une source d'émotion profonde pour tous (enseignant, Éducateur, Médecin ... et chacun le ressent profondément au contact de l'enfant et de sa famille Shervin (2017, p.13), soutient l'idée selon laquelle les différences biologiques entre les hommes et les femmes, notamment hormonales, expliquent les différences entre les sexes. Et pourtant les facteurs sociaux entre hommes et femmes les différences de genre sont susceptibles de jouer un plus grand rôle. Par exemple, les sujets féminins, en général, souffrent davantage de stress que leurs hormones masculines. La recherche de Michel en 2013 a montré que le stress social est une cause majeure de dépression. Ce qui justifie la présence dans le monde entier en général et en République Démocratique du Congo en particulier, et précisément à Goma, des centres pour handicapés et des centres neuro- psychiatriques afin de leur apporter une rééducation particulière. Werner (2000, p.401) stipule que le manque d'encadrement à l'égard du malade développe le complexe d'infériorité et crée une phase de dépression douloureusement vécue par les

parents. La vie humaine est soumise à des nombreux obstacles. Parmi les plus fréquents nous avons les accidents, les guerres, la violence humaine et les maladies. Ces obstacles ont des effets psychiques sur la vie d'une personne, car ils peuvent induire un handicap physique ou mental (Michelle, 2000 p.18).

Étant donné que la ville de Goma a connu des guerres à répétition, celles-ci ont laissé beaucoup de gens handicapés soit mentalement soit physiquement. Pour soulager la souffrance des handicapés et les parents ayant ces enfants, se sont installés à Goma des centres pour handicapés. De notre part, pour mieux appréhender le problème, nous avons choisi de travailler sur le handicap moteur des enfants et la dépression chez leurs parents. Ceci est un réel problème qui, d'ailleurs, suscite en nous des questions ci-dessous: Est-ce qu'il existe de la dépression chez les parents ayant des enfants handicapés ? Le niveau de dépression serait-il le même chez les parents d'enfants handicapés que ceux n'ayant pas d'enfants handicapés ?, Quelles variables sociodémographiques modulent le niveau de dépression chez les sujets ?. Ce travail se fixe deux objectifs : Se rendre compte de l'existence de la dépression chez les parents d'enfants handicapés en vérifiant si le niveau est le même chez les parents qui n'ont pas d'enfants handicapés ;

Montrer les variables sociodémographiques qui modulent le niveau de dépression chez les sujets.

Au regard des deux questions que nous nous sommes posées dans cette étude nos hypothèses sont formulées de la manière suivante : Nous postulons qu'il existe la dépression chez les parents concernés par la présente étude, mais ceux qui ont les enfants handicapés moteurs sont très nombreux à développer un niveau élevé de dépression que ceux n'ayant pas d'enfants d'handicapés. Les variables telles que le sexe, l'âge et le niveau d'études modulent le niveau de dépression chez les sujets de la présente recherche. En effet, les femmes développent plus que les hommes. Les sujets ayant une tranche d'âge entre 20 à 25 ans et 26 à 30ans développent plus la dépression que ceux ayant un âge plus avancé. Cette étude revêt un double intérêt : Sur le plan Scientifique, nous estimons apporter une contribution tant soit peu à la connaissance scientifique sur l'influence du handicap moteur des enfants sur la dépression de leurs parents, sur le plan pratique ce travail permettra aux intervenants, aux professionnels d'attirer l'attention sur le manque de soutien social et l'état psychologique des parents ayant des enfants handicapés en général et en particulier ceux ayant des handicapés moteurs. Au cours de nos investigations, nous avons recouru à la technique d'enquête, appuyée par une échelle de dépression de Beck. Au total 80 sujets ont répondu à l'enquête dont 40 parents ayant un ou des enfants handicapés et 40 autres ne les ayant pas. Le logiciel SPSS était utilisé et le test de Khi deux pour apprécier les hypothèses.

I. CADRE THÉORIQUE

Comme un concept peut avoir plusieurs significations d'après le contexte de son utilisation et le but de cette rubrique est de lever toute équivoque afin de ramener toute attente au même niveau de compréhension. Ainsi, nous avons jugé indispensable d'expliquer au clair, le contour des concepts clés de sujet de notre travail.

I.1. Handicap

Le terme « handicap » (littéralement « Hand in Cap » en anglais « la main dans le chapeau ») apparaît pour la première fois en 1990. Pour une évolution historique du terme et des intérêts liés au handicap au seizième siècle en grande Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau (Catherine, 2002, p.7). Selon Philippe (1995, p.18), le handicap se définit comme une déficience motrice ou mentale. Cette déficience se traduit par des limitations fonctionnelles ou incapacités entraînant toute une réduction de la capacité d'accomplir des actes de la vie quotidienne. Ces incapacités provoquent une restriction des activités de la personne dans la mesure où elles ne pourront pas être compensées techniquement, médicalement ou socialement. Un handicap moteur est une malformation ou anomalie des systèmes squelettiques, musculaires ou neurologiques, responsables de la motricité du corps. Il recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une attente partielle ou totale de la motricité.

I.2.LA Dépression

Depuis fort longtemps, médecins, philosophes et écrivains ont abordé des états apparentés à la dépression et à la manie. Hippocrate aurait été le premier à décrire ce qu'il appelait la mélancolie dépression. Selon lui, les maladies, aussi bien physiques que psychologiques étaient causées par un déséquilibre des fluides corporels qu'il nommait les humeurs. Il croyait que la dépression était occasionnée par un excès de bile noire engendrant de tristesse de l'abattement, de l'insomnie et des sentiments de désespoir. Pour Kraepelin (1975, p.74), c'est un état de deuil semblable à celui de la perte d'un être cher. C'est en 1957 qu'on découvre les antidépresseurs qui sont ces médicaments qui soulagent les symptômes de la dépression. Le mot «dépression» veut dire «abaissement» affaïssement de l'état de maladie intérieur pénible et douloureux, qui envahit la personne et perturbe de façon importante et durable son fonctionnement quotidien, fait partie des principaux symptômes de la dépression (Allard, 2013, p. 89-91). Selon Lund Beck (2000, p.230), il existe trois grands types de dépression à savoir; les dépressions endogènes, les dépressions non endogènes (exogènes), la psychose maniaco-dépressive. C'est une dépression qui survient dans la vie du sujet sans qu'il existe une quelconque raison apparente. En réalité, les causes sont d'ordres biologiques tels que le précise (Lund Beck, 2000, p.298). Ce sont les manifestations biochimiques du cerveau qui sont perturbées. Elle est appelé endogène parce que les causes sont à l'intérieure de l'organisme. Cette forme de dépression est en général la plus grave et

elle est souvent associée à une tendance suicidaire. Ici aucune circonstance extérieure vient expliquer l'état du patient, au contraire, le patient développe un sentiment très marqué de dévalorisation de façon qu'il pense qu'il est responsable de tout qu'il ne mérite pas de vivre. Pour Lund Beck, « la patient passé est ressenti comme une période et il n'attend plus rien de l'avenir, il ressent le futur comme une taille déjà entamée » (Lund Beck, 2000, p.16). Certaines dépressions sont liées aux causes extrêmes. Dans ces types de dépressions, nous avons, comme le nom l'indique, une réaction le plus souvent d'un événement traumatisant, comme un divorce, une maladie grave, un échec dans la vie, une catastrophe naturelle etc. il peut s'agir des facteurs physiques ou des problèmes psychiques. D'après Lund Beck (2000, p.12), « c'est un sentiment de tristesse et d'abandons qui prévalent ». Le patient se sent malheureux et a l'impression que la vie n'a plus de sens. Tout ceci s'accompagne généralement d'angoisse et d'anxiété. Dans ce genre de dépression, le patient éprouve des difficultés à s'endormir et à se réveiller le matin.

II. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'enquête a été menée auprès des parents d'enfants handicapés et ceux n'ayant pas handicapés habitant à Goma précisément au centre pour handicapés physiques « Shirika la umoja ». Cette technique d'enquête était appuyée par une échelle de dépression de Beck. Au total 80 sujets ont répondu à l'enquête dont 40 parents ayant un ou des enfants handicapés et 40 autres ne les ayant pas.

II.1. Échantillon de l'étude.

Concernant la présente étude, un échantillon occasionnel de 80 parents dont 40 ayant les enfants handicapés moteurs a été utilisé. Il était occasionnel du fait qu'on trouvait occasionnellement les parents au lieu d'enquête.

Tableau n°1 : Répartition de l'échantillon selon le sexe

<i>Sexe</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Masculin	32	40
Féminin	48	60
Total	80	100

Les informations de ce tableau révèlent qu'il y a plus de la moitié des femmes qui ont participé à l'étude (60%).

Tableau n°2 : Répartition de l'échantillon selon l'âge

<i>Tranches d'âge</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
20 à 25 ans	17	21
26 à 30 ans	23	29
31 à 35 ans	12	15
36 à 40 ans	10	13
41 ans au plus	18	23
Total	80	100

Ce tableau nous renseigne que, différentes tranches d'âges sont considérées chez les sujets concernés par la présente étude. Ainsi, il y a ceux ayant l'âge compris entre 20 à 25ans (21%), 26 à 30 ans (29%), 31 à 35ans (15%), 36 à 40ans (12%) et ceux entre 41ans et plus (23%). Il sied donc de signaler que l'échantillon de cette investigation est plutôt jeune.

Tableau n°3 : Répartition de l'échantillon selon les niveaux d'étude

<i>Niveau d'étude</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Sans niveau	14	18
Primaire	21	26
Secondaire	39	49
Universitaire	06	08
Total	80	100

Le tableau ci – dessus renseigne que l'échantillon de cette étude comprend les sujets du niveau primaire et du secondaire. En effet, presque la moitié des sujets ont un niveau d'études secondaires (49%) et ceux ayant le niveau primaire représentent 26%. Les autres sont soit sans niveau (17%) ou ont le niveau d'études plus élevé (8%).

Tableau n°4 : Répartition de l'échantillon selon la catégorie (1 et 2)

<i>Sexe</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Ayant enfant handicapé	40	50
N'ayant pas d'E. handicapé	40	50
Total	80	100

Pour rappel, l'échantillon de cette étude est hétérogène. Il ya 50% des sujets ayant un ou des enfants handicapés et 50% ne les ayant pas.

II.2. Dépouillement et traitement des données

Le dépouillement des données issues de l'échelle d'inventaire de Beck. IL s'agit d'une échelle d'auto-évaluation ou il était demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent. Il sied de préciser que pour faire la cotation, chaque item était constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. C'est ainsi que dans le dépouillement il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé. En tenant compte de la consigne faite par Beck, rappelons que lorsque l'échelle est appliquée, on arrive, lors du dépouillement les scores qui nous permettraient de dire que le sujet a une dépression ou non après avoir les avoir additionnés. Les différents degrés considérés sont les suivants :

De 0 à 4 : Pas de dépression

De 4 à 7 : Dépression légère

De 8 à 15 : Dépression modérée

De 16 et plus : Dépression sévère

Pour traiter les données ainsi obtenues, le SPSS était d'application. Le chi-carré était utilisé pour pouvoir tester les hypothèses de la recherche.

III. RÉSULTAT D'ÉTUDE

Ce point est consacré à la présentation des résultats de l'étude réalisée auprès de quelques parents d'enfants Handicapés et ceux n'ayant pas d'enfants handicapés au centre pour handicapés SHIRIKA LA UMOJA. Il comporte deux grandes sections notamment la présentation et la discussion des résultats.

III.1. Présentation des résultats

Dans ce point, les résultats sont présentés selon les thèmes de recherche retenus (l'existence de la dépression et niveau de la dépression. Ainsi que l'influence des variables sociodémographiques sur la dépression.

III.1.1. NIVEAUX DE DEPRESSION

Ce thème était retenu pour vérifier s'il existe la dépression chez les participants et quels en sont les niveaux. Le tableau ci-après en donne une élucidation.

Tableau n°6 : *Niveau de la dépression*

<i>Niveau de dépression</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Pas de dépression (0 – 4)	39	48
Dépression légère (4 – 7)	07	09
Dépression modérée (8 – 15)	08	10
Dépression sévère (16 et plus)	26	33
Total	80	100

Les résultats de ce tableau renseignent qu'au moins 50% des sujets enquêtés présentent la dépression à différents niveaux. En effet, 33% ont une dépression sévère, 10% développent une dépression modérée et 9% présentent une dépression légère. Par ailleurs, chez 48% des sujets, il n'y a pas de dépression.

Les catégories de sujets retenues dans cette étude sont deux : la catégorie 1 concerne les parents qui ont un ou des enfants handicapés. La catégorie 2 se rapporte aux sujets qui n'ont pas d'enfants handicapés (dans leurs familles restreintes). C'est pourquoi le tableau qui suit présente les résultats relatifs au développement de la dépression selon les catégories.

Tableau n°7 : *Niveaux de dépression selon les catégories*

Niveaux de dépression	de		Catégorie		Total	
	Ayant E. handicapé		N'ayant pas E. handicapé			
	(1)		(2)		f	%
	F	%	F	%		
Pas de dépression	03	4	36	44	39	48
Dépression légère	05	6	02	3	07	9
Dépression modérée	07	9	01	1	08	10
Dépression sévère	25	31	01	1	26	33
Total	40	-	40	-	80	100
	$X^2 = 55,8$		dl =3		p= (p = 0,00 < 0,05).	

Comme on venait de le signaler, le tableau ci – dessous se rapporte aux niveaux de dépression selon les catégories 1 et 2. En effet, il s’observe que 48% (dont 44% n’ayant pas d’enfants handicapés et 4% ayant des enfants handicapés ne développent pas de dépression.

Lorsqu’on on observe au fond du tableau, on constate que 33% des sujets (dont 31% ayant des enfants handicapés et au moins 1% n’ayant pas d’enfants handicapés développent une dépression sévère. Il s’en suit que 10% (dont 9% ayant un ou des enfants handicapés et seulement 1% n’ayant pas d’enfant (s) handicapés) développent une dépression sévère.

Enfin, 9% des sujets (dont 6% ayant un ou des enfants handicapés et 3% ne les ayant pas) développent une dépression légère.

Le test (Khi – carré) montre un lien très fort entre le fait d’avoir un ou des enfants handicapés et le développement de la dépression. Ceci pousse à dire que plus on a une famille un ou des enfants handicapés plus l’on développe une dépression sévère (p = 0,00 < 0,05). C’est –à- dire il Ya un lien entre handicap et dépression.

III.1.2. Influence des autres variables sur le développement de la dépression.

Ce point se propose de vérifier si les autres variables influencent le développement de la dépression. Nous avons étudié le lien qui peut exister entre certaines variables socio – démographiques (telles que le sexe, les niveaux d’études, l’âge) et le développement de

la dépression. Ainsi, ces variables ont-elles été testées et les différents résultats se présentent dans les tableaux qui suivent.

Tableau n° 8 : Niveaux de dépression et sexe

Niveaux de dépression	Sexe				Total	
	Féminin		Masculin			
	f	%	f	%	f	%
Pas de dépression	08	10	31	38	39	48
Dépression légère	06	07	01	01	07	9
Dépression modérée	08	10	00	00	08	10
Dépression sévère	26	33	00	00	26	33
Total	48	-	32	-	80	100
		$X^2 = 49,9$	dl=3	$p = 0,00 < 0,05$		

Il ressort dans ce tableau que 48% des sujets (dont 38% des hommes et 10% des femmes ne développent pas de dépression. Alors qu'aucun homme ne développe une dépression sévère, 33% des femmes la développent. On peut constater que c'est toujours les femmes qui développent une dépression soit modérée (10%) soit légère (7%). Le test (Khi-carré) montre que les parents du sexe féminin ayant un ou des enfants handicapés développent plus la dépression que les parents du sexe masculin. Donc il se montre un lien très fort entre le sexe des sujets et le développement de la dépression ($p = 0,00 < 0,05$).

Tableau n°9 : Dépression et niveaux d'études

N. Etudes	Sans N.		Primaire		Secondaire		Universitaire		Total	
	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%
Pas dépression	8	10	11	14	19	23	1	1	39	48
Dépression légère	0	0	1	1	6	8	0	0	1	9
Dépression modérée	2	3	1	1	3	4	2	3	8	10
Dépression sévère	4	5	8	10	11	14	3	4	26	33
Total	14	-	21	-	39	-	6	-	80	100
$X^2=10,9$		dl=9		$p = 0,27 > 0,05$						

Ce tableau montre que 48% des sujets dont (23% du niveau secondaire, 14% du niveau primaire et 10% d'aucun niveau) ne développent pas de dépression. Par ailleurs, si l'on jette un coup d'œil au fond de ce tableau, on constate que 33% des sujets (dont 14% du niveau secondaire, 10% du niveau primaire, et 5% de ceux n'ayant aucun niveau) développent une dépression sévère. La dépression modérée est développée par 10% des sujets dont 4% du niveau secondaire, 3% des sujets sans aucun niveau, 1% du niveau primaire et 1% du niveau supérieur). Quant à la dépression légère, on constate que 9% des sujets la développent. Il y a parmi eux (nous avons observés 8% du niveau secondaire et 1% du niveau primaire. Les résultats renseignent qu'il n'y a pas de lien entre les niveaux d'études de sujets et la dépression ($p = 0,27 > 0,05$).

Le dernier tableau ci-dessous présente les résultats sur les niveaux de dépression et l'âge des participants.

Tableau n°10 : *Niveaux de la dépression selon l'âge*

Niveau de dépression	de 20 – 25ans		26 – 30ans		31 – 35 ans		36 – 40ans		41ans et plus		Total	
	F	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
0 - 4	4	5	11	14	4	5	7	8	13	16	39	48
4 - 7	2	3	3	4	0	0	0	0	2	3	7	09
8 - 15	4	5	2	3	1	1	1	1	0	0	8	10
16 et plus	7	9	7	9	7	9	2	3	3	3	26	33
Total	17	-	23	-	12	-	10	-	18	-	80	100
	$X^2=18$		dl = 12		p = 0,10 > 0,05							

Le tableau indique que, 33% des sujets (dont 9% de 20 à 25 ans ; 9% de 26 à 30ans ; 9% de 31à 35ans ; 3% de 36 à 40 ans et 3% de 41 ans et plus développent une dépression sévère. Ceux qui ne développent pas de dépression représentent 48%. Parmi ceux-ci, il y a 16% de 41 ans et plus ; 14% de 25 à 30 ans ; 7% de 31 à 35 ans ; 8% de 36 à 40 ans et 5% de 20 à 25 ans.

III.2. DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce point est essentiellement consacré à la confrontation des résultats obtenus avec ceux des études antérieures et à la théorie. Après, on s'est prononcé sur la nature des hypothèses. Il est important de rappeler les objectifs que poursuit cette étude. En premier lieu, nous voulions nous rendre compte de l'existence de la dépression chez les parents d'enfants handicapés et en vérifiant si le niveau est le même chez les parents qui

n'ont pas d'enfants handicapés. En second lieu, cette étude voudrait vérifier le lien entre certaines variables sociodémographiques et la dépression chez les sujets enquêtés.

Par rapport à l'existence et aux niveaux de la dépression, les résultats renseignent qu'au moins 50% des sujets enquêtés présentent la dépression à différents niveaux. En effet, 33% ont une dépression sévère, 10% développent une dépression modérée et 9% présentent une dépression légère. Par ailleurs, chez 48% des sujets, il n'y a pas de dépression. En plus, il s'est avéré que ce sont les parents d'enfants handicapés qui développent la dépression. Le test a montré qu'il y a un lien très fort entre le fait d'avoir un ou des enfants handicapés et la dépression. Ces résultats rejoignent en quelque sorte ceux de TAMARA, L. qui, dans son travail sur « *la dépression chez les Parents des enfants et adolescents handicapés* » a montré que les enfants et adolescents atteints d'handicaps sont touchés par une dépression sévère.

Concernant la relation entre certaines variables sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, le niveau d'étude et la confession religieuse, les résultats ont prouvé que la variable sexe est beaucoup plus influente. Les raisons biologiques et sociales expliquent que les femmes sont majoritaires à développer la dépression que les hommes (Maria, M. et Judith, 2019, p.1). Dans le monde, 7% des femmes sont touchées par la dépression contre 4% des hommes. La dépression chez les femmes est une situation complexe. Il y a tout d'abord, une explication biologique (Judith et Van Warden, 2019, p3). À cause de la fluctuation hormonale, les femmes sont exposées à des moments clés : lors de la puberté, après l'accouchement et à la ménopause. À l'adolescence, les filles sont même trois fois plus frappées que les garçons. Des facteurs socio-économiques entre aussi en jeu : les femmes vivent davantage dans la précarité, sont en moyenne moins bien payées et ont des conditions de travail plus difficile que les hommes. Bien plus encore, des études croisées sur le plan national et interculturel ont montré que les femmes sont plus affectées par la dépression que les hommes lors des événements traumatiques, car quel que soit le moment où elle se produit, la dépression est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Shervin (2017, p.13), soutient l'idée selon laquelle les différences biologiques entre les hommes et les femmes, notamment hormonales, expliquent les différences entre les sexes. Et pourtant les facteurs sociaux entre hommes et femmes (les différences de genre) sont susceptibles de jouer un plus grand rôle. Par exemple, les sujets féminins, en général, souffrent davantage de stress que leurs homologues masculins et la recherche de Michel en 2013 a montré que le stress social est une cause majeure de dépression. Michel précise que, le stress produit des changements majeurs qui interviennent dans le statu quo (équilibre existant), et qui risque de provoquer une dépression mentale, voire de la tension. Ces événements stressants de la vie peuvent être le mariage, de divorce, la séparation entre époux, une blessure personnelle ou une maladie grave, ou un décès intervenant chez leur proche.

En fait, la recherche suggère que la plupart des évènements stressants conduisant à la dépression féminine se rattachent à leur réseau social proche, par exemple les relations amoureuses et conjugales, l'éducation des enfants et leur rôle parental. Ces travaux montrent que comparés aux hommes, les femmes ont davantage tendance à ruminer (terme technique) « pour sur réfléchir » les sujets facteurs des stress, et à être submergées des pensées négatives, ce qui conduit à la dépression. Ce qui explique la différence hommes et femmes dans la prévalence de la maladie dépressive. Ruminer risque d'aggraver encore le stress et malheureusement c'est ce qui arrive le plus fréquemment chez les femmes.

S'agissant de la variable âge, nous avons constaté que le lien est marginalement significatif ($p=0,10>0,05$). Contrairement à l'étude de Mario MARCELLUS qui a porté sur l'étude de la dépression chez les adolescents haïtiens devenus handicapés, la variable âge a un lien sur la dépression chez les parents d'enfants handicapés. Dans notre étude, il s'est avéré que les sujets de 20 à 25 ans, de 26 à 30 ans et de 31 à 35ans sont ceux qui développent la dépression par rapport à d'autres tranches d'âges.

CONCLUSION

Nous voici au terme de notre étude qui a traité sur le « handicap des enfants et la dépression chez leurs parents. L'étude a été menée au centre pour handicapés physiques SHIRIKA LA UMOJA de Goma». Les questions que nous nous sommes posées dans la présente étude sont les suivantes : Est-ce qu'il existe la dépression chez les parents ayant des enfants handicapés ? Est-ce que le niveau de dépression serait le même chez les parents d'enfants handicapés que ceux n'ayant pas d'enfants handicapés ? ; Quelles variables modulent le niveau de dépression chez les sujets ?

Partant de l'ampleur des problèmes que traversent les parents d'enfants handicapés, cette étude s'est fixée deux objectifs : se rendre compte de l'existence de la dépression chez les parents d'enfants handicapés et vérifier si le niveau est le même chez les parents qui n'ont pas d'enfants handicapés. Ensuite, montrer les variables sociodémographiques qui modulent le niveau de dépression chez les sujets.

Au regard des deux questions posées dans cette étude, les hypothèses ont été formulées de la manière suivante : il existe la dépression chez les sujets concernés par la présente étude, mais ceux qui ont les enfants handicapés moteurs sont très nombreux à développer un niveau élevé de dépression que ceux n'ayant pas d'enfants d'handicapés. Les variables telles que le sexe, l'âge et le niveau d'études modulent le niveau de dépression chez les sujets, et qu'en effet, les femmes développent plus la dépression que les hommes. Les sujets ayant une tranche d'âge entre 20 à 25 ans et 26 à 30 ans développent plus la dépression que ceux ayant un âge plus avancé.

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons mené une enquête auprès de quatre-vingts parents ayant les enfants handicapés et ceux qui n'en ont pas. Une échelle de dépression de Beck de 13 items a été à cet effet d'usage. Le dépouillement et le traitement de données ont été réalisés grâce au logiciel de SPSS.

À l'issue des analyses, les résultats ci-après se dégagent : Par rapport à l'existence et aux niveaux de la dépression, les résultats renseignent qu'au moins la moitié des sujets enquêtés présentent la dépression à différents niveaux. Trente-trois pour cent ont une dépression sévère, dix pour cent développent une dépression modérée et neuf pour cent présentent une dépression légère. Par ailleurs, chez quarante-huit pour cent des sujets, il n'y a pas de dépression. En plus, il s'est avéré que se sont les parents ayant des enfants handicapés qui développent la dépression. Il y a donc un lien très fort entre le fait d'avoir un ou des enfants handicapés et la dépression.

Concernant le lien entre certaines variables sociodémographiques (telles que le sexe, l'âge, les niveaux d'études ainsi que les confessions religieuses) et la dépression, les résultats ont prouvé que la variable sexe est beaucoup plus influente. S'agissant de la variable âge, nous avons constaté que le lien est significatif ($p=0,10 > 0,05$). En ce qui concerne la variable âge, il s'est fait remarquer qu'il y a un lien, sur la dépression chez les parents d'enfants handicapés. Les sujets de 20 à 25 ans, de 26 à 30 ans et de 31 à 35ans développent la dépression par rapport à ceux d'autres tranches d'âges.

BIBLIOGRAPHIE

A. *OUVRAGES.*

Alexandre. (2009). *Droit du handicap et procédures*. Ed. Puits fleur.

Boeck. Kraeplin, F. (1995). *Troubles mentaux, carcéraux suivis des formes de manifestation de la folie*. Allemagne : Leipzig.

Calmann-Lévy.

Colman, (2006). *L'enseignement de la méthodologie de la recherche. Burkina-Faso* : Ed. Fleur.

Constance, L.(1985) .*Les parents d'un enfant handicapé* .Ed. Avale : Québec.

Delandesheere, (1984). *Introduction à la recherche en éducation*. Paris : De Gaëtan Morin.

Grawitz, M. (1967). *Les méthodes et les sciences sociales*. Paris : P.U.F.

Javeau. (1973) .*L'enquête par questionnaire, manuel à l'usage du patricien*. Bruxelles ;

De Lamarche, (1999) .*Les impacts de la naissance d'un enfant psychogène handicapé sur la personnalité de la mère*. Paris. S. M. Ed.

La gestion du stress parental des parents d'enfant atteints de handicap sévère, cas du trouble de l'autisme. Ed. Montréal Québec.

Philippe, (1995). *Le handicap avec humour et dépression*. du Rocher .Au vers Sud-Oise.

Pizzas. (2004). *La personne polyhandicapée. Son évolution et suivi*. Bruxelles, de Baeck.

Sausse, S. (2000). *Le miroir Brisé et l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste* Paris :

Westerner , D. (2000) . *Psychologie, pensée, cerveau et culture*. Paris : De Gaëtan Marin.

B. *REVUE ET ARTICLE.*

Benhebouche, N. (2006). *Centre d'Information et Document sur le Droit de l'enfant et de la Famille*. P .U.F.

