

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE

DÉPARTEMENT DE L'ÉDUCATION
SPECIALISÉE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ

THE FACULTY OF EDUCATION

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGENIEERING

DEPARTMENT OF SPECIAL
EDUCATION

**IMAGE DU CORPS ET PROCESSUS D'IDENTIFICATION
CHEZ LES ENFANTS HANDICAPÉS MOTEURS :**

**ÉTUDE DE CAS CHEZ LES PATIENTS
DU CENTRE DE RÉHABILITATION JOSÉPHINE RODOLPHI
DE GAROUA**

*Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences de
l'Éducation*

Filière : Education Spécialisée

Spécialité : Handicaps Physiques, Instrumentaux et Conseil.

Par :

Mohamadou BASSIROU BEN ADIB

Licencié en Sociologie de Développement et de la Population

Matricule : 15X3550

Jury

President: MGBWA VANDELIN (MC, UY1)

Rapporteur : AJEAGAH GIDEON AGHAINDUM, (Pr, UY1)

Examineur : BITOGO JOSEPH BLAISE (CC, UY1)



Juil., 2023

SOMMAIRE

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
Liste des acronymes, sigles et abréviations	IV
Liste des tableaux.....	V
RÉSUMÉ.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : CADRE CONTEXTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	5
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
CHAPITRE 2. HANDICAP, IMAGE DU CORPS ET PROCESSUS D'IDENTIFICATION DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE	22
CHAPITRE 3 APPROCHES THÉORIQUES DE L'ÉTUDE.....	42
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET ANALYTIQUE DE L'ÉTUDE	60
CHAPITRE 4. APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE.....	61
CHAPITRE 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	98
CHAPITRE 6. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	108
CONCLUSION	114
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	118
ANNEXES	128
TABLE DES MATIERES	140

A

La famille OUAÏSSOU,

La famille BOUBA BINDIR,

Et aux patients du Centre de Réhabilitaion Joséphine Rodolphi de Garoua

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos sincères remerciements ainsi que notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail de recherche.

De prime abord, nos remerciements vont à l'endroit du Professeur Ageegah Gidéon, encadreur de ce mémoire qui n'a pas manqué de nous donner des conseils, des orientations et des critiques constructives pour la réussite de notre recherche.

Nos remerciements vont aussi à l'endroit de mes enseignants à la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I et plus particulièrement Docteur Esaie Frédéric SONG et Docteur IGOUI MOUNANG Gilbert qui n'ont ménagé aucun effort à nous donner une formation de qualité et éclairer davantage sur notre recherche.

Nous adressons aussi nos remerciements aux responsables du Centre de Réhabilitation Rodolphi ainsi qu'aux patients qui nous ont permis de bien mener nos entretiens.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude et ma profonde reconnaissance à mes chers parents ainsi qu'à mon épouse Madame AÏSSATOU YAOUNBA pour leur soutien indéfectible sur tous les plans durant toutes les étapes de ma recherche.

A mes camarades de promotion qui n'ont cessé de m'encourager à aller jusqu'au bout de ce travail de recherche.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin d'une manière ou d'une autre à l'aboutissement de ce travail et dont les noms ne sont pas mentionnés ici, qu'ils trouvent l'expression de notre profonde gratitude.

LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CRJRG	:	Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua
CIDIH	:	Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
CIF	:	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
DSM IV	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPS	:	Education Physique et Sportive
HR1	:	Hypothèse de Recherche 1
HRG	:	Hôpital Régional de Garoua
HS1	:	Hypothèse Spécifique 1
IMC ou IMOC	:	Infirmités Motrices d'Origine Cérébrale
MINAS	:	Ministère des Affaires Sociales
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	:	Organisation des Nations Unies
PPH	:	Processus de Production du Handicap
VD	:	La variable dépendante
VI	:	La variable indépendante

LISTE DES TABLEAUX

<i>Tableau I: Structure logique de l'hypothèse générale</i>	64
<i>Tableau II: Récapitulatif des hypothèses, variables, modalités et indicateurs</i>	75
<i>Tableau III: présentation de l'échantillon d'étude</i>	82

RÉSUMÉ

L'importance accordée depuis quelques décennies au concept de l'image du corps a donné lieu à diverses recherches permettant d'en saisir les impacts dans le processus d'identification d'un individu. La présente recherche, une étude de cas, analyse l'image de corps chez des enfants handicapés moteurs âgés de 12 à 13 ans rencontrés dans le Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG).

La question principale qui nous a permis de cerner notre étude, de l'orienter et d'organiser nos idées afin de réaliser nos objectifs est la suivante : comment se caractérise le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) au regard de l'image qu'il se fait de lui ?

Notre objectif dans cette recherche étant de d'examiner si l'image de corps a une incidence sur le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG), nous avons formulé l'hypothèse générale que : l'image du corps a une incidence sur le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua. L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu à trois hypothèses de recherche ou spécifiques qui sont :

HS1 : L'image de base du soi participe positivement au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS2 : L'image fonctionnelle du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS3 : L'image érogène du soi impacte positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

Pour éprouver ces hypothèses de recherche, nous avons conduit une étude de terrain auprès de quatre (04) enfants handicapés moteurs, tous hospitalisés au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG). Un guide d'entretien semi-directif leur a été soumis. Le dépouillement des entretiens a été possible grâce à l'utilisation du modèle bardinien de l'analyse du contenu. Après dépouillement, il en ressort au terme de l'analyse que nos trois hypothèses de recherches sont validées. Autrement dit, l'image du corps participe à la modélisation du processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG).

Mots clés : image du corps, identité, enfant, handicap, handicap moteur.

ABSTRACT

The importance given to the concept of body image over the last few decades has given rise to various research studies that have made it possible to understand its impact on the process of identification of an individual. The present research, a case study, analyses the body image of children with motor disabilities aged 12 to 13 years encountered in the Joséphine Rodolfi Garoua Rehabilitation Centre.

The main question that allows us to define our study, to orientate it and to organise our ideas in order to achieve our objectives was the following: how is the identification process characterised in the motor handicapped child of the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre of Garoua with regard to his self-image?

Our objective in this research was to examine if self-image has an impact on the identification process of the motor disabled child at the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre in Garoua, and we formulated the general hypothesis that: The identification process of the motor disabled child is linked to the experience of his or her self-image. The operationalisation of this general hypothesis gave rise to three research or specific hypotheses which are:

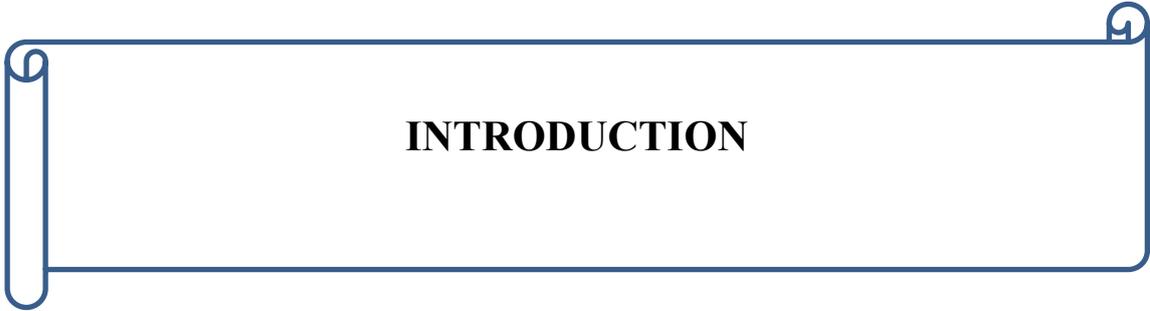
HS1: The basic self-image positively facilitates the identification process in children with motor disabilities at the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre in Garoua.

HS2 : The functional self-image facilitates the identification process in children with motor disabilities at the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre in Garoua.

HS3: The erogenous image of the self positively influences the identification process in children with motor disabilities at the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre in Garoua.

To test these research hypotheses, we conducted a field study with five children with motor disabilities, all hospitalised at the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre in Garoua. A semi-directive interview guide was submitted to them. The interviews were analysed using the Bardinian model of content analysis. After analysis, it was found that our three research hypotheses were validated. In other words, the body image participates in the modelling of the identification process in the motor handicapped child of the Joséphine Rodolfi Rehabilitation Centre of Garoua.

Key words: body image, identity, child, disability, motor disability.



INTRODUCTION

L'idée de ce projet de recherche est née de notre stage lors de la préparation de notre Mémoire de Master de Recherche en « Education spécialisée » option Handicap Physiques, Instrumentaux et Conseil au sein du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG). Diverses questions, nées de l'analyse de la pratique et des données cliniques, étaient restées en suspens et par conséquent, ces mêmes questions, demandaient d'être traitées au sein d'un nouveau projet.

Le présent travail de recherche s'est déroulé au sein de la salle de kinésithérapie où nous avons fait travail de groupe avec les enfants présentant des déficiences motrices importantes. En effet, l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille et chez les parents s'accompagne de vulnérabilités dont les effets peuvent être multipliés en l'absence d'un soutien environnemental adapté (Candilis-Huisman, 2015, 2016 ; Missonnier, 2009).

Les défauts du cadre et de mise en place du dispositif lors de notre stage nous ont amené à travailler notamment sur l'image du corps des enfants et son impact sur la construction de leur identité. Certes, si l'entourage du jeune enfant lui permet de découvrir, d'explorer et d'interagir dès sa naissance, cela lui permet de se construire, de s'individualiser et de se socialiser avec les autres enfants de son âge et de son entourage. Toutefois, l'enfant handicapé moteur ne peut pas aspirer à ces faits car ses capacités d'exploration et d'interaction ne peuvent répondre aux exigences de ceux-là, à savoir la mobilité dans l'espace et la mouvance contrôlée. En effet, l'enfant souffrant de déficience motrice se sent frustré simplement en regardant ou alors, face aux autres enfants valides et autonomes car, il voit instinctivement la différence qui existe entre l'enfant valide et lui, chose qui le pousse à haïr et détester son image et à envier les autres, c'est pour cela qu'un soutien indéfectible est obligatoire.

Or, le terme handicap désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non. Cette conception du handicap repose sur le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2011). Seulement, loin des approches biomédicales se centrant sur l'individu et établissant une causalité linéaire entre la déficience et le désavantage social vécu par l'individu, ce modèle propose de prendre en compte les facteurs environnementaux et d'identifier leur rôle de facilitateur ou d'obstacle dans le développement humain.

Proche de cette conception, Fougeyrollas et ses coll., (1998) ont développé un modèle de Processus de Production du Handicap (PPH) permettant l'amélioration de la compréhension du développement de la personne en abordant une approche multimodale prenant en compte tant les dimensions de la personne que de ses environnements. Ce modèle considère les facteurs de risques individuels et environnementaux ainsi que leur influence sur la réalisation des habitudes

de vie. Pour ces auteurs, la situation de handicap n'est donc pas immuable mais est la résultante de l'interaction entre des facteurs individuels et des facteurs environnementaux.

Que ce soit donc dans la conceptualisation de modèles du handicap ou dans l'établissement d'une définition spécifique à la déficience motrice, des changements de perspectives considérables ont été effectués et la place accordée à l'environnement est maintenant établie dès lors qu'un corps dépendant, manipulé, douloureux, appareillé, observé, constitue autant d'obstacles à la fonction unificatrice de la peau et la mise en place de limites corporelles précises. Pourtant, dans le « Moi peau », Anzieu (1985), démontre que la peau dans sa notion d'enveloppe du corps avec ses fonctions contenant et conteneur à l'intérieur participe au développement psychique de l'enfant. Par conséquent, une telle réalité corporelle est difficile à admettre et perturbe la représentation que l'enfant handicapé moteur se fait de son corps.

Aussi, parce que la vie psychique de l'enfant handicapé moteur est comme un système d'interactions entre le corps et le monde, tous deux sources de stimulations dont la combinaison constitue le psychisme, ces enfants se retrouvent face à une situation douloureuse, et de mal être, avec des perturbations sur le plan psychologique, et social, allant jusqu'au traumatisme psychique, qui peut se développer en cas d'absence de prise en charge. Partant de ce postulat, l'objet de la recherche que nous nous sommes proposé d'entreprendre traite du processus d'identification des enfants handicapés moteurs au regard de l'image du corps qu'ils se font d'eux-mêmes dans l'objectif de comprendre l'influence qu'aurait l'image corporelle d'un enfant sur son processus d'identification.

Nous avons choisi comme terrain d'étude le Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua. Pour réaliser notre recherche, nous avons adopté l'approche psychosociale du développement identitaire de James Marcia comme cadre de référence étant donné qu'elle s'intéresse aussi bien à la construction de l'identité et du soi, et au processus d'assimilation de caractéristiques d'autres personnes par le biais de la compréhension des causes inconscientes des problèmes, relations, et comportement. Sur cette base, nous avons considéré que c'est celle qui convient à notre recherche alors qu'au plan méthodologique, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptive par étude de cas avec l'entretien clinique semi-directif pour outils de recherche.

Pour mener à bien notre recherche, nous avons organisé notre travail en deux parties comportant respectivement trois chapitres chacune.

La première partie ou cadre conceptuel et théorique comprend trois chapitres respectivement intitulés :

Problématique de l'étude : Elle met l'accent sur le contexte et la justification de notre étude, la formulation et la position du problème que tentera de solutionner notre recherche,

présente l'intérêt et les objectifs poursuivis par l'étude, le corpus d'hypothèses que nous tentons de résoudre et sa délimitation.

Handicap, image du corps et processus d'identification dans la littérature scientifique : Ce chapitre de notre travail permet de situer notre sujet par rapport aux recherches antérieures, de savoir si ce sujet a déjà été traité et de quelle manière investiguer pour identifier quels aspects du sujet exigent plus de recherche.

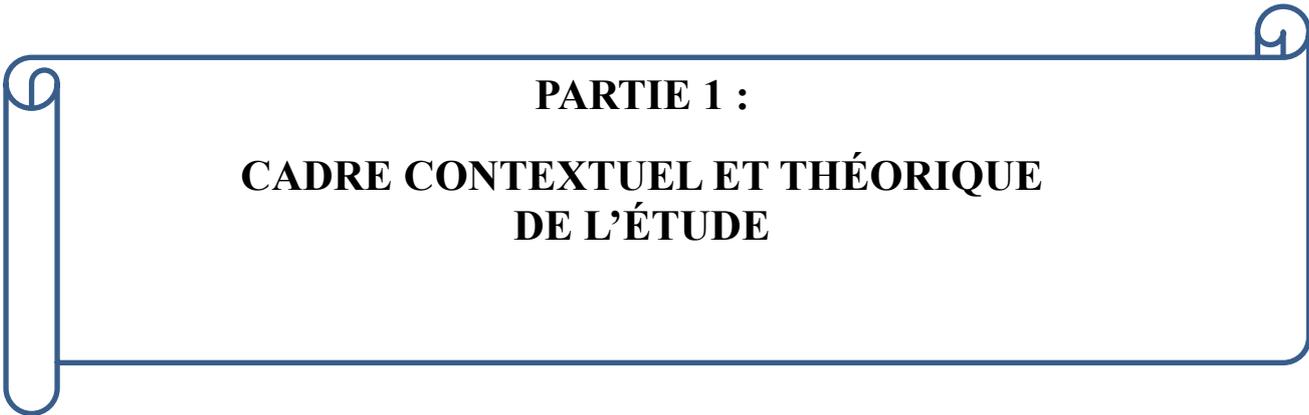
Approches théoriques: Est celui dans lequel nous essayerons de retracer les origines théoriques de la construction de l'identité et du soi. Plus précisément, nous présenterons d'abord le concept de soi. Ensuite nous nous intéresserons davantage au concept de l'identité, nous ciblerons en quoi ces notions sont à la fois différentes et complémentaires avant de nous appesantir sur le processus d'assimilation de caractéristiques d'autres personnes. Enfin, nous présenterons notre modèle théorique qui est celui de Marcia

La deuxième partie dénommée cadre méthodologique et opératoire comprend également trois chapitres :

Approches méthodologiques de l'étude : Ce chapitre sera consacré aux méthodes et techniques d'investigations voire présenter la démarche utilisée pour la collecte des données.

Présentation et analyse des résultats : Ce cinquième chapitre de notre travail se propose de présenter les résultats de notre travail. Seront alors abordés ici, une présentation et une analyse thématique sur la base de notre hypothèse de travail. Les catégories de l'hypothèse tiennent lieu de thèmes que nous allons rechercher dans le discours de nos participants.

Interprétation et discussion des résultats : Dans ce dernier chapitre de la recherche, nous interpréterons et discuterons les résultats au regard des éléments théoriques, notamment ceux renvoyant à l'approche psychosociale du développement identitaire de James Marcia sur laquelle se fonde notre travail complétée par deux autres théories convoquées notamment, le modèle psychosocial d'Erick Erickson et la perspective psychanalytique des challenges identitaires de Blos.



PARTIE 1 :
CADRE CONTEXTUEL ET THÉORIQUE
DE L'ÉTUDE

CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre de notre recherche, nous allons présenter le contexte et la justification de notre étude, formuler et poser le problème que tentera de solutionner notre recherche. Il s'agit aussi pour nous de présenter l'intérêt et les objectifs poursuivis par l'étude, le corpus d'hypothèses que nous tentons de résoudre et sa délimitation.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

Sous ce titre seront tour à tour abordés le contexte de l'étude et sa justification

1.1.1. Contexte de l'étude

Depuis 2014, date d'ouverture de la Faculté des Sciences de l'Éducation à l'Université de Yaoundé I, la problématique du handicap est devenue d'actualité. Le concept du handicap physique a intégré plus que jamais les pratiques des professionnels de la santé au sens large dans les prises en charge des personnes handicapées. Le mouvement pour la vie autonome des enfants déficients à travers ses activités encourage les enfants à aller vers un épanouissement optimal, les centres d'accueil pour enfants déficients de Yaoundé et ses environs tiennent des campagnes d'information au sujet de l'accompagnement ou des prises en charge éducative et médicale des déficients moteurs et apportent des aides pour soutenir ces enfants. Les services publics à travers les ministères des affaires sociales, santé publique, administration territoriale et de la décentralisation ne sont pas du reste en ce qui concerne l'assistance, le soutien et la prise en charge aux enfants handicapés moteurs.

Au cours de l'histoire, les personnes présentant un handicap ont été considérées comme des personnes faisant parti d'une classe anormale de la société au point où les gouvernements et les institutions du monde ont créé une forme de ségrégation, discrimination et même un clivage profond entre les individus handicapés et les non handicapés. Ce clivage n'a pas du tout été bénéfique aux handicapés, car il leur a desservi et dévalorisé. Dans le cadre de l'école, seul les apprenants aptes avaient droit aux pratiques sportives alors que les sujets handicapés pouvaient dans une certaine mesure faire autant. Les personnes présentant une déformation ou une impossibilité physique vivent depuis de nombreuses années dans l'ombre de la vie, dans la « cour des miracles » avec toute la marge qu'il y a quelques siècles, au sein d'institutions « spécialisées » depuis le « siècle des lumières » (Sticker, 2013).

Grace aux organismes spécialisés de l'ONU, la Déclaration des Droits de l'Enfant adoptée en 1959 par l'Assemblée Générale des Nations Unies stipule dans son article 7 que « l'enfant doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale, et lui permette dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société ». C'est dire

donc que tous les enfants sans distinction sont pris en considération par cet article et nul ne peut contester qu'il s'applique entre autres aux enfants handicapés en général et particulièrement aux personnes atteintes du handicap physique.

Toutefois, on notera que la prise en charge scolaire des enfants handicapés est bien récente, surtout dans les pays en voie de développement comme le nôtre, le Cameroun. En effet, en raison de la complexité du milieu, la prise en charge des jeunes handicapés a soulevé beaucoup de débats ces dernières années. Les études de Sarr et al.,(1981) ont tenté chacune de donner des réponses à cette question. L'émergence de la notion de handicap physique interpelle aujourd'hui la société moderne. En effet, du fait de troubles physiques, un certain nombre de personnes ont une certaine représentation de leur corps déformé (l'image du corps physique), lorsqu'elles se retrouvent en situation de handicap physique dans leur vie personnelle et/ou professionnelle et même dans les situations d'apprentissage.

Depuis le XIXe siècle, on assiste à un intérêt grandissant pour l'image du corps dans les différents processus de développement physique et mental d'un sujet. Cela passe par l'idéologie du corps sain à visée médicale ou normative comme le précise Vigarello (2018).

Le handicap physique et instrumental, dans la société préindustrielle en Afrique et même dans le monde était considéré comme une punition divine ou ancestrale. Ainsi, l'individu avant même la naissance était porteuse des caractères de sa personnalité. En effet, dans la civilisation occidentale, les perceptions sur le handicap n'ont pas beaucoup évolué ; Nietzsche, dans la philosophie contemporaine avec son « surhomme » ne laissait aucune place aux handicapés. Il les abandonnait à leur sort pour « hâter le pas avec les forts » : c'est la loi de la sélection naturelle.

Cette conception traditionnelle de la personne a été aussi illustrée par Erny (1987) dans ses études sur l'éducation de l'enfant africain. En effet, cet auteur inscrit les handicapés physiques et instrumentaux dans le registre moindre et les voue à jouer les rôles secondaires dans la société. Cette position d'Erny justifie dès lors le fait que le handicap physique et instrumental a des répercussions psychologiques sur la personne handicapée. En effet, l'esprit et la pensée sont souvent bouleversés devant une impuissance du corps, ou face au regard des autres faces à leur incapacité à exercer ou à exécuter une tâche. Ces contraintes psychologiques peuvent être analysées à trois niveaux : l'image du corps, l'identité de la personne handicapée et les interactions entre la personne handicapée physique et le processus d'acquisition des habiletés psychomotrices en situation d'apprentissage à travers les différentes prises en charge des enfants.

L'influence de ces différentes conceptions du handicap physique et instrumental, montre que l'acquisition des habiletés psychomotrices à ces débuts s'est inscrite sur l'exclusion des handicapés du champ social par la stigmatisation des personnes handicapées pendant les séances d'Education Physique et Sportive (EPS). Toutefois, une étape décisive a été franchie à partir de

la période de l'entre-deux guerres, des nouvelles considérations sur le handicap verront le jour : les héros de la guerre sont reconnus avec des tares, ils présentent des handicaps physiques pour certains. Ces différents handicaps sont souvent synonymes de courage et d'honneur rendu à la nation. C'est le cas dans les pays Européens et Américains où l'on observe un fort engagement des administrations dans les pratiques visant une amélioration des conditions de vie de cette catégorie de personnes, notamment, dans les pratiques de leur prise en charge. Ce qui justifierait peut-être que la majeure partie des études à ce sujet ont été menées dans ces différents pays.

En effet, la situation de la personne handicapée en Occident a un autre regard plus accentué et considérée comme problème de santé publique. Les personnes handicapées en général représentant environ 15% de la population mondiale (OMS, 2022) et ceux handicapés moteurs en particulier constituent une composante importante de la société et un maillon fondamental de la croissance et du développement. Aussi, depuis les années 70, la notion des Droits fondamentaux des handicapés a pris une ampleur dans tous les coins du monde avec la signature de nombreuses conventions à l'effet de la reconnaissance de cette catégorie de personnes comme personne entières. Ces conventions stipulent dans leur grande majorité que les personnes en situation du handicap ont les mêmes droits que les citoyens, qu'elles doivent être traitées avec respect et faire partie de la société. Un accent particulier est mis sur l'enfant handicapé en raison de sa vulnérabilité. C'est ainsi qu'en son article 23, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant du 20 Décembre 1989 reconnaît la vulnérabilité des enfants handicapés et demande leur non-discrimination.

Le Cameroun n'est pas en marge de ces conventions internationales. Certes, beaucoup d'efforts sont faits sur les plans législatif et éducatif pour l'amélioration des conditions des personnes handicapées et surtout les enfants handicapés moteurs. Mais comme dans plusieurs pays du Tiers-monde, au Cameroun les enfants handicapés moteurs sont confrontés à plusieurs obstacles dans les établissements publics en général et les hôpitaux en particulier. Si les Organisations Non Gouvernementales assistent les écoles du pays qui socialisent et forment les enfants handicapés physiques à travers l'appui aux aides médicales et de formation, la première dame Chantal BIYA, à travers ses associations, apporte quant à elle, une bouffée d'oxygène dans le développement des structures et infrastructures dans le domaine du handicap en général. Ce qui justifie qu'aujourd'hui plus que par le passé, le gouvernement Camerounais mène une lutte sans merci contre le handicap, les déficiences motrices et autres à travers les ministères chargés des secteurs sociaux.

Nonobstant ces différentes actions, force est de signaler qu'au Cameroun, la plupart des institutions d'éducation spécialisée qui existent offrent aux personnes présentant une déficience motrice, un sur-accompagnement, un soutien de protection au lieu d'un soutien à l'autodétermination qui favoriserait une construction identitaire optimale et même l'autonomie.

Les visites et enquêtes dans les structures sanitaires de la ville de Garoua par exemple, montrent à suffisance que ces personnes permanemment à la recherche d'un modèle identitaire suite à leur situation et ceci pendant leur prise en charge médicale sont confrontées à de multiples obstacles. Ces obstacles se matérialisent dans les hôpitaux par les difficultés de déplacement, les barrières à l'accès physique, le circuit complexe d'accès au soin et même l'inadaptabilité des dispositifs matériels et humains. En plus du manque d'autonomie dans la réalisation des activités quotidiennes, il faut noter que cette catégorie de personnes ne cesse d'être l'objet de railleries, de discrimination, de marginalisation et de stigmatisation dans la société. Cette stéréotypisation négative rend les enfants handicapés vulnérables et les expose aux souffrances et aux déplaisirs car, elle entache aussi bien l'image du corps de ces enfants et plus loin leur processus d'identification.

1.1.2. Justification de l'étude

Le choix de notre sujet réside dans la mesure où les difficultés issues de la déficience motrice sont d'actualité dans le monde et dans notre pays le Cameroun. Les méthodes de soutien ou thérapeutique ne faisant toujours pas l'objet de garanti, on pense que la prise en charge peut être efficace et efficient dans la recherche des solutions thérapeutiques en vue de restaurer l'équilibre chez les enfants victimes en quêtes de l'identification. Ainsi, la réalité des faits en ce qui concerne l'image du corps physique des enfants en situation de prise en charge médicale présentant une déficience motrice reste d'actualité.

En effet, l'image du corps en général et l'image du corps physique en particulier est la représentation du corps ou schémas corporel que chaque individu peut se faire de son corps, ce corps en situation normale ou pas (Schilder, 1968). Ainsi, l'image du soi physique renvoie à l'image du corps du point de vue littéraire et est « l'organisation synthétique totale, la conscience, mais cette conscience est une nature actuelle et concrète, qui existe en soi, pour soi, pourra toujours se donner sans intermédiaire à la réflexion. Le mot d'image ne saurait donc désigner que le rapport de la conscience à l'objet » (Sartre, 1975, p.19).

C'est l'ensemble des représentations que le sujet se fait au sujet de son corps lorsque ce corps passe d'un état premier à un état second. L'enfant qui a subi un accident ou une maladie qui le conduit à la réalité du handicap physique vit son corps et se le représente autrement. Quand il est interné pour des cas de déficiences motrices, le traitement qui lui réservé n'est pas toujours digne ; sans amour, sans dignité. Il est abandonné et fait l'objet des considérations outres. Refusant cette situation de dévalorisation et de douleur, il se donne une image du corps qui n'a rien à voir avec sa réalité et, tenant compte de la prise en charge qui n'est pas efficiente, l'enfant en situation du handicap se projette dans un processus d'identification de son corps en rapport avec la réalité sociale et surtout physique des autres qui, le plus souvent ne présente pas de déficiences motrices.

L'image possède de l'énergie lorsqu'elle est construite en visualisation, elle exerce une énergie opérante. Cette énergie est comme un signal qui vient déclencher un réservoir énergétique disponible en nous et dans l'univers. Il est assimilable à une machine inconsciente, puissante qui se met en œuvre lorsqu'elle reçoit le signal. Sur le contrôle permanent de la conscience de l'image, les images et la pensée sont capables de modifications et de donner une nouvelle trajectoire aux forces inconscientes. L'image est un objet. Cet objet n'est pas lui-même image. Elle a aussi une structure. Cette structure est active, le savoir. « Une image ne saurait exister sans un savoir qui la constitue » (Sartre, 1975, p.116). L'image se donne immédiatement et se présente à la réflexion avec certaines marques, certaines caractéristiques qui déterminent promptement le jugement, la réflexion, ou plutôt l'acte de réflexion. Cet acte de réflexion a donc un contenu immédiatement donné que les existentialistes appellent « l'essence de l'image ». C'est dans cet espace que le psychologue se donne comme tâche première de décrire et d'expliquer le comportement qui en découle de cette construction. L'image du corps est donc la réflexion sur soi-même sur la réalité de sa propre condition existentielle, elle devient physique quant à elle renvoie aux données physiques, à la corporalité du sujet. D'où le sujet de notre recherche qui s'intitule : L'image du corps et processus d'identification chez les enfants handicapés moteurs : étude de cas des patients du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG).

1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME

Sous ce titre, nous allons d'abord présenter les différentes observations qui nous ont permis de déceler le problème à savoir l'observation empirique et l'observation théorique.

1.2.1. Constat empirique

Effectuant un stage académique au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) pendant la période du 1^{er} août au 10 novembre 2017, nous avons pu constater que dans certaines salles les personnels médicaux et spécialisés continuaient à appliquer des méthodes éducatives médicales axées sur l'approche biomédicale et non psycho sociale. Cette démarche ne favorise pas l'accès à un saut qualitatif d'une prise en charge efficace et efficiente permettant à l'enfant handicapé moteur de se réapproprier une image du corps ou physique et d'aller vers l'autonomisation et même l'intégration scolaire normale. Présentant une déficience motrice, ils sont abandonnés à eux même toute la journée et ce n'est qu'aux heures de consultation que nous voyons venir le personnel de prise en charge et la famille s'amène le soir vers la tombée du jour pour leurs rendre visite et leur donner à manger ceci, le plus souvent pour quelques minutes.

Le Centre reprend donc ce que l'hôpital fait dans ses démarches en terme de chiiothérapie (administration des médicaments antalgiques par exemple). Les professionnels du Centre s'intéressent à la maladie et au malade. Ce traitement ne suffit pas d'où l'importance de

la'approche sociale. Car l'enfant ne parviendra pas à se construire une identité favorable à sa situation. Par ailleurs les professionnels projettent la souffrance aux enfants malade. Le cadre se transforme en cadre scopique. L'environnement ne permet pas à l'enfant de vivre mais de survivre. Ces enfants se retrouvent en fin de compte dans l'obligation de passer toute leur vie dans des institutions spécialisées sans voir leur situation s'améliorer. Par conséquent, ceux-ci demeurent handicapés durant toute la vie.

1.2.2. Constat théorique

Depuis la fin du XIXe siècle, le discours neurologique sur le corps est dominé par la notion de schéma corporel. Ainsi, souligne Jeannerod (2010), la notion de sens musculaire telle qu'elle fut invoquée au début du XXe siècle n'était pas sans équivoque car, elle abritait en elle-même plusieurs modalités de sensations liées les unes et les autres aux mouvements des segments du corps. Ainsi, le sens musculaire proprement dit, constitué de signaux afférents en provenance des muscles (proprioception musculaire) voisinait avec une autre modalité, également en relation avec les mouvements mais constituée de signaux d'origine centrale et non plus périphérique.

Or, affirme Schilder (1968), le corps humain véhicule plusieurs images que nous formons nous-mêmes dans notre esprit. En d'autres termes, il s'agit de la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Cette notion apparut autour de 1910 et qui s'est imposée de facto dans le domaine clinique dès les travaux de Head et Holmes (1912) est fait pour montrer qu'il y a dans le corps de l'homme, autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination un « apparaître » à soi-même du corps. Il indique aussi que, bien que passant par les sens, ce n'est pas là pure perception ; et, bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas là pure représentation. Ce qui fait de la notion d'image du corps, l'objet d'un long débat chez les psychologues.

Sarrazin (2013) a montré dans ses travaux que les personnes présentant une déficience intellectuelle sont capables de s'autodéterminer. Cette étude a montré qu'il n'existe aucun lien entre les troubles du comportement et l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle, par conséquent malgré l'existence des troubles du comportement chez les personnes présentant une déficience intellectuelle, celles-ci sont aussi capables de s'autodéterminer que les personnes ne présentant pas une déficience intellectuelle. De même, Balle (2015) a dans son étude, montré l'effet des caractéristiques environnementales et individuelles sur l'autodétermination et l'autorégulation des enfants et des jeunes présentant une déficience intellectuelle. Après l'expérimentation, cette chercheuse est parvenue à la conclusion selon laquelle le langage et les fonctions d'exécution ont une implication importante dans l'autorégulation, dimension clé de l'autodétermination.

Les recherches dont nous venons de faire mention montrent que les personnes présentant une déficience intellectuelle sont capables de s'autodéterminer lors que les caractéristiques

environnementales, individuelles et la prise en charge sont favorables. Or, les observations faites sur le terrain par rapport à la capacité de l'autodétermination des enfants déficients intellectuels vont à l'encontre des résultats aux quels sont parvenus les différents chercheurs sus-évoqués. Les différentes observations ayant été faites, il nous importe de passer à la formulation du problème de notre recherche.

1.2.3. Problème de l'étude

Le handicap moteur fait partie des dysfonctionnements physiologiques impactant l'apparence physique et limitant le mouvement. C'est une variable indépendante non cognitive. L'impact de cette déficience augmente si elle est en liaison avec les variables cognitives (connaissance, mémoire, réflexion) et les variables non cognitives (l'image du corps, estime de soi ; image du corps, confiance en soi, angoisse, anxiété, le stress...). L'image du corps constitue l'une de composantes essentielles de la personnalité et joue un rôle essentiel dans la le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur.

Le handicap n'impacte pas en lui-même directement sur ces derniers sur le plan cognitif, psychologique et social, et ne crée pas des différences entre eux et les personnes dites normales. En d'autres termes, si ces différences existent, ce n'est pas à cause du handicap lui-même, mais c'est à cause de l'impact que ce handicap a sur la dynamique du développement cognitif, psychologique et social, lequel impact qui dépasse les limites physiologiques et impacte plus largement la vie du handicapé (Gazel, 2021). Parmi les incidences de ce dysfonctionnement figure en bonne place, le sentiment exagéré de l'impuissance ou de l'incapacité, ce qui crée en lui une entité acceptant la réalité, et l'utilisation de la faiblesse pour attirer la pitié des autres, le manque d'estime de soi. Il trouve dans sa déficience un motif de fuite de ses responsabilités familiales et sociales. Souvent il ne voit aucun inconvénient dans la vie sous la dépendance des autres. A côté du manque de confiance en soi, il ne ressent pas la confiance des autres, car, ne voyant pas de similitude physique entre lui et les autres.

Le corps a deux modalités : la corporeité corporelle et la coporeité sociale. Les deux sont intimement liées. La déformation de la corporeité corporelle chez l'enfant impacte sur la corporeité sociale. La déficience devient donc acquise chez l'enfant. Car l'enfant naît, grandit et subitement il perd un membre. Il n'est plus comme hier et perd l'espoir d'être ce qu'il souhaité devenir demain. Son corps devient troué de toute part. Car il vit une déficience et devient vulnérable. D'où la nécessité pour lui de ramasser tout les morceaux de son corps affecté afin de se construire une identité.

De ce qui précède, jaillit le problème de notre recherche qui est celui de l'incidence de l'image du corps sur le processus d'identification chez les enfants handicapés moteurs du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG).

1.2.4. Problématique spécifique de l'étude

L'héritage de Platon au niveau de la culture occidentale s'est traduit par une problématique des rapports de l'âme et du corps qui poussent l'homme à affirmer « j'ai un corps ». Le courant philosophique et phénoménologique de Merleau Ponty (1945) a le mérite de mettre l'accent sur le corps sujet : « Le corps est le principe biologique de ma présence au monde ; il convient donc de dire, je suis un corps et non j'ai un corps ». Ainsi, le corps de la personne handicapée, ayant une malformation physique entraîne des difficultés d'ordre psychologique et social qui peuvent influencer la construction de son image corporelle par le canal du processus de l'identification.

Mais, dans le contexte de l'acquisition des habiletés psychomotrices et du traitement de du corps en milieu spécialisé, la personne handicapée physique a un problème de représentation de son propre corps (l'image du corps physique). Dans cette perspective, l'enfant présentant des déficiences motrices a une certaine image de son propre corps qui influence le développement, détermine l'acquisition des habiletés psychomotrices et ses différentes constructions.

En effet, nous avons fait le constat selon lequel, les méthodes utilisées par certains éducateurs et éducatrices ne favorisaient pas une meilleure représentation du corps chez les enfants déficients moteurs, et que ces derniers ne pouvant pas devenir autonomes étaient obligés de rester en institution toute la vie durant. Cependant, plusieurs chercheurs comme Sarrazin (2012), Guimont (2014) et Balle (2015) pour ne citer que ceux-là, ont montré à travers leurs travaux sur l'accompagnement éducative et médicale que les déficients moteurs sont capables de se donner une image positive de leur corps lorsque les caractéristiques environnementales, individuelles et la prise en charge sont favorables.

Ce thème garde aussi une importance en ceci que le handicap moteur entretient une relation importante avec l'image du corps. Ainsi dit, elle constitue une cause importante du bouleversement de l'image du corps et de son déficit. Cette relation, bien que prise en compte de façon générale dans les recherches en Psychologie, mais rare sont des écrits qui se penchent sur les rapports qui existent entre l'image du corps et l'identification chez les enfants handicapés moteurs. Le Cameroun étant l'un des pays de l'Afrique Centrale qui œuvrent pour l'amélioration des conditions des personnes en situation de handicap est en manque d'études sur cet aspect afin de prendre des décisions conséquentes. L'un des établissements publics les plus concernés au Cameroun par la réforme concernant les enfants handicapés moteurs est l'hôpital. Mais, il paraît que ce dernier est encore loin de garantir un environnement où ses patients en situation de handicap moteur puissent s'épanouir. L'on a comme impression que l'hôpital au Cameroun, tel qu'il est actuellement favorise plutôt le déficit de l'image du corps des enfants handicapés moteurs. Aussi pensons-nous qu'il est nécessaire de comprendre le lien entre l'image du corps et le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur.

1.3. QUESTION DE RECHERCHE

1.3.1. Question principale de la recherche

Dans le souci de trouver une solution adéquate au problème de recherche ci-dessus posé, nous avons jugé mieux de travailler sur : « l'image du corps physique de l'enfant en situation du handicap et le processus identitaire dans un contexte de prise en charge éduco-médicale. Nous pensons qu'il est nécessaire pour nous de comprendre le lien entre l'image du corps et le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur. Aussi, la question principale qui nous permet de cerner notre étude, de l'orienter et d'organiser nos idées afin de réaliser nos objectifs est formulée comme suit : comment l'image du corps participe-t-elle au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) ?

1.3.2. Questions spécifiques

Partant du postulat que la question principale de recherche a pour but d'opérationnaliser le thème de notre recherche en vue d'une meilleure compréhension et que les questions spécifiques découlent de sa décomposition, nous avons formulé trois hypothèses spécifiques qui sont :

QS₁ : comment l'image de base de soi participe-t-elle au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua ?

QS₂ : comment l'image fonctionnelle du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua ?

QS₃ : comment l'image érogène du soi impacte le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua ?

1.4. OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Notre étude revêt deux types d'objectifs : un objectif général et des objectifs spécifiques

1.4.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'examiner si l'image du corps a une incidence sur le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

1.4.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques apparaissent comme étant les éléments à partir desquels nous allons pouvoir atteindre nos objectifs généraux. Dans cette étude, nous en avons reformulé les objectifs spécifiques sont comme suit :

OS₁ : Examiner si que l'image de base de soi participe au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

OS₂ : Examiner si l'image fonctionnelle de soi facilite au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

OS₃ : Examiner si l'image des zones érogènes de soi impacte positivement au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

1.5. LES HYPOTHESES DE L'ETUDE

Pour une étude qui se veut scientifique, les hypothèses constituent des réponses anticipées que le chercheur se donne pour progresser dans sa démarche. Pour cette étude, nous proposons d'émettre une hypothèse générale et des hypothèses de recherche.

1.5.1. Hypothèse générale

L'hypothèse générale est une réponse directe qui résulte de la question de recherche et qui met en relation deux types de variables. Dans cette étude notre hypothèse est formulée de la manière suivante : l'image du corps participe au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG).

1.5.2. Hypothèses spécifiques

Ces hypothèses de recherche nous permettrons de mener à bien cette recherche plus qu'elles sont plus concrètes et sont des propositions de réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale. Ainsi nous avons formulé nos hypothèses secondaires qui sont :

HS₁ : L'image de base du soi participe positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS₂ : L'image fonctionnelle du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS₃ : L'image érogène du soi impacte positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

1.6. INTERETS DE L'ETUDE

Selon Sillamy (2006, p.145), l'intérêt est « ce qui importe à un moment donné ». Vue sous cette perspective, nous avons dégagé des intérêts à notre étude sur trois dimensions : scientifique et social.

1.6.1. Intérêt scientifique

Cette étude permettra d'une part, de revisiter les concepts de l'image du corps, du processus d'identification, et du handicap moteur ainsi que le lien entre eux ; et d'autre part, de

pousser les recherches sur le vécu des enfants handicapés moteurs dans les hôpitaux du Cameroun.

1.6.2. Intérêt social

Au plan social, notre recherche nous permettra outre de mettre en exergue le vécu des enfants handicapés moteurs au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) d'élucider les conséquences de ce vécu sur l'image mentale que cette catégorie de population se forge sur sa personne physique et psychique afin de proposer des voies et moyens pour une meilleure prise en charge de cette catégorie de la population dans les hôpitaux du Cameroun en général et le Centre Joséphine en particulier.

1.7. DÉLIMITATION DU SUJET

Les limites à la présente étude se recensent sur quatre plans : la thématique liée à la spécialité ; la territorialité et le matériel.

1.7.1. Sur le plan thématique

Notre étude porte sur l'image du corps chez les enfants handicapés moteurs et leur prise en charge médicale. Elle s'inscrit dans le domaine des sciences de l'éducation et plus spécifiquement en éducation spécialisée/handicaps physiques, instrumentaux et conseil. En se référant sans cesse à des observations d'affections neurologiques, névrotiques et psychotiques. Schilder (1968) définit l'articulation de la réalité biologique du corps avec sa réalité érogène et fantasmatique. C'est en nous inspirant de son approche que nous allons focaliser notre recherche sur une perspective psychodynamique. Cette approche se concentre principalement sur la manière dont la personne construit sa réalité et sur les expériences qui l'ont poussée à voir le monde de cette façon. Elle aide à vivre psychiquement et affectivement certains moments difficiles de l'enfance ou de la vie présente qui serait enfouie dans l'inconscient. Ainsi les événements de notre passé sont mis en rapport avec notre présent.

1.7.2. Sur le plan de la territorialité

L'importance de ce sujet comme toute sorte d'actualité nous aurait conduit à sillonner l'ensemble du territoire national, mais la modicité de nos moyens et le temps matériel imparti à la réalisation de cette étude y ont constitué une sérieuse entrave. Pour cette raison, nous avons cadré géographiquement notre travail au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua, dans le département de Bénoué, arrondissement de Garoua 3^e, région du Nord.

1.7.3. Sur le plan matériel

Les principales limites de ce mémoire sont sans contredit en lien avec la constitution de l'échantillon. En effet, les enfants handicapés moteurs sont peu représentés dans ce projet si l'on compare avec les valeurs fournies par les différents services du Ministère des Affaires Sociales

(MINAS), mais cet échantillon est néanmoins assez proche de la réalité de la prise en charge. De plus, nous avons dû refuser des entretiens de certains les enfants handicapés moteurs avec difficultés d'articulation pour ne chercher à interviewer que ceux pouvant remplir à tous les critères d'inclusions. Malheureusement nous ne pouvions pas compter Xavier (08 ans) qui n'a pas pu finir son premier entretien tant il se sentait las, encore moins sur Olivier (7 ans) qui est sorti du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) avant la fin de notre passage.

Une autre limite de notre mémoire porte sur la généralisation des données. Même si nous atteignons la saturation empirique, nous ne pouvions généraliser nos résultats à l'ensemble de la population des enfants handicapés moteurs. Bien entendu, le contexte social y est pour beaucoup. En effet, les enfants handicapés moteurs pris en charge au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi (CRJRG) ne bénéficient pas des mêmes services que ceux des autres Centres non missionnaires où les services publics et gouvernementaux sont plus viables et souvent facilement accessibles et plus que disponibles. Cela joue pour beaucoup dans la trajectoire du vécu et sans doute sur les motivations à continuer la prise en charge ou simplement sur sa définition.

1.8. DEFINITION DES CONCEPTS DE LA RECHERCHE

La compréhension d'un problème quel que soit son degré passe par la maîtrise de certains termes. Ce dernier permet l'interprétation active du sujet pour ainsi éviter les incompréhensions. Pour Durkheim (1895) « le savant doit toujours définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache de quoi il est question. » Aussi, dans le souci d'éviter toute ambiguïté conceptuelle dans notre travail, nous tenterons de clarifier la compréhension des différentes notions qui le constituent.

1.8.1. Image, corps et image du corps

Il existe plusieurs approches scientifiques (neuro-physiologique, phénoménologique, psychanalytique) pour cerner le concept de l'image du corps vue son caractère complexe. Pour ce faire, il importe de préciser au préalable le sens des notions qui la composent à savoir l'image et le corps.

1.8.1.1. Image

Étymologiquement, le terme « image » dérive du latin *imāgo*, qui renvoie à la figure, la ressemblance, l'apparence ou la représentation de quelque chose. Ce sens étymologique correspond à une représentation visuelle d'un objet. Ainsi définie, l'image peut résulter des diverses techniques à l'instar du dessin de la vidéo, de la photographie, de la peinture, du ou d'autres sources de représentation.

Dans cette recherche, notre conception de la notion d'image est celle que donne le Grand Dictionnaire Larousse de la psychologie (1999, p. 451), et qui conçoit l'image comme un événement psychologique qui a pour vocation de restituer l'apparence figurative des objets ou des événements en dehors des conditions matérielles de réalisation d'un champ perceptif. L'image prise dans ce sens, est une synthèse cognitive caractérisée par sa cohérence, sa stabilité et même sa généralité.

1.8.1.2. Corps

Le mot corps provient du latin *corpus* qui, comme souligne Lecordier (2012) « est pris dans le sens de l'opposition « corps-âme », opposé à anima ou animus, et désigne non seulement l'organisme vivant, mais aussi le corps inanimé, le cadavre (peut-être par traduction du grec *sôma*...) » dans la tradition linguistique grecque, corps qui est désigné par corps *sôma* (à l'opposé de *psyché* en philosophie) concerne en général la matière vivante en y incluant notamment le monde végétal.

Dans cette étude, cette notion renvoie au corps de l'humain, considéré dans son ensemble, en tenant compte de son harmonie, de son unité, de sa taille, de son état physiologique et même de ses capacités physiques. Autrement dit, il s'agit pour nous de ce qui constitue la dimension physique d'un être vivant et sa matérialité.

1.8.1.3. Image du corps

De façon générale, l'image du corps désigne toute perception et représentation mentale qu'un individu a de son corps, comme objet physique et affectif. Elle est l'aspect imageant du corps et appartient à l'imaginaire, à l'inconscient, avec comme support l'affectif.

Selon Schilder (1968), c'est la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps. Elle est une connaissance physiologique qui entretient un lien étroit avec la libido. En d'autres termes, l'image du corps constitue la toute première représentation inconsciente de soi, représentation qui prend le corps comme principe unificateur, qui délimite le dedans et le dehors.

Pour Dolto (1984), c'est l'image mentale que le sujet se fait du corps. Ladite représentations se fait par ses émotions, ses perceptions et ses souvenirs. Elle « réfère le sujet du désir à son jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets » (Dolto, 1984, p. 23). C'est dans ce sens que les désirs évoluent en fonction de la parole et peuvent se constituer en image du corps. Par ailleurs, les souvenirs du passé peuvent influencer la structure du schéma corporel qui devient de ce fait une zone érogne malgré l'absence de l'objet du désir.

L'image du corps peut également renvoyer à la représentation de soi, comme le précise Sanglade (1983) en ces termes : « corps objectalisé qui médiatise la relation à l'autre et agit comme le passage entre le dedans et le dehors, entre le Moi et les autres ». Ladite représentation

varie en fonction de la qualité de relations que le sujet entretient avec les autres ainsi que de la formation du narcissisme et peut se métamorphoser à tout moment.

Dans le cadre de cette étude, la notion d'image du corps renvoie à l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre propre corps apparaît à nous-mêmes

1.8.2. Identité et processus d'identification

Pour mieux saisir le processus d'identification dans ses divers aspects, il serait important au préalable de définir la notion d'identité.

1.8.2.1. La notion d'identité

Le mot « identité » vient étymologiquement du latin « *identites* », de « *idem* » qui signifie « le même ». Ainsi, pour le sens commun, l'identité signifie le fait, pour une personne d'être un individu donné et de pouvoir être reconnu pour tel.

Au sens purement psychologique, l'identité de l'individu est la reconnaissance de ce qu'il est, par lui-même ou par les autres. Elle est quelque chose qui est attribuée à l'individu conformément à son action et comportement. Cette identité l'aide à se définir en tant que sujet conformément à son environnement socio-culturel.

Vinsonneau (2002) résume ce concept et le définit comme un ensemble de processus liés à l'appartenance catégorielle des individus dans le tissu social ou s'inscrit leur existence, une telle dynamique résulte des interactions de chacun avec soi-même avec autrui, avec les objets et avec les groupes socialement situés.

1.8.2.2. Le processus d'identification

Lalande (1968) définit l'identification comme un processus psychologique par lequel un individu transporte d'une manière continue plus ou moins durable sur un autre, les sentiments qu'on éprouve ordinairement pour soi, au point de confondre ce qui arrive à l'autre avec ce qui lui arrive à lui-même. Abondant dans le même sens, Brunet (2000d) soutient que l'identification est le processus par lequel l'être humain se constitue et se structure.

En psychologie, l'identification s'analyse sous trois aspects : en tant que comportement, en tant que motivation et en tant que processus. Selon les travaux de Laplanche et Pontalis (1967), l'identification en tant que processus relève du domaine la psychanalyse et ce concept est devenu plus qu'un mécanisme de défense ou qu'un mécanisme psychologique parmi d'autres.

D'après le grand dictionnaire de la Psychologie (1999, p. 1613), c'est un processus psychique par lequel le sujet s'assimile à un objet ou à une chose. Schafer (1968) donne une définition très complète non seulement de l'identification, mais aussi, de son processus. Il affirme : « Dans son sens le plus complet, le processus d'identification avec un objet est

inconscient, quoiqu'il puisse posséder des composantes préconscientes et conscientes significatives et prononcées ; dans ce processus, le sujet modifie ses comportements et motivations ainsi que leurs représentations de faire l'expérience, ressembler, être pareil, et se fondre avec les représentations de cet objet ; à travers l'identification, le sujet présente comme sienne une ou plusieurs influences régulatrices ou caractéristiques de l'objet qui sont devenues importantes pour lui, tout en maintenant son lien avec l'objet ; le sujet peut désirer ce changement pour plusieurs raisons ; une identification peut acquérir une autonomie relative face à la relation d'objet dont elle origine même si elle est dynamiquement très significative » (Schafer, 1968, p.140).

Dans ce travail de recherche, cette notion se peut comprendre comme un processus par lequel un individu se rend semblable à un autre, en totalité ou en partie. De cette définition, on peut donc distinguer des identifications imaginaires constitutives du moi et l'identification symbolique fondatrice du sujet.

1.8.3. Enfant

Le terme « enfant » vient du latin *infans* qui signifie : « celui qui ne parle pas ». Chez les Romains, ce terme désignait l'enfant dès sa naissance jusqu'à l'âge de sept ans.

D'après le dictionnaire Grand Robert de la langue française, un enfant est un être humain mâle ou femelle dans sa période de développement située entre la naissance et l'adolescence ou l'âge adulte.

Du point de vue biologique, un enfant est une personne qui n'est pas en âge d'avoir elle-même des enfants. L'Organisation des Nations Unies (ONU) a élaboré une définition de l'enfant pour que tous les pays ayant ratifié la Convention internationale des Droits de l'enfant partagent la même référence. D'après l'article n° 1 de la Convention qui stipule que : « *Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ».

1.8.4. Handicap moteur

Le terme handicap est de plus en plus une notion sociale qu'une notion médicale. En effet, elle est essentiellement une limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, résultant d'une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non. De cette déficience vis-à-vis d'un environnement, il se pose de problèmes sociaux et physiologiques à l'instar de la difficulté d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. C'est dans ce sens que la loi française du 11 février 2005 portant sur l'égalité des droits et des chances, définit le handicap en tenant compte de ses aspects sociaux et environnementaux. Elle définit le handicap comme : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison*

d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le handicap moteur, parfois appelé déficience motrice, désigne un ensemble de troubles qui impactent partiellement ou totalement la motricité. Des tels troubles peuvent résulter d'une malformation congénitale, d'un traumatisme, d'une anomalie génétique ou du vieillissement. Dans le présent travail, nous considérons le handicap comme l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes).

1.8.5. L'enfant handicapé moteur

L'enfant handicapé moteur est un être humain en deçà de l'âge adulte qui souffre des atteintes partielles ou totales de la motricité, que ce soit les membres supérieurs ou inférieurs. Il se caractérise par une aptitude limitée à se déplacer, à exécuter des tâches manuelles ou à mouvoir certaines parties de son corps.

CHAPITRE 2. HANDICAP, IMAGE DU CORPS ET PROCESSUS D'IDENTIFICATION DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Ce chapitre permet de situer notre sujet par rapport aux recherches antérieures, de savoir si ce sujet a déjà été traité et de quelle manière investiguer pour identifier quels aspects du sujet exigent plus de recherche. De Landsheere (1976, p.20) soutient que « *le chercheur ne peut s'attaquer à un problème sans le situer dans son contexte, sans une mise au point de l'état actuel de la question. Sans préliminaire, l'intérêt et la pertinence ne peuvent apparaître de façon nette* ». Pris dans ce sens, il nous semble évident de prendre connaissance d'un minimum de travaux de référence sur le même sujet ou plus largement sur le problème qui y est soulevé. A cet effet notre revue de la littérature s'articulera autour des recherches qui prolongent, approfondissent ou contredisent notre sujet d'étude.

2.1. GENERALITES SUR LE HANDICAP

2.1.1. Origine et définition de la notion de handicap

Le vocable « handicap » est une compression de l'expression anglaise "hand in cap" qui signifie « main dans le chapeau » (Sticker, 2002). Emprunté en 1827 de l'anglais, ce terme se définissait à l'origine par opposition à la maladie. Le patient était toujours qualifié de malade tant qu'il pouvait être pris en charge par la médecine, il est traité de « handicapé » une fois devenu incurable. Le concept du handicap va connaître une tournure radicale en 1980 avec britannique Philip Wood, qui le définit comme un désavantage dont est victime un individu pour accomplir un rôle social normal du fait de sa déficience ou de son incapacité. C'est dans cette optique que Ravaud (2001) affirme : « une grande avancée a été réalisée avec les travaux de Philip Wood, qui, en introduisant la notion de désavantage social, a fait une place non négligeable aux conséquences sociales des déficiences et incapacités et mis en évidence tout le volet non médical de la question du handicap » (Ravaud, 2001, p.57).

Cette vision de Philip Wood a été qualifiée d'individualiste en ceci qu'elle met plus en exergue le côté fonctionnel du handicap plus tôt que l'aspect social. Cette conception est considérée comme une approche qui privilégie la réalité intrinsèque de l'individu en situation du handicap, situation qui limite sa participation sociale. De cette critique est née en 1960 une autre approche dénommée « l'approche sociale ». Contrairement à la précédente, cette approche fait du handicap une résultante l'inadéquation de la société aux spécificités de ses composantes et dévisage le handicap comme un produit social. Pour les tenants de ce courant de pensée, le handicap est externe à l'individu.

Toujours dans le même sillage du développement du concept du handicap, 1980, la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un handicap ou un désavantage comme

résultant d'une déficience (anomalie ou réduction d'une fonction) ou d'une incapacité (réduction ou absence d'aptitude) qui limite ou interdit l'accomplissement de tâches considérées comme normales par rapport à l'âge, le sexe, et les facteurs culturels.

Depuis 2001, du fait de l'adoption et de la diffusion de la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), le handicap est désormais conçu comme le résultat d'une interaction dynamique entre les problèmes de santé d'une personne et les facteurs contextuels liés à l'environnement (physique, politique et social).(CIF 10, 2001).

Pour ce qui est du cas spécifique du handicap physique, il s'agit de la limitation de certaines fonctions physiques ou motrices d'un individu. Être en situation du handicap physique c'est la diminution de l'activité physique suite à un trouble organique ou d'une maladie chronique.

En définitive et d'après l'OMS, un handicap est défini comme un terme générique qui comprend « les déficiences, les limitations de l'activité et les restrictions à la participation ». C'est ainsi qu'une allergie peut être considérée comme un handicap, tout comme la sclérose en plaques ou la paraplégie en raison de leur restriction de de l'individu à certaines activités.

2.1.2. Brève histoire de l'évolution de la notion de handicap

La notion du handicap a connu une évolution dans l'histoire. D'après les écrits de Sticker (2002), le terme handicap est récent et est composé de trois mots anglais « *hand in cap* » (la main dans le chapeau) comme nous avons évoqué ci-dessus. Par ailleurs, il faut de reconnaître que c'est au 17^e siècle en Angleterre que le mot handicap apparut pour la première fois et désignait un type de jeux de hasard qui consistait à échanger des objets , dont l'arbitre fixait la différence de valeur des objets échangés et la somme est versée un chapeau. Au 18^e siècle, ce mot est appliqué à la compétition hippique. Il renvoie à un système qui vise à donner la « chance » à tous les chevaux en compétition. Il s'agit en d'autres termes, d'une course dans laquelle le poids porté par le cheval est déterminé en fonction de la qualité du cheval contrairement aux courses où on tient compte de critères relatifs au gain, à l'âge et au sexe (article 52IV du code des course, Turfomania).

Quant au concept du « handicap physique », il est entré dans le dictionnaire en 1940 (Le Robert, 2004). Ainsi la dénomination « handicap moteur » est trop récente, trop spécialisée quand on considère l'histoire ou quand où lorsqu'on tente une approche sociologique de la question du handicap.

L'expression « handicap moteur » n'est devenue courante que par la mise en place du champ juridique et institutionnel lors de la loi de 1967 comme l'a souligné Michel Chauvière (2000, p 397). Du reste, la définition du « handicap moteur » (et son rapport au mot « paralysé » par exemple) reste indécise et relative au point de vue que l'on choisit. (Sticker, 2002).

Outre la propagation du handicap physique de nos jours, il faut noter que les personnes « handicapés moteurs » présentent des différences qui sont relatives à la nature même du handicap, de ses causes, de son degré d'intensité. En effet, le handicap moteur est un handicap dont les types sont très divergents entre eux, qui se recoupent, les variétés d'un même type peuvent s'influencer mutuellement.

2.1.3. Les causes et conséquences du handicap moteur

Trois sources sont généralement identifiées dans la littérature comme génératrices du handicap moteur. Ainsi, on lui attribue des origines : cérébrale, médullaire et/ou neuromusculaire et ostéo-articulaire.

2.1.3.1. Les déficiences motrices d'origine cérébrale

Les déficiences motrices cérébrales peuvent résulter des lésions précoces au niveau des structures du cerveau et se traduisent par ce qu'on appelle des infirmités motrices d'origine cérébrale (IMC ou IMOC). Ces déficiences peuvent être aussi dues aux atteintes plus tardives, notamment suite à un traumatisme crânien, aux accidents vasculaires cérébraux ou aux tumeurs cérébrales. Des telles atteintes neurologiques une fois fixées restent non évolutives. Cependant elles peuvent entraîner des perturbations au niveau de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire d'où leur impact sur tonus musculaire.

2.1.3.2. Les déficiences motrices d'origine médullaire et/ou neuromusculaire

Elles peuvent résulter de plusieurs causes notamment d'une lésion due à des causes infectieuses, vasculaires ou tumorales tout comme elle peuvent résulter d'un traumatisme de la moelle épinière. Ces lésions peuvent être à l'origine des déficits qui entraînent à leur des paralysies des membres souvent très importantes (paraplégie, tétraplégie) ou des troubles associés. Elles peuvent aussi résulter des maladies neuromusculaires évolutives (myopathies) d'origine génétique ou à une lésion médullaire due à une malformation congénitale.

2.1.3.3. Les déficiences motrices d'origine ostéo-articulaire

Les dysfonctionnements ostéo-articulaires peuvent entrainer des déficiences motrices considérables. Ces dernières peuvent résulter de lésions rhumatismales, d'un trouble de la formation de l'os, de lésions infectieuses ou d'accidents ou d'une malformation.

Du point de vue des conséquences, force est de souligner que le quotidien des personnes handicapées motrices peut se traduire par : (1) des difficultés sur l'ensemble des déplacements de la personne au cours de la journée, du lever du lit, à l'usage des transports en commun en passant par l'accès aux sanitaires ; (2) la posture assise n'est pas sans poser de difficultés. Il lui est d'ailleurs souvent conseillé d'effectuer des séances de « verticalisation » (prendre et tenir la station debout pendant un certain laps de temps), nécessaires au bon fonctionnement de son organisme ; (3) les personnes dont les membres supérieurs sont paralysés ou difficiles à

mobiliser sont dans l'incapacité d'accompagner leur parole de mouvements spontanés liés à la communication. De ce fait, elles peuvent paraître moins communicantes. Il en est de même lorsque l'expression faciale est limitée par la pathologie ; (4) la personne handicapée moteur qui se déplace explore différemment son environnement qu'une personne valide. Elle doit fournir un effort important pour maintenir son regard vers le haut ; (5) les interlocuteurs des personnes en fauteuil oublient souvent d'adapter leur regard.

2.1.4. Typologie du handicap physique

On distingue diverses nature et conséquences du handicap physique. Certes, le handicap physique se rapporte à des insuffisances constatées au plan moteur et sensoriel. Cependant, chaque handicap physique est spécifique et engendre par la même occasion des conséquences spécifiques. En effet, du point de vue de leur typologie, l'Encyclopédia Universalis les classe en deux types selon leur nature : les handicaps sensoriels, aveugles et amblyopes, sourds et malentendants..., et les handicaps moteurs, amputés, paralysés, victimes d'une malformation... (*Encyclopédia Universalis*, 1996, p.197). Nous tenterons donc à travers cette classification de noter les types de handicap physique les plus rencontrés et nous verrons leurs conséquences sur la personne handicapée physique.

2.1.4.1. Les handicaps sensoriels

Ce type de handicap est surtout constitué par les personnes souffrant de déficit au niveau des organes de la vue et de l'ouïe. La cécité et la surdité sont deux déficits très différents qui entraînent de la part de l'entourage des réactions diverses. Selon Encyclopédia Universalis (1996), environ 70 millions de personnes dans le monde sont touchées par ces déficits. Nous entreverrons leurs spécificités en deux catégories : d'une part, les déficiences liées à la vision et d'autre part, celles liées à l'ouïe.

- La déficience visuelle

La déficience visuelle regroupe un grand nombre de catégories, d'où une très grande diversité de déficience visuelle. En effet, toute personne ayant une vision inférieure à 4/10 de son œil après correction est considérée comme déficient visuel. Selon l'importance de la déficience, nous distinguons plusieurs sortes de catégories. Elles oscillent entre l'amblyopie qui est une vision de 4/10, à la cécité complète où le patient se trouve dans le noir total. Cependant, dans la littérature, plusieurs auteurs ont essayé d'opérer une classification.

Il ressort des travaux de Raynard (1991, p. 14), que certains auteurs préfèrent la classification suivante concernant la déficience visuelle : (1) l'amblyopie de 1 à 3/10 ; (2) la déficience visuelle profonde de 1/50 à 1/10 ; (3) la cécité égale à 1/50.

Outre cette classification, Raynard a cité d'autres, notamment, celle de Pierre Henry qui s'articule en cinq catégories : (1) l'aveugle absolu ; (2) l'aveugle ayant recouvré un peu de vision

après chirurgie ; (3) la perception lumineuse ; (4) la bonne vision suivie de chute de l'acuité et (5) passage de l'amblyopie à la cécité brutale ou progressive.

La classification qu'il donne de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) s'articule autour de deux paramètres essentiels : l'acuité visuelle et le champ visuel. Justifiant cette classification, Raynard (1991) soutient que les définitions de l'OMS ont des soubassements médicaux ne pouvant rendre compte de la dimension fonctionnelle. Ainsi sa classification fonctionnelle met en exergue le caractère instrumental de l'œil, lequel prend en considération sa fatigabilité, ses facultés d'accommodation, ses capacités de vision diurne ou nocturne.

Ces différentes tentatives de classification nous ont permis de faire une approche exhaustive sur la nature de la déficience visuelle.

- **La surdité**

La surdité renvoie à la déficience qui affecte l'organe de l'ouïe. Ce type de handicap est largement répandu dans le monde. C'est dans ce sens que Milandou (1981, p. 121) « le nombre total des personnes sourdes ou souffrant d'une grave atteinte de l'ouïe dans le monde est énorme, il est estimé à 70 millions ». Il faut noter par ailleurs que la surdité varie suivant le degré du déficit. Selon la classification de Milandou, on peut en distinguer deux types de surdités : les surdités de transmission et les surdités de perception. Les surdités de transmission affectent généralement l'oreille externe et moyenne et résultent des malformations du conduit auditif ou du pavillon (par exemple la perforation du tympan.). Ce type de surdité est plus facile à soigner parce qu'elle n'est pas profonde. Par contre, les surdités de perception affectent généralement l'oreille interne ou les voies nerveuses d'où leur caractère profond.

D'après les travaux de Seguillon (1994, p. 167), on peut distinguer quatre formes de surdité: (1) La surdité légère où la perte auditive est inférieure à 40 décibels (db) ; (2) la surdité moyenne caractérisée par un déficit auditif qui se situe entre 40 et 70 db ; (3) la surdité sévère dans laquelle la personne peut percevoir la mélodie du message parlé car la perte se situe entre 70 et 90 db ; (4) la surdité profonde qui est celle dans laquelle la personne ne perçoit pas la parole car la perte auditive est supérieure à 90 db ». Cette surdité profonde entraîne en même temps une mutité selon Seguillon.

De par leur typologie, il faut noter aussi que la survenance de la surdité résulte de plusieurs causes. Elles peuvent s'observer à trois niveaux : pendant la grossesse, à la naissance ou après la naissance. La surdité pendant la grossesse peut résulter de certaines Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) notamment la syphilis de la mère ; ou de certaines maladies infectieuses (la rougeole, la toxoplasmose, la tuberculose, le rachitisme) ou d'autres causes diverses (le manque d'oxygène, le mariage consanguin).

Quant à la surdité lors de la naissance, elle peut être causée par une prématurité de l'enfant, d'un accouchement difficile et prolongé (césarienne, emploi de fers ou forceps), d'une anoxie ou cyanose néonatale ou à un traumatisme obstétrical provoquant une hémorragie dans l'oreille interne, la substance cérébrale ou les méninges. De même, l'enfant peut devenir sourd après sa naissance à une affection du cerveau et des méninges (encéphalites, méningites). En outre, il existe aussi otites dues aux bruits très fort pouvant perforer le tympan ou aux atteintes métaboliques (diabète infantile).

L'aspect sensoriel du handicap ayant été brièvement présenté, intéressons-nous à présent aux handicaps moteurs.

2.1.4.2. Les handicaps moteurs

Il existe plusieurs cas de handicaps moteurs. Parmi les plus répandus, on trouve les amputations, les atteintes neurologiques centrales et périphériques, les affections musculaires ou ostéo-musculaires. Les origines de ces handicaps sont peuvent être traumatiques, congénitales ou infectieuse. Pour mieux cerner ce type de handicap, nous avons opté dans ce travail pour la classification des déficiences motrices de Lachenal et Petitet (1994). Car, nous pensons que cette classification englobe l'essentiel des facteurs susceptibles de favoriser chez une personne une déficience motrice. En effet, Lachenal et Petitet (1994) distingue sept groupes distincts : les lésions siégeant au niveau de la moelle, les atteintes du muscle ou myopathie, l'Infirmité Motrice Cérébrale (I.M.C), les troubles dystrophiques, les atteintes microbiennes, les atteintes ostéo-articulaires ou arthrogrypose et les atteintes d'origines diverses.

- Les lésions siégeant au niveau de la moelle

Quatre types de lésions peuvent être dénombrés au niveau de la moelle notamment la poliomyélite antérieure aiguë, les lésions traumatiques ou tumorales, la dégénérescence médullaire, et les lésions congénitales. La poliomyélite antérieure aiguë quant à elle est causé par à un virus qui s'attaque aux neurones moteurs de la corne antérieure de la moelle épinière. De cette attaque, résulte parfois une paralysie musculaire et une perturbation de la croissance osseuse.

La dégénérescence médullaire reste une idiopathie en raison du la non détermination de ses causes. Elle est néanmoins considérée comme une déficience évolutive et héréditaire. Quant aux lésions traumatiques ou tumorales, elles sont provoquées par une section ou une compression de la moelle suite à une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale. Elles peuvent aussi résulter de la formation une tumeur. Les accidents de la circulation, les chutes et des tumeurs intra ou extra médullaire sont en grande partie responsables de ce type de lésions. Enfin, les lésions congénitales sont la résultante des malformations de Spina-Bifida (la partie inférieure de la moelle) qui surviennent à la naissance.

- **Les atteintes du muscle ou myopathie**

La myopathie et son corollaire appelé Dystrophie Musculaire Progressive sont des formes d'atteintes du muscle qui ont des conséquences physiologiques énormes. La forme la plus fréquente de ces atteintes du muscle est la « Duchenne de Boulogne » qui renvoie à une maladie paralytique évolutive et héréditaire. La particularité de cette maladie est qu'elle affecte les racines et se ramifie progressivement vers les extrémités et vers le tronc.

- **Les Infirmités Motrices Cérébrales (I.M.C)**

Les Infirmités Motrices Cérébrales (I.M.C) entraînent des atteintes cérébrales qui causent à leur tour des troubles moteurs touchant essentiellement les zones motrices de cerveau et les zones de perception visuelle. Les IMC proviennent des origines accidentogènes et apparaissent dans la période périnatale à la suite soit d'un accouchement avant terme ou délicat, soit d'une maladie de l'enfant pendant la première année. On distingue pour cette déficience : l'Athétose, la Spasticité et l'Ataxie.

- **Les troubles dystrophiques**

Les troubles dystrophiques apparaissent pendant le développement de l'enfant et affectent souvent ses articulations, ses os et sa colonne vertébrale. Les affectations au niveau des articulations est fréquent chez les enfants entre 5 et 15 ans et se manifestent généralement par l'ostéochondrite (troubles au niveau de la hanche). Quant aux troubles dystrophiques de des os, il y a deux déficiences majeures : d'une part la chondrodystrophie (insuffisance de la croissance en longueur) et d'autre part, la maladie de Lobstein qui fragilise considérablement les os. Les troubles de la colonne vertébrale se caractérisent par la scoliose idiopathique.

- **Les atteintes microbiennes**

Nous pouvons distinguer plusieurs atteintes microbiennes pouvant entraîner les handicaps moteurs. Les plus répandues sont l'ostéomyélite, la tuberculose osseuse et le rhumatisme articulaire. Ces atteintes surviennent à la suite de l'envahissement des os par des colonies microbiennes qui affectent les organes.

- **Les atteintes ostéo-articulaires ou arthrogrypose.**

Ces atteintes peuvent provenir de la malformation d'une articulation lors du développement ontogénétique ou une ankylose congénitale des articulations. Cependant, elles résultent généralement des malformations congénitales et sont causées par une absence d'un ou de plusieurs membres.

- Les atteintes d'origines diverses

Outre les différentes atteintes ci-dessus mentionnées, il faut noter que le handicap moteur provient de plusieurs autres causes. On peut évoquer notamment les amputations traumatiques, les séquelles de brûlures graves, les hémarthroses répétées chez les sujets hémophiles pour ne citer que celles-ci.

La classification de Lachenal et Petitet (1994) bien que rigoureuse dans la détermination des atteintes diverses de la motricité et les sièges de ce type de handicap, reste néanmoins non exhaustive. De ce fait, elle ne s'est pas axé sur le niveau ou la lourdeur du handicap moteur. Par exemple la tétraplégie et la paraplégie sont toutes des lésions siégeant au niveau de la moelle épinière. Pourtant le tétraplégique a un handicap moteur plus prononcé que le paraplégique, car le premier a les quatre membres et le tronc paralysés, tandis que le second souffre seulement d'une paralysie de jambes. Le handicap moteur dans les deux cas, a des conséquences très importantes sur la personne qui en souffre.

2.1.5. Les conséquences sur la personne handicapée physique.

Il n'est plus à démontrer que le handicap physique entraîne des déficits importants au plan moteur et sensoriel. Les conséquences de ces déficits varient en fonction de la typologie handicap et son impact surtout au plan fonctionnel. De ce fait, les problèmes des personnes handicapées physiques sont spécifiques à la nature leur handicap et s'articule autour des difficultés fonctionnelles et psychologiques.

Au niveau fonctionnel, le handicap physique entraîne une difficulté dans le déplacement, une mauvaise vascularisation des régions atteintes, et provoque par là même une fragilité extrême de la peau à ce niveau. En plus, la personne en situation du handicap physique est exposée souvent aux douleurs névralgiques répétitives.

Dans certains cas de traumatisme, ces douleurs le handicapé peuvent avoir l'aspect des douleurs secondaires Ndiaye (1999). Par ailleurs, le handicap physique entraîne des troubles de l'équilibre et de la coordination surtout chez les déficient visuels les troubles de la communication chez les sourds-muets du fait du manque de sensibilité de l'oreille qui entraîne souvent la perte du langage.

Au niveau psychologique : le handicap physique entraîne des troubles de l'attitude. Chez les déficients visuels par exemple, la peur qui résulte de la non-voyance ou de la malvoyance déforme l'attitude qui est à son tour sous le contrôle des systèmes nerveux centraux et/ou neurovégétatifs. D'après Raynard, (1991, p.47) « Pour un physicien, l'attitude est la position qu'ont dans l'espace les unes par rapport aux autres des pièces mécaniques ; ces dernières subissent la force de pesanteur en fonction de leur distribution dans le milieu ». En plus de cela,

le handicap physique peut aussi entraîner les troubles de perception surtout les déficients auditifs. Pour Raynard, « La perception permet de saisir par contact direct ce que sont les éléments de l'environnement. Elle conduit à la connaissance et peut-être visuelle, auditive ou tactile » (Raynard, 1991, p. 43). Parmi les conséquences néfastes du handicap physique, on peut noter chez certains victimes le ralentissement de la motivation, le repli sur soi.

2.2. IMAGINAIRE, IMAGE DU CORPS ET/OU SCHEMA CORPOREL

Pour mieux cerner la notion de l'image du corps, nous nous proposons saisir cette notion à partir des concepts importants qui l'entourent notamment l'imaginaire et le schéma corporel.

2.2.1. L'image chez Freud et Lacan

2.2.1.1. L'imaginaire chez Freud

La détermination des facteurs inconscients et d'origine ontogénétique caractéristiques de l'imaginaire est déterminante quant à la compréhension de l'imaginaire chez Freud (1915). Il ressort de ses divers travaux que la notion d'imaginaire renvoie à un ensemble des représentations à la fois inconscientes et conscientes mais surtout inconscientes, issue de la dynamique intrapsychique et marqué par le développement libidinale lié à sa réalité d'ontogénèse. Cette notion d'imaginaire s'explique mieux par sa conception de l'inconscient. En donnant une définition substantielle de l'inconscient, il l'assimile à un mouvement interne à l'individu totalement indépendant de son contrôle conscient et qui fondamentalement, le dirige. Pour lui, le sujet passe à la réalité imaginaire via un mouvement d'introjection et de projection une fois qu'il ne parvienne pas à assimiler les objets (objets internes, non identifiables, objets réel ou symbolique). L'intériorisation est fondamentale si l'on s'en tient aux phénomènes se rattachant à la dimension fantasmatique, onirique et autres productions psychiques entraînant chez le sujet des comportements de frustration, de privation et de castration. Dans ce sillage, il faut noter que l'état mental du sujet se retrouve dans une trajectoire de dégradation qui engendre par la suite dans le vécu futur du sujet, des pathologies telles que névrose, psychose et même des transferts lors des investissements du sujet. C'est dans ce sens que l'individu devient sujet à des manifestations angoissantes sans causes réelles qui vont constituer le point d'ancrage des réactions de défense ainsi que les mécanismes de défense relatifs à son imaginaire. Ces mécanismes s'expriment lors des maladies mentales telles que le phénomène des transferts et les psychoses.

- Le développement de l'imaginaire au stade oral.

Selon Bergeret (1995) le stade oral la phase d'organisation libidinale qui va de la naissance au sevrage. C'est la période de développement qui est lourdement marquée par l'oralité (primauté de la zone buccale). La zone érogène est concentrée au niveau de la cavité buccale et influence la dynamique ambiante de l'enfant. Le plaisir est perçu par le réflexe de succion les

désirs pulsionnels chez l'enfant sont satisfaits par le canal de la bouche. Ce stade est marqué par la survenue d'une forme d'opposition tant directe, qu'indirecte à l'origine chez l'enfant d'un ensemble de représentations d'où le concept de l'imaginaire. Un enfant qui veut manger et ne le réalise pas pleure pour attirer l'attention maternel sur lui et s'il n'y parvient toujours pas, il peut « penser » que sa mère lui veut du mal, il se sent frustré à tel point qu'il manifeste un oral sadique envers sa mère ou tout autre objet transitionnel.

Lors de ce stade développement précis de l'enfant, c'est l'absence de la satisfaction pulsionnelle qui émane du détachement de l'objet original du désir sexuel qui construit l'imaginaire chez l'enfant. En d'autres termes, le défaut de satisfaction est ce qui déclenche chez l'enfant les productions de l'imaginaire. Le désir propre à l'oralité est un désir d'incorporer les objets mais malgré cela ne confère pas à celui-ci le véritable statut d'objet extérieur. L'enfant vit cette rupture de son objet d'attachement comme une perte d'objet, perçue comme privation, frustration, et/ou castration. Bergeret (1995, p.10) dit à ce titre « Le petit enfant à cet âge ne perçoit dans le lit individus ou les choses qu'une nourriture ou une source de nourriture, à laquelle, dans ses fantasmes, il s'imagine un en l'avalant ou en se l'incorporant ». Ainsi dit, l'enfant se voit dépourvu de son objet d'amour, sur lequel il investit ses pulsions sexuelles dans ses vécus conscient et inconscient, il doit combler un vide ou relier une rupture.

Par ailleurs dans ce chantier de l'imaginaire, le sevrage qui marque une rupture à cette étape orale constitue une phase transitionnelle dans le développement de l'enfant, est symbole de privation et détermine le conflit relationnel spécifique relatif à la résolution du stade oral. L'enfant à ce niveau, vit le réel par l'agressivité provenant de la privation du sein et perçue comme l'image du sein maternelle qui est vécu de façon fantasmatique. Selon Lacan, le sevrage est une source de traumatisme et renferme une dimension culturelle qui le rend indissociable du maternage. Il est vécu comme le résultat de l'agression par l'enfant qui le subit.

- L'imaginaire au stade anal

Au stade anal, le contenu intestinal constitue la source pulsionnelle corporelle à travers la muqueuse ano-rectale qui représente l'objet libidinal intermédiaire. Le sujet ressent du plaisir et s'autosatisfait soit par le relâchement du boudin fécal soit par la rétention ou soit en jouant avec. jouant avec en manipulant son boudin fécal. Freud (1905) s'est rendu compte de l'importance du stade anal en manipulant des objets réels, imaginaires et symboliques. Cela dit, on se rend compte de l'évidence selon laquelle il est indispensable pour un individu de ressentir des sensations agréables pendant l'excrétion. Ce fait lui permettant de réduire la tension d'un plaisir sexuel. A ce stade, l'imaginaire se construit chez l'enfant par la manipulation des objets réels et symbolique. Les matières fécales lui constituent pour un ensemble de représentations réelles ou imaginaires qu'il projette dans son environnement découlant de ses pensées eu égard à son

univers cognitif. Car il voit en ces matières fécales des substituts au sein maternel, d'où son attachement à elles et son sa répugnance de leur destruction.

Les matières fécales ne constituent pas forcément une capitale inutile pour l'enfant qui voit en eux, et parfois même beaucoup plus d'autres choses que l'adulte ne peut imaginer. La frustration naît de l'action des lavements fréquents administrer à l'enfant et perçue par lui comme moyen dévalorisant son boudin fécale. L'enfant ne pouvant pas se donner une réponse mieux que cette dévalorisation, vit l'angoisse soutenue par la non satisfaction de sa revendication ; celle de ne pas être dépouillé (laver) de ses déchets fécaux.

Toute privation de déchets fécaux constitue un mobile de revendication sur le sujet. Lacan, (1994) dit à ce sujet : « *La frustration est par essence le domaine de revendication. Elle consterne quelque qui est désirée et qui n'est pas tenue, mais qui est désiré sans nulle référence à aucune possibilité de satisfaction, ni d'acquisition* » Lacan, (1994, p. 37). La frustration est du domaine des exigences effrénées et sans loi. la non satisfaction du désir du sujet constitue une frustration du fait du manque que le sujet exprime par le jeu de l'imaginaire. Le sujet en opte à dénouer l'activité sadique et masochique liée au châtement corporel en orientant sa relation avec l'objet. Le lien entre sadisme et masochisme est bien manifeste dans la relation de l'enfant à l'objet. Il existe aussi un narcissisme anal qui selon Freud à son origine dans la période anale. Il donne lieu chez l'enfant a des possibilités d'oppositions et de marchandages voir de dénigrement et sabotage face à l'objet maternel.

- **L'imaginaire au stade phallique**

L'imaginaire à ce stade précis se passe par l'unification de pulsions partielles à travers une masturbation inconsciente. Caractérisé par primat des organes génitaux et de la découverte de la différence de sexe l'imaginaire ici est orienté vers les objets par le moyen des fantasmes, les images et les représentations. La découverte de la différence anatomique entre les sexes, ravive chez l'enfant l'intériorisation des données, et prend compte de la réalité à l'anatomie et va s'interroger sur le sexe et de son sexe. Le phallus est connu comme étant un fantasme selon lequel la possession d'un pénis est considérée comme objet de domination dans les représentations du sujet, les deux parents sont considérés en fonction de leur puissance ou de leur faiblesse. Il en résulte une souffrance d'ordre narcissique donnant lieu à des revendications, des privations et de la frustration pour les enfants des deux sexes dans le dénouement maturationnel de ce stade important de la croissance.

- **L'imaginaire au stade du complexe d'œdipe.**

Ce stade est déterminant pour la croissance et constitue un fondement de la vie psychique partant de son rôle fondamental d'organisateur central dans le façonnement de la personnalité de l'enfant. L'imaginaire se caractérise ici par l'entrée en jeu du conflit en ceci que la fille éprouve

une hostilité à l'égard de la mère de même que le garçon à l'égard du père. L'aspect libidinal favorable se caractérise par l'amour de la mère, et l'aspect défavorable par la haine du père. Il s'agit de la période dépressive que le sujet vit dès que survient la relation à des personnes total. prend son essence entre 3 et 5 ans voire plus. D'après les travaux de Bergeret (1995) l'œdipe est : « une problématique relationnelle fondamentale de la dimension sociale, conflictuelle et structurante, historique au sens où elle survient à un moment relativement précoce du développement de chaque individu et où elle confère à l'évolution affectivo-sexuelle de ce dernier et a son pronostic un caractère de quasi-conclusion, universelle, spécifiée en fin par une structure triangulaire entre l'enfant, son objet naturel et le porteur de la loi. » Bergeret (1995, p.28). Freud (1915) y note une haine vers le parent du même sexe chez l'enfant due à l'existence d'une sexualité infantile qui pousse l'enfant vers le parent du sexe opposé. C'est dans ce sens que le choix de l'objet convoité se verra marqué par des investissements et des identifications provenant du complexe d'Œdipe d'où l'existence des fixations chez le sujet. La construction de la personnalité sur l'élaboration des différentes instances notamment celle du surmoi et de l'idéal du Moi. D'après Freud (année), l'Œdipe domine le vécu subjectif dans lequel s'incarne le vécu fait de fantasme originaire de schèmes, point d'ancrage de la vie imaginaire du sujet et tenu comme variante du phénomène du Complexe d'Œdipe. Ainsi on parle de séduction, scène originaire et la castration renvoyant à loi fondamentale dans la structure de l'Œdipe. Il s'agit là en effet d'une donnée symbolique dans l'imaginaire montrant avec précision que le Complexe d'Œdipe met en lumière un conflit situationnel induisant chez le sujet des représentations de divers ordres et donnant lieu à des frustrations et des castrations.

Concernant ces représentations, et des images, Lacan (1994) mentionne que ce qui marque au niveau de l'imaginaire dans la fonction œdipienne c'est le conflit latent et manifeste qui donne lieu à la castration entant qu'elle est constituée par la dette symbolique, n'étant pas dans notre expérience analytique un objet réel. L'objet est imaginaire, la castration dont il est question est toujours d'ordre imaginaire. Ce qui sera intériorisé et suivra dans la structuration de la personnalité sera des images ou une image parentale, relevant des différents types de relations existantes entre les différents sommets du complexe d'Œdipe et soutenu par des unions des objets imaginaires. Le développement des relations tire sa source du fait que le garçon reste accolé à son premier objet, la mère malgré que cette mère ait changé de sens de par l'investissement et la fille restant liée à son père.

La conquête engrangée par des investissements objectaux sexuels d'un parent ou de l'autre sont précurseurs des ressources captatives et agressives élaborée et passent par l'agressivité avec menaces fantasmatiques de castration par le père et l'angoisse de castration surmonté par l'identification au père et à la réconciliation à la mère chez le garçon. L'angoisse de castration est à l'origine du désir œdipien chez le sujet féminin. Les déceptions déclenchent des

productions imaginaires et détournent la fille de sa mère, son but désormais est d'obtenir du père ce que la mère lui a refusée.

2.2.1.2. L'imaginaire chez Lacan

Deux éléments caractérisent l'imaginaire chez Lacan à savoir : le réel et du symbolique. Selon lui la compréhension de l'imaginaire n'est possible qu'à partir de l'image et relève à son tour du registre du leurre et de l'identification ; l'image étant la racine du réel. De ce fait, le terme « imaginaire » chez Lacan se conçoit uniquement dans le cadre des images, qui renvoient aux représentations découlant de l'attitude du sujet, dans les systèmes de croyances, des idées approximatives, des opinions inadéquates, des notions vagues ou des concepts faux. Le rejet de la présence des images, nous amène à comprendre avec lui que l'imaginaire n'a de valeur qu'en tant qu'il accède au symbolique.—; la structuration symbolique provoque le dénouement de l'imaginaire du réel. En effet, le sujet

De façon pratique, le sujet qui vit son imaginaire, parle sans relâche d'un être qui lui ressemble à s'y méprendre, d'un être qu'il a cru être mais qui n'est que le fruit de son imaginaire. Ainsi dit, la représentation d'une chose, d'un fait et ou d'un acte et d'un individu cache autre chose que celle que l'image projette à l'esprit. L'imaginaire lacanien cadre son incomplétude et crée une dégénération, et interdit l'adhésion à son propre désir. En guise d'illustration, l'exemple est celui de l'enfant à travers la capture du moi à une image par une image.

Par ailleurs, le Moi se transforme en plaisir des mirages, une perspective en enfilade, conduisant aux mirages imaginaires du narcissisme. Dans le cadre d'une mission lacanienne, l'image permet à l'enfant de revenir sur lui-même de se rendre compte du caractère illusionniste de la relation symbiotique, tout en lui bloquant la conduite du désir. Lacan à ce sujet pensait déjà que l'imaginaire donne lieu à sa dénégation et l'interdit l'accès à son propre désir.

Dans la relation, réel, symbolique, imaginaire, Lacan identifie deux voix d'accès au réel. La première qualifiée de mauvaise est celle de l'imaginaire et la seconde, celle du symbolique est la bonne. Il oppose les deux et fait comprendre que si le réel est la jouissance, l'imaginaire est la castration. Toutefois, Lacan (année) conçoit l'imaginaire avec un penchant négatif. Cet imaginaire selon lui est synonyme de leurre, de manque, du faux, de l'irréel, de la discordance, de faits, ceux-ci reliés aux mirages narcissiques et aux illusions d'optiques.

Par ailleurs, l'imaginaire du rêve-éveillé est plus symbolique qu'un simple imaginaire, cet imaginaire, n'est pas celui de Lacan. Cependant il le reconnaît et en fait un rapprochement des autres. Les images des rêves éveillés sont d'un symbolisme tel que souvent le signifiant est apparent même pour le rêveur. Dans cette perspective l'inconscient joue une fonction centrale, qui n'est autre que de faire usage des images pour dire ce qu'il veut taire ou ne pas dire. Dans

l'activité des images, on note celle du rêve éveillé dans la mise en place du mouvement des images intérieur, leur dissociation ; désintrinsication et la transformation.

2.2.2. L'image du corps versus image corporel dans la littérature

La notion de l'image du corps est héritée du schéma corporel. Ce concept introduit dans la problématique du corps en souffrance par le médecin Français P. Bonnier (1893) est issu des recherches en neuroscience. Cette notion s'est imposée de facto dans le domaine clinique dès les travaux de Head et de Holmes autour de 1900. Pour Bonnier, ce terme désigne une figuration topographique et somatotopique du corps. C'est-à-dire que ce schéma lie l'ensemble des membres et des organes entre eux. C'est une représentation en 3D du corps qui permet la localisation et une certaine coordination.

C'est Schilder (1935) qui, en quelque sorte, souligne l'ambiguïté des notions schéma corporel/image du corps, intégrant les deux termes dans le même concept alors que d'autres auteurs les différencieront. Les ambiguïtés du schéma corporel proposé par Schilder viennent du fait que les deux modèles de l'image du corps, celui correspondant aux capacités perceptives motrices d'un organisme anatomiquement et physiologiquement défini et celui correspondant au modèle psychanalytique de l'image fluctuante et onirique du corps érogène, restent simplement accolés et sont arbitrairement juxtaposés. Pour Schilder (1935), c'est « l'image tridimensionnelle que chacun a de lui-même », formée à partir d'indices moteurs, standard, l'image neurologique du corps. Le schéma corporel est notre enveloppe externe, c'est la partie de l'individu visible dans le miroir pour reprendre l'expression de Lacan (1966).

2.2.2.1. L'image du corps chez Paul Schilder

Paul Schilder désigne par l'expression image du corps une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps. Ce concept ne renvoie pas seulement à une connaissance physiologique, mais désigne également le concept de libido et la signification sociale du corps. Schilder entrevoit l'image du corps comme étant l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit. En d'autres mots, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Nous recevons des informations de nos sens (la vue, le touché) ; par ailleurs les sensations venant des muscles et de leurs gaines, nous renseignent sur la déformation du muscle.

Le schéma corporel est assimilé selon Schilder à l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Le schéma corporel apparaît comme un « standard » spatial nous permettant d'avoir une connaissance de la posture, du mouvement, de la localisation de notre corps dans l'espace et de son unité. Ce modèle postural du corps n'est pas une entité statique fixe, elle est dynamique, c'est-à-dire changeante, en croissance, « en perpétuelle auto-construction et autodestruction interne. » (Schilder, 1968).

2.2.2.2. La conception de l'image du corps chez Françoise Dolto

Selon Dolto (1984), le concept d'image inconsciente du corps lui permet de pallier ce qui lui manque dans la théorie Freudienne. Dolto envisage le début de la vie psychique bien avant la venue au monde. Elle s'attache à « l'être au monde », sujet du désir et sujet de son histoire, d'où sa célèbre formule « Tu as décidé de naître », qui sera le socle que se développe la thématique de l'image inconsciente du corps. Aussi pense-t-elle qu'il est primordial de faire la différence entre image du corps et schéma corporel.

Pour cet auteur, l'image du corps du sujet est constituée des superpositions à la fois de l'image actuelle et des images passées de son corps. Cette image est le lien d'intégration de zone de ce corps investie par des échanges structurants et créatifs. Dans cette optique, le corps devient un lien de langage archaïque, non-verbal, une forme dynamique structurée d'un système de signification. Dolto insiste pour « ne confondre image du corps et schéma corporel », (1984). Elle en propose une distinction systématique. Ainsi, précise Dolto, le schéma corporel est le même pour tous les individus alors que l'image du corps est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire ; le schéma corporel est en partie inconscient, mais aussi préconscient et conscient tandis que l'image du corps éminemment inconsciente, elle peut devenir en partie préconsciente quand elle s'associe au langage conscient.

Dolto (1984) établit une différence entre l'image du corps et le schéma corporel. D'après ses travaux, l'image du corps est une médiation pour la parole chez l'enfant. L'enfant exprime ce que ses mains ont traduit de ses fantasmes et de ses fantaisies ; l'image du corps est comprise ici comme le médiateur des instances psychique (ça, moi, surmoi), spécifique à chaque enfant. Le schéma corporel est envisagé selon Dolto comme étant la spécificité d'un individu en tant que représentant de l'espèce. Le schéma corporel en principe est identique chez tous. Il s'agit de notre vivre au contact du monde physique. Il est le vécu du corps actuel dans l'espace et sera l'interprète de l'image du corps.

Dolto (1984) relève par contre que l'image du corps liée au sujet et à son histoire est propre à chacun. L'image du corps est la synthèse vivante de ses expériences émotionnelles. La communication joue un rôle de base dans la structuration de l'image du corps du sujet. L'image du corps se réfère donc à un imaginaire intersubjectif marqué d'emblée chez l'humain par la dimension symbolique. Elle est vivante, camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant par toute expression langagière, dessin, modelage, etc... « L'image du corps est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant ».

Cependant, Dolto (1984) note que le schéma corporel et l'image du corps sont étroitement liées ; ces liens peuvent être perturbés, elle note qu'un schéma corporel sain peut cohabiter avec une image du corps perturbée, comme l'un et l'autre sont reliés, cette situation entraîne une discordance empêchant le sujet de se servir de façon saine de son schéma corporel. En guise

d'illustration, Dolto prend pour exemple un garçon qui peut connaître son schéma corporel de petit homme et se vivre dans son image inconsciente du corps, comme « châtré », parce que considéré comme dangereux par son père ou comme « la petite femelle » d'un père incestueux.

L'image du corps est également décrite par Dolto comme le lieu du désir. Il n'y a que le désir pour se trouver à se dire sans jamais se satisfaire dans les expressions que permettent la parole, les images, les fantaisies et, les fantasmes sous une forme tronquée ou déformée. L'image du corps qui contrairement au besoin qui doit être satisfait pour que la vie du corps puisse continuer ; est relationnelle c'est-à-dire qu'elle se structure dans le rapport langagier à autrui et constitue un pont de communication interhumain.

On comprend donc chez Dolto (1984) que l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant. Elle est à chaque moment mémoire inconsciente de tout vécu relationnel. Car, souligne Dolto (1984), c'est grâce à notre image du corps portée par, et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. L'image du corps est donc le support du narcissisme alors que le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. Dans l'image du corps, le temps se croise à l'espace. Le passé inconscient résonne dans la relation présente. Pour ce qui est du schéma corporel, il réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage. De son côté, l'image du corps réfère le sujet du désir à son jouir médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets.

2.2.2.3. Formation de l'image du corps du nouveau-né

Dans son ouvrage, *Le dessin de l'enfant, le langage sans parole*, Léfébure (2006), soutient que l'image statique du nourrisson n'existe pas. Il se sent un avec sa mère. Son image du corps et son schéma corporel sont confondus, il n'est pas capable de symboliser son expérience. Suite aux échanges avec elle, et ses absences de réponse, il commence à se sentir autre. S'il est rassasié, son image ressemble à un ballon. Pendant l'absence de sa mère quand il a faim, il ressemble à un ballon étranglé. S'il mange, il a nouveau une sphère. De 18 à 23 mois, il a trois antennes les deux yeux et la bouche. Il passe avec le temps des relations fusionnelles avec sa mère à une distance interne-externe. Pour Dolto, l'enfant passe par les castrations symboligènes : ombilicale, orale, anale, œdipienne et le stade miroir. L'enfant se sent déjà avant le stade du miroir cohésif et continu. (Macé, 2010).

Lacan (1994), estime de son côté que le stade miroir a une valeur décisive dans la vie de l'enfant et commence entre 6 et 18 mois. L'immaturation proprioceptive du nourrisson selon Lacan est à l'origine d'une représentation de son corps comme morcelé, ce manque d'unité du corps entraîne un effet anxigène. Les données proprioceptives sont satisfaites par la relation fusionnelle avec la mère atténuant l'angoisse de morcellement. Ce n'est qu'aux environs de six

(06) mois que la perception visuelle a une maturation suffisante pour permettre la reconnaissance d'une forme humaine, entraînant des modifications dans l'éprouvé affectif et mental du corps : « en prolongement, en fusion plutôt avec les données proprioceptives morcelées, viendront s'inscrire les données visuelles liées au corps de l'autre ; soudainement s'unifiera, sous la forme de la représentation inconsciente, ou imago, cette image de l'autre, et à travers elle, la proprioceptive qui lui était liée » (Lacan, 1966). A ce moment, on peut observer l'enfant qui jubile devant le miroir. Cette expérience féconde et riche, liée à l'apparition de l'image de l'autre est identifiée par Lacan comme le « stade du miroir ». Cette identification primordiale va permettre la structuration du « Je », l'expérience d'un corps unifié et va mettre un terme à ce vécu psychique du fantasme du corps morcelé.

2.2.3. Pathologie des images du corps

Le processus de régression des images du corps est le processus inverse de leur structuration. Ceci a été démontré par Dolto (1984) suite à son expérience psychanalytique. Pour elle, ce processus est toujours dépendant d'une relation affective ; il ne faut donc pas détruire un déterminisme organiciste car, grâce à la relation de langage entre le sujet et son entourage, que la généralité du processus d'articulation de l'image du corps et du schéma corporel s'éclaire comme la personnalisation narcissique défensive du sujet.

La vie intra-utérine selon Dolto (1984) intervient dans le développement des pathologies liées à l'image du corps, alors que les manifestations ne se révéleront que plus tard. Un être humain peut sans avoir d'anomalies neuromusculaires ou neuro-végétatives s'être trouvé dans l'impossibilité de structurer sa première image du corps et même soutenir son narcissisme fondamental. Il suffit qu'il ait subi des ruptures dommageables du lien précoce avec sa mère.

Dolto (1984) a pris l'exemple du schizophrène chez qui, la potentialité de symboliser l'image du corps a été interrompue (par l'absence de parole, l'enfant va symboliser pour lui-même tout ce qu'il vit dans un code qui n'est plus communicable : ainsi du psychotique muet qui présente rarement des troubles organiques). Mais ne présente pas de médiation de l'image du corps. Le schéma corporel vit tout seul. Le sujet se désolidarise de son corps. On constate que cela arrive dans des cas d'hospitalisation précoce, de séparation brusque mère-enfant, en bref dans les cas où les castrations ne sont pas symboligènes. Seuls les besoins physiologiques étant comblés ; c'est le cas de toutes les maladies psychosomatiques correspondant d'ailleurs à des psychoses ou névroses plus ou moins graves selon que les traumatismes ont lieu avant la castration primaire et plus encore avant le marché et avant l'achèvement neurologique du schéma corporel.

Ce sont les symptômes de dérèglement végétatif. Ainsi, quand les zones érogènes (visage, bouche, anus, fesses) liées aux pulsions orales et anales ne sont plus intégrées au plaisir, ni en relation avec la mère, ni aux images de base correspondante (ventre, estomac), il y a régression

du sujet jusqu'à des images cardiorespiratoires et péristaltique. Il peut y avoir un retour impossible à la mère fœtale ou appel en vain à la mère tactile ce qui peut provoquer des crises d'asthme...

2.3. LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION

L'identification est l'action et l'effet d'identifier ou de s'identifier (reconnaitre si une personne ou une chose est celle que l'on recherche, faire que deux ou plusieurs choses distinctes soient considérées comme une seule, finir par avoir les mêmes croyances ou les mêmes propos qu'une autre personne, fournir les données nécessaires pour être reconnu).

L'identification est liée à l'identité, qui est l'ensemble des caractéristiques et des traits d'un individu ou d'une communauté. Ces caractéristiques définissent l'individu ou un groupe par rapport aux autres. L'identité est, en outre, la conscience que l'être humain a de lui-même. Pour Le grand dictionnaire de la Psychologie (1999, p. 1613) C'est un processus psychique par lequel le sujet s'assimile à un objet ou à une chose. En d'autres termes, c'est le processus par lequel un individu se rend semblable à un autre, en totalité ou en partie. On distingue des identifications imaginaires constitutives du moi et l'identification symbolique fondatrice du sujet.

L'identification est un concept psychanalytique. Il s'agit du processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre. Freud définit l'identification primaire comme étant précoce, directe et immédiate, en lien avec les parents. Quand nous faisons connaissance avec un nouveau-né, d'emblée nous savons que ce bébé appartient à l'espèce humaine.

L'identification est le processus par lequel une personne se transforme, de façon provisoire ou permanente, en assimilant un trait ou un attribut, partiel ou total, d'une autre personne. C'est le processus par excellence de la formation de la personnalité qui consiste à assimiler une propriété ou un attribut d'une autre personne. L'identification consiste à devenir semblable à un objet, total ou partiel. Pour Freud, c'est l'assimilation d'un moi à un autre, étranger, en conséquence de quoi ce premier moi se comporte, à certains égards, de la même façon que l'autre, l'imité et, dans une certaine mesure, le prend en soi. On a comparé, non sans justesse, l'identification avec l'incorporation orale, cannibale, de la personne (Freud, 1915).

Pour la psychologie, l'identification est l'image cohérente du sujet sur lui-même, constitué des compétences, des croyances et cette image est construit au fil du temps, le processus est particulièrement actif au cours de l'enfant. Pris dans ce sens, l'identification est ainsi « un processus psychologique par lequel un individu A transporte sur un autre B, d'une manière continue plus ou moins durable, les sentiments qu'on éprouve ordinairement pour soi, au point de confondre ce qui arrive à B avec ce qui lui arrive à lui-même. » (Lalande, 1968).

2.3.1. Nature des identifications

La psychanalyse comprendra l'identification comme émanant de mécanismes très différents. On peut cependant souligner la conception d'une instance du Moi se constituant par identifications successives, portant le plus souvent sur un trait unique. Identification primaire

Décrite par Freud (1905) dans *Psychologie des masses et analyse du Moi*, notamment dans le chapitre 7, l'identification primaire constitue la première manifestation d'un attachement à une autre personne. Cette identification primaire commence donc dès l'enfance, lorsque le petit garçon idéalise son père, et souhaite être lui, faire tout comme lui, le remplacer. Cependant, lors de la formation du complexe d'Œdipe, le petit garçon voit naître des sentiments libidinaux envers sa mère, et celui-ci se trouve donc en proie à l'ambivalence : idéaliser le père, tout en ressentant des désirs hostiles envers lui car celui-ci lui « barre la route » et l'empêche de concrétiser ses désirs envers sa mère. Cette ambivalence tendra à s'unifier et constituera le complexe d'Œdipe.

2.3.2. Identification hystérique

Dans *Psychologie des masses et analyse du Moi*, Freud cite le cas d'une petite fille qui contracterait la même toux que celle de sa mère. L'identification est ici la même que l'identification primaire, mais elle a pour but, non pas de viser la mère en tant que sujet, mais signifie : « j'ai la même toux que ma mère, donc je suis comme elle ». Cette identification a pour but de se substituer à la mère. Pour résumer : la petite fille, en proie à une attirance envers le père, contracterait une toux comme sa mère pour se substituer et tenter de la remplacer auprès du père. Cependant Freud introduit une nuance de culpabilité que pourrait ressentir la petite fille de s'être rendue malade. Selon Freud cette identification constitue le mécanisme complet de la formation du

Le facteur sexuel est déterminant dans la formation du symptôme hystérique. Freud considère que le facteur traumatique déterminant des névroses dépend tantôt d'un vécu réel, tantôt d'un fantasme de nature sexuel, ce qui illustre le cas de cette petite fille dont on vient de parler.

Freud (1905) utilise ensuite le cas de Dora pour illustrer l'identification à la personne aimée, Dora avait contracté la même toux que son père. Le moi de Dora absorbe une propriété de son père, sa toux, comme substitut, par voie régressive. L'identification a donc pris la place du penchant érotique de Dora envers son père. Freud note que l'identification est ici très limitée et qu'elle se borne à emprunter à l'objet un seul de ses traits, ce qu'illustre l'exemple que nous venons de voir.

2.3.3. Identification mélancolique

L'identification mélancolique est l'identification à un objet pulsionnel qu'aime le sujet - ici la dialectique repose sur deux seules personnes. Le mélancolique s'identifie à celui qu'il aime - et la pulsion fait retour sur le Moi propre. C'est pourquoi il est nécessaire de saisir cette identification comme narcissique : c'est d'ailleurs là une deuxième appellation de ce processus pathogène. Cette modalité identificatoire n'est pas tant propice à un *remaniement*, puisqu'elle se distingue comme totale : le Moi était complètement confondu avec l'objet de la pulsion. Cette confusion, renvoyant à une dialectique de l'être - je suis ce que j'aime - et correspondant à la formation même du Moi (comme Moi plaisir), pointe finalement sur une profonde régression, renonciation à satisfaire son désir *avec* (ou *face à*) un objet.

Cette description se rattache principalement au deuil à partir duquel se révélera le pathos, deuil particulier, massif, auquel fait face le mélancolique lors de la perte de cet objet, qui sera vécue comme perte d'une partie de son Moi.

Le mélancolique devient *ce qu'il aime* et ne peut anticiper sur une perte de l'ordre de la mutilation : avec le départ ou la mort de l'objet, c'est l'édifice narcissique qui s'effondre : le Moi n'a plus de quoi se soutenir, sinon la culpabilité, d'un cadavre.

2.3.4. Identification masochique

Bien que les concepts freudiens de sadisme et de masochisme aient évolué au cours de l'histoire de la psychanalyse, on peut tâcher d'en distinguer un mécanisme essentiel quant à l'identification. Le passage au sadisme s'avère éclairant. Le sadique jouit de faire souffrir autrui. Puis, il abandonne ce but et la pulsion subit un *renversement en son contraire*, en même temps qu'est abandonné l'objet jusque-là martyrisé. Il y a donc masochisme mais pas encore de recherche d'un bourreau - ce qui constituera la dernière étape.

Cette dernière étape mérite d'être pensée puisque le masochiste se fait d'abord l'objet de son sadisme, -il est à la fois sadique et masochique - avant de rechercher quelqu'un qui sera sadique *en son nom*. Il y a identification masochique puisque le masochiste s'identifie à son maître, en fait un substitut de lui-même.

CHAPITRE 3 APPROCHES THÉORIQUES DE L'ÉTUDE

L'une des problématiques majeures du handicapé moteur demeure la construction de l'identité et de soi, une question soutenue par une abondante littérature en philosophie, en sociologie, en anthropologie et en psychologie. Ainsi la construction de l'identité et de soi est donc un processus qui renvoie à une multitude d'approches et de notions, dont les principales que sont l'identité et le soi, semblent fusionner dans une utilisation généralisée. Ce chapitre est celui dans lequel nous essayerons de retracer les origines théoriques de la construction de l'identité et du soi. Plus précisément, nous présenterons d'abord le concept de soi. Ensuite nous nous intéresserons davantage au concept de l'identité, nous ciblerons en quoi ces notions sont à la fois différentes et complémentaires avant de nous appesantir sur le processus d'assimilation de caractéristiques d'autres personnes. Enfin, nous présenterons notre modèle théorique qui est celui de Marcia.

3.1. LES FONDEMENTS THEORIQUES DU SOI EN PSYCHOLOGIE

Le soi est un concept antérieur à celui de l'identité. Le soi (ou « self » en anglais) se définit en termes de conscience, de connaissance et de régulation. Toutefois, il n'existe aucun consensus sur cette notion, le soi renvoie à une multitude de définitions (Côté & Levine, 2002 ; Tap, 2005 ; Côté, 2009). La plupart des chercheurs en psychologie s'accordent à dire qu'il s'agirait d'un système organisé et interactif de pensées, de sentiments et de motivations qui caractérisent l'individu. Le soi relève plus d'une expérience stable de l'existence physique et psychologique, d'un sens et d'un sentiment de constance. Le soi est de nature réflexive et dynamique (Côté, 2009). Le soi fait l'objet d'une appréciation subjective à partir du ressenti de l'individu et de la manière dont il se sent perçu par les autres, dans des attentes culturelles. Le contenu de ces appréciations serait dépendant du contexte culturel et des différents milieux de vie de l'individu (cercle familial, scolaire, amical...).

Trois auteurs sont à l'origine des travaux sur le « self-psychology » : James (1892), Cooley (1902), Mead (1934). James proposa un modèle autour de la réflexivité « je- moi ». Comme l'explique Guichard (2004) le « je » est engagé dans une activité réflexive ou un processus qui tente d'unifier les expériences vécues et qui vont caractériser le « me » ou « moi ». Le sentiment d'identité personnelle trouve ici ses origines, dans la continuité, l'unicité et la cohérence de soi.

Cooley et Mead ont chacun abordé le soi dans la distinction « moi – autre », en considérant que le soi se construit en partie par intériorisation des jugements d'autrui, ce qui donne lieu à une évaluation de soi, à l'estime de soi. Selon Mead (1934), l'individu éprouve ses expériences personnelles de façon indirecte en intériorisant le point de vue particulier d'autres individus membres du même groupe social que lui, puis en adoptant progressivement le rôle d'autrui de manière plus générale. Comme l'expliquent Cooley et Mead, ce n'est que lorsque le sujet prend

en compte le point de vue des autres membres du groupe auquel il a le sentiment d'appartenir et qu'il adopte les attitudes, les valeurs de ce groupe, qu'il peut exister en tant que soi. La formation du soi s'élabore dans l'interaction avec autrui à partir de la prise de rôles.

Au sein des travaux menés sur le soi, peu de théories, en termes de stades de développement, sont présentes dans la littérature (Côté, 2009). Mais les différents contextes et milieux de vies qui affectent le soi, tels que le genre, la culture, la classe sociale, l'éducation, la famille et les pairs, ont été étudiés en lien avec différents aspects du soi, notamment l'estime de soi (Oubrayrie, et al., 1994 ; Oubrayrie, 1997 ; Harter, 1999), l'image du corps et la conscience de soi (Rimé & Le Bon, 1984 ; Pelletier & Vallerand, 1990 ; Bariaud & Rodriguez-Tomé, 1994). Le soi se décline en plusieurs composantes : des composantes évaluatives, conscientisées et relatives à la connaissance objective et subjective de soi.

3.2. AUX SOURCES DU CONCEPT DE L'IDENTITE

Côté & Schwartz (2002) soutiennent que définir l'identité s'avère complexe tant les propositions sont nombreuses, pluridisciplinaires et multifactorielles. En effet, le concept d'identité a été appréhendé en psychologie, par les termes d'« *ego-psychology* » désignant l'identité (Kunnen & Bosma, 2006). Dans ce travail, nous nous intéresserons au modèle psychosocial d'Erik Erikson

3.2.1. L'identité dans l'approche psychosociale d'Erik Erikson (HR1)

E. Erikson conçoit dans les années 60 un modèle épigénétique composée de 8 stades du développement (confiance, autonomie, initiative, travail, identité, intimité, régénération et intégrité) qu'il appelle « crises psychosociales », c'est-à-dire des moments cruciaux dans le développement. L'adolescence constitue l'une des phases de la vie au cours de laquelle la remise en question de l'identité et la tentative de résolution des problèmes liés à la sexualité et à la maturité ont lieu. La crise psychosociale de l'enfant (de 13 à 18 ans) a pour préoccupation la similitude et la continuité, formant la signature de « *l'identité de l'ego* », ou bien de l'« *egopsychology* » (Erikson, 1968). Autrement dit, l'enfant expérimente durant cette crise différents rôles sociaux, pour se définir et se construire en tant que personne (dans le temps et dans plusieurs contextes), capable de se différencier des autres et de se distancer des contextes.

Pour Erikson, l'adolescence est l'occasion de se définir comme individu car il s'agit d'une période de recherche et d'expériences. Le développement identitaire dépend de l'évolution de trois composantes chez l'enfant. Une première composante correspond à l'émergence d'un sentiment d'unité intérieure intégrant ses actions en un tout cohérent. L'acquisition d'un sentiment de continuité temporelle qui relie le passé, le présent et le futur constitue la deuxième composante avec laquelle l'enfant donne un sens, perçoit la trajectoire de sa vie. La troisième

composante concerne les interactions avec les personnes importantes de l'environnement de l'enfant et qui l'aide à guider ses choix.

Erikson étudia comment les individus pouvaient maintenir ou perdre leur sens intérieur de continuité (en lien avec la construction de leur sens de la réalité) et la gestion de leur conduite. Selon cet auteur, la personnalité contient un soi global, comprenant un nombre de soi spécifiques, chacun correspondant plus ou moins aux rôles sociaux joués par l'individu. Ainsi, à partir des recherches d'Erikson, Côté (2009) distingue trois aspects centraux qui permettent d'éclairer la définition de l'identité :

- En termes de processus : le processus de construction identitaire est présenté sous l'appellation d'« Ego identity ». La force de l'ego grandit en fonction de la résolution de chacun des huit stades psychosociaux.

- En termes de contenu : l'identité est constituée de rôles sociaux adoptés et adaptés en fonction des attentes des autres (il est question d'identifications personnelles, de valeurs partagées et les valeurs propres à l'individu dans les croyances et attitudes).

- En termes de structure : l'ensemble des rôles, des identifications et des valeurs adoptées est organisé en configurations stables et durables, par et pour la personne. Ces configurations peuvent varier et procurent des « filtres » pour synthétiser les informations des différents milieux de vie de l'individu.

3.2.2. De l'identité aux identités plurielles

Les tentatives de définitions de l'identité ont été nombreuses. Celle de Lipiansky (1990) présente l'identité comme un système de représentations et de sentiments sur soi, composé cognitivement par le concept de soi et affectivement par le sentiment de soi. Il s'agirait alors d'un processus par lequel l'individu se construit et se singularise dans la perception qu'il a de lui-même, tout en tenant en compte du point de vue d'autrui sur lui-même.

Selon la définition de Massonat et Perron (1990) l'identité représente l'ensemble des moyens que le sujet acquiert pour se constituer en un être à la fois unique, inséré socialement et capable de réfléchir sur ses expériences. L'identité est un sous-système de la personnalité et une unité intégrative de la personne qui permet l'émergence et la gestion d'une unité à travers les hétérogénéités et d'une continuité à travers les changements de l'individu.

Certains auteurs comme Rodriguez-Tomé (1980) et Tap (2005) suggèrent la possibilité de découper cette identité en plusieurs identités, en fonction des systèmes de représentations (valeurs personnelles et partagées, rôles sociaux, attentes d'autrui, etc.). Ce découpage est également réalisable en fonction des formes d'expression de l'individu (physiques, intellectuelles, sociales...) ou encore, en fonction des domaines de vie dans les lesquels le sentiment de soi s'éprouve (famille, école, loisirs...).

En ce sens, une première dichotomie de l'identité a été mise en évidence avec :

- Une identité personnelle qui est un système de sentiments et de représentations de soi, l'ensemble des caractéristiques physiques, psychologiques, morales, juridiques, sociales et culturelles à partir desquelles la personne peut se définir, se présenter, se connaître et se faire connaître, ou à partir desquelles autrui peut la définir, la situer ou la reconnaître (Tap, 1979, p. 8).

Autrement dit, c'est la perception identique de soi-même au cours du temps et dans différents contextes. C'est dans ce sens que s'inscrivent Cohen-Scali & Guichard, (2008), lorsqu'ils postulent que c'est l'ensemble de tout ce qui constitue la particularité individuelle du sujet par rapport aux autres.

- Et une identité sociale, définie comme le sentiment, la connaissance ou la conscience d'appartenir à certains groupes sociaux, mais aussi comme le sentiment de solidarité intime, profond, avec les idéaux d'un groupe, lié à l'intégration au moi et aux sentiments de soi d'éléments caractérisant les groupes auxquels l'individu appartient (Rodriguez-Tomé & Bariaud, 1980 ; Cohen-Scali & Guichard, 2008).

Au début de l'adolescence, les individus sont préoccupés par le sentiment d'appartenir à un groupe, un sentiment d'affiliation (Tanti & al., 2011). Les enfants montrent très tôt de forts effets de l'identité sociale, d'identification au sein d'un groupe. L'identité serait sociale dans son essence même, c'est-à-dire qu'elle se construirait au cours d'un processus d'individuation-séparation, dans les conduites et attitudes adoptées dans la relation à l'autre. Quant à l'identité personnelle, celle-ci extraîrait de la relation à l'autre et de l'identité sociale certains éléments qui constitueraient la singularité du sujet dans l'adoption de valeurs, de rôles sociaux, etc. Ces deux versants de l'identité sont finalement complémentaires et interdépendants

Rodriguez Tomé et Bariaud (1980) ont introduit une deuxième déclinaison possible, très intéressante, car celle-ci prend en compte la complémentarité de l'identité personnelle et de l'identité sociale.

- L'identité privée est constituée de tous les éléments subjectifs du soi, non visibles d'autrui (certains traits de caractère, systèmes de pensées, de sentiments, de représentations, de valeurs...).

- L'identité publique concerne les facettes du soi accessibles aux autres (traits physiques, styles vestimentaires, appartenance à des groupes, attitudes...). L'identité passe par le corps (Schutzenberger, 1980).

Une troisième déclinaison est réalisable en termes de sexuation de l'individu, qui tient compte implicitement des deux premières : l'identité sexuée, l'identité de genre et l'identité sexuelle. Le Maner-Idrissi (1997) définit l'identité sexuée comme celle qui se rapporte à une

dimension biologique et psychologique d'adhésion aux rôles correspondant au sexe qui nous est assigné à la naissance. Autrement dit, cette identité se rapporte à ce que nous sommes physiquement et au fait que nous adhérons à notre féminité ou masculinité. D'ailleurs, selon Rouyer et Troupel-Crémel (2013), l'identité sexuée se fonde sur un versant objectif (physique) et un versant subjectif (dans le sentiment d'appartenance à un genre).

3.2.3. Le sentiment d'identité personnelle

Selon Craig (1980), l'expérience immédiate que nous retirons de notre identité est un sentiment de soi. Cet auteur explique que le sentiment d'identité personnelle se constitue sur une pluralité d'expériences, de perceptions et d'intuitions de soi. Le développement de l'identité nécessite la réalisation progressive de certaines conditions clés dans le sentiment de soi : l'unité, la signification, la vitalité et l'authenticité.

D'après Lafferrière (1980), le sentiment d'identité personnelle ne peut être complet que s'il reflète les dimensions qui singularisent l'individu. Le sentiment d'identité personnelle qu'éprouve l'individu à propos de lui-même, reposerait selon Tap et Codol (1988) sur huit dimensions qui aideraient à structurer l'identité. Ces dimensions forment un ensemble de caractéristiques que le jeune individu s'approprie durant l'adolescence pour atteindre un accomplissement de soi, qui se traduit par un sentiment de plénitude, le sentiment d'être en harmonie entre ce qu'il faut être aux yeux des autres et ce que l'individu veut être pour soi-même.

La continuité est la dimension qui s'éprouve dans l'appréhension et l'organisation du temps chez la personne. Le sujet qui évolue, reste le même dans le temps, il fait des projets et se construit un passé à partir duquel les actions du présent sont déterminées.

L'unité et la cohérence forment deux dimensions qui permettent au sujet d'unifier son histoire personnelle, de trouver une cohérence entre ce qu'il fait, ce qu'il est, ce qu'il a été et ce qu'il pense être.

Les dimensions de l'originalité et l'unicité représentent l'identité personnelle comme un système cohérent d'identités multiples qui rendent le sujet unique. La différenciation externe (distance et autonomie) et la différenciation interne (diversité, richesse et complexité de la personne) sont deux dimensions qui reflètent l'opposition de l'individu au monde extérieur et aux autres, le sentiment de disposer de soi-même, d'être autonome et de devenir un sujet singulier social.

La tension de réalisation (croyance en ses capacités d'action et de production) forme la dernière dimension où la prise de responsabilité, la création, l'action sur les objets et la coaction sociale sont de rigueur. Le sujet a besoin de sentir la reconnaissance, l'affection que lui porte l'autre pour s'affirmer dans ses actes et ses œuvres.

Ces huit dimensions sont, selon Tap et Codol (année), les composantes de l'identité idéale d'un sujet accompli. Ces dimensions s'éprouvent dans le temps, tout au long de la vie, mais ne se retrouvent pas dans une même personne, particulièrement à l'adolescence, où le jeune est loin d'être au clair avec sa propre personne et ses sentiments.

3.3. LE SOI ET/OU L'IDENTITE

Il apparaît clairement dans cette brève revue de littérature que les travaux sur l'identité et le soi se complètent. Le concept de soi est plus employé lorsque l'individu est à l'origine de l'action et constitue une composante du sujet à partir de laquelle se construisent les traits de personnalité. Quant à l'identité, ce concept renvoie plus particulièrement aux processus sociaux, structuraux qui permettent de rendre compte de cette action. Ces deux concepts, interagissent ensemble afin de donner un sentiment d'unité et de cohérence au sujet acteur de sa vie sociale (Larroze-Marracq et al., 2013).

L'usage de terminaisons similaires dans la langue anglophone soutient la complémentarité de ces notions. Le « *self-psychology* » concernerait une variété importante de domaines de vie associés aux niveaux interactionnels et sociaux, des domaines rattachés aux fonctions exécutives et synthétiques présentes dans le modèle épigénétique formalisée par Erikson (1968). Autrement dit, le concept de soi réfère à l'expérience subjective des comportements et des rôles joués par l'individu. Les différents concepts de soi ne sont pas des identités, ils sont consolidés durant le début de l'adolescence jusqu'en milieu d'adolescence et procurent les fondations pour la construction de l'identité (Massonnat & Perron, 1990 ; Côté, 2009).

La consolidation des concepts de soi permettra l'élaboration des identités sociales et personnelles qui contribuent à la résolution des stades de l'identité. Cette logique suggère que les identités multiples sont soutenues par le développement des structures cognitives et les composantes du soi. En ce sens, ces notions se complètent.

Finalement, ce qui distingue le soi et l'identité, c'est l'usage fait de ces termes dans le milieu de la recherche en psychologie. Les recherches sur le soi tendent à combiner les notions du soi et de l'identité, alors que l'approche de l'identité ou de l'ego psychologique tente de les différencier. Pour nous dans cette recherche, le soi et l'identité sont indissociable en ce sens que le soi étant le précurseur de l'identité ; c'est le développement de ses représentations et de l'autonomie émotionnelle qui préparerait le développement identitaire. Ainsi, en début d'adolescence comme le soulignent Lichtwarck-Aschoff, et al., (2008), la création d'un espace où convergent toutes les représentations stables de soi est nécessaire pour les processus d'explorations et d'engagements identitaire.

3.4. PROCESSUS D'ASSIMILATION DE CARACTERISTIQUES D'AUTRES PERSONNES

L'identification est nécessaire à la construction identitaire de l'enfant. Elle se poursuit à l'âge adulte quand, du fait d'un attachement émotionnel, on calque sa personnalité sur celle d'un autre, en s'efforçant d'agir et de penser comme lui.

On définit classiquement l'identification comme un « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identifications » (Laplanche et Pontalis, 1967).

3.4.1. Socialité et mythe de l'identification dans la culture

Que faut-il entendre aujourd'hui par « l'identité culturelle », alors que se tisse, à l'échelle planétaire, un champ serré d'interactions sociales sans cesse renouvelées ? Qu'en est-il de ce que recouvre cette notion ? Il y est fait constamment référence, sous des modalités diverses et à des fins variées, dans les médias comme dans la vie sociale en général. Mais un manque criard d'approche critique et d'élaboration conceptuelle sérieuse laisse place à de parfois bien inquiétantes dérives. Cette section de notre recherche s'emploie à répondre à ce manque. Il s'applique à montrer que ni la culture, ni l'identité ne peuvent être confondues avec des entités continues, stables et simplement transmissibles, tel un héritage patrimonial. Bien au contraire, il s'agit de phénomènes complexes, dépendant à la fois de la créativité des acteurs sociaux, de leur ancrage historique et des circonstances de leurs rencontres.

Qu'elles soient territoriales, religieuses, nationales ou ethniques les identités suscitent ainsi les plus forts engagements, les plus mortels combats, car il s'agit toujours pour les hommes, à travers cette totalité volontiers érigée en absolu qu'ils constituent ensemble, de se reconnaître et de donner un sens à leur présence dans le monde. Ils dessinent les frontières de leur être en rejetant l'altérité et en cherchant le réconfort du partage de pratiques et de valeurs familières. La réflexion sur la dynamique de l'identité culturelle est donc menée ici sous le double aspect des ressources mobilisables pour sa construction et des stratégies susceptibles de se déployer à chaque instrumentalisation de cette formation au service des luttes sociales.

3.4.2. Identification et projection

C'est le sens centripète le plus fréquent : le sujet capte à l'extérieur sur un autre et ramène à lui, c'est de l'import. Mais il y a aussi un sens possiblement centrifuge : le sujet identifie sa personne propre à un autre, c'est de l'export. Mais observons, sans attendre en nous fiant à notre expérience quotidienne et clinique, que le plus fréquent, c'est l'import-export simultané : le réciproque. De *Totem et Tabou* (1912-1913) à *Deuil et mélancolie* (1915), Freud décrit une forme primaire de l'identification symbolisée comme une opération corporelle : c'est

l'identification préœdipienne orale cannibalique de l'incorporation, forme initiale du lien affectif à l'objet avant les avatars œdipiens où le sujet poursuit sa constitution subjective.

À cette définition première de l'identification, il est important d'ajouter un apport post-freudien. En effet, le substantif « identification » peut être pris dans un sens réfléchi : le verbe s'identifier, acte par lequel un individu devient identique à un autre. C'est le plus fréquent que nous venons d'évoquer, mais il en existe aussi un autre : le sens transitif – le verbe identifier, reconnaître pour identique. Or, Klein (1946 ; cité par Hinshelwood, 2000) a justement bien vu cet aspect en décrivant une forme archaïque d'identification fantasmatique : les objets qui sont semblables sont considérés comme identiques et cette forme omnipotente de fantasme donne lieu à une confusion entre soi et objet.

Dans cette lignée, l'identification adhésive d'Esther Bick (1967) reprise par Donald Meltzer (1975) permettra une avancée conséquente en la matière : l'identification dans l'objet nécessite la conquête préalable d'un espace interne miroir d'une contenance externe. Précédemment chez le nouveau-né l'identification est adhésive (Bick, *op. cit.*) « quand il acquiert le sens d'une adhésivité, d'un rétablissement du sentiment d'être collé à la mère » par l'intermédiaire d'un toucher de sa part. C'est le fantasme de projection à la surface de l'objet qui précède le fantasme de projection dans l'objet. Cette identification adhésive est pour moi essentielle car elle vient commémorer la vie fœtale et le déménagement écologique de la naissance. J'entends, il est vrai, le « rétablissement du sentiment d'être collé à la mère » de Bick comme l'évocation de la sensorialité fœtale de la contenance utérine.

La projection maintenant. C'est l'« opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets qu'il méconnaît ou refuse en lui » (J. Laplanche et J.-B. Pontalis, 1967). Le phobique déplace à l'extérieur le danger pulsionnel interne à l'instar du petit Hans avec les chevaux.

Par ailleurs, Freud (1911) envisage la projection comme un mésusage délirant d'un mécanisme normal chez tout un chacun, enclin à trouver en dehors de lui une cause à son déplaisir et à être un brin superstitieux.

3.4.3. Identification projective

En 1946, Klein définit l'identification projective de la position schizo-paranoïde comme un fantasme prototypique de la relation d'objet agressive. C'est une « attaque anale par l'intrusion par force de parties du moi dans un objet afin de s'emparer de ses contenus ou de les contrôler » (Hinshelwood, 2000). L'originalité radicale de Klein, c'est d'envisager le nouveau-né envieux en mesure de commettre ce forfait fantasmatique.

Elle a appris de son analyste berlinois Karl Abraham (1924) que la projection est considéré dans les états maniaco-dépressifs comme une étape d'un processus cyclique de projections

d'objets à éliminer type fèces, puis, d'introjections d'objets, récupératrices. Elle cherche à rendre cette conception compatible avec celle du surmoi freudien L'identification projective lui permet alors d'envisager un type particulier de projection schizoïde où il s'agit spécifiquement de projeter une partie clivée du soi.

Rendus à cette définition de la projection précoce, certains commentateurs de Klein proposent même de ne pas distinguer projection et identification projective considérant que toute projection implique projection d'une partie du moi clivée. Dans cette optique, l'identification projective kleinienne enrichit bien l'identification freudienne.

Bion (1959, 1962) a distingué les deux formes de fantasmes qui ont des effets différents sur l'objet et le moi. Pour lui, la variable distinctive, c'est le degré de violence dans l'exécution du mécanisme.

Dans ce cadre, l'identification projective pathologique de Bion va reprendre les caractéristiques de l'identification projective kleinienne dite « excessive ». Il va souligner l'omnipotence de sa grande violence fusionnelle visant l'éradication absolue de toute séparation, envie et besoin : l'identification projective pathologique est dédiée à l'évacuation en force au prix de la confusion soi/autrui.

De son côté, l'identification projective normale vise à introduire dans l'objet un état psychique dans le but d'entrer en communication avec lui à propos de cet état, ce qui présuppose une diffusion préalable. Il est essentiel de bien comprendre que, d'une part, c'est à partir de la clinique de la cure que cette distinction s'est imposée à Bion (1959) et que, d'autre part, il s'est à cette occasion appuyé sur l'héritage d'Abraham chez Klein qui insistait sur l'alternance cyclique projection/introjection.

Bion (1962) va y substituer des cycles d'identifications projectives et d'identifications introjectives. Voici le *verbatim* émouvant de cette découverte en séance si essentielle : « Le patient avait le sentiment que je refusais de laisser entrer des parties de sa personnalité qu'il désirait voir séjourner en moi. Lorsque le patient s'efforçait de se débarrasser de craintes de mort, qu'il ressentait comme trop intenses pour être contenues par sa personnalité, il détachait par clivage ses sentiments de peur et les mettait en moi, avec l'idée, semble-t-il, que, s'il leur était permis d'y séjourner un certain temps, ils seraient modifiés par ma psyché de manière à pouvoir être réintrojetés en toute sécurité. La situation analytique fit naître dans mon esprit le sentiment que j'étais témoin d'une scène extrêmement précoce. Ce patient avait eu affaire à une mère qui ne pouvait pas tolérer l'expérience de sentiments de cet ordre et qui réagissait en leur refusant l'entrée ou au contraire en devenant la proie de l'angoisse consécutive à l'introjection des sentiments du nourrisson. Le mécanisme de l'identification projective constitue ainsi le lien qui unit le patient et l'analyste, lien qui, lui-même, est la réédition de l'édition originale entre le petit enfant et le sein maternel.

Les éléments ultérieurs de la célèbre théorie de l'activité de la pensée de Bion (1962) sont là bien en germe. La rêverie maternelle et, métaphoriquement, celle de l'analyste, synonymes de fonction (alpha) détoxifiante permettant aux éléments (bêta) du bébé et de l'analysant d'être assimilés dans son moi par introjection sont là en ligne d'horizon de cette identification projective normale que Bion qualifiera dans ce texte de « réaliste ». Ainsi, l'identification réaliste, c'est chez le bébé la première forme de communication à condition que la mère soit suffisamment adéquate.

En tant qu'activité réaliste, elle prend la forme d'un comportement raisonnablement calculé pour éveiller chez la mère des sentiments dont l'enfant désire se débarrasser. Si l'enfant a le sentiment qu'il est en train de mourir, cela peut éveiller chez la mère la peur de le voir mourir. Une mère équilibrée peut accepter cette peur et y répondre de manière thérapeutique : c'est-à-dire de manière à donner au petit enfant le sentiment que sa personnalité effrayée lui revient, mais sous une forme désormais tolérable : les peurs peuvent être prises en charge par la personnalité du petit enfant. Si la mère ne peut tolérer ces projections, le petit enfant en est réduit à continuer l'identification projective avec une force et une fréquence plus grande. La réintrojection s'effectue avec une force et une fréquence comparable.

3.4.4. L'identification comme mécanisme de défense

Le processus d'identification n'est pas immédiatement envisagé comme un mécanisme de défense psychique par les auteurs de psychanalyse, sauf pour l'identification à l'agresseur.

C'est en fait un processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre, et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. la personnalité se constitue et se différencie par une série d'identification (Laplanche et Pontalis). Il convient pour ces deux auteurs de différencier deux choses :

- L'action d'identifier, c'est-à-dire de reconnaître pour identique ; soit numériquement, par exemple l'identification d'un criminel; soit en nature, par exemple, quand on reconnaît un objet comme appartenant à une certaine classe ou encore quand on reconnaît une classe de fait assimilable à une autre....

- L'acte par lequel un individu devient identique à un autre, ou par lequel deux être deviennent identiques (en pensée ou en fait, totalement ou secondairement...)

C'est surtout avant tout au sens de "s'identifier" que renvoie le terme en psychanalyse. Ce processus recoupe dans l'usage courant toute une série de concepts psychologiques tels que : imitation, empathie, sympathie, contagion mentale, projection... Dans l'intention de clarifier les idées, des auteurs proposent de distinguer, selon le sens dans lequel se fait l'identification, entre une identification hétéropathique (Scheler) et centripète (Wallon), où c'est le sujet qui identifie sa personne propre à une autre, et une identification idiopathique et centrifuge où le sujet identifie

l'autre à sa personne propre. Dans les cas où les deux mouvements coexistent, on serait en présence d'une forme d'identification plus complexe parfois invoquée pour rendre compte de la formation du "nous".

L'identification figure dans l'œuvre de Sigmund Freud comme l'opération par laquelle le sujet humain se constitue. Du coup, il n'est pas difficile de considérer certaines de ses modalités (et pas seulement l'identification à l'agresseur) comme liées au déploiement de mécanismes de défense. Dans la théorie propre au fondateur de la psychanalyse, ce concept d'identification est enrichi par différents apports, au moins au nombre de quatre :

Premièrement : la notion d'incorporation orale (Totem et Tabou ; Deuil et mélancolie - 1912-1915). Dans la mélancolie, le sujet s'identifie sur le mode oral à l'objet perdu, par régression à la relation d'objet caractéristique du stade oral ;

Deuxièmement : la notion de narcissisme (Pour introduire le narcissisme - 1914), dans la dialectique qui relie le choix d'objet narcissique (l'objet est choisi sur le modèle de la personne propre) et l'identification (le sujet, ou telle de ses instances, est constitué sur le modèle de ses objets antérieurs : parents, personnes de l'entourage) ;

-troisièmement : les effets du complexe d'œdipe, sur la structuration du sujet sont décrits en termes d'identification : les investissements sur les parents sont abandonnés et remplacés par des identifications (Le déclin du complexe d'Œdipe - 1924) ;

-quatrièmement : dans la seconde théorie de l'appareil psychique, les instances ne sont plus décrites en termes de système où s'inscrivent des images, des souvenirs, des "contenus" psychiques, mais comme des reliquats, sous différents modes, des relations d'objet.

Objet de recherches tâtonnantes, Sigmund Freud effectue son exposé le plus complet sur l'identification dans le chapitre VII de Psychologie collective et analyse du moi (1921), où il distingue 3 modes d'identification :

- Comme forme originaire du lien affectif à un objet : identification pré-oedipienne marquée par une relation cannibalique d'emblée ambivalente (identification primaire) ;

- Comme substitut régressif d'un choix d'objet abandonné ;

- En l'absence de tout investissement sexuel de l'autre, le sujet peut néanmoins s'identifier à celui-ci dans la mesure où ils ont en commun un élément (désir d'être aimé par exemple)

De Mijolla (2002) considère que les dernières considérations de Sigmund Freud sur l'identification "laissent percevoir sa perplexité devant la complexité de cette notion" (Nouvelles Conférences, 1933). Une remarque ouvre des perspectives de recherche explorées par la suite.

En règle générale, les parents et les autorités qui leur sont analogues suivent dans l'éducation de l'enfant les prescriptions de leur propre Surmoi. Ils ont oublié les difficultés de

leur propre enfance, ils sont satisfaits de pouvoir à présent s'identifier pleinement à leurs propres parents qui, en leur temps, leur ont imposé ces lourdes restrictions.. C'est ainsi que le Surmoi de l'enfant ne s'édifie pas, en fait, d'après le modèle des parents mais d'après le Surmoi parental ; il se remplit du même contenu, il devient porteur de la tradition, de toutes les valeurs à l'épreuve du temps qui se sont perpétuées de cette manière de génération en génération. L'humanité ne vit jamais entièrement dans le présent ; dans les idéologies du Surmoi le passé continue à vivre, la tradition de la race et du peuple, qui ne cède que lentement la place aux influences du présent, aux nouvelles modifications.

L'accent a été mis par les auteurs postfreudiens sur la situation psychanalytique dont Sigmund Freud n'avait pas abordé l'étude sous l'angle de l'identification, pour insister sur la nécessité et les limites à apporter à l'identification transférentielle du patient à son analyste, comme pour souligner que ce dernier doit posséder une certaine quantité d'empathie, cette faculté qui prend la plus grande part à notre compréhension de ce qu'il a d'étranger à notre Moi chez d'autres personnes, pour être à même de comprendre et d'interpréter l'inconscient de son analysé. L'identification à l'agresseur isolée par Anna Freud (1936), puis l'identification projective élaborée par Mélanie Klein (1952) ouvrent la voie ensuite à de multiples descriptions de modalités identificatoires.

Ionescu et ses collaborateurs (2003) définissent quant à eux, l'identification comme assimilation inconsciente sous l'effet du plaisir libidinal et/ou de l'angoisse d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre, qui conduit le sujet, par similitude réelle ou imaginaire, à une transformation totale ou partielle sur le modèle de celui auquel il s'identifie. L'identification est un mode de relation au monde constitutif de « l'identité. ».

Le fait que le moi cherche à se rendre semblable au modèle ne constitue pas seulement une modalité défensive mais plus généralement une façon d'entrer en contact avec l'autre. Les deux sens du terme, relevés par Laplanche et Pontalis (1976) pourraient faire penser que l'identification relève davantage d'activités conscientes qu'inconscientes.

Or, c'est justement, écrivent ces auteurs, en tant qu'activité inconsciente que la finalité défensive de ce mécanisme se déploie. Car l'identification n'est pas simple imitation comme on aurait tendance à le croire, lorsqu'on pense à l'enfant s'identifiant dans ses jeux à un héros de bande dessinée ou encore à l'enfant copiant par son habillement la silhouette d'une star admirée.

Ces deux auteurs estiment que « l'identification réalise, par un mouvement d'appropriation, un fonds commun qui a trait à une communauté qui persiste dans l'inconscient ». C'est en effet une action relevant des processus primaires, qui représente un travail psychique destiné à réaliser dans le fantasme le but inconsciemment recherché, celui d'être l'autre. On conçoit mieux alors que cet objectif puisse être porté par une activité défensive, que ce soit pour lutter contre l'angoisse de perte d'objet ou pour assurer une emprise sur le monde extérieur.

Cette méthode de défense se spécifie de deux manières : c'est une action qui est portée par un désir d'assimilation et qui opère dans un mouvement objectal, c'est-à-dire tourné vers l'extérieur. Ainsi, la notion d'identification fait jouer deux principes apparemment contradictoires et pourtant complémentaires pour la logique de l'inconscient :

celui de l'équivalence (le même) et celui de la distinction (l'autre). C'est à la fois le semblable et le différent, le sujet et l'objet, l'unicité et la pluralité, que le processus d'identification met en œuvre à des fins de protection et d'enrichissement du moi. Ainsi, les "fantasmes inconscients d'identification" représentent une part essentielle de la construction du moi en relation à l'autre. L'identification constitue le point de départ d'une relation objectale, en même temps qu'une défense essentielle contre l'absence de l'objet, et, devient, par la suite "la voie royale du détachement de la libido des objets (Florence, 1978).

Recherchant la signification de l'identification pour la pathologie, ils reprennent les travaux de Neyraut (1984) qui indiquent que celle-ci « relève de deux fonctions contradictoires. L'une d'instabilités de jeu, de déplacement, de substitution. L'autre de permanence, de stabilité, de constance ». Ainsi

se trouvent délimités les pathologies de l'identification avec d'un côté, les identifications tournantes hystériques et de l'autre, les identifications endocryptiques mélancoliques ou délirantes ; les unes et les autres étant à rapporter à la distinction freudienne des identifications secondaires, hystériques et narcissiques.

Notons également avec eux les travaux de Tustin (Le trou noir de la psyché, Seuil, 1986, 1989) qui décrit « dans la pathologie infantile, une identification autistique » où, pour ne pas dépendre de la mère, ressentie comme trop aléatoire puisque vivant et pouvant faire défaut, l'enfant autiste présenterait paradoxalement une relation adhésive aux objets durs, qui inspirent la sécurité par leur permanence et la sensation qu'ils procurent. Cette identification adhésive ferait obstacle à l'expérience de satisfaction au moyen de l'hallucination, puisque le souvenir d'un objet satisfaisant serait remplacé par le contact réel et permanent avec cet objet dur appelée « objet autistique ».

Les mêmes auteurs évoquent aussi la puissance de la défense « primaire » qu'est le délire, lorsque l'identification réalise, sous forme d'accomplissement hallucinatoire, la croyance délirante d'être l'autre. Il s'agit dans ce cas de toutes les pathologies du double, où l'autre soi-même idéal occupe toute la place. A l'extrême, la paranoïa peut ainsi être considérée sans l'angle des « maladies de l'identification ». Ce sont là les effets destructeurs de ce que l'on pourrait nommer l'« identification aliénante ».

La fuite en avant fait partie des mécanismes de défense courants. Beaucoup d'entre nous y ont recours au moins une fois dans notre vie, ce qui n'a rien de dramatique. En revanche,

lorsqu'elle devient un « réflexe » systématique, elle peut entraîner de nombreux désagréments... Heureusement, il est possible de s'en sortir.

La fuite en avant consiste à utiliser divers stratagèmes pour éviter un problème ou une situation angoissante. Bien souvent, elle conduit à se jeter à corps perdu dans une autre activité pour « oublier » ce qui ne va pas. Dans d'autres cas, elle pousse au contraire à affronter le problème trop rapidement, sans même prendre le temps de réfléchir et de peser les différentes solutions possibles, pour se débarrasser le plus vite possible de cette source d'angoisse.

La fuite en avant peut également conduire à agir par anticipation. Autrement dit, à « prendre les devants » pour éviter la situation angoissante. C'est le cas que l'on peut relever comme exemple classique dans le cadre d'une rupture conjugale où il faut systématiquement rompre le premier, par peur d'être abandonné par son conjoint.

Lorsque ce mécanisme de défense est fortement ancré, il peut éventuellement être lié à une névrose (trouble léger du comportement, dont la personne a clairement conscience), en particulier une phobie sociale comme la peur d'être mal jugée par les autres ou d'être rejetée.

Il peut aussi traduire simplement un profond manque de confiance en soi. Quoi qu'il en soit, l'origine exacte du problème peut remonter assez loin, à l'enfance ou à l'adolescence : un manque d'encouragement de la part des parents, etc.

Lorsque la fuite en avant devient un mécanisme de défense récurrent, elle peut avoir des conséquences plus ou moins importantes. En premier lieu, elle a tendance à saper la confiance en soi. De plus, elle peut aussi perturber grandement les relations sociales, voire, empêcher d'avoir une relation de couple durable quand on a trop peur d'être abandonnée. En outre, foncer "tête baissée" pour se débarrasser d'un problème conduit généralement à faire des choix peu judicieux, pouvant déboucher sur divers désagréments, comme une perte financière.

3.5. L'IDENTIFICATION DANS LA PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE DES « CHALLENGES » IDENTITAIRES DE BLOS

Dolto (1984), pose le postulat selon lequel comme pour son apport à l'image inconsciente du corps, « le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce » ; « il est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine » ; « il se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience ».

De son côté, Ajuriaguerra, propose dans les années 1970 de comprendre le schéma corporel comme étant édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.

L'approche psychanalytique ajoute la réalité d'un corps libidinal et du corps fantasmé. Chacun vit son corps selon la singularité de son histoire, de ses expériences personnelles de satisfaction ou de frustrations de sa libido. Le corps garde une structure libidinale imaginaire dessinée par les fantasmes de notre première enfance et par les conflits affectifs qu'ont bouleversés et tissés notre histoire.

Le psychanalyste envisage le corps comme un fantasme produit par l'imaginaire et signifie par un langage et voit dans les notions de schéma corporel et d'image du corps que des élaborations secondaires. Ce qui revient à les situer par rapport à une expérience primitive inconsciente dont elles ne sont que la réfraction consciente le déguisement ou le masque idéologique. Cette approche psychanalytique consiste à restituer le langage archaïque des fantasmes du corps par-delà les rationalisations des discours anatomiques, physiologiques, psychologiques et phénoménologiques.

Or, suite aux travaux d'Erikson, Blos (1968) propose un modèle davantage psychanalytique qui explicite les processus psychologiques par lesquels l'enfant construit son identité. Sur le même principe des « crises » psychosociales d'Erikson (1968), Blos indique que l'identité est fondée sur des problématiques, des « challenges » auxquels le sujet fait face tout au long de la vie. Ces challenges ne sont pas liés à des périodes d'âges précises, mais constitue des étapes fondamentales de conflits à affronter. Le dépassement de ces challenges formerait l'identité.

Le premier challenge reflète le dépassement d'un processus d'individuation secondaire (« the second individuation process ») qui réfère à la première différenciation moi-autre durant les premières années de vie. Ce premier challenge amène le jeune à se distancer vis-à-vis de ses parents, à se différencier de leurs modes de penser pour qu'il puisse admettre par lui-même et pour lui-même ce qu'il est et ce qu'il fait.

Le second challenge porte sur le travail et la maîtrise des traumatismes de l'enfance, qui dépend de l'importance des événements négatifs et des dangers rencontrés dans le passé. L'entrée de l'individu dans l'adolescence réveillerait les événements marquants de l'enfance et les traumatismes que le jeune devra affronter et résoudre pour s'affirmer, s'estimer et progresser dans le développement de son identité.

Le troisième challenge concerne la continuité temporelle de l'identité dans l'histoire de vie, dans le passé, le présent et les projets d'avenir. Ce challenge sert à résoudre des conflits internes, dans le maintien d'une cohérence de soi et implique la définition de l'identité sexuelle par le jeune, du sens de la masculinité et de la féminité à ses yeux.

Selon Marty (1997), qui reprend les travaux de Blos, le problème de l'identité à l'adolescence est celui de l'intégration de l'image du corps sur le plan psychique et corporel, car

sur ce dernier challenge, l'identité met en jeu la sexualisation. La réussite du processus de subjectivation dépend de la résolution de cette étape. L'adolescence s'accompagne d'une élaboration psychique qui favorise l'intégration des transformations corporelles somatiques dans la construction de l'identité. Pour se sentir soi-même le sujet doit s'approprier ce dont il hérite d'un point de vue biologique (Marty, 1997).

3.6. L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE DU DEVELOPPEMENT IDENTITAIRE DE JAMES MARCIA

James Marcia (1966) offre une modélisation psychosociale en quatre statuts identitaires hiérarchisés par lesquels l'enfant passe pour achever la construction de son identité. De cette dernière perspective naîtra de nombreuses actualisations en accord avec les évolutions culturelles et sociétales.

Marcia (1966) présente, dans ses recherches, le contenu de la crise psychosociale de l'identité à l'adolescence, reprise du modèle épigénétique d'Erikson. Marcia explicite trois composantes de l'identité : 1) une composante subjective où l'individu à conscience d'être une personne unifiée même s'il est amené à jouer des rôles variés tout au long de la vie ; 2) une composante comportementale où il est question de continuité dans l'agir permettant de reconnaître la personne dans ce qu'elle fait ; et 3) une composante structurale où il s'agit d'organiser son mode de fonctionnement personnel par rapport au milieu où l'individu se trouve (Kroger & Marcia, 2011).

A l'aide de ces composantes, Marcia (1993) a également construit un modèle de statuts identitaires à l'adolescence permettant de situer le degré d'évolution de la formation identitaire. Selon lui, la formation de l'identité résulte de l'interaction de deux processus clés : l'exploration et l'engagement.

L'exploration identitaire est un processus de recherche, de questionnement et d'expérimentation des différentes possibilités et opportunités qui s'offrent à l'individu dans différents domaines de vie (famille, amis, intimité, scolarité, milieu professionnel, religion...). D'après Grotevant (1987), le processus d'exploration s'explique par la tendance de l'individu à rechercher des informations, la présence ou l'absence de forces en concurrence, la satisfaction ou non du sentiment l'identité, les attentes envers ce processus et la volonté d'explorer.

L'engagement identitaire est un processus d'adhésion aux valeurs, normes, croyances auxquelles l'individu attache de l'importance et qu'il explore. Ce processus correspond à une prise de position personnelle sur des dimensions de la vie (sociale, institutionnelle, culturelle) qui caractérisent et définissent l'individu, notamment à l'adolescence. Selon Bosma (1994) l'engagement est la notion clé du modèle de Marcia. Les différents engagements pris par l'individu forment une définition de lui-même car ces derniers renvoient aux contenus auxquels

le sujet d'identifie le plus et qu'il met en avant pour être reconnu par autrui (Kunnen & Bosma, 2006).

A partir des processus d'engagement et d'exploration identitaire, Marcia propose un modèle en quatre statuts identitaires dans le but d'appréhender la progression identitaire de chaque enfant.

L'identité diffuse (1) est le statut identitaire le moins prononcé avec un engagement et un questionnement de la part du sujet très faible : les relations sont superficielles, la mobilisation du sujet est faible, les défenses du moi sont fragiles et l'individu n'arrive pas à donner un sens à sa vie.

L'identité forclosée (2) est le statut identitaire qui vient suivre l'identité diffuse. Celle-ci présente un engagement fort mais une exploration faible de la part du sujet. La personnalité de l'individu est conventionnelle. Il y a peu de remise en question mais une grande loyauté envers les règles, ce qui est caractéristique d'une structure identitaire fondée sur l'identification aux valeurs et aux buts d'autres personnes significatives.

Avant de s'engager, l'enfant connaît une période de moratoire (3) nécessaire, pendant laquelle il expérimente divers rôles sociaux, pour que les choix pris ultérieurement lui soient personnels. Le moratoire est le statut identitaire le plus critique car il est associé au conflit. Il présente un engagement faible mais une exploration forte. La réflexion intérieure, la recherche d'équilibre et la recherche d'indépendance de l'individu sont intenses.

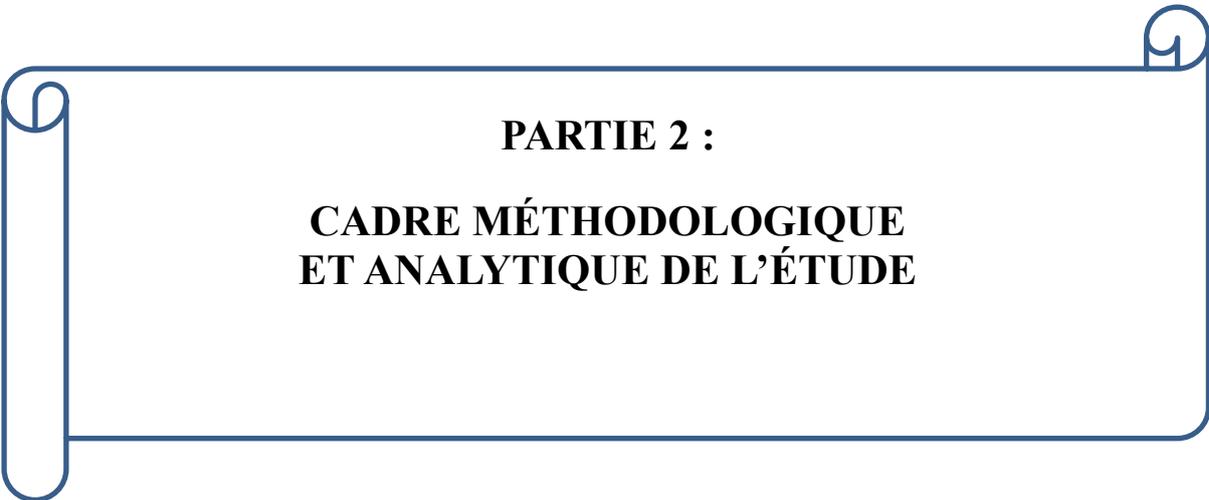
L'identité achevée (4) est le dernier statut identitaire que l'enfant peut atteindre. Il s'agit du statut le plus accompli de l'identité, avec un engagement fort et une exploration forte où l'enfant prend conscience de ses forces, de ses limites, recherche son indépendance et devient productif. Il s'agit également du statut où le jeune est socialement capable de proximité, de chaleur et d'intimité.

Ces statuts forment un modèle à quatre paliers, mettant l'accent sur l'aspect comportemental du développement identitaire, où le retour à un statut antérieur est possible notamment lors de transitions importantes où lorsque de nouveaux choix s'imposent à l'enfant. Le changement d'identité serait déclenché par un manque d'adéquation entre la personne et le contexte (demandes externes changeantes).

Toutefois, la validité scientifique de ces statuts est remise en cause (Berzonsky et Adams, 1999; Kroger, 2004). En effet, certains auteurs expliquent que ces statuts ne peuvent être rangés par ordre croissant car une grande majorité des études ayant eu recours à ce paradigme démontrent un phénomène de stabilité des statuts identitaires, ou de fixation sur un statut, et un phénomène de fluctuations sur les engagements, qui ont tendance à changer avec le temps

(Kroger et Marcia, 2011). Selon Meeus (2011), les changements de statuts représentent certainement des moments décisifs dans le développement.

Ce modèle, aussi controversé soit-il aujourd'hui, permet d'appréhender le développement de l'identité du sujet et ses processus sous-jacents. Les statuts identitaires semblent correspondre davantage à des stratégies identitaires associées à des caractéristiques personnelles de l'individu, en rapport avec certains domaines de sa vie, plutôt qu'à des stades qui réfèrent à une norme (Kroger, Martinussen et Marcia, 2010). En cela, le modèle des statuts identitaires forme actuellement une typologie incontournable des issues de la crise d'identité.



PARTIE 2 :

**CADRE MÉTHODOLOGIQUE
ET ANALYTIQUE DE L'ÉTUDE**

CHAPITRE 4. APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE

Après la présentation du cadre théorique et conceptuel de notre étude ; il s'agit dans le présent chapitre de présenter la méthodologie de notre travail de recherche. Elle s'articule autour des éléments suivants : dans un premier temps, le modèle de recherche ainsi que les propositions sur lesquelles est basée cette recherche. Il s'agit ici du rappel de la question de recherche et des hypothèses, de la description du type de recherche que nous menons. Il s'agit ensuite dans un second temps, d'exposer la méthodologie utilisée pour répondre de manière empirique à notre question de recherche. Ici seront tour-à-tour présentés, le plan d'observation contenant la description de la population et de notre échantillon, les instruments de la recherche et le niveau d'analyse y est énoncé. Finalement, il est question du processus de collecte de données, ainsi que du plan d'analyse des données de cette recherche.

4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES

4.1.1. Rappel de la question de recherche

La question principale que nous nous sommes posée est celle-ci :« comment se caractérise le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur ? ».

4.1.2. Hypothèses

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.

4.1.2.1. Hypothèse générale

Partant d'une part, du postulat que la perception et le traitement du handicap varient en fonction de la place que la société lui accorde et que, d'autre part, le concept de handicap est indissociable du pays, de son niveau de développement et du contexte social dans lequel il est vécu, notre étude vise à analyser et à comprendre comment l'image du corps affecte le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur. En effet, si nous admettons que dans sa très grande majorité la population camerounaise vit dans un contexte de pauvreté où il est continuellement difficile de trouver un emploi ou de nourrir sa famille, il n'en demeure pas moins vrai que la situation des enfants handicapés qui, en plus de ces difficultés sociales, collectives, connaissent des déficiences et difficultés physiques est encore déplorable. C'est tout le sens de Sticker (1997) lorsqu'il soutient qu'il n'y a pas de « handicap » ou « handicapés » en dehors de structurations sociales et culturelles précises. Il n'y a pas d'attitudes vis-à-vis du handicap en dehors d'une série de références et de structures sociétales. Pris dans ce sens, la personne handicapée en général et l'enfant spécifiquement doit se défaire quotidiennement d'une

image de sorcier ou d'enfant maudit qui incite son entourage parfois à la cacher et l'enfermer. Il doit ensuite se convaincre qu'il est tout autre chose, sauf l'image que la société lui renvoie de lui-même. Aussi, notre hypothèse générale est la suivante l'hypothèse générale qui sous-tend notre étude est la suivante « le vécu de l'image du corps est lié au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur ».

❖ **Description de l'hypothèse générale**

Pour décrire notre hypothèse générale, il serait important pour nous de rappeler les variables qui constituent l'ossature de notre sujet de recherche.

❖ **La variable indépendante (VI) :**

Elle renvoie à la dimension que l'expérimentateur manipule intentionnellement. Elle est indépendante en ceci que « ses valeurs sont créées par l'expérimentateur et qu'elles ne sont aucunement affectées par toute autre facteur qui peut arriver au cours de l'expérience » (Myers et Hansen, 2007). Aussi, dans cette étude, notre variable indépendante est le vécu de l'image du corps. Elle tient en effet du fait que nous sommes persuadés de ce qu'au-delà de toutes les considérations sur l'évolution de la société, le processus d'identification de l'enfant handicapé moteur passe par l'ouverture du regard de chacun et d'une société plus orientée vers l'humain.

Jodelet (1984) soutient en effet que le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres ». Nous pensons qu'un accompagnement spécifique, constitué de collaborations, semble être une des clés de voûte de la réussite du processus d'identification de l'enfant handicapé moteur. Dans l'environnement scolaire par exemple, il a été constaté que malgré la difficulté de «transfert» des milieux scolaires et spécialisés actuellement, on peut imaginer un avenir plus coopératif. Par ailleurs, il s'agit bien entendu pour nous de faire usage d'une démarche qui permette d'éviter la stigmatisation l'enfant handicapé moteur.

Cette variable comporte des modalités, indicateurs et indices qui se présentent de la manière suivante :

Modalité 1 : L'image de base.

Indicateur : continuité narcissique et spatio-temporelle.

Centre d'intérêt :

- amour et admiration de soi,
- égoïsme,
- mégalomanie/distance (espace du corps ou gestes et autour du corps)

- relation topologiques (localisation, succession comme limite et bord, voisinage et séparation), structuration de l'espace,)
- notion de durée (chronologie, temps physique «succession évènement et simultanéité, mesure numérique du temps (montre)»,
- psychologique (temps biologique comme connaître l'âge par taille.)

Modalité 2 : L'image fonctionnelle.

Indicateur : accomplissement du désir et des manifestations de pulsion de vie ou activité.

Centre d'intérêt :

- Sentiment de manque,
- Impulsivité,
- Ataraxie,
- Conservation de l'antérieur
- L'eros freudien ou pulsion de vie (l'amour le désir, la relation),
- Motricité préhensive ou manuelle ou musculaire ou kinésique,
- Fonctionnement organe et orifices du corps.

Modalité 3 : L'image des zones érogènes.

Indicateur : le plaisir partagé et le déplaisir.

Centre d'intérêt :

- Attention,
- Béatitude,
- Euphorie biologique et psychologique,
- Détente,
- Confiance en soi.
- Douleur.

❖ **La variable dépendante (VD) :**

C'est celle qui obéit à l'influence de la variable indépendante. Pour notre étude, nous avons comme variable dépendante : le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur.

Modalité : Les types d'identification

Indicateur : Identification primaire.

Centre d'intérêt :

- Idéalisation et attirance au père.

- Etre comme le père,
- Souhaiter le remplacer,
- Imitation.

Indicateur : Indentification hystérique.

Centre d'intérêt :

- Facteur traumatique
- Sentiment de culpabilité envers le handicap,
- Empreint de traits du père,
- Névrose.

Indicateurs : Identification mélancolique.

Centre d'intérêt :

- Idéalisation de celui qu'on aime
- Imitation,
- Renonciation à satisfaire son désir avec l'objet.

Indicateurs : Identification masochique.

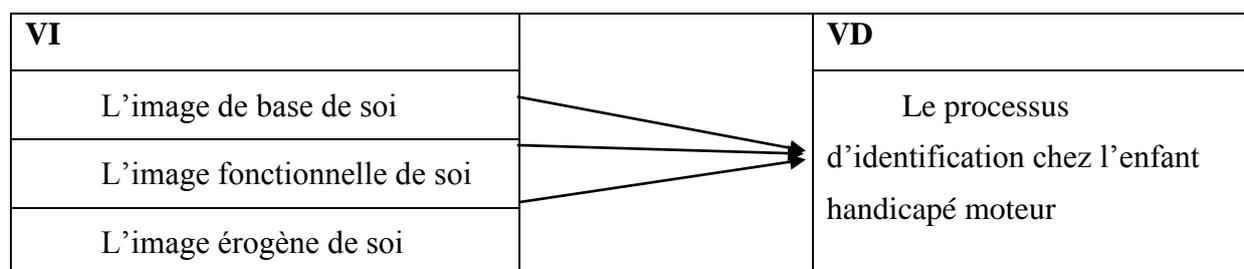
Centre d'intérêt :

- Recherche d'autodestruction,
- Frustration,
- Position féminine passive (accoucher),
- Auto-agression,
- Hétéro-agression.

4.1.2.2. Structure de l'hypothèse générale et hypothèse de recherche

Notre hypothèse générale correspond à la structuration logique suivante :

Tableau I: Structure logique de l'hypothèse générale



❖ Hypothèses de recherche

HS₁ : L'image de base du soi participe positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS₂ : L'image fonctionnelle du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS₃ : L'image érogène du soi impacte positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

Tableau II: Récapitulatif des hypothèses, variables, modalités et indicateurs

Hypothèse Générale	Variable indépendante	Modalités et hypothèses	Indicateurs/ indices	Variable dépendante	Modalités	Indicateurs	Indices
L'image du corps est liée au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur.	L'image du corps	<p>HR1.</p> <p>L'image de base du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuité narcissique et spatio-temporelle <ul style="list-style-type: none"> - Amour et admiration de soi, - Mégalomanie/distance (espace du corps ou gestes et autour du corps) - Relation topologiques (localisation, succession comme limite et bord, voisinage et séparation), structuration de l'espace,) - Notion de durée (chronologie, temps physique « succession événement et simultanéité, mesure numérique du temps (montre) », - Psychologique (temps biologique comme connaître l'âge par taille.) 	Le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur	Le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur	<p>Identification primaire</p> <p>❖ Indentification hystérique</p> <p>❖ Identification mélancolique</p> <p>❖ Identification masochique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idéalisation et attirance au père - Être comme le père, - Souhaiter le remplacer, - Imitation. <ul style="list-style-type: none"> • Facteur traumatique de culpabilité envers le handicap, - Empreint de traits du père, - Névrose. <ul style="list-style-type: none"> • Idéalisation de celui qu'on aime - Imitation, - Renonciation à satisfaire son désir avec l'objet. <ul style="list-style-type: none"> • Masochisme érogène - Frustration, - Auto-agression et Hétéro-agression.

<p>L'image du corps est liée au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur.</p>	<p>L'image du corps</p>	<p>HR 2. L'image fonctionnelle du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accomplissement du désir et des manifestations de pulsion de vie ou activité - Sentiment de manque, - Impulsivité, - Ataraxie, - Conservation de l'antérieur, - L'éros freudien ou pulsion de vie (l'amour le désir, la relation), - Motricité préhensive ou manuelle ou musculaire ou kinésique, - Fonctionnement organe et orifices du corps. 	<p>Le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur</p>	<p>Identification primaire</p> <p>❖ Indentificatio n hystérique</p> <p>❖ Identification mélancolique</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Idéalisation et attirance au père - Être comme le père, - Souhaiter le remplacer, - Imitation. • Facteur traumatique - Sentiment de culpabilité envers le handicap, - Empreint de traits du père, - Névrose. • Idéalisation de celui qu'on aime - Imitation, - Renonciation à satisfaire son désir avec l'objet.
<p>L'image du corps est lié au processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur.</p>	<p>L'image du corps</p>	<p>HR3. L'image érogène du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le plaisir partagé et le déplaisir - Attention, - Béatitude, - Euphorie biologique et psychologique, - Détente, - Confiance en soi. - Douleur. 	<p>Le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur</p>	<p>❖ Identification masochique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Masochisme érogène - Frustration, - Auto-agression et Hétéro-agression.

Il importe de préciser ici que les modalités de notre variable indépendante sont en même temps les variables indépendantes dans nos hypothèses de recherches respectives.

4.2. TYPE DE RECHERCHE

Pour permettre une adéquation entre le terrain et la théorie, nous avons opté pour une approche qualitative. Pour Delhomme et Meyer (2002), l'approche qualitative permet d'identifier les variables pertinentes d'une étude. De leur côté, Evard et al., (2002), pensent que les données qualitatives se rapprochent à des variables mesurées sur des échelles nominales ou ordinales (non-métriques). En effet, d'après la nature de notre sujet d'étude et en relation avec nos hypothèses de recherches, nous avons choisi de reposer la recherche sur une méthode qualitative. La méthode qualitative souligne Fortin (2010) s'avère pertinente puisqu'elle « ouvre la voie à une connaissance intériorisée des dilemmes et des enjeux auxquels les personnes font face. » Cette méthode est idéale lorsque l'étude porte sur des choix individuels et vise à explorer des phénomènes complexes peu connus comme le processus d'identification de l'enfant handicapé moteur. Par ailleurs, cette méthode se caractérise par sa souplesse et sa flexibilité, notamment en termes d'instruments de recueil des données. Par ailleurs, cette approche permet de « tracer le sens que les gens donnent à des phénomènes sociaux » et le « processus d'interaction » y compris leur interprétation (Pope et Mays, 1995).

De ce fait, nous procédons dans notre travail à chercher au fond des enfants handicapés moteurs le lien entre leur image du corps et leur processus d'identification. Leur expérience est très édifiante à ce sujet.

4.3. PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDE

On entend par site de l'espace dans lequel se déroule l'étude. Il est important de connaître le site de notre étude afin de se rassurer de son impact sur nos variables. Gravel (1972) affirme que « la connaissance du milieu physique et humain est essentielle dans la perception et la compréhension des faits sociaux. Elle permet de saisir l'influence du milieu sur l'homme et de mieux comprendre les différentes formes d'organisation sociale ».

Pour ce qui est de notre étude, elle s'est déroulée au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi à Garoua (CRJRG), Chef-lieu de la Région du Nord au Cameroun.

4.3.1. Présentation du centre

Le Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG), est un organisme privé Catholique à caractère social et à but non lucratif. Il a été officiellement reconnu par l'arrêté N°2001/ 000006/A/MINAS/SG/DSN/SDPHPA du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine en date du 17/06/2001. Le siège social est à Djalingo (Garoua 3°), un village agricole situé à 200 km de Garoua Centre.

4.3.2. Le but et les objectifs du centre

Ce centre a pour but d'améliorer les conditions de vie des personnes vivant avec un handicap moteur en vue de les rendre autonomes et actrices de la promotion de leur dignité humaine, individuelle et sociale.

4.3.3. Les services offerts

- Accueil des malades ;
- Traitement (consultations, réhabilitation) ;
- Fabrication, réparation des prothèses et appareillage orthopédiques ;
- Suivi régulier des handicapés.

4.3.4. Structure du Centre

Le centre est structuré comme suit :

- Une salle de consultation ;
- Une salle de kinésithérapie ;
- Un atelier pour la préparation et la réparation des appareillages orthopédiques ;
- Un bureau pour l'administration ;
- Des chambres pour l'accueil des patients et des gardes malades, avec WC et douches,
- Une cuisine où les gardes malades peuvent préparer la nourriture.

4.3.5. Justification du cadre de recherche

Nous avons porté notre choix sur le Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) en raison de notoriété dans la ville de Garoua. C'est le seul centre qui s'est donné pour objectif d'ouvrir dans la réhabilitation et la rééducation fonctionnelle, fabrication des prothèses et la vulgarisation de l'appareillage utile à l'autonomie des porteurs du handicap.

4.3.6. Critère de sélection des participants

Pour être sélectionné comme participant dans notre étude, il faut que le participant soit un enfant handicapé moteur.

4.3.6.1. Critères d'inclusion

Est inclus dans notre étude, tout enfant handicapé moteur intégrant les critères suivants :

- Etre identifié comme handicapé moteur par un spécialiste depuis plus de 2 ans ;
- Etre patient au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua ;

- Etre âgé de plus de 7 ans.

4.3.6.2. Critères d'exclusion

Pour être exclu de notre étude, il faut :

- Etre âgé de moins de 7 ans et plus de 12 ans ;
- Etre handicapé depuis moins de 2 ans.

Notre plan d'observation comprend outre la description de l'échantillon, mais aussi la technique d'analyse des données.

4.4. POPULATION ET ECHANTILLON

Sous ce titre, nous allons présenter notre population, la technique d'échantillonnage utilisée et la description de l'échantillon.

4.4.1. Population d'étude

Selon Mayers et Hanser (2007), la population renvoie à « l'ensemble des personnes, animaux ou objet qui ont au moins une caractéristique en commun. ». Pour Depelteau (2002, p.213) c'est : « l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude ». Parce qu'elle peut également s'entendre comme l'ensemble des individus auxquels s'applique une étude, Muchielli (2001) pense que 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 capables de fournir des réponses pertinentes aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir. On distingue trois types de populations en recherche : la population parente, la population cible et la population accessible.

4.4.1.1. Population parente

On entend par population parente l'ensemble des individus qui possède en commun un trait particulier ou groupe des traits particuliers. Pour notre cas précis, notre population parente est constituée de enfants handicapés moteurs particulièrement les patients au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi

4.4.1.2. Population cible

La population cible encore appelée population souche souligne Tsafack (2004), englobe l'ensemble des individus répondant aux critères généraux de l'étude. Ce sont ceux chez qui s'applique en principe la proposition de recherche.

Dans le cadre de notre étude, les individus concernés sont des enfants patients du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG).

4.4.1.3. Population accessible

Guéguem (2001), définit la population accessible comme la partie de la population de chaîne des deux populations et la population de recherche comme celle qui a rempli tous les critères exigés par la recherche.

Il s'agit d'un sous-ensemble de la population cible qui est disponible au chercheur. C'est donc l'ensemble des individus qu'il a la possibilité de rencontrer. Pour ce qui est du cas spécifique de notre étude, nous situons notre population dans la tranche d'âge allant de 7 à 12 ans au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG). Nous avons estimé que les enfants de cette tranche d'âge seront à même de nous donner des réponses adéquates par rapport à l'image du corps et le processus d'identification. Les sujets interrogés nous permettent de d'avoir un échantillon constitué des individus provenant des couches sociales différents ainsi des localités diverses, à côté de la variété de leurs âges.

4.4.2. Echantillon d'étude

L'échantillon est un petit groupe représentatif extrait d'un grand groupe que l'on nomme « population ». En matière de recherche qualitative, Bony (2016) cité par Bingan (2017) signale qu'il n'y a aucune règle précise concernant la taille de l'échantillon, car ce dernier variera selon que l'on veut savoir, l'objet de la recherche, son enjeu. D'après l'auteur, en recherche qualitative, ce n'est pas tant le nombre de sujets qui compte que la qualité de données collectées. L'ensemble des enfants handicapés moteurs fréquentant les centres constitue la population de notre étude. De cette population-mère, nous avons choisi les enfants issus du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) dont les caractéristiques respectent les objectifs que nous nous sommes fixé au départ. Ainsi, notre échantillon est composé de quatre (04) enfants au total remplissant tous les critères de sélection. Cet échantillon a été choisi dans un but d'étudier une population relativement homogène

Pour réaliser notre échantillon, nous envisageons réaliser dix entrevues dans le cadre de la recherche sur avec des enfants handicapés moteur issus du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG). A ce titre, l'échantillonnage qualitatif avait pour visée une représentativité théorique ; car, soulignent Miles et Huberman (2003) le nombre suffisant de participants retenus doit permettre de retrouver les profils identifiés dans la théorie.

Tableau III: Présentation de l'échantillon d'étude

N	Participants	Genre	Age	Région d'origine	Niveau scolaire	Religion	Type du handicap
1	Gazawa Benjamin	M	13 ans	Nord	CM2	Protestant	Paralysie du pied
2	Toudou Marie	F	13 ans	Extrême-nord	Non scolarisée	Catholique	Paralysie provenant de la séquelle de la méningite
3	Bouba Souleymanou	M	12 ans	Nord	Non scolarisé	Musulmane	Hémi-parésie gauche
4	Germaine Jacqueline	F	12 ans	Nord	Non scolarisé	Musulmane	Paralysie due à l'injection

Source : Données de terrain

4.5. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEE ET INSTRUMENTS

Dans cette recherche, nous cherchons à analyser et à comprendre comment fonctionne le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur. Aussi, nous considérons en effet que les entretiens représentent la manière la plus appropriée de recueillir nos données qualitatives (Fortin, 2010). L'orientation analytique relèvera donc de la déduction.

4.5.1. Choix et présentation des instruments

Plusieurs instruments permettent la collecte des données en sciences humaines. Parmi ceux-ci, on peut entre autres citer, le questionnaire, l'entretien, l'interview, le focus group discussion. A ce titre, le chercheur doit s'assurer que l'instrument choisi mesure effectivement ce qu'il prétend examiner. C'est dans ce sens que Grawitz (2001), soutient que dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire. En effet, il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique. Nous avons porté notre choix sur l'entretien clinique et l'observation.

4.5.1.1. L'entretien

L'entretien est une technique d'investigation, un cadre, un art dans lequel une personne permet à une autre personne de s'exprimer. Il s'agit d'un événement de parole dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la « biographie » de B. c'est donc « une méthode d'observation consistant en un échange verbal entre le chercheur et l'enquêté autour d'un thème choisi par le chercheur » (Tsala-Tsala 2006, p.197). Parlant de l'entretien, Blanchet (1987) affirme qu'il

visé à travers la construction du discours, la connaissance objectivante d'un problème, fut-il subjectif : c'est une des opérations de l'élaboration d'un savoir socialement communicable » en d'autres termes, il « 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.

En substance, l'entretien est une méthode d'observation consistant en un échange verbal entre le chercheur et l'enquêté autour d'un thème choisi par ces deux. L'entretien n'est pas un interrogatoire quoique étant une démarche pour aboutir à la découverte d'une vérité. Elle est une écoute thérapeutique lorsqu'il est focalisé sur la problématique du sujet, se fondant sur la vigilance digne à débusquer les dénégations, les non-dits et les voies qu'empruntent les conflits psychiques.

Le processus lié à la collecte des données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien.

Le guide d'entretien est un support pour l'enquêteur, qui répertorie les thèmes qui devront être abordés au cours de la discussion. Il est défini comme un « ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet & Gotman, 1992, p. 61). Il se présente comme « une restructuration de la conduite de l'entretien et la traduction des hypothèses (...) » (Blanchet, 1985). Il fournit un cadre général de déroulement de l'entretien, une exposition ordonnée des sujets ou thèmes à aborder et une suggestion des techniques de relance ou d'approfondissement à utiliser. Il est structuré en parties : une introduction, la partie identification des enquêtés, la partie concernant la présentation du cadre et les parties concernant les thèmes relevant des hypothèses de recherche. Il comporte aussi une série de questions qui devront être couverts pendant l'entretien.

Dans l'entretien semi-directif, le guide d'entretien est établi sous la forme de thèmes et d'indicateurs (sous-thèmes) qui devront être abordés par l'interviewer durant l'entretien, en fonction de la dynamique interlocutoire (Fernandez & Catteeuw, 2001). Ce guide est à la disposition de l'enquêteur pour lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Toutefois, il convient de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est vue imposée en premier lieu. Comme voulu par Fortin (2006), les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, pour ensuite formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'entrevue. Le choix des thèmes a été essentiellement guidé par la recension des écrits

effectuée. Au début du guide, on retrouve les éléments tels que le préambule, le motif de consultation du participant au « Centre la Vie » et l'histoire du participant.

Finalement, notre guide d'entretien (annexe) a donc été structuré de la manière suivante:

- préambule
- identification du participant
- Le thème 1 : le vécu de l'image du soi
- sous thème 1 l'image de base du soi
- sous thème 2 l'image fonctionnelle du soi
- sous thème 3 l'image érogène du soi
- Le thème 2 : processus d'identification
- sous thème 1 identification primaire
- sous thème 2 identification hystérique
- sous thème 3 identification mélancolique
- sous thème 4 identification masochique

C'est sur la base de ce guide que nos entretiens se sont déroulés.

4.5.1.2. L'observation

Pour enrichir nos informations, nous avons fait recours à l'observation. L'observation renvoie au recueil, la description et l'interprétation des données par voie empirique. Elle se passe par une présence active du chercheur sur le terrain pour vérifier la théorie sous-tendue par les hypothèses de recherche. Pour Quivy et Van Campenhoudt (2006), l'observation comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts avec leurs dimensions et leurs indicateurs) est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables.

L'observation parfois appelée « travail de terrain » est une étape essentielle dans toute recherche en science sociales. Ces disciplines peuvent en effet être considérées comme des disciplines « empiriques » en ce sens qu'elles impliquent toujours la récolte et l'analyse d'un matériau « concret » telles que des réponses aux questions dans un questionnaire, des données statistiques, des propos recueillis dans le cadre d'entretiens, des documents audiovisuels ou des observations effectuées directement sur les lieux de vie des personnes étudiées.

L'observation est un processus dans lequel les habitudes, les attentes, la connaissance scientifique et le savoir-faire de l'observateur jouent un rôle décisif. Celui qui observe dégage de la réalité un certain nombre d'informations. Il recueille une quantité d'éléments qui lui paraissent pertinents. C'est un inventaire du réel, et déjà se pose un problème majeur celui de découper la réalité en unités pertinentes. Pour cette raison mais aussi parce qu'il ne peut tout

percevoir, ni tout vouloir observer, l'observateur fait donc un choix; il sélectionne les informations qu'il aura dégagées en fonction d'un objectif final qu'il se doit de déterminer à l'avance; cela est nécessaire s'il ne tient pas, lors du dépouillement, à se retrouver face à une masse d'informations brute dont il ne saura que faire, ou s'il ne veut pas courir le risque que certains éléments importants passent inaperçus parce que mal ciblés

Pour mieux observer nos patients, nous avons opté pour l'observation participante. Car elle permet au chercheur, en plus d'être un témoin, d'être un coacteur. Nous avons recueilli des données sur les séances de thérapie, l'accueil etc.

4.5.2. Justification du choix des entretiens semi-directifs et de l'observation

Le choix des instruments utilisés doit à présent être justifié. D'abord, l'entretien semi-dirigé parce qu'il apparaît être l'un des meilleurs outils pour recueillir les points de vue des enfants handicapés moteurs qui ont été impliqués dans le processus d'identification. Cette technique de collecte permet d'expliquer, de comprendre et d'approfondir l'univers de la socialisation, voire même d'aller au-delà des questions posées, en même temps qu'elle rassure d'obtenir à peu près les mêmes renseignements des différentes enfants interrogés. Ainsi, à travers l'entretien semi-dirigé nous pouvons mieux comprendre les facteurs de l'échec de l'identification. Aussi, cette technique permet de recueillir des informations riches qui sont susceptibles d'être qualifiées.

Le choix de ce type d'entretien s'explique par la souplesse qui caractérise cette technique. En plus, l'utilisation d'un guide d'entretien montre que le chercheur a choisi d'utiliser au mieux le temps qui lui est alloué pour mener son entretien. Ceci est particulièrement approprié lorsque les participants sont des personnes qui utilisent leur temps de manière efficace et qui ne sont pas toujours disposés à passer trop du temps à entretenir une conversation de tous les jours avec le chercheur. Le guide d'entretien montre que le chercheur sait ce qu'il veut obtenir de l'entretien, mais qu'il est assez souple pour suivre des nouveaux indices qui se présentent. De plus, étant donné que les mêmes questions sont posées à chaque enfant handicapé moteur, les données de ces entretiens sont plus faciles à systématiser. Cependant, l'entretien semi structuré présente ou comporte des limites. Les limites principales de l'entretien sont liées, à ce qu'il n'est que la production d'un discours pour lequel on est tributaire de la bonne volonté et de la bonne foi de l'enfant handicapé moteur, de sa capacité à comprendre ce qu'on lui demande et à exprimer ce qu'il pense et de sa vision du monde, de sa biographie personnelle et de son histoire ainsi que celui de sa famille. En plus, l'élaboration du guide d'entretien exige suffisamment du temps pour une exploration au préalable du thème, afin de savoir quelles sont les questions à poser ou les thèmes qui doivent être couverts.

Pour ce qui est de l'observation, il importe de préciser qu'en éducation spécialisée, l'objet des recherches est l'humain et son comportement. Afin d'effectuer une collecte de données intéressantes, que ce soit dans le cadre d'une recherche ou lors d'une évaluation, l'observation se trouve à être un outil totalement adapté et nécessaire à la réalité des éducateurs spécialisés. L'observation est considérée comme une compétence requise de la discipline de l'éducation spécialisée. Elle se présente comme un élément de base permettant une analyse clinique dans le travail de l'éducateur spécialisé. C'est sur l'observation que repose toute la démarche éducative, puisqu'elle permet d'avoir un portrait du sujet et de la problématique.

L'observation peut être utilisée par les éducateurs spécialisés qui travaillent dans un contexte expérimental. Elle peut aussi être présente dans le quotidien que partagent le l'éducateur spécialisé et le sujet, appelé vécu éducatif partagé. L'usage de l'observation dans l'étude s'explique aussi par le fait qu'elle comporte l'observateur, l'observé, le destinataire, leurs places et leurs déplacements, comme les relations entre eux, envisagés dans l'espace et le temps de leur rencontre. La méthode d'observation dans cette étude, est très importante car c'est un travail de décomposition recomposition de la perception et des rapports ordinaires, tels qu'ils sont institués dans les modes d'observation construits à des fins scientifiques.

Envisager l'observation comme un processus dans cette étude, c'est la considérer comme un ensemble de phénomènes auquel on peut assigner une unité, et que l'on peut considérer comme actif et organisé dans le temps. Une telle conception conduit à sortir de la logique habituelle, pour laquelle l'observation est morcelée, en étant considérée tantôt comme une méthode, tantôt comme un temps dans une démarche de recherche, ou encore comme un lot d'informations collectées. Car c'est plutôt la prise en compte de l'intrication de ces divers aspects qui nous paraît constituer la spécificité d'une observation construite.

Dans une étude comme la nôtre, observer c'est donc s'accaparer certains éléments du réel et en ignorer d'autres.

4.6. DEMARCHE DE COLLECTE DE DONNEES

Sous ce titre, notre travail se décomposera en deux phases : une dite de pré-validation du questionnaire qui est la pré-enquête et l'autre la collecte des données proprement dite : c'est l'enquête. La première phase sera effective une fois que le questionnaire sera validé par le directeur de la recherche ; puis suivra immédiatement la phase de collecte proprement dit

4.6.1. La préenquête

Grawitz (2001) souligne l'importance de cette étape lorsqu'elle affirme que « la pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit un instrument d'enquête ». La pré-enquête établit et définit les liens entre la théorie et les faits observables ; C'est une recherche menée

avant la véritable enquête. Il s'agit de la réunion des témoignages recueillis chez les acteurs ou ceux qui côtoient les acteurs. La pré-enquête est donc une étape préliminaire et préparatoire de l'instrument d'enquête afin qu'il soit opérationnel.

Elle consiste à tester sur un échantillon réduit, l'instrument prévu pour l'enquête dans l'optique d'en vérifier la validité et la facilité des questions. Il était question pour nous d'éprouver notre questionnaire sur le plan de la forme et du fond. Ceci ayant pour fondement de souligner si possible les lacunes, de les corriger le cas échéant et de s'assurer qu'il répond effectivement à notre objectif.

Nous avons procédé au test de fiabilité de nos instruments de collecte de données. Ce test a été fait à 04 enfants handicapés patients au Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi situé à Garoua dans la région du Nord-Cameroun plus précisément à Djaling. Ces participants sont catégorisés en genre : masculin et féminin (02 garçons et 02 filles). Du point de vue de leur âge, ce sont enfants dont l'âge varie de 12 à 13 ans. Ils proviennent Nord Cameroun. Ils sont des religions musulmane et chrétienne. Trois (03) participants n'ont pas été scolarisés, et un (01) (le participant Gazawa) est inscrit à l'école.

Au terme de cette étape, nous n'avons pas amendé nos outils de collectes de données. En effet, nous avons pu nous rendre compte que nos outils de collecte de données ont pu refléter quelques indices de la capacité de mentalisation que nos sujets ont à leur tour pu manifester. Cette étape nous a permis de constater que les problèmes relatifs à la non clarté des items et sous items étaient résolus.

4.6.2. L'enquête de terrain

Cette section montre comment nous avons passé l'entretien et ressort les difficultés rencontrées.

D'une manière générale, l'enquête est une investigation menée dans le but d'élucider ou d'expliquer une situation donnée. Selon Ghiglione et Matalon (1993), l'enquête peut se dérouler soit au domicile de l'enquêté, soit dans les lieux publics. Etant donné que nous avons affaire à des personnes à mobilité réduite, nous avons choisi la seconde option, le Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua (CRJRG) étant un lieu public. Pour avoir accès auprès des participants, une autorisation du directeur dudit Centre a été nécessaire. Une fois l'autorisation accordée, nous nous sommes rendues, guidée par un personnel courtois, auprès des personnes handicapées moteurs afin de leur expliquer le but de notre présence.

4.7. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES ET DIFFICULTES

Il s'agit dans cette partie de présenter d'abord le déroulement de la collecte des données, ensuite nous présenterons les difficultés que nous avons rencontrées.

4.7.1 Déroulement de la collecte des données

La collecte des données relatives à la phase de la préenquête a été effectuée auprès de quatre (04) enfants au Centre de réhabilitation Josephine Rodolphi de Garoua (CRJRG). Elle s'est déroulée du 27 au 29 juin 2018. Les différentes questions ont été reformulés après l'expérience sur le terrain.

La collecte des données relative à notre recherche s'est effectivement déroulée pendant la période du 03 au 06 juillet 2018 au sein de la salle de kinésithérapie du Centre Rodolphi de Garoua. Y ont participé les patients ci-après selon un calendrier arrêté de commun accord avec les tuteurs des enfants et les responsables du Centre.

L'entretien s'est déroulé avec les différents participants dans un climat de confiance et remplie de calme et sérénité. Afin de surmonter la timidité des interviewés, ces derniers ont été à chaque fois rassurés et encouragés à répondre aux questions par des cadeaux sans se sentir gênés. Par souci de se rassurer de certaines informations données par ces enfants nous sommes aussi rapprochés de leurs tuteurs qui ont confirmé la conformité de leur propos sur leur vécu quotidien. Par ailleurs, l'entretien avec les responsables du Centre nous a fourni assez d'informations sur le diagnostic des handicaps en question et sur le fonctionnement du Centre afin de consolider nos données sur le site de l'étude.

L'enquête s'est déroulée conformément au guide d'entretien y relatif. Au début de chaque entretien, le participant est informé du but et de l'objectif de l'étude. La question était traduite en langue locale. Lors de l'entretien, tous les participants étaient encouragés à poser les questions qui tardait leurs esprits par rapport à leur handicap et se sentir libre de s'exprimer. Toutefois, nous leurs avons précisé à chaque fois que cela était opportun, qu'il était libre de se retirer de l'entretien.

En outre, nous avons sélectionné nos différents participants à partir de certains critères d'inclusion et d'exclusion.

Pour conduire méthodiquement nos entretiens, nous nous sommes inspirés des recommandations de Norwood (cité par Nathan, 2016). Selon ses travaux, un entretien bien mené est celui dont l'objectif est bien défini, les critères de sélection des participants bien précisés et la confidentialité des informations assurée à côté du consentement du participant. Dans ce sillage, nous avons tenu à ce que chaque participant raconte librement son vécu corporel lié à son handicap en toute sérénité. En outre, nous avons abordé avec chacun des participants les thèmes et les sous-thèmes définis dans notre guide d'entretien.

Comme outils de reportage de l'entretien, nous avons prévu un bloc-notes et un stylo à bille. Pour mieux conserver les propos des participants et éviter l'oubli, les différentes séances d'entretien ont enregistrées en audio par téléphone. A la fin de chaque entretien, nous avons tenu à transcrire les interventions des participants sous forme de verbatim.

La durée prévue pour chaque entretien était de 45 minutes et cela dépendait de la disponibilité du participant. A la fin de chaque entretien, la possibilité était donnée au participant de parler si bon lui semble d'une chose qui lui tient à cœur par rapport à son handicap.

Par souci de précision, nous avons enregistré certaines informations importantes comme les dates de l'entretien, l'heure et le lieu de son déroulement, les numéros d'identification liés aux participants. Pour plus d'objectivité, nous avons conçu et attribué des pré-codage pour identifier les participants afin de mener à bien notre analyse des données.

4.7.2 Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré quelques difficultés lors du déroulement de notre recherche notamment:

- La rareté des centres spécialisés dans la prise en charge des enfants handicapés dans le Nord, et le seul centre que nous avons eu est très loin de la ville, d'où la difficulté de transport ;
- La disponibilité des patients était très difficile. Car certains d'eux n'habitent pas dans la zone où est situé le site. Ils viennent des villages voisins selon les rendez-vous.
- Le problème de communication avec les participants. En effet, ils n'ont pas le niveau scolaire requis pour entrer en discussion profonde en français. Nous avons opté pour l'interview en langue locale (fulfulde), sachant que toute traduction est trahison de l'original.
- Les activités professionnelles qui nous ont empêché de respecter le délai de dépôt du mémoire.

4.8. MÉTHODE D'ANALYSE DE RECHERCHE

Les différentes articulations qui constituaient nos instruments de collecte nous ont permis au moment du dépouillement d'avoir recours à une analyse qualitative. Ce qui nous a donné l'occasion pour ce qui est de l'analyse, de délaissier les calculs et de nous orienter vers une analyse psychologique des observations recueillies. Grâce à elle nous sommes intéressées à certains cas ou indices qui nous ont permis d'évaluer certains phénomènes non moins négligeables.

En effet, la méthode que nous avons adoptée, à partir de laquelle il est difficile de généraliser, est pertinente à notre avis pour mettre en évidence des faits nouveaux et difficiles d'accès pour la science. Notre objectif, à travers l'étape de l'analyse, était de rendre compte, avec profondeur, des « divers aspects de la situation pour en faire paraître les éléments

significatifs et les liens qui les unissent, dans un effort pour en saisir la dynamique particulière » (Mucchielli, 1996, p.77). Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode de codification et de catégorisation qui nous a permis de segmenter les divers passages de l'entretien en des catégories propres à notre objet. Ces catégories sont en quelque sorte des bribes de réponses à nos questionnements. Ainsi, précisent Mukamurera & al., (2006),

la visée de l'analyse qualitative est de donner sens, de comprendre des phénomènes sociaux et humains complexes. Par conséquent, les enjeux de l'analyse qualitative sont ceux d'une démarche discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de pratiques (Mukamurera & al., 2006, p. 11).

4.8.1. Les techniques d'analyse

Pour analyser les données qualitatives de cette étude, nous avons eu recours à l'analyse de contenu.

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. 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, p.43), 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.

4.8.2. L'analyse de contenu de l'étude

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 & 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

4.8.3 Analyse thématique

Pour Poirier et al., (1996, p.215), l'analyse thématique, est « une recherche méthodologique des unités de sens par l'intermédiaire des propos tenus par les narrateurs relativement à des thèmes ». Cette analyse thématique permet l'analyse qualitative des données.

L'analyse thématique est centrée sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Pour Muchielli (1996), l'analyse de contenu thématique est la plus simple des analyses de contenu. Elle consiste à repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets. Elle est donc la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. En résumé, de type d'analyse assez simple dans son principe implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème. Elle a pour objectif la recherche de catégories dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit.

L'analyse thématique commence par la retranscription des entretiens. Cette retranscription est intégrale et permet d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse les parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse. Avant toute chose, il faut un matériau consistant et de qualité qui soit parfaitement restitué et entièrement disponible pour l'analyse. Quelles que soient les opérations auxquelles il sera procédé par la suite, il sera toujours possible de revenir à ce

matériau de base et de s'y retrouver. Ensuite, il faut organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse.

L'analyse thématique implique la mise en œuvre des différentes opérations de base qui sont utilisées dans toute analyse de contenu. C'est un mode d'analyse centré sur les notions ou thèmes évoqués à propos d'un objet d'étude. Il s'agit d'obtenir des informations sur cet objet d'étude. Pour Muchielli (1996), elle est la plus simple des analyses de contenu et consiste à repérer dans les expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets. C'est la première forme de catégorisation impliquée dans un corpus. Elle implique de procéder à une catégorisation dont l'unité de base est le thème.

L'analyse de contenu thématique vise la recherche de catégorisation dans un discours ou un texte qui correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit. Cette analyse se fait en plusieurs étapes :

La préparation du matériel. La retranscription intégrale du discours est nécessaire pour la conduite rigoureuse de l'analyse de contenu ;

La sélection d'un échantillon du corpus. Les éléments les plus informatifs du discours sont choisis et diversifiés pour construire la grille d'analyse qui sera appliquée à tous les éléments ;

Identification des thèmes. Il existe deux procédures pour faire cette étape :

D'une part on peut procéder au découpage du corpus guidé par la problématique et les hypothèses ou par une analyse flottante. La problématique et les hypothèses de recherche et d'autre part.

À chaque unité de discours est affecté un mot ou groupe de mots susceptible de résumer le thème sélectionné. Cet étiquetage sert de base à la grille d'analyse utilisée ensuite. L'analyse flottante permettra de construire à posteriori un modèle. Dans l'analyse flottante, chaque entretien isolément fait l'objet d'une lecture suivie où tout est susceptible de faire sens.

- Élaboration de la grille d'analyse de contenu. Une fois les thèmes identifiés, il s'agit de les organiser en sous-groupes, puis de positionner ces sous-groupes, les uns par rapport aux autres en introduisant une certaine logique. Une grille générale est donc réalisée à partir du premier entretien. Pour vérifier la stabilité et la pertinence de cette grille, on essaie de l'appliquer à un deuxième, puis un troisième élément du corpus. On apporte alors les modifications nécessaires. Durant cette phase, on note tous les nouveaux thèmes susceptibles d'apparaître ;
- Application de la grille d'analyse à l'ensemble du corpus. Il s'agit de dupliquer la grille de façon à procéder à l'analyse du corpus restant. Durant cette phase, il

se peut qu'on repositionne les catégories les unes par rapport aux autres. L'inventaire et la hiérarchisation des thèmes pertinents conduit à établir une grille d'analyse sous forme d'un code dont l'emploi paraît laisser une part relativement importante à la subjectivité du codeur ;

- Analyse verticale ou synthèse individuelle. La grille d'analyse est reproduite en autant d'éléments du corpus. Pour chaque entretien, on incorpore sous chaque thème de la grille le ou les extraits, citations correspondantes ou bien on rédige un résumé de cette portion de texte. La grille devient alors un cahier d'analyse de contenu. À partir de là, une analyse entretien par entretien des différents thèmes est possible. Ceci pour analyser, comprendre la pensée du sujet, son organisation, sa structure et comprendre comment se sont construites les idées de manière singulière.

Une analyse horizontale ou transversale. Il s'agit de la dernière phase de l'analyse thématique qui consiste à rassembler les cahiers d'analyse individuelle en une analyse de l'ensemble du corpus. Plus le corpus est important, plus cette phase est délicate et implique de travailler lentement et rigoureusement. L'objectif est de regrouper toutes les citations ou les résumés de l'ensemble du corpus pour chacun des thèmes. C'est à ce stade qu'intervient la « quantification de l'analyse ». On comptabilise le nombre de points de vue similaires et on les regroupe en un même thème. Il s'agit ici pour un thème donné d'analyser ce qui est commun, ce qui est différent entre les entretiens.

Pour faciliter l'analyse on peut évoquer les thèmes par ordre d'importance : le premier thème est celui qui est le plus consensuel, etc. On repère les thèmes majoritaires et minoritaires. Des auteurs proposent des règles d'énumération qui correspond à la manière de compter les informations.

4.9. TECHNIQUE DE DEPOUILLEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES

Il existe différentes méthodes d'analyse de données qualitatives. Mais il n'en existe aucune qui soit meilleure que les autres. Il y a seulement des méthodes qui sont plus appropriées que d'autres compte tenu de la tradition dans laquelle le chercheur travaille, des objectifs de recherche et du matériel disponible. Dans ce travail, l'analyse de contenu paraît plus appropriée et pertinente pour les données des entretiens menés. C'est cet instrument qui sert à dépouiller les données recueillies, dont la présentation et la justification vont suivre.

4.9.1. Présentation et justification de la technique de dépouillement

Le dépouillement est un ensemble d'opérations ayant pour objet de compter, de grouper à partir d'un ou de plusieurs caractères qualificatifs ou quantitatifs, les informations recueillies dans une étude. Ces informations doivent être réparties dans des groupes ou des

catégories homogènes désignés sans ambiguïté, en utilisant, au besoin certains codes. Le dépouillement dont il sera question ici concerne les entretiens réalisés. Cette étape après la collecte prépare l'exploitation et l'analyse des données recueillies. Tout d'abord, il a été procédé à la retranscription des données. Cette transcription a consisté à lister les informations recueillies, les mettre sous forme de texte appelé « verbatim » qui représente les données brutes de l'entretien. La transcription organise le matériel de l'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Ces données dans le cas qui est le nôtre sont des informations textuelles n'ayant pas codifié les informations symboliques (gestes).

La transcription intégrale de tous nos enregistrements est faite à la main. Elle consiste à noter mot à mot tout ce que dit l'interviewé dit ou fait, sans aucune modification, interprétation ou abréviation du texte. Cette transcription, du fait de la pauvreté du discours peut comporter les comportements gestuels d'approbation ou de rejet. Seulement, cette transcription ne prend pas en compte des discours hors contexte et hors sujet. Après plusieurs lectures et relectures, nous avons codifié nos verbatims.

Le codage des données est un processus qui a pour but d'explorer ligne par ligne, étape par étape, les textes d'interview ou d'observation/prise de notes. Il consiste à décrire, classer et transformer les données qualitatives brutes en fonctions de la grille d'analyse. Ce processus lourd nous l'avons réalisé à la main. Le codage fait intervenir en premier lieu la catégorisation. Elle consiste à construire une grille d'analyse composée de critères et d'indicateurs que l'on nomme les catégories d'analyse. Le codage des données s'est fait selon un modèle de codage ouvert. En effet, ce codage est conduit selon une procédure ouverte et inductive puisque la grille d'analyse n'est pas définie au départ, mais est élaborée à partir du verbatim. C'est donc à l'aide des questions du guide d'entretien ou des thèmes de l'étude, que les sous-ensembles ou, les sous-catégories sont repérées dans le texte.

Après ces opérations, l'analyse des données recueillies pour ce qui est des entretiens menés va se faire à travers une technique particulière laquelle est présentée dans la suite.

4.9.2. Technique d'analyse des données de l'entretien : l'analyse du contenu

Lorsqu'on a fini de collecter les données grâce à un entretien, il convient de les analyser. La technique d'analyse des résultats utilisée dans notre étude est l'analyse de contenu qui porte sur le compte rendu des entretiens et allie la rigueur et la profondeur. Notre recherche étant de type phénoménologique, l'analyse a pour but de mettre en évidence les énoncés significatifs et de dégager des unités de sens ainsi que l'essence de l'expérience (Fortin, 2005). Ainsi, après une transcription fidèle de tous les entretiens semi-directifs menés auprès des enfants handicapés moteurs nous avons analysé les données par la technique de l'analyse de contenu

L'analyse de contenu est un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondé sur la déduction ainsi que l'inférence. Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité (Bardin, 1977). Faisant toujours référence à Bardin, la méthode d'analyse de contenu présente trois principales variantes : les analyses thématiques, les analyses formelles et les analyses structurales. L'analyse thématique étant celle que nous avons choisie pour notre étude.

Les analyses thématiques sont celles qui tentent principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours. L'analyse thématique cherche à obtenir des indicateurs qui puissent résumer les multiples sens des messages dans un discours. Elle se veut objective et peut s'intéresser aussi bien au message produit qu'à ses conditions d'émission ou de réception (Poussin, 2005). Le texte est découpé en unités d'enregistrement définies par des critères d'auto-suffisance et de non-scindabilité, qualifiées de thème. Cela permet de ramener le texte à des proportions raisonnables, tout en conservant le sens. Il convient de souligner que le thème n'est pas une réalité d'ordre linguistique, mais d'ordre psychologique.

Parmi les différentes méthodes d'analyse thématique, (catégorielle, d'évaluation) nous avons choisi de travailler avec l'analyse catégorielle. Il a été ici question pour nous de calculer et de comparer les fréquences de certaines caractéristiques et très souvent des thèmes préalablement regroupés en catégories significatives. Ainsi, avant de procéder à l'analyse des discours des interviewés, nous avons procédé à une opération que nous désignons par catégorisation. Les catégories désignent des groupes de messages possédant des attributs communs différents des attributs que possèdent d'autres groupes. En d'autres mots, une catégorie est la représentation d'une classe d'objets qui se trouvent regroupés sur la base du partage des propriétés communes. Ainsi, l'analyse va consister en une classification ou codage dans diverses catégories, des éléments du verbatim pour en faire ressortir le sens exact et précis.

Notre analyse de contenu s'organise autour des phases chronologiques suivantes : la pré-analyse, l'exploitation du matériel c'est-à-dire l'analyse lexical, l'analyse des procédés ainsi que le traitement et l'analyse des résultats, considérés comme le traitement descriptif, l'inférence et l'interprétation. Mais avant l'analyse effective, l'un des points les plus importants avant de commencer l'analyse des données est, dans tout ce qui a été recueilli, de faire le tri entre les catégories de références. Le premier travail consistant à transcrire et à coder ce qui a été recueilli, de manière à pouvoir le mobiliser plus facilement. Il a donc été question de pouvoir regrouper, catégoriser, comparer, organiser les références entre elles.

La pré-analyse : Il s'agit de l'étape préliminaire d'intuition et d'organisation pour opérationnaliser et systématiser les idées de départ afin d'aboutir à un schéma ou à un plan d'analyse. Elle se déroule en phases qui ne se succèdent pas obligatoirement de manière chronologique mais sont très liées les unes aux autres :

- le choix des enregistrements, et des notes de terrain, où on prend contact avec divers matériaux possibles pour déterminer celui (ou ceux) qui sera (ou seront) le mieux à même(s) de correspondre aux différents critères en jeu.

- la lecture flottante pour faire connaissance avec les documents à analyser en laissant venir à soi les impressions et certaines orientations ainsi que pour délimiter le champ d'investigation. En présence des données, il s'agit donc de les lire et de les relire, écouter et réécouter les enregistrements pour tenter de bien saisir leur message apparent.

- reprendre chacun des épisodes d'observation et identifier le thème qu'il reflète, regrouper les thèmes proches ou semblables et identifier leur substance, ce qu'ils veulent dire.

- le repérage des indices et l'élaboration des indicateurs, où il s'agit de choisir les indices contenus dans le corpus et de les organiser systématiquement sous forme d'indicateurs précis et fiables.

- la préparation du matériel, où on accomplit notamment les opérations de découpage du corpus en unités comparables, de catégorisation pour l'analyse thématique.

L'exploitation du matériel : cette deuxième phase consiste surtout à procéder aux opérations de codage, décompte ou énumération en fonction des consignes préalablement formulées. Elle comporte deux étapes clés :

- l'opération de catégorisation consiste en l'élaboration ou en l'application d'une grille de catégories, c'est-à-dire des rubriques rassemblant des éléments ayant des caractères communs sous un titre générique, et en la classification des données du corpus dans celles-ci (Bardin, 1977).

- le codage/comptage des unités où on applique les catégories au corpus et donc, où l'on remplit les grilles d'analyse selon, d'une part, l'unité d'enregistrement retenue, c'est-à-dire le segment déterminé de contenu que le chercheur a décidé de retenir pour le faire entrer dans la grille d'analyse et, d'autre part, l'unité de numération, c'est-à-dire la manière dont l'analyste va compter lorsqu'il a choisi de recourir à la quantification ; l'unité de numération correspond donc à ce qu'il compte.

Traitement, interprétation et inférence : Lors de cette phase, les données brutes sont traitées de manière à être significatives et valides. Ainsi, des opérations statistiques simples permettent d'établir des tableaux de résultats, qui condensent et mettent en relief les informations apportées par l'analyse (Bardin, 1977).

L'interprétation des résultats consiste à prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié. Cette phase de l'analyse de contenu est certainement la plus intéressante puisqu'elle permet, d'une part, d'évaluer la fécondité du dispositif, et d'autre part, la valeur des hypothèses. Une fois que la technique d'analyse des données est présentée, nous présentons à la suite la grille d'analyse des données.

4.10. Considérations éthiques

Étant donné que dans toute recherche des règles éthiques et déontologiques sont à respecter et à annoncer aux enquêtés, avant de collecter les données, nous avons expliqué aux participants qui faisaient l'objet de notre étude, le but de notre enquête en mettant l'accent sur l'anonymat de personnes enquêtées en vue de garantir les résultats de notre étude. En outre, nous avons fait l'engagement de leur communiquer éventuellement les résultats de l'enquête après la soutenance de ce mémoire.

Ce qui vient d'être dit peut aussi se résumer dans certains principes fondamentaux qui ont guidé le rapport du chercheur aux participants. En nous référant à Van Der Maren (1999), nous pouvons en identifier trois qui ont vraiment été indispensables :

- ❖ Le consentement libre et éclairé ;
- ❖ Le respect de la dignité du sujet ;
- ❖ Le respect de la vie privée et de la confidentialité.

En effet, les personnes rencontrées ont participé à cette étude sur une base volontaire. Elles ont consenti librement et de façon éclairée à participer à cette étude en signant un formulaire de consentement (Il sera présenté en Annexe I). À cet effet, elles ont été informées des buts de la recherche, de la confidentialité des données recueillies, de la participation volontaire à l'étude, de l'absence de préjudice si elles décidaient de ne pas participer, des avantages et des inconvénients de leur participation ainsi que de la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude sans aucun préjudice. De plus, le chercheur s'est rendu disponible pour tous les participants intéressés à participer à l'étude afin de répondre à toute question que ces enfants pouvaient avoir en regard de cette recherche.

CHAPITRE 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Sous ce titre, nous allons présenter et analyser les données collectées sur le terrain. Pour ce faire, nous aborderons une présentation et une analyse thématique sur la base de notre hypothèse de travail. Les catégories de l'hypothèse tiennent lieu de thèmes que nous allons rechercher dans le discours de nos participants. Avec ses derniers, après avoir évoqué l'identification des participants, nous nous sommes intéressés à l'image du corps du participant plus précisément à la base des thèmes à savoir : l'image de base du soi, l'image fonctionnelle du soi et l'image érogène du soi. Enfin, nous avons touché le dernier thème qui est le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur, en évoquant, les sous thèmes suivants : l'identification primaire, l'identification hystérique, l'identification mélancolique, l'identification masochique

5. 1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

5.1.1 Le cas Gazawa Benjamin

Gazawa Benjamin est un enfant âgé de 13 ans, originaire de la région du Nord Cameroun, plus précisément du département de la Bénoué. Ses deux parents sont des agriculteurs il vit chez ces derniers. Il est de la religion protestante et a un niveau scolaire du CM2 (Cours Moyen Deux). Issu d'un foyer de deux (02) enfants où il occupe le deuxième rang de la fratrie, benjamin souffre de la paralysie du pied gauche causée par une injection à l'âge de 4ans. Benjamin n'aime pas son propre corps, car il fait les efforts de se déplacer tout seul sans l'aide de quelqu'un. Malgré son handicap il ressent un manque ou un vide dans sa vie. Il éprouve beaucoup de difficultés à effectuer les mouvements, à se déplacer et à accomplir des tâches journalières. Il a plusieurs ambitions dans sa vie. Il n'est pas fier de son entourage et a l'impression qu'il a une lourde souffrance. Il se met constamment en colère. Son père est un modèle, une personne exemplaire dans la vie. Il utilise les objets de son père pour ses jeux ludiques. Il aime bien passer du temps avec sa mère et rester à ses côtés. Son incapacité à se déplacer lui cause du mal, parfois il se fait du mal pour se déplacer. Il se sent parfois frustrer et refuse de manger le repas qui lui est proposé.

5.1.2. Le cas Toudou Marie

Agée de 13 ans, Toudou Marie est une jeune fille camerounaise issue d'une famille de 02 enfants où elle est l'aînée. Elle est ressortissante de la région de l'Adamaoua. Ses parents sont de confession catholique. Elle souffre d'une paralysie issue de la séquelle d'une méningite. Elle est une fille introvertie. Elle n'a jamais été scolarisée. Cependant elle souffre d'une paralysie causée par la méningite. Elle n'aime pas son corps, et fait les efforts de rentrer toute seule à la maison. Elle sait lire l'heure sur une montre et n'aime pas qu'on lui vienne en aide pour se déplacer. Il ressent un manque dans sa vie. Elle éprouve d'énormes difficultés

dans ses mouvements journaliers, et a beaucoup d'ambitions dans sa vie. Elle n'est pas fière de son entourage et souffre d'une angoisse quelconque, se fâche à moindre coups. Son père est une personne idéale et exemplaire et utilise ses objets pour s'amuser. Elle aime passer du temps avec sa mère, et se fait du mal lorsqu'elle ne parvient pas à se déplacer. Elle se sent frustrer et refuse de manger le repas lorsqu'il est en colère.

5.1.3. Le cas Bouba Souleymanou

Originaire de la région du Nord Cameroun, Bouba est un jeune enfant âgé de 12 ans, de la religion musulmane. Il est issu d'une famille de 02 (deux) enfants ou il est le benjamin. Il n'a pas été scolarisé, son papa est un mécanicien et sa maman est ménagère. Il souffre d'une hémiparésie gauche dès l'âge de 10 ans donc il ignore la cause. Bouba ne peut pas marcher comme les personnes ordinaires, il n'aime pas son corps. Il se déplace seule jusqu'à la maison sans l'aide d'une personne. Il sait lire l'heure sur montre et n'aime pas quand on lui vient en aide pour se déplacer. Il ressent un manque dans sa vie. Il éprouve des difficultés à effectuer les mouvements journaliers. Il a les ambitions dans sa vie. Il n'est pas content de son entourage, il souffre d'une quelconque angoisse, et se fâche à moindre coups. Il considère son père comme une personne exemplaire et utilise ses objets pour jouer. Il aime bien passer du temps avec sa mère. Il se fait du mal lorsqu'il n'arrive pas à bien se déplacer. Il ressent une frustration et refuse de manger lorsqu'il est fâché.

5.1.4. Le cas Germaine Jacqueline

Jeune camerounaise âgée de 12 ans, Germaine est originaire de la région du Nord Cameroun. Elle n'a pas été scolarisée, de la religion chrétienne et de confession catholique, est issue d'une famille d'un seul enfant dont elle est enfant unique et souffre d'une paralysie due à l'injection. Elle n'aime pas son corps parce qu'elle ne peut pas marcher comme les autres personnes mais elle peut rentrer seule à la maison. Elle sait lire l'heure sur une montre et n'accepte pas qu'on l'aide à se déplacer. Elle ressent un manque dans sa vie et éprouve des difficultés à exercer des mouvements journaliers. Elle est ambitieuse et n'est pas contente de son entourage. Elle souffre d'une angoisse quelconque. Elle aime bien se fâcher et considère son père comme une personne exemplaire. Elle aime passer du temps avec sa mère. Elle se fait du mal lorsqu'elle n'arrive pas à bien se déplacer. Elle ressent une frustration et refuse de manger lorsqu'elle est fâchée.

5.2 ANALYSE DES DONNÉES COLLECTÉES AUPRÈS DES PARTICIPANTS

Cette sous partie consiste à faire une analyse thématique des données collectées auprès de nos quatre (04) participants en respectant les canons de nos thèmes suivants et en tout respect de la structure de notre instrument de données qui est le guide d'entretien.

5.2.1 L'Identification

La première caractéristique identificatoire de nos participants est leur sexe. En effet, ces participants sont catégorisés en genre : masculin et féminin (02 garçons et 02 filles). Du point de vue de leur âge, ce sont les enfants dont l'âge varie de 12 à 13 ans. Ils proviennent Nord Cameroun. Ils sont de religions musulmane et chrétienne.

5.2.2 Image de base de soi

Ici il sera question d'analyser l'amour et l'admiration de soi

Par rapport à l'image de base de soi, en relation avec l'amour et l'admiration de soi, l'observation des données montre que tous nos participants ont donné leur point de vue sur la question.

Pour le participant GAZAWA Benjamin, il éprouve des difficultés énormes dans sa relation avec son corps car il n'a pas un amour voire une admiration de son corps. Il refuse de prendre les photos avec les membres de sa famille lors des cérémonies. Ceci se justifie dans ses propos lorsqu'il déclare : « je n'aime pas mon corps ». Son souci est qu'il ne peut pas marcher comme les personnes dites « normales ». Par ailleurs, sa relation avec l'espace-temps nous révèle que son image de corps est déficiente. Il dit qu'il ne peut pas rentrer seul à la maison. Il a relevé qu'il a peur de se déplacer seul. Cette peur habite son esprit à tout moment et lui fait oublier son chemin. Il affirme être égaré à plusieurs reprises en rentrant à la maison. Aussi, souligne-t-il qu'il lit l'heure sur la montre avec difficulté.

Par contre, son esprit mégalomane et égoïste l'empêche d'accepter facilement l'aide que ça soit l'accompagnement ou la lecture de l'heure. Il estime qu'il parviendra à surmonter les difficultés seul.

Pour le participant Toudou Marie, La déficience de l'image de base de soi est accentuée chez elle. Elle révèle que son corps est faible. Pour elle, son corps est un « foyer de la sueur en cas de déplacement ». Elle dit être obligée de se laver beaucoup de fois par jour. Elle déclare que son cadre spatial n'est pas du tout satisfaisant. En effet, la distance est longue pour tout déplacement. Pour ce faire, elle n'aime pas faire des courses. Elle ne pense que le temps des normaux est suffisant à leur action. Par contre, elle se trouve toujours rattrapée par le temps. Car le temps ne lui suffit pas. Son image de base se caractérise aussi par l'égoïsme. Elle ne veut pas qu'on utilise ses affaires. Son manque énorme reste la solution au problème du déplacement. Elle estime que sa plus grande difficulté reste celle de l'équilibre sur les appuis fixes, le fait courir, de marcher, de grimper et le maintien du corps tonique.

Quant au participant Bouba Souleymanou, ce dernier ressent son corps incomplet. Le manque de pied lui cause un mal à la main lorsqu'il se déplace. Il est inquiet du fait que ses habits finissent vite avant ceux de ses frères. Ce qui lui cause des reproches de la part de ses

parents. Depuis que son pied est paralysé il ne le ressent plus et ne l'aime plus. Il affirme être tombé à maintes reprises lors de ses déplacements. Pour lui, ce pied ne lui sert à rien. Loin d'être mégalomane, il est sociable et aime le partage avec ses frères.

Pour le participant Germaine Jacqueline, elle considère son pied comme déformé et tordu, inefficace et source de problèmes. Elle entretient une relation conflictuelle avec son espace. Elle estime que de sa résidence avec ses parents est petit l'espace au lit est serré. Voilà pourquoi elle déteste partager sa chambre avec quelqu'un d'autre. Au niveau de sa relation avec le temps, elle déclare avec amertume que son temps ne lui suffit jamais à cause des difficultés de déplacement, elle est toujours en retard et opte généralement demander l'argent de moto à ses parents pour ses déplacements.

5.2.3 Image fonctionnel de soi

Ici il sera question d'analyser le sentiment de manque.

L'image fonctionnelle de soi en rapport avec le sentiment de manque, l'analyse des données collectées chez les participants montre que tous nos participants ont un sentiment de manque ce manque ressort plus chez le participant1(Gazawa).

Pour le participant, Gazawa Benjamin dans son discours souligne qu'il ressent un manque énorme dans sa vie. Il s'agit du manque du dysfonctionnement du pied gauche. Pour lui, son seul désir est de marcher à nouveau, d'être comme les normaux. Il estime qu'il aime jouer au football avec ses amis à l'école mais personne ne veut qu'il soit dans son équipe. Il dit qu'il aime vivre une vie normale, se mouvoir et faire des courses. Il a exprimé son amertume quand il voit sa maman envoyé ses amis sans l'envoyer. Il estime que c'est un manque de considération. Chez ce dernier l'on note un enchaînement de mauvaises performances et un évitement des défis, un perfectionnisme rigoureux et un sens implacable du travail acharné, le tout alimenté par la peur de l'échec.

Pour le participant Toudou Marie, Il ressort de ses propos qu'elle entretient une mauvaise relation avec son entourage. Pour elle, les visiteurs de ses parents à la maison posent trop de questions embarrassantes à son sujet (exemple : c'est l'enfant de qui ?).

Quant au participant Bouba Souleymanou, il se considère comme incapable de se déplacer convenablement. Il pense qu'on lui donne des travaux au-delà de sa force. Souvent il l'envoie à la boutique pour acheter les choses, il éprouve des difficultés parce qu'il se fatigue vite en route.

Pour le participant Germaine Jacqueline, Au niveau fonctionnel, Germaine Jacqueline décrit son incapacité et affirme que le manque qu'elle éprouve est énorme. Elle aspire aussi à un cadre spatial et social plus adéquat pour son mouvement. La plus grande difficulté à

laquelle elle est confrontée selon ses propos, est liée à la station debout, à l'orientation. Ce qui lui fait perdre beaucoup d'énergie.

5.2.4 Image érogène de soi

Il sera question d'analyser l'attention, la douleur et la détente

5.2.4.1. L'attention

L'analyse des données collectées chez les participants montre que tous nos participants ont besoin d'attention

Le participant Gazawa Benjamin ne se sent pas épanoui au sein de son entourage. Pour lui, personne ne veut être ami avec lui. A l'école, il a un seul ami et au quartier, les enfants de son âge se moquent de lui. Une fois, il s'est fondu en larmes, car on l'a taxé de « kotobas ». Il se sent stigmatisé. Il a été plusieurs fois tombé à l'école et les gens se sont moqués de lui. Il souligne que certains enfants ne veulent pas rester sur le même banc que lui. Pour lui, l'angoisse demeure son quotidien. Il dit qu'il est fâché de ce qui se passe.

Pour le participant Toudou Marie, elle vit dans un déplaisir total. Ce qui lui cause le vertige souvent, l'évanouissement et la peur de mourir ou angoisse de la mort. Cette situation dysphorique se manifeste aussi par un changement de son cycle de sommeil (agrypnie) et le sentiment de culpabilité de ne servir à rien.

Quant au participant Bouba Souleymanou, il est hostile au comportement de son entourage envers lui. Bien qu'extraverti, il est agressif en cas de stigmatisation. Il est mécontent du comportement des usagers de la route qui ne le favorisent pas quand il cherche à traverser la route. Il estime qu'il sera meilleur que son père. Il a l'ambition d'être un commerçant.

Pour le participant Germaine Jacqueline, L'image érogène de Germaine Jacqueline est aussi perturbée. Elle se sent toujours frustrée certains de enfants du quartier qui la qualifie de « réfugiée ». Elle éprouve d'un manque de soutien. Elle est hostile à son cadre de vie et se plaint notamment « trop de bruit à la maison ». Elle vit dans un déplaisir lui ayant généré une crise d'angoisse se manifestant par les palpitations, la gêne abdominale et l'engourdissement. Cette situation s'est manifestée lors de l'entretien par une variation d'humeur de sa part, les réactions coléreuses.

5.2.4.2. Douleur

L'analyse des données collectées chez les participants montre que tous nos participants expriment la douleur qu'ils ressentent.

Pour le participant Gazawa, il souffre des douleurs à plusieurs niveaux. Il est devenu addictif aux médicaments antalgiques. Malgré les efforts qu'il fournit afin de ne pas passer

tout son temps au lit pour cause des maladies répétitives, il faut noter que ce dernier ne cesse de se plaindre des douleurs abdominales associées aux brûlures et aux remontées gastriques répétitives. Par ailleurs, il a aussi évoqué lors de l'entretien qu'il ressent des fourmillements au niveau supérieur de son pied paralysé surtout après avoir effectué des mouvements ou des efforts physiques.

A côté de ces douleurs sensorielles, Gazawa souffre aussi d'une douleur mentale. Car en l'écoutant, il ne cesse de se plaindre de sa situation et de la difficulté dans la mobilité et le déplacement.

5.2.4.3. La Détente

L'analyse des données collectées chez les participants montre que tous nos participants expriment la détente

Il ressort de l'entretien mené avec Gazawa Benjamin que ce dernier souffre d'un manque d'énergie même dans la communication avec son entourage. Il a une attitude méfiante vis-à-vis de cet entourage. Il manifeste aussi une aspiration à quitter l'école après le primaire associée à une faible croyance à la réussite. En outre, il ne semble pas être disposé à accepter les encouragements à affronter les difficultés quotidiennes auxquelles il fait face.

Pour Toudou Marie, elle a vécu psychologiquement difficile marqué par la dépression. Elle se dit toujours habitée par l'amertume liée à sa mobilité réduite. Le chagrin de se faire aider pour certaines tâches quotidiennes réent en elle une certaine jalousie vis-à-vis des enfants de sa génération. C'est la raison pour laquelle elle a adopté la distanciation sociale comme mode de vie dans son entourage. Elle estime avoir évité de faire face à certains membres de sa famille qui lui accablent par des questions bizarres sur son ressenti par rapport à son handicap. Le moral de Toudou bien que faible par la dépression qu'elle vit, mais il faut noter qu'après plusieurs séances de massage et la motivation du Kinésithérapeute, elle dit « espérer trouver une solution efficace à son problème ; car sa situation s'améliore de plus en plus ».

Le facteur détente présente certains dysfonctionnements chez le participant Bouba Souleymanou. Cela se manifeste parfois par l'insomnie pendant la nuit. Cette insomnie est souvent causée par les cauchemars qui le réveille brusquement. Une fois éveillé, il a peur de dormir. Outre cette difficulté onirique, il présente quelques signes de stress et même de manque de satisfaction par rapport à son corps qu'il trouve incomplet. Cette impasse constitue pour lui une pensée régulière à chaque moment de solitude. Le contraste est qu'il a une forte croyance à la réussite dans la vie. Car il dit être inspiré par son père qu'il considère comme un modèle à suivre.

Le participant Germaine Jacqueline révèle dans son discours que le facteur de détente n'est pas à son comble en ce qui la concerne. Non seulement elle affiche un déficit d'énergie considérable dans son quotidien, mais aussi c'est une fille qui vit une instabilité émotionnelle considérable. Ce dysfonctionnement s'observe au niveau de ses attitudes car elle se comporte avec beaucoup de timidité auprès de son entourage.

5.3. LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION

Dans cette partie l'analyse des données se fera sur trois aspects : l'identification hystérique, l'identification mélancolique, l'identification masochique

5.3.1. Identification hystérique

L'analyse des données montre que le participant Gazawa Benjamin estime être comme son papa, un travailleur dynamique. Pour lui, son papa est respecté beaucoup dans la famille. C'est lui qui fait tous les achats. C'est la raison pour laquelle il utilise parfois ses affaires. Il s'assoit sur sa chaise quand il n'est pas là.

Pour le participant Toudou Marie, les données montrent qu'elle est proie d'une affectivité superficielle et labile, elle ressent une culpabilité dans sa situation. Cette culpabilité se manifeste par sa honte de s'asseoir sur fauteuil roulant, la peur du regard de l'autre, le rougissement et la tête baissée. Son état fait penser au traumatisme post-immédiat marqué par la perte de repère, le souvenir intrusif, le cauchemar, la panique ; plaintes physique (migraine) et réveil nocturne. Elle souffre aussi d'une névrose marquée par l'instabilité émotionnelle et un tempérament querelleur.

Toudou Marie par son attention particulière envers ses parents, elle se plaint chez eux de façon permanente et aime toujours dialoguer avec eux. Elle aime aussi attirer leur attention sur ses actions (histrionisme) et les séduit vers elle plutôt qu'ils soient concentrés sur autre chose. Elle aime aussi les imiter dans leur façon de faire certaines actions (façon de parler par exemple).

Le participant Bouba Souleymanou quant à lui estime qu'il sera meilleur que son père. Il a l'ambition d'être un commerçant.

Pour le participant Germaine Jacqueline, Les traces de l'identification primaires sont manifestes chez Germaine Jacqueline. Elle est très attirée par ses parents. Elle ne voulait pas que sa maman s'éloigne d'elle lors de l'entretien. Elle répète certains gestes faciaux de son papa ainsi que sa façon de prostration de la langue. Sa maman fait aussi état de ce qu'elle se caractérise par la jalousie envers ses frères. Germaine Jacqueline présente certains traits hystériques sur plusieurs plans. Elle affirme éprouver un sentiment de culpabilité et d'indignité en cas de reproche. Ces sentiments sont accompagnés d'une agitation émotionnelle qu'elle ne parvient pas souvent à contrôler.

5.3.2. L'identification mélancolique

Nos données montrent que le participant Gazawa Benjamin aime beaucoup sa mère. Pour lui, elle est au centre de sa vie. Il affirme que c'est elle qui prend soin de toute sa vie. Elle l'aide à laver ses habits et c'est elle qui prend soin de lui à l'hôpital.

Pour le participant Toudou Marie, Ce type d'identification est marqué chez elle par l'idéalisation de ses parents, leur admiration, leur respect des parents, le désir d'être avec eux, l'imitation de leurs gestes, la difficulté de vivre pendant leur absence ou quand ils sont malades.

Quant au participant Bouba Souleymanou, Bien que frustrer par son état déficient, il garde le sourire aux lèvres. Il espère retrouver son pied. Il apprécie sa relation avec ses parents, mais regrette de leur faire des courses dans le quartier pour les petits achats.

Pour ce qui est de la participante Germaine Jacqueline, les données montrent qu'elle admire beaucoup ses parents et les considère comme des modèles pour elle concernant le soutien et la patience. Elle les qualifie par des beaux qualificatifs (beaux, courageux et patients). Elle aime les imiter dans certaines circonstances et aime passer de temps avec eux.

5.3.3. L'identification masochique

Au regard des données collectées auprès de nos participants, L'identification masochique va s'analyser sur trois aspects à savoir la frustration, l'auto-agression et l'hetero-agression.

5.3.3.1. La frustration

L'analyse des données montre que pour le participant Gazawa Benjamin la stigmatisation vécue par ce dernier et le regard de ses promotionnaires à l'école ainsi que son souci de se déplacer sont à l'origine de sa frustration. Il lui arrive de refuser souvent la nourriture en cas de stigmatisation.

Pour le participant Toudou Marie, Le masochisme chez elle, est aussi marqué par les sentiments négatifs et suicidaires. D'une part, nous notons certaines actions d'autodestruction animées par des idées négatives ou pessimistes, la dévalorisation de soi, l'apitoiement.

Quant au participant Bouba Souleymanou, Loin d'accepter l'injustice, il ne manque pas de montrer souvent son mécontentement. Il affirme avoir bagarré contre un enfant du quartier qui lui a manqué du respect.

Pour ce qui est de la participante Germaine Jacqueline, l'identification masochique chez Germaine Jacqueline animé par un sentiment d'autodestruction et d'automutilation. Si elle se fâche elle perd le contrôle.

5.3.3.2. L'Auto-agression

L'auto-agression est fortement liée à la notion de moi-peau. L'analyse des données ressort que le participant Gazawa s'est beaucoup fait mal dans sa vie lors de la colère. De fois, s'il est fâché, il manifeste sa colère par les grincements de dent qui peuvent entraîner la blessure de sa langue. Souvent en cas d'échec dans l'accomplissement d'une action ou d'une contrainte, il mord ses lèvres se donne souvent les coups de gifle sur le visage, la tête ou les autres parties du corps. Outre ces agressions involontaires, ses proches ont révélé que, pendant son sommeil, il mord souvent sa langue et accompagne cela souvent des cris et des changements de position. Quelques fois, il est même tombé de son lit et s'est blessé légèrement au genou.

Pour le participant Toudou Marie il ressort de son discours qu'elle a été plusieurs fois victime de sa propre agression. Elle a reconnu que souvent quand les maux de tête deviennent insupportable, elle n'hésite pas à se donner des coups poings sur son crâne. Elle estime que cela atténue son mal et allège sa douleur malgré le dommage physique. Parfois elle tape sur son pied de façon forte et se pince en espérant que ce dernier finira par ressentir. Par ailleurs, elle a reconnu que se prive souvent la nourriture si elle est en colère contre sa maman ou ses proches. De façon consciente, il lui arrive de se faire violence pendant le sommeil, ou de trébucher lors de son déplacement.

Quant à SOULEYMANOU BOUBA au cours de sa vie, il a admis avoir fait la violence contre lui-même. Il s'est fait mal involontairement à plusieurs reprises. Ceci lors des jeux avec ses amis du quartier. Il ne peut compter combien de fois il est tombé ou trébuché.

Pour le participant Germaine l'auto-agression est une réalité dans sa vie. Elle affirme par son action, elle fait retarder la cicatrisation de sa blessure, car elle trouve du plaisir en enlevant la cicatrice de sa blessure. L'autre forme d'auto-agression qu'elle se fait, c'est le surdosage de médicament analgésique quand elle souffre des maux de tête ou le mal de dos. Elle affirme qu'elle a été plusieurs fois blâmées par ses parents du fait de prendre des médicaments dans la boîte à pharmacie. Sauf que depuis quelques mois, la boîte n'est plus à sa portée à cause de la vigilance de ses parents.

5.3.3.3. L'Hetero-agression

Gazawa est un enfant très vindicatif. Il est connu par son manque de tolérance face à tout ce qu'il considère comme injustice ou manque de respect si minime soit-il. Il a reconnu avoir bagarré à maintes reprises contre un cousin qui aurait l'habitude de lui arracher ses jouets. Il a aussi bagarré contre un camarade de classe qui l'aurait insulté parce qu'il lui a refusé sa gomme. Il ajouta lors de l'entretien que cela pourrait donner des leçons à ceux qui pensent qu'il n'a pas de force à cause de son état physique qu'ils jugent limité. Lors de ses querelles il estime avoir proféré des paroles violentes à l'endroit de plusieurs camarades et proches de la famille. Il a parfois lancé des pierres contre certains enfants qui l'auraient traité de « Koto

bass ». Jusqu'au temps de l'entretien il estime que ses bagarres lui ont permis de se faire respecter.

Nous notons que la stigmatisation vécue par Gazawa Benjamin et le regard de ses promotionnaires à l'école ainsi que son souci de se déplacer sont à l'origine de sa frustration. Il lui arrive refuser souvent la nourriture en cas de stigmatisation.

Face à certaines provocations, le participant Toudou dit avoir agi par violence. Elle affirme qu'elle ne tolère pas d'être humiliée ou discriminé par qui que ce soit parmi son entourage. Si le provocateur est de sa génération elle n'hésite pas à lui rendre la monnaie « faire porter son tas ». Mais si c'est un supérieur elle préfère dénoncer ce dernier à un aîné. Elle affirme avoir bagarre avec une fille du quartier. Même comme elle n'a pas remporté l'affrontement elle dit avoir réussi à déchirer le pagne de cette dernière.

Le participant Souleymaou Bouba est par nature un garçon prédisposé à la colère. Il se fâche très vite et prend des décisions hâtives qu'il regrette par la suite. Il a comme les autres participants de cette enquête utilisé la violence dans certaines circonstances. En l'occurrence, les bagarres, les coups de poings et les échanges des paroles violentes.

Pour le participant Germaine Jacqueline, elle est une fille qui se fâche vite en cas des situations de provocation. Tous comme les autres participants, elle a dit avoir adoptés es comportements violents vis-à-vis de certains enfants de son âge. Elle a bagarré plusieurs fois et a fait recours aux métaux et les cailloux pour faire mal à ses adversaires. Par ailleurs elle a admis avoir proféré des paroles violente pendant les disputes qui l'ont opposée à certains enfants.

5.4. SYNTHÈSE GÉNÉRALE DES CAS

Dans cette partie de notre travail, nous allons faire une synthèse générale des éléments que nous avons pu relever dans notre analyse et nous allons tenter de les mettre en lien avec les concepts de notre partie théorique.

Nous percevons, à travers les cas, le mouvement pour la vie autonome des enfants déficients à travers ses activités encourage les enfants et les enfants à aller vers un épanouissement optimal.

Chaque cas a énoncé ce qu'il vit : le manque d'amour et admiration de soi, l'angoisse, le sentiment de culpabilité envers le handicap, la frustration, le sentiment d'inutilité à la vie etc. En effet, tous les cas étudiés montrent que ces derniers vivent plusieurs situations extrêmement difficiles.

Il nous revient de ressortir les réponses de nos quarts (4) répondants. Nous interprétons et discutons les résultats au regard des éléments théoriques, notamment ceux renvoyant aux modèles axés sur les approches.

CHAPITRE 6. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre nous allons interpréter et discuter les résultats obtenus au regard des éléments théoriques consignés dans la première partie de travail. En effet la théorie sur laquelle se fonde notre travail car, elle permet d'expliquer le problème soulevé par notre étude est l'approche psychosociale du développement identitaire de James Marcia. Elle sera complétée par deux théories convoquées notamment, le modèle psychosocial d'Erick Erickson et la perspective psychanalytique des challenges identitaires de Blois. Dans cette partie nous évaluons la pertinence de la théorie explicative du phénomène sur la base de l'explication synthétique des résultats obtenus. Pour ce faire, nous allons d'abord tester notre hypothèse de recherche qui a guidé notre étude, au regard de la discussion que nous mènerons sur chacune de nos hypothèses de recherche. L'importance de la discussion consiste à confronter la théorie avec d'autres travaux qui corroborent ou s'inscrivent en faux. En outre quelques implications et perspectives vont être relevées pour les futures recherches, car nous ne prétendons pas avoir parcourus tous les aspects du problème soulevé par notre cette recherche.

6.1. INTERPRÉTATION DES RESULTATS PAR RAPPORT Â L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 1

Dans la littérature, Le concept de soi est plus employé lorsque l'individu est à l'origine de l'action et constitue une composante du sujet à partir de laquelle se construisent les traits de personnalité. Les recherches sur le soi tentent à combiner les notions de soi et de l'identité.

Les tenants de l'approche psychosociale pensent que l'enfant peut se définir et se construire une identité lui permettant de se reconnaître comme être unique, et se différencier des autres. Pour E. Erikson, le développement identitaire chez l'enfant dépend de trois composantes à savoir l'émergence d'un sentiment d'unités intérieures intégrant les actions de l'enfant, l'acquisition d'un sentiment de continuité temporelle qui relie le passé le présent et le future avec laquelle l'enfant donne un sens et perçoit la trajectoire de sa vie, enfin les interactions avec les personnes importantes de l'environnement de l'enfant et qui l'aide à guider ses choix. Aussi, l'auteur nous montre comment les individus peuvent maintenir ou perdre leur sens intérieur de continuité et la gestion de leur conduite selon cet auteur, la personnalité contient un soi global, comprenant un nombre de soi spécifiques, chacun correspondant plus ou moins aux rôles sociaux joués par l'individu. Au plan analytique notre première hypothèse de recherche stipule que l'image de base de soi favorise le processus d'identification chez l'enfant. Cependant nous avons montré qu'au travers de nos résultats,

l'image de base de soi est constituée à la fois par l'amour et l'admiration de soi, l'égoïsme, la mégalomanie...

Dans le premier cas relevant de l'amour et l'admiration, les résultats montrent que les 4 participants enquêtés font état ce facteur. Car tous ces participants n'éprouvent pas totalement de l'amour de leur nouveau corps. Ils n'aiment leurs nouveaux corps qui ont eu de transformation suite à des accidents ou maladie qui les ont rendus handicapés et invalides dans certaines activités.

L'amour et l'admiration de soi qui sont des facteurs de l'image de base de soi favorisent le processus d'identification chez l'enfant. Or, chez le participant 1 les éléments issus de la collecte des données montrent ce dernier n'a pas un amour voir, une admiration de son corps. Pour lui, ce corps montre des failles qu'il ne saurait exploiter en public ce qui justifie ses propos lorsqu'il affirme « je n'aime plus mon corps, je trouve mon corps, car j'ai du mal à me déplacer lorsqu'il n'y a personne... je suis paralysé ». On relève dans ce propos que La perte d'amour ou l'admiration de soi d'une personne peut être affectée par une opinion défavorable quant à son apparence physique, son tempérament, son esprit, ses capacités physiques, etc. L'évaluation à l'égard de soi dans le cas de l'estime de soi engloberait ainsi davantage d'éléments personnels et dont le jugement se baserait sur des croyances de l'individu à l'égard de lui-même. L'admiration de soi permettrait d'accomplir ces engagements par l'action qu'elle présuppose, puisque l'agent qui agit en ce sens dépasse ses doutes et agit selon ses compétences. C'est dans cette forme justificative, il précise : « Non. Parce que je ne peux pas marcher comme les gens »

Toujours en lien avec le processus d'identification, l'égoïsme est un facteur de l'image du corps. Le terme « égoïsme » renvoie le plus souvent à une « disposition à parler trop de soi » ou à un « attachement excessif à soi-même qui fait que l'on subordonne l'intérêt d'autrui à son propre intérêt ». Les mots « trop » et « excessif » sont ici importants parce qu'ils trahissent une conception très répandue de la morale qui exige des gens qu'ils ne pensent pas exclusivement à eux-mêmes, mais qu'ils accordent aussi de l'importance aux intérêts d'autrui avant d'agir ou mieux, qu'ils traitent autrui comme une fin plutôt que comme un moyen. La théorie de l'égoïsme psychologique affirme que toutes nos actions ont pour motif ultime notre propre intérêt personnel. Mais ce que c'est que d'agir en favorisant notre propre intérêt personnel peut être compris de différentes façons et conduire à différentes formes d'égoïsme.

L'égoïsme psychologique affirme que nous n'avons pour seuls motifs ultimes, quels qu'ils soient, que ceux qui se rapportent à soi ; tout ce que nous désirons se rapporte ultimement à soi ou, plus précisément, nous ne désirons ultimement que ce que nous nous représentons comme étant bénéfique à nous-mêmes. L'égoïsme psychologique n'affirme pas que nous fassions toujours ce qui est effectivement bénéfique pour nous, il affirme que nous

faisons toujours ce que nous croyons qui est bénéfique pour nous. Pour ce qui est de notre étude, les résultats obtenus montrent que certains de nos participants sont égoïstes, ceci se vérifie chez le participant 2 : « je n'aime pas et ne veux pas qu'on utilise mes affaires ». Par contre le participant 3 est sociable, malgré le fait qu'il ressent un vide dans son corps il aime son entourage, il est sociable, aime le partage avec ses frères.

6.2. INTERPRÉTATION DES RESULTATS PAR RAPPORT À L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 2

Cette hypothèse de recherche stipule que l'image fonctionnelle de soi favorise le processus d'identification chez l'individu. Au travers de nos résultats, nous avons montré que l'image fonctionnelle est constituée par un certain nombre de facteurs : le sentiment de manque, accomplissement du désir...

Dans le premier cas concernant le sentiment de manque, Les analyses de nos répondants ont montré que la faible estime de soi renvoie à l'opinion générale que nous avons de nous-mêmes, à la façon dont nous nous jugeons ou évaluons, et à la valeur que nous nous accordons en tant que personne. Le manque de l'estime de soi se reflète dans différents domaines, elle a des répercussions sur de nombreux domaines de la vie. Les résultats de nos données montrent que nos 4 participants ont un sentiment de manque dans leur vie. Ce manque qui empêche l'individu à accomplir certaines tâches à se déplacer, à faire des mouvements, et à mieux s'épanouir. C'est ce qui justifie les propos du participant 1 lorsqu'il affirme : « c'est vrai que je fais les efforts de me déplacer seul sans l'aide d'une personne, mais même comme ça me sent un manque, en moi, un vide dans ma vie, j'ai du mal à faire certains travaux » pour ce participant, le manque de son pied gauche empêche qu'il puisse s'épanouir, jouer comme tout autre enfant dit « normal ».

Ce manque entraîne de frustration et de stigmatisation. Car l'enfant n'arrive pas à se mouvoir comme les autres enfants de son âge, ce ci laisse croire à l'enfant qu'il n'est pas considéré. Aussi le participant 2 affirme que « je ne suis pas allée à l'école à cause de ma maladie, je ne peux pas faire les Tavaux comme les autres, je souffre » tous ces propos montrent que ces derniers éprouvent un sentiment de manque. Physiologiquement, ils manquent de santé, ils sont handicapés, et ce handicap justifie la non scolarisation de certains et favorise la stigmatisation ressentie chez les autres. Toutes ces souffrances peuvent plonger l'individu dans l'angoisse.

L'accomplissement de désir comme facteur de l'image fonctionnelle de soi. Il ressort de ce facteur que tous nos participants malgré le handicap que chacun vit, on le désir d'accomplir certaines tâches, le désir de se déplacer...c'est ce qui justifie les propos du participant 4 lorsqu'elle déclare ; « je ne peux pas marcher comme les autres enfants, mais je peux rentrer seul à la maison sans qu'on ne m'aide, parfois je prends les lunettes, le parfum de mon père

pour jouer quand je veux jouer ».l'accomplissement de désir ici se justifie aussi par le fait que l'individu veut lui-même réaliser son désir sans l'aide ou le soutien d'une autre personne. C'est d'ailleurs ce qui justifie les propos du participant 3 qui souffre d'une hémiparésie et déclare : « je me déplace seul jusqu'à la maison et je n'aime pas quand on m'aide à se déplacer, je fais les efforts de marcher seul »

L'incapacité où se trouve la personne, d'adopter des comportements appropriés ou d'accomplir elle-même, sans aide, les actions qui lui permettraient, en fonction de son état, d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins. En effet, la perte d'un membre de son corps entraîne des difficultés pour les enfants handicapés sur le plan mental et physique et il est courant qu'elles nécessitent une aide dans la réalisation des gestes quotidiens (repas, soins de confort et de bien-être, déplacements) comme ce fut le cas de notre répondant 2. C'est ce qui justifie ses propos lorsqu'il affirme que ; « Le manque de pied lui cause un mal à la main lorsqu'il se déplace ». Il est difficile pour eux d'accepter cette situation de dépendance ; « la démotivation de la personne âgée, même si elle survient en l'absence de troubles cognitifs, est un handicap majeur quand celle-ci est dépendante ou handicapée car elle ruine l'investissement du projet de soin, confinant la personne dans une soumission à toujours plus de dépendance et de désavantage ». Pour ce participant son seul désir serait de marcher à nouveau.

6.3. INTERPRÉTATION DES RESULTATS PAR RAPPORT À L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 3

Cette hypothèse de recherche stipule que l'image érogène de soi favorise le processus d'identification chez l'enfant. Au travers de nos résultats nous avons montré que l'image érogène de soi est constituée des facteurs tels que l'attention, la béatitude la détente, la douleur...

Parlant de l'attention comme facilitant le processus d'identification, les résultats de nos analyses montrent que nos répondants nous ont aussi permis de comprendre que l'attention est une fonction de notre cerveau. Elle nous permet de faire des choix, instant après instant, dans le flux incessant d'informations qui nous arrivent. Nos choix ont des conséquences : ils déterminent notre comportement et nos actions ainsi, de notre relation au monde et de nos contacts avec les autres. Avec ou sans attention, c'est toute notre connaissance du monde, des autres et de nous-même qui est bouleversée. Autrement dit, elle nous sert à privilégier, temporairement, un élément du monde autour de nous ou de notre monde intérieur pour qu'il bénéficie de l'essentiel de nos ressources cognitives. Et donc, elle nous sert aussi à négliger d'autres éléments. Ainsi pour notre répondant 1, son attention se base dans le souci de se déplacer, cela est à l'origine de sa frustration. Li ne sent pas épanouit, il est rejeté, et

stigmatise par ses camarades, et même par ses enseignants, ces derniers ne lui accordent pas de l'attention. Il est taxé de « kotobass ».

6.3.1. La béatitude comme facteur de l'image érogène facilitant de processus d'identification.

Toute personne a besoin de se projeter dans l'avenir, de réaliser, qu'il s'agisse d'un simple projet de sortie, d'un projet professionnel, d'un désir d'une vie heureuse. Tout projet envisagé par une personne handicapée se heurte à une multitude d'obstacles matériels et humains supplémentaires et demande pour aboutir plus de volonté, de dépassement. La personne handicapée devra certes dépenser plus d'énergie pour réaliser ce qu'elle souhaite mais elle devra aussi, pour peu qu'un projet présente quelques risques ou des difficultés particulières pour être mené à terme, convaincre ses interlocuteurs qui trop souvent ne voient en elle que ses incapacités et déficiences et oublient ses potentialités, car enfermés dans leurs préjugés, leurs « étiquettes », leurs valeurs, leur besoin de rentabilité. Pour la personne handicapée, il ne s'agit pas seulement de s'adapter, de se défendre, mais aussi de se situer, de construire une l'image du corps, d'être capable de réalisations de projets, d'avoir des attitudes personnelles... en un mot d'exister.

6.3.2. La détente comme facteur de l'image érogène facilitant le processus d'identification.

Les résultats de nos données montrent que tous nos participants font état de détente. Car ces derniers ne peuvent pas mieux s'épanouir. Ce facteur s'exprime chez certains de nos participants par le manque d'énergie, la dépression, l'amertume liée à la mobilité réduite, les insomnies.

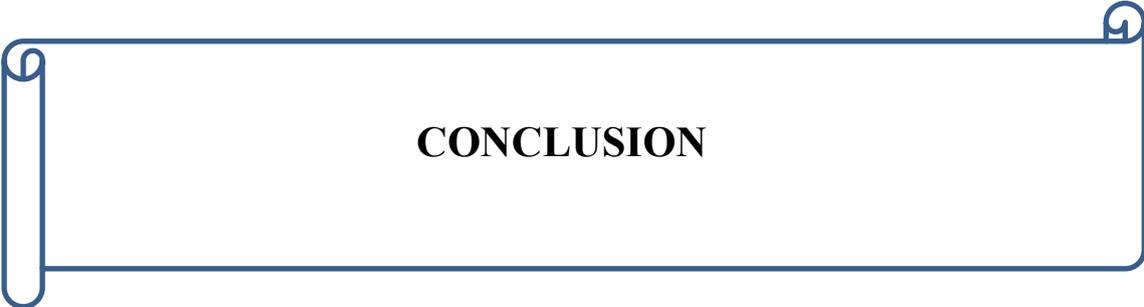
Douleur comme facteur de l'image érogène de soi, qui favorise le processus d'identification. Il ressort de nos analyses que nos participants expriment leur mal être. Ces souffrances conduisent certains individus dans l'indépendance, dans les addictions aux médicaments. C'est ce qui justifie les propos du participant1 lorsqu'il affirme : « j'ai les douleurs partout, je ne vis que des médicaments, j'ai surtout les douleurs au dos... » Toutes ces plaintes et douleur du participant le plonge dans l'invalidité. Quant au participant 2 (Toudou) La douleur reste son quotidien, ce participant mentionne que depuis son atteinte par la paralysie, Elle se plaint d'une douleur permanente à chaque déplacement. En effet, quand elle se déplace, elle est obligée d'utiliser un bâton ou une canne pour s'appuyer. Par conséquent elle souffre quand elle se penche sur son côté saint. Elle se réveille de temps en temps avec des douleurs au niveau de la hanche, du dos et du flanc droit. Par ailleurs, elle a relevé qu'elle souffre aussi souvent des certaines maladies comme la gastralgie accompagnée de maux de tête, de l'engourdissement et du broiement. Tout comme a évoqué des cas d'inflammations la concernant. Cette douleur sensorielle est associée à la douleur morale. Car

Toudou est une fille très attachée aux difficultés liées à son handicap qu'elle trouve comme une condition très compliquée pour son épanouissement.

Le participant Souleymanou quant à lui éprouve des sensations douloureuses au niveau de main pendant ses déplacements. Tout au long de sa colonne vertébrale, il ressent de temps en temps des fourmillements et des décharges électriques désagréables. À côté de ces différents problèmes, s'ajoute des problèmes sanitaires divers comme les désordres gastriques et le paludisme recrudescent. Du coup, Souleymanou souffre du problème d'alimentation accompagné des nausées, de vomissement et de l'anorexie. Au plan moral, Souleymanou souffre de pensée négative concernant l'amélioration de sa condition même s'il reste animé par l'espoir de gagner sa vie dans l'avenir. Le passage de l'état du désespoir à l'optimisme marque le quotidien de sa vie psychique.

Pour le participant Germaine elle souffre de beaucoup de maux. La douleur majeure à laquelle elle fait face est la douleur au niveau de hanche se ramifiant souvent à la colonne vertébrale. Elle se plaint aussi de maux de tête qui se manifeste sous forme de migraine. Parfois elle ressent le picotement dans son corps.

Sur le plan moral, elle continue de souffrir du traumatisme post-immédiat liée aux séquelles de l'injection qui lui a causé le handicap. Elle vit dans un déplaisir lui ayant généré une crise d'angoisse se manifestant par les palpitations, la gêne abdominale et l'engourdissement. Cette situation s'est manifestée lors de l'entretien par une variation d'humeur de sa part, les réactions coléreuses. Il ressort de nos analyses que la douleur quel que soit sa cause avec le temps peut provoquer diverses réactions psychologiques qui peuvent provoquer l'anxiété, insomnie, fatigue, tension nerveuse, repli sur soi, démoralisation, dépression parfois désintérêt sexuel... Ces diverses réactions observées chez nos participants pourraient entraîner l'individu dans le stress ou l'angoisse et ont des nombreuses conséquences. Pour nos participants, certains n'arrivent plus à se mouvoir, à exercer certaines tâches quotidiennes, ils n'ont plus d'activités qui leur plaisent, ils n'ont plus de loisirs, ils ne sortent plus ; ils ne voient plus leurs amis, ils se sentent incompris, les relations avec leurs proches ont changé. Bref ces derniers se sentent rejetés.



CONCLUSION

Parvenu au terme de notre travail de recherche, le thème qui faisait l'objet de notre étude était intitulé «L'image du corps et le processus d'identification chez les enfants handicapés moteurs : étude de cas chez les patients du centre de réhabilitation Joséphine Rodolphi de Garoua». Dans le cadre de notre étude, il a été question de montrer que l'image a une incidence sur le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolphi de Garoua.

Le handicapé se définit d'après le grand dictionnaire de la psychologie (2003) comme : « une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » (Bloch et al., 2003, p.421). Pris dans ce sens, naître et grandir en étant pénalisée dans son développement corporel est vécu fantasmatiquement par l'entourage comme une anomalie de la nature. Dès lors, toute survenue d'un handicap, est un drame existentiel dans la mesure où il constitue une rupture dans le processus de production normal de la vie. C'est une rupture biologique, fantasmatique et sociale, entraînant un bouleversement profond des repères qui pouvaient définir, alimenter et gérer l'existence d'une personne.

Il est donc important de rappeler que l'entourage et l'âge d'un enfant jouent un rôle important dans son niveau de développement affectif ainsi que dans sa sociabilité et son processus identificatoire. Les enfants handicapés moteurs ont droit à la vie comme tous les enfants normaux. Ils aiment et, ils ont besoins d'être aimés par des parents stables et responsables car ils courent un risque important de présenter une condition physique, chronique et, d'importantes perturbations émotionnelles du développement. En effet, les enfants qui souffrent du handicap sont des enfants différents aux yeux de leur parents et leur entourage, c'est le début d'un parcours difficile est bouleversant dans lequel l'on oublie souvent que parmi les situations qui rendent la vie difficile chez un enfant, c'est d'être anormal, incapable, handicapé, sur le plan moteur ou mental.

Au Cameroun comme partout ailleurs en Afrique, le handicapé est marginalisé, il ne bénéficie d'aucune prise en charge psychologique. De ces faits, l'ouverture de centres et établissements spécialisés pour enfant handicapé en général et ceux moteur en particulier, est primordiale de même qu'il faille sensibiliser les parents pour la création de mieux comprendre l'enfant handicapé et lui assurer une prise en charge convenable. En effet, si les interactions entre le corps propre et le corps de l'autre jouent un rôle central lors du processus qui se développe au cours de la première année, le corps tient une place fondamentale dans la psychanalyse de Freud, car c'est lui qui est à l'origine des pulsions correspondant aux besoins vitaux comme manger, boire, dormir. Il est également le lieu de satisfaire les besoins, cela

crée l'expérience d'un plaisir la libido de l'enfant qui influencerait sa construction du corps et partant de son identité.

Nous avons montré a cours de cette recherche que les premières relations de l'enfant avec le monde sont d'abord des relations humaines, les relations d'ordre fusionnel au départ de la vie. Elles s'expriment au travers des phénomènes moteurs qui permettent progressivement d'instaurer au dialogue. C'est le vécu corporel sur lequel le moi prendra ses racines. C'est par le jeu réciproque des séductions et des agressions, des satisfactions et des frustrations, de l'imitation, que les images de soi et les images d'autrui se découvrent les unes aux autres, que s'acquiert l'autonomie et par extension l'identification.

Pour certains auteurs comme Chabert (1988) et Sami-Ali (1990), l'image du corps serait le sentiment général de la présence et de l'existence du corps, ce dernier étant en quelque sorte le résultat de la phase du développement appelée par Winnicott (1969) « personnalisations » durant laquelle se constitue une sorte de modèle idéal qui sert de cadre de référence au sujet l'aidant à pouvoir maintenir son unité et son originalité. C'est dans cette perspective que s'inscrit Anzieu (1985), lorsqu'il soutient que la peau fonctionne chez l'enfant comme une enveloppe.

Cette situation nous a amené à effectuer une recherche qui, analysée sous une perspective d'éducation spécialisée qui jouxte les domaines, de la psychologie sociale, de la sociologie de la famille, de la psychopathologie et du handicap, s'est donné pour ambition de s'interroger sur la question de recherche suivante: comment se caractérise le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua au regard de l'image qu'il se fait de lui?

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : Le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua est lié à son image du corps.

L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu aux trois hypothèses de recherche suivantes :

HS₁ : L'image de base du soi participe positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS₂ : L'image fonctionnelle du soi facilite le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

HS₃ : L'image érogène du soi impacte positivement le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

Dans une perspective psychanalytique, nous avons souhaité mettre à l'épreuve la problématique de l'image du corps au processus d'identification. Le discours médiatique stigmatisant généralement l'enfant et l'enfant handicapé comme souffrant des problèmes d'identité trouve son penchant opposé dans ce travail. Autrement dit, nous nous sommes interrogés sur les liens entre l'image du corps et les processus d'identification dans sa configuration structurante ou pathogène. Afin de mettre en lumière l'axe normal pathologique du traitement de la perte en situation d'hospitalisation, nous avons construit une méthodologie analytique au tour du modèle bardinien de l'analyse du contenu en utilisant un guide d'entretien semi-directif adressé aux enfants handicapés moteurs hospitalisés âgés de 12 à 13 ans, dans le Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua.

L'analyse des entretiens effectués avec les enfants ainsi que leur interprétation, nous ont permis de bien déceler l'impact de l'image corporelle et le regard d'autrui sur le psychisme d'un enfant handicapé moteur, qui peuvent engendrer des troubles psychiques tels que le trauma. Et ainsi, vérifier notre hypothèse à savoir : l'image du corps participe grandement dans le processus d'identification chez l'enfant handicapé moteur du Centre de Réhabilitation Joséphine Rodolfi de Garoua. En effet, s'il est admis que chez l'enfant, le langage du corps est celui qui s'exprime bien avant les mots, force est de reconnaître que c'est, par exemple, à travers des attitudes de défense et de retrait que la douleur du bébé est diagnostiquée, les souffrances endurées et les traumatismes vécus marquent le corps des enfants, qui manifestent alors une hyper maturité souvent repérée par les professionnels avertis.

A ce titre, nos résultats sont proches de ceux de Romano (2011) et rendent compte de ce que les attitudes d'hyper vigilance, le regard qui fixe pour mieux surveiller le monde qui l'entoure, transforment le visage de ces enfants meurtris, qui n'ont plus l'innocence et l'insouciance des enfants de leur âge (Romano, 2011, p. 79-80).

On peut donc conclure que l'objectif de notre étude n'est pas de généraliser les résultats, puisque ces résultats ne sont pas absolus. Les enfants de l'étude ayant chacun un vécu exceptionnel distinct de celui des autres. Cependant, ce travail de longue haleine et devraient faire l'objet de recherches ultérieures afin de cerner tous les maux et arriver à une bonne prise en charge des enfants handicapés hospitalisés.

Nous souhaitons une continuation approfondie dans ce domaine pour que le handicapé moteur et ses parents vivent dans la sérénité et non dans l'obscurité.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ajuriaguerra (1997), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Masson
- Auerbach, C.F., & Silverstein, L.B. (2003). *Données qualitatives : introduction au codage et l'analyse*, New York University Press.
- Balle, M. (2015). Autodétermination et autorégulation chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle : entre caractéristiques environnementales et individuelles : l'apport des fonctions d'exécution
- Bardin, L., (1997). *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative*, PUF.
- Bariaud, F., & Rodriguez-Tomé, H., (1994). La conscience de grandir. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez et W. Bettsschart (Eds.), *préadolescence. Théorie, recherche et Clinique* (pp. 57-72), ESF.
- Berelson, B., (1952). *Content Analysis in Communication Research*, The Michigan Fee Press.
- Bergeret, J., (1986). *Psychologie pathologique et clinique*, Masson
- Berzonsky, M. D., & Adams, G. R., (1999). Reevaluating the Identity status paradigm: Still useful after 35 years. *Developmental Review*, 19, p.557-590.
- Bick, E., (1967). L'expérience de la peau dans les relations objectives précoces. Dans *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick*, édition du Hiblot, 1998
- Bion, W., (1962). *Aux sources de l'expérience*, PUF, 1979 (ISBN 2-13-053486-4)
- Blanchet, A. (1987). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : observer, interviewer, questionner*, Bordas Éditeurs.
- Blanchet, A., & al., (1985). *L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, le sens et la parole*, Dunod
- Blanchet, A., & Gotman, A., (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Nathan.
- Blos, P., (1968). Character formation in adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 23, p.245-263.
- Bonnier, P., (1893), l'aschématie, *Revue de Neurologie*.
- Bosma, H. A., (1994). Le développement de l'identité à l'adolescence. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 23(3), p.291-311.
- Brunet, L., (2000d). L'identification projective et la fonction contenante : illusions nécessaires ou délire partagé ? . *Journal de la psychanalyse de l'enfant*. 26, p.161-192.
- Chauvière, M., (2000). Epilogue, Le Handicap contre l'Etat ? in Barral, Paterson F., Stijker h.-J, *L'institution du Handicap. Le rôle des associations*, PUR, p 397-402

- Cloutier, R., (1996). *Psychologie de l'adolescence*, Gaétan Marin.
- Codol, J.P., & Tap, P. (Eds) (1988). Dynamique personnelle et identité sociale. *Revue internationale de psychologie sociale*, 2, N° special. avant-propos, p.167-172.
- Cohen-Scali, V., & Guichard, J., (2008). L'identité : perspectives développementales. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 37(3), p.321-345.
- Cooley, C.-H., (1902). *Human nature and the social order*, Scribners'sons.
- Côté, J. E. (2009). Identity formation self-développement in adolescence. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Volume 1. Individual bases of adolescent development (pp. 266-305). J. Wiley et Sons.
- Côté, J. E., & Levine, C. G., (2002). *Identity formation, agency and culture : A social psychological synthesis*, Lawrence Erlbaum.
- Côté, J.E., & Schwartz, S.J. (2002). comparing psychological and sociological approaches to identity: identity status, identity capital, and the individualization process. *Journal of adolescence*, 25, p.571-586.
- Côté, J.E., (2009). Identity formation in self-development in adolescence. In R.M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology*. Volume 1. Individual bass of adolescent development (pp. 266-305), J. Wiley et sons.
- Côté, M.M., (1991). *Les jeunes de la rue/Québec*, Editions Liber.
- Craig, P.E., (1980). Solitude, amour et identité. In P. Tap (Ed.), *Identité individuelle et personnalisation* (pp.251-253), Privat.
- De Landsheere, V., (1976). *Introduction à la recherche en éducation*, Armand Colin Borrelier,
- De Mijolla , A., (2002). Identification, in *Dictionnaire international de psychanalyse*, Hachette Littératures, p.425-426.
- Delhomme, P., & Meyer, T. (2002). *La recherche en psychologie sociale. Projets, méthodes et techniques*, Armand colin.
- Delhomme, P., & Meyer. T. (2002). *Les projets de recherches en psychologie sociale : méthodes et techniques*, Armand Colin, coll. « cursus /psychologie ».
- Dolto, F., (1984). *L'image inconsciente du corps*, Seuil.
- Dolto. F., & Schauder. C., (2002). Image inconsciente du corps, castration symboligènes et perversions dans *Le Coq-Heron*, (n168), p. 57-68
- Durkheim, E., (1895). *Les règles de la méthode*, PUF.
- Encyclopédia Universalis. (1996). *Corpus 11, et corpus 17*. Editions l'Hamattan
- Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E., (1968). *Adolescence et crise : La quête de l'identité*, Flammarion.

- Erikson, E., (1968). *Identity: youth and crisis*. Norton. Trad. Fr. Adolescence et crise. La quête de l'identité. Flammarion.
- Erny. P. (1933-2020). *L'enfant et son milieu en Afrique Noire : essai sur l'éducation traditionnelle*, Paris : l'Harmattan, impr.1987, cop.1987
- Evrard, Y., Pras, B., & Roux, E., (2003). *Market, Études et recherche en marketing*, Dunod
- Fernandez, L., & Catteeuw, M., (2001). *La recherche en psychologie clinique*, Nathan, Collection Fac Psychologie.
- Florence, J., (1978). *L'identification dans la théorie freudienne*, Publication des Facultés universitaires Saint-Louis.
- Fortin, M.-F., (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Education.
- Fortin, M-F., (2005). *Fondements et étapes du processus de recherche*, Chenelière Education.
- Fortin, M-F., (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*, Chenelière Education.
- Fougeyrollas, P. (2001). Le processus de production du handicap : l'expérience québécoise. In R. de Riedmatten (Ed.), *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »* (pp.101-122). Genève : Médecine et Hygiène.
- Frances Tustin, (1986). *Le trou noir de la psyché*, Seuil.
- Frances Tustin, (1989). *Les barrières autistiques chez les névrosés*, Seuil.
- Freud, A., (1936). *Le moi et les mécanismes de défenses*, PUF,1949.
- Freud, S. « L'inconscient », tr fr J. Laplanche et J-B Pontalis, in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1996, 65-121.
- Freud, S., (1905). « Fragment d'une analyse d'hystérie », tr fr M. Bonaparte et R.M Loewenstein, in *Cinq Psychanalyses*, PUF, 1989, p 1-91
- Freud, S., (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, 1988
- Freud, S., (1912-1913). Totem et Tabou. Dans œuvres complètes de Freud /psychanalyse, volume
- Ghiglione, R. &, Matalon, B., (1993). *Théories et pratique, Les enquêtes sociologiques*, Armand Colin
- Grand Dictionnaire Larousse de la psychologie (1999), p. 45
- Grawitz, M., (2001). *Méthodes des sciences sociales*, Dalloz.
- Grotevant, H. D., (1987). Toward a process model of identity formation. *Journal of Adolescent Research*, 2, p.203-222.

- Guichard, J., (2004). Identifications, personnalisation et construction de soi. Dans *Penser la socialisation en psychologie*.
- Guimont, M.-Pier., (2014). *Étude du lien entre les troubles du comportement et l'autodétermination des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Thèse de Doctorat (compléter la référence)
- Harter, S., (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. The Guilford press.
- Head, H., et Holmes, G., (1912). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*; 34, p.102-254.
- Head. H., & Holmes, G., (1912). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*,34, p.102-254.
- Igoui, Mounang, G. (2015) « Pratique et expérience de la pulsion de mort dans le back bafia : une approche des tradithérapies à efficacité symbolique », Thèse de Doctorat PhD en Psychologie, Université de Yaoundé I.
- Ionescu, S., Jacquet, M-M., & Lhote, C., (2003). *Les mécanismes de défense*, Nathan.
- Jacobson, E., (1954). *Le soi et le monde objectif*, PUF, coll "le fil rouge"1975
- James, W., (1892). *Psychology: briefer course*. Harvard university Press, reprinted, with annotations (1984).
- Jeannerod (2010). De l'image du corps à l'image de soi, in *Revue de Neuropsychologie*, Volume 2, 2013/3, p. 185-194.
- Jodelet, D., (1984). « Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie », in S. Moscovici : *Psychologie sociale*. pp. 357-378. PUF.
- Karl, A., (1924). « Les états maniaco-dépressifs et les états prégénitales d'organisation de la libido » (1924), in *développements de la libido, œuvres complètes II*, payot,1965, p.170-210
- Klein, M. (1952). « Les origines du transfert ». in *Revue française de psychanalyse*, t. XVI, numéro 2
- Klein. M., (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs » In *Essais de psychanalyse*, payot,1982, p. 311-340.
- Klein. M., (1980). « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » (1946), in *développements de la psychanalyse*, PUF, p.274-300
- Kroger, J., & Marcia, J. E., (2011). The identity statuses: Origins, meanings, and interpretations. In S. J. Schwartz & al (Eds.), *Handbook of identity theory and research*. (pp. 31-54). Springer.

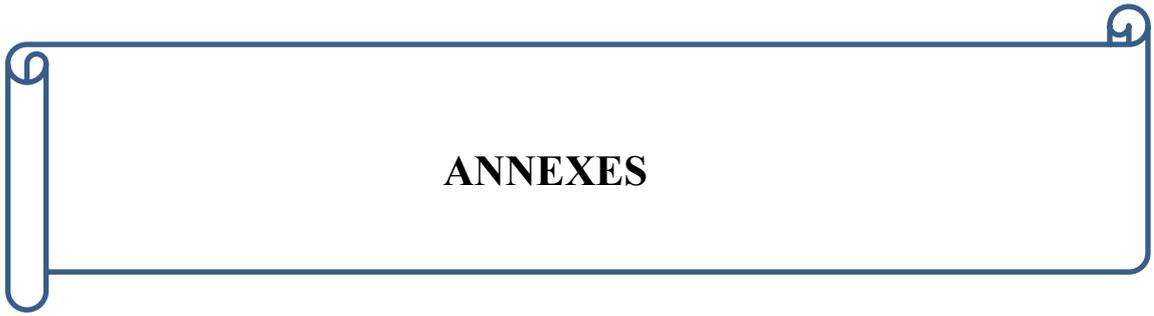
- Kroger, J., (2004). *Identity in adolescence: The balance between self and other*. Routledge.
- Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E., (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33, p.683–698.
- Kunnen, E. S., & Bosma, H. A., (2006). Le développement de l'identité : Un processus relationnel et dynamique. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 35, p.183-203.
- La loi française du 11 février 2005 : *loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Art. L. 114.
- Lacan, (1994). « La relation d'objet et les structures freudiennes », *Bulletin de psychologie* Année 1957, p. 426-430
- Lacan, J. (1966). Nos antécédents, in *Ecrits, II* , p.185, Seuil, 1966
- Lacan, J. (1994), *La relation d'objet*. Seuil
- Lachenal, B., & Petitet, J-C. (1994). Les déficiences motrices. In M. Pasqualini et B. Robert (Eds), *dossiers E.P.S.23.handicapés physiques et inaptés partiel en E.P.S.* (p.185-191).
- Lafferrière, T., (1980). Unicité et création de soi. In p. Tap (Ed.), *identité individuelle et personnalisation* (pp. 255-257). Privat.
- Lalande, A., (1968). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, PUF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1976). *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B., (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, p.189-387,1998.
- Larroze-Marracq, H., Huet-Gueye. M., & Oubrayrie-Roussel, N., (2013). *Penser la socialisation en psychologie*. Erès.
- Le grand dictionnaire de la Psychologie (1999)., p. 1613
- *Le grand dictionnaire de la Psychologie*, Presses de MAME Imprimeurs à Tours, 1999, p. 1613, pdf.
- Le Maner-Idrissi, G., (1997). *L'identité sexuée*. Dunod.
- Lecordier, D., (2012). Corps Dans *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème édition Sous la direction de Monique Formarier et Ljiljana Jovic, Paris : Association de recherche en soins infirmiers, pp. 129- 133.
- Léfébure, F., (2006), *Le dessin de l'enfant, le langage sans parole*, éditions l'Harmattan

- Lichtwarck-Aschoff, A., Kunnen, S.E., et Van Geert, P.L.D., (2009). C'est reparti : une perspective systémique dynamique sur la rigidité émotionnelle à travers les conflits parents adolescents. *Psychologie du développement*, 45(5), p.1364-1375.
- Lipiansky, E. M., (1990). « Identité subjective et interaction », in Camilleri C. et al., *Stratégies identitaires*, PUF.
- Marcia, J., (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of personality and social psychology*, 3, p.551-558.
- Marcia, J., (1993). The ego identity status approach to ego identity. In J. Marcia, A.S. Waterman, D.R. Matteson, S.L. Archer & J.L. Orlovski (Eds.), *Ego identity: A Handbook for psychosocial research* (pp. 1-21). Springer-Verlag.
- Marty, F., (1997). Identité et identification à l'adolescence. *Bulletin de Psychologie*, 428(50), p.164-168.
- Massonat, J., & Perron, J. (1990). Pour une approche multidimensionnelle de l'identité de la personne., *Psychologie française* 35(1), p.7-15.
- Mead, G. H., (1934). *Mind self and society, from the standpoint of a social behaviorist*. The university of Chicago press.
- Meeus, W., (2011). The study of adolescent identity formation 2000-2010: A review of longitudinal research. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), p.75-94.
- Meltzer, D. (1975). « La psychologie des états autistiques et de l'état mental post-autistique » (1975), in *Explorations dans le monde de l'autisme* (1980, 2002), Payot, chap.2
- Milandou, F., (1981). L'institut des jeunes sourds de Brazzaville. *Revue Educafrika*, spécial décembre, p.121-133.Dakar : UNESCO.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M., (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*.
- Mucchielli, A., (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (éd.). Armand Co.
- Mucchielli, A., (2001). *La psychologie sociale, les fondamentaux*, Hachette
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Coutier, Y., (2006). *Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence des pratiques*. Université de Sherbrooke.
- Myers, A. et Hansen, C., (2007), *Psychologie expérimentale*, De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, 2^e édition française.

- N°2001/ 000006/A/MINAS/SG/DSN/SDPHPA du Ministère des Affaires Sociales et de la Condition Féminine en date du 17/06/2001
- Ndiaye, M., (1999). *Corps brisés, foi blessée*. Karthala.
- Neyraut, M. (1984). L'identification, pour une introduction, dans *Revue française de psychanalyse*, n°48 (2).
- OMS (2011). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé entrée en vigueur le 7 avril 1948 in *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°. 2
- Oubrayrie, N., (1997). L'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent. L'échelle toulousaine d'estime de soi comme technique d'évaluation ? *Pratique psychologie*, 2, p.39-53.
- Oubrayrie, N., De Léonardis, M., & Safont, C., (1994). Un outil pour l'évaluation de l'estime de soi chez l'enfant :ETES. *Revue européenne de psychologie appliquée*,44(4), p.309-317.
- Pelletier, L.G., & Vallerand, R.J. (1990). L'échelle révisée de conscience de soi : une tradition et une validation canadienne-française du revised self- consciousness scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 22, p.191-206.
- Pires, A., (1997). Echantillonnage et recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers & L. Groux (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-169). Gaëtan-Morin
- Pires, C., (1997). *Enfant-Adolescents-Adultes-Couple-Famille*
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S., & Raybaut, P., (1996). *Les récits de vie. Théorie et pratique*. PUF.
- Pope, C., et Mays, N., (1995). « reaching the parts other method cannot reach: an introduction to quantitative methods in health and health services research », *BMJ*, 311(6996) p. 42-45
- Poussin, G., (2005). *Mon enfant a-t-il besoin d'un psy ?* Interéditions, Collection vivre en famille.
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherches en sciences sociales*, Dunod
- Ravaud, J. F., (2001). Vers un modèle social du handicap : l'influence des organisations internationales et des mouvements de personnes handicapées. In R. de Riedmatten (Ed.), *Une nouvelle approche de la différence : comment repenser le « handicap »* (pp.55-68). Médecine et Hygiène.
- Raynard, F., (1991). *Se mouvoir sans voir*. Corcelles-Le Jarat (Suisse) : Yva Peyvet Editeur.

- Rimé, B., & Le Bon, C., (1984). Le concept de conscience de soi et ses opérationnalisations. *L'Année psychologie*, 84, p.535-553.
- Rodriguez-Tomé, H., & Bariaud, F., (1980). La structure de l'identité à l'adolescence. In P. Tap (Ed). *Identité individuelle et personnalisation* (pp.61-63). Privat.
- Rossi, J.P., (1992). *La méthode expérimentale en Psychologie*, Dunod
- Rouyer, V., & Troupel-Crémel, O., (2013). Socialisation et construction de l'identité sexuée : dialectique des processus d'acculturation et personnalisation. In A . Baubion-Broye, R. Dupuy & Y. Preteur (Eds.), *Penser la socialisation en psychologie* (pp.99-111).
- Salbreux. R., (2005). La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques. Dans *contraste* 2005 /1-2 (N22-23), p. 23- 47.
- Sanglade, A., (1983). « Image du corps et image de soi au Rorschach », *Psychologie française*, t. 28-2, juin, p.104-111
- Sarr, S., & Deschamps, Manciaux. (1981). Handicap et société en Afrique. *Revue Educafrica Spécial* Décembre 1981 153-164. Dakar : UNESCO.
- Sarrazin, C., (2013). *L'autodétermination et la déficience intellectuelle, l'expérience d'un village Suisse, le village d'Aigues-Vertes*, (compléter la référence)
- Sartre, J.P ; *L'imaginaire*, Gallimard, 1975, p.116
- Schafer, R., (1968). *Aspects of Internalization*. International Universities Press
- Schilder. P., (1968). *L'Image du corps*, Gallimard.
- Schutzenberger, A.A., (1980). Corps et identité : les variations du sentiment d'identité en fonction des variations d'âge, de sexe, d'apparence avec l'incidence sur la thérapie des cancéreux. In P. Tap (Ed), *identité individuelle et personnalisation* (pp.305-310). Privat.
- Seguillon, D., (1994). L'éducation de l'écolier sourd, à l'institut national de paris : une histoire « à corps et ç cri »1794-1994, catalogue de l'exposition, Paris, INJS de paris, avril199
- Sillamy, N., (2006). *Dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Sticker, H.J, (1997). *Corps infirmes et société*, Dunod.
- Sticker, H.J. (2013). *Corps infirmes et sociétés. Essai d'anthropologie historique*, Dunod,
- Sticker, H-J. (2002). Aspects historiques du handicap moteur, source : Déficiences motrices et situation de handicaps, APF.
- Tanti, C., Stukas, A.A, Halloran, M.J., & Foddy, M., (2011). Social identity change: shifts in social identity during adolescence. *Journal of adolescence*, 34, p.535-567.
- Tap, P. (1979). Relations interpersonnelles et genèse de l'identité. *Annales UTM ,homo* XVIII, p.7-43.

- Tap, P., (2005). La construction de l'identité personnelle chez l'enfant. In R. Cloutier, P. Gosselin & P. Tap (Eds.), *Psychologie de l'enfant* (PP.299-322) : Gaétan Morin.
- Tomé, R.H., & Bariaud, S.J.F. (1980). *Regards actuels sur l'adolescence. Croissance de l'enfant, genèse de l'Homme*. PUF.
- Tsafack, G., (2004). *Méthodologie générale de la recherche en éducation*. CUSEAC.
- Tsala-Tsala, J-P., (2006). *La psychologie telle quelle : perspective africaine*, PUCAC.
- Vigarello. G., (2021). Le corps redressé. « Le débat »1980/2n2/ p. 142-160 ISSN 0246-2346
- Vinsonneau, G., (2002). « Le développement des notions de culture et d'identité : un itinéraire ambigu », *Carrefours de l'éducation*, 2 (14), p. 2- 20.
- Vinsonneau, G., (2008). *L'identité culturelle*. A . Collin, collection U-Psychologie.
- Widlöcher, D., (1981), *Le visuel et l'imaginaire, in psychanalyse des arts de l'image*, Clancier-Guénaud.
- Widlöcher, D., (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*, Odile Jacob.
- Winnicott, D., (1988). *Processus de maturation chez l'enfant*, Payot.



ANNEXES

1er cas

I-présentation

Pseudonyme : GAZAWA Benjamin

Age : 13 ans

Niveau d'étude : CM2

Religion : Protestante

Sexe : Masculin

Région d'origine : Nord

Rang de la fratrie : 2^e/02

Nationalité : camerounais

Type de handicap : Paralysie du pied gauche

Cause : Injection.

II-Image de base de soi :

Etudiant : Est-ce que tu es satisfait de l'apparence de ton corps ?

GAZAWA Benjamin : Je ne suis pas satisfait. Car je ne peux pas marcher comme les autres enfants de mon âge et je souffre de plusieurs douleurs dans mon déplacement. En effet j'éprouve beaucoup de mal même à prendre des photos avec les membres de ma famille lors des fêtes et cérémonies. Je n'aime pas vraiment mon corps.

Etudiant : Entre autres problèmes que tu rencontres par rapport au déplacement, est-ce qu'il ne t'arrive pas d'oublier ton chemin pour rentrer à la maison ou aller à l'école ?

GAZAWA Benjamin : Je vis cette difficulté au quotidien. En effet c'est la raison pour laquelle je n'aimerais pas rentrer seul à la maison ou me déplacer seul. Souvent on envoie les gens pour me chercher. En effet, je me suis égaré à plusieurs reprises en rentrant.

Etudiant : Veut dire que tu as un problème dans la maîtrise de ton espace. Dis-moi si tu n'as pas aussi un problème avec le temps. C'est-à-dire, est-ce que tu parviens à lire l'heure sur une montre et ressens le temps passer ?

GAZAWA Benjamin : Waay.. (*Il change de position assise*) Je parviens à lire l'heure sur une montre en chiffre. Cependant sur la montre à aiguille j'éprouve beaucoup de difficultés. Vu les difficultés dans les déplacements, je ne sens pas le temps entrain de s'écouler.

Etudiant : tout à l'heure tu as affirmé que tu préférerais te déplacer avec quelqu'un pour t'indiquer le chemin, mais est-ce qu'en plus de cela tu aimes qu'on t'aide à te déplacer en cas de difficulté ?

GAZAWA Benjamin : Au fond, je ne préfère pas qu'on m'accompagne, c'est juste une nécessité. Chaque fois qu'on m'aide dans ce sens, je me sens incapable et faible.

II-Image fonctionnelle de soi :

Etudiant : sens-tu d'un manque dans ta vie ou d'un désir que tu souhaites accomplir ?

GAZAWA Benjamin : Il me manque quelque chose de très dans ma vie. Il s'agit du problème de la marche. Mon pied que vous voyez m'empêche de me mouvoir à ma guise. Tout mon souhait est de le voir marcher sans difficulté comme les personnes normales. L'autre manque que je vois c'est l'absence de considération au sein de mon milieu avec mes amis. J'aime jouer avec eux au football, mais personne ne voudrait que je sois dans son équipe.

Etudiant : Epreuves –tu d'autres difficultés dans tes mouvements journaliers ?

GAZAWA Benjamin : il y'a entre autres l'absence de considération au sein de mon milieu avec mes amis. J'aime jouer avec eux au football, mais personne ne voudrait que je sois dans son équipe. De même, quand ma mère envoie mes frères et mes amis pour certaines courses, ça me fait vraiment mal.

Etudiant : As-tu des rêves et des ambitions dans ta vie ?

GAZAWA Benjamin : Je rêve un jour surmonter toutes ces difficultés, être capable de se mouvoir sans difficulté et servir à la famille à laquelle je suis attaché.

III-Image érogène de soi

Etudiant : Es-tu content de ta relation avec toi-même ainsi que ton entourage ?

GAZAWA Benjamin : Non monsieur. Je ne m'y sens pas épanoui. C'est comme si personne ne veut être ami avec moi. J'ai un seul ami et au quartier les enfants de mon âge se moquent de moi. Une fois, je me suis fondu en larmes, car on m'a appelé « kotobas ». Je me sens vraiment stigmatisé. Plusieurs fois je suis tombé à l'école et les enfants se sont moqués de lui. Il souligne que certains enfants ne veulent pas rester sur le même banc que lui.

Etudiant : souffres-tu d'une angoisse quelconque ?

GAZAWA Benjamin : Bien sûr. L'angoisse demeure mon quotidien avec toutes les frustrations que j'ai évoquées.

Etudiant : T'arrives-t-il de trop te fâcher ?

GAZAWA Benjamin : oui Je suis vraiment navré de ce qui se passe. Ça m'énerve beaucoup.

Etudiant : est-ce que tu souffres d'une quelconque douleur ?

GAZAWA Benjamin : Je souffre des douleurs à plusieurs niveaux. Je suis devenu addictif aux médicaments antalgiques. Malgré les efforts que je fournis afin de ne pas passer tout mon temps au lit pour cause des maladies répétitives, il faut noter que je ne cesse de souffrir des douleurs abdominales associé aux brûlures et aux remontées gastriques répétitives. Par

ailleurs, je ressens aussi des fourmillements au niveau supérieur de mon pied paralysé surtout après avoir effectué des mouvements ou des efforts physiques.

Etudiant : est-ce tu sens que tu es détendu psychologiquement ?

GAZAWA Benjamin : Vraiment je n'ai pas d'énergie même dans la communication mon entourage. J'aspire à quitter l'école après le primaire.

VI-Identification primaire et hystérique

Etudiant : considères-tu ton papa comme une personne exemplaire ?

GAZAWA Benjamin : Oui. J'aimerais être un travailleur dynamique comme mon papa. Car mon papa est respecté beaucoup dans notre famille pour ses efforts. C'est lui qui fait tous les achats.

Etudiant : est-ce tu utilises parfois ses affaires ?

GAZAWA Benjamin : oui, ses lunettes, sa montre, son parfum, son fauteuil pour m'asseoir etc.

VII- Identification mélancolique

Etudiant : quelle est la personne dont tu aimes passer le avec elle ?

GAZAWA Benjamin : Ma mère. C'est elle en effet, qui est au centre de ma vie. Elle prend soin de moi tout le temps. Elle m'aide à laver mes habits et c'est elle qui reste avec moi actuellement à l'hôpital. Je supporte difficilement son absence.

VIII- Identification masochique.

Etudiant : Qu'est-ce qui te frustré au sein de ton environnement ?

GAZAWA Benjamin : C'est surtout la stigmatisation que je vis et le regard de mes promotionnaires à l'école. A côté de cela, mon souci de me déplacer est la base toute la frustration que j'éprouve. Il lui arrive de refuser souvent la nourriture en cas de stigmatisation.

Étudiant : T'arrive-t-il de te faire mal à cause de ta condition de vie actuelle ?

GAZAWA Benjamin : oui. Je me suis beaucoup fait mal dans ma vie lors de la colère. De fois, si je suis fâché, j'ai des grincements de dents qui peuvent entraîner la blessure de ma langue. Souvent en cas d'échec dans l'accomplissement d'une action ou d'une contrainte, il m'arrive de me mordre les lèvres. Si je me fâche, je me donne souvent les coups de gifle sur le visage, la tête ou les autres parties du corps.

Etudiant : En cas de frustration est-ce qu'il t'arrive d'agresser le provocateur ?

GAZAWA Benjamin : Bien sûr. Je suis un enfant très enfant très vindicatif. Je ne tolère pas face à tout ce qui est injustice ou manque de respect si minime soit-il. J'ai bagarré à maintes reprises contre un cousin qui a l'habitude de lui arracher ses jouets. J'ai aussi bagarré avec un camarade de classe qui m'a insulté parce que je lui ai refusé sa gomme. Cela pourrait donner des leçons à ceux qui pensent qu'il n'a pas de force à cause de mon état physique. Lors de des

querelles je réponds aussi mal à certains camarades et proches de la famille. Je lance les enfants qui mes traitent de « Koto bass » avec les cailloux s'ils s'en fuient.

2e cas : TOUDOU Marie

I-présentation

Pseudonyme : TOUDOU Marie

Age : 13 ans

Niveau d'étude : ND

Religion : Catholique

Sexe : Féminin

Région d'origine : Nord

Rang de la fratrie : 1^{er}/02

Nationalité : Camerounais

Type de handicap : paralysie.

Cause : Séquelle de méningite

II-Image de base de soi :

Etudiant : Est-ce que ton corps tel qu'il est te plaît ?

TOUDOU Marie : Mon corps ne me plaît pas. C'est un corps très faible. Mon corps est un foyer de sueur en cas de déplacement. Je me lave souvent plusieurs fois par jours.

Etudiant : Comment trouves-tu ton environnement spatial où tu te déplaces ?

TOUDOU Marie : il n'est pas du tout satisfaisant. En effet, la distance est longue pour tout déplacement et le relief est vraiment accidenté. Pour ce faire, elle n'aime pas faire des courses.

Etudiant : Concernant le temps, est-ce tu que maîtrise l'écoulement du temps ainsi que la date des jours ?

TOUDOU Marie : Je pense que temps des normaux est suffisant à leurs activités. Par contre, moi je suis habitué au retard vu la difficulté dans le déplacement. Vraiment le temps ne me suffit pas. Et pour dire vrai, je ne maîtrise pas bien l'heure et l'alternance des jours de la semaine.

Etudiant : Parlons menant d'une autre chose. Es-tu mécontente qu'on utilise tes affaires à la maison ?

TOUDOU Marie : Cela me fait mal de voir que mes affaires soient utilisées par qui que ce soit. Souvent on me les détruit, ou les déchirent selon les cas.

II-Image fonctionnelle de soi :

Etudiant : Quel est le manque que tu voudrais combler dans ta vie ou le désir non réalisé ?

TOUDOU Marie : je voudrais sortir de l'enfer que je vis qui résulte de ma paralysie. En effet, j'entretiens une mauvaise relation avec mon entourage. Car nos visiteurs à la maison nous embarrassent avec trop de questions à mon sujet (exemple : elle est enfant de qui ?).

Etudiant : éprouves-tu d'une difficulté dans tes mouvements journaliers ?

TOUDOU Marie : La difficulté dans la locomotion est mon quotidien. Je fais avec dans l'espoir de trouver les meilleures conditions.

Etudiant : Enfin quelles sont tes ambitions dans ta vie ?

TOUDOU Marie : je voudrais malgré tout être une fille serviable et importante dans ma société. Je voudrais aussi voir la condition de vie des enfants comme moi améliorée.

III-Image érogène de soi

Etudiant : Es-tu satisfait de ton rapport avec toi-même ainsi que ton entourage ?

TOUDOU Marie : Tu sais, je vis dans un déplaisir total dans mon environnement où je vis. De culpabilité de ne servir à rien.

Etudiant : souffres-tu d'une angoisse quelconque ?

TOUDOU Marie : Oui. Au plan sanitaire, j'ai des vertiges souvent, je m'évanouie quelques fois. J'ai peur de mourir. Cette situation affecte mon cycle de sommeil.

Etudiant : T'arrives-t-il de trop te fâcher ?

TOUDOU Marie : Oui, par rapport à ma situation que je vis.

Etudiant : Est-ce que tu souffres d'une quelconque douleur ?

TOUDOU Marie :

Etudiant : est-ce tu sens que tu es détendu psychologiquement ?

TOUDOU Marie : Ça ne va pas. Je suis toujours habitée par l'amertume lié à ma mobilité réduite. J'éprouve une certaine jalousie vis-à-vis des enfants de ma génération. C'est la raison pour laquelle Mon moral est par rapport à mon vécu. Grâce aux séances de massage et la motivation du Kinésithérapeute, j'espère bien trouver une solution efficace à mon problème ; car ma situation s'améliore de plus en plus.

VI-Identification primaire et hystérique

Etudiant : Considères-tu ton papa comme une personne exemplaire ?

TOUDOU Marie : J'ai une attention particulière envers mes parents. Je me plains chez eux de façon permanente et aime toujours dialoguer avec eux. Certaines personnes disent ma façon de parler ressemble à la façon de ma mère.

Etudiant : Est-ce que tu utilises parfois ses affaires ?

TOUDOU Marie : Oui il m'arrive de le faire.

VII- Identification mélancolique

Etudiant : quelle est la personne dont tu aimes passer le avec lui ?

TOUDOU Marie : Mes deux parents sans distinction. Je les aime, les admire et désire être avec eux. Je la difficulté à vivre pendant leur absence ou s'ils sont malades.

VIII- Identification masochique

Etudiant : Qu'est-ce qui te frustré au sein de ton environnement ?

TOUDOU Marie : Vraiment, j'ai des sentiments très négatifs de mon environnement. Je ne souhaite pas y vivre. J'ai des doutes sur mon ma vie et j'ai pitié de moi.

Étudiant : T'arrive-t-il de te faire mal à cause de ta condition de vie actuelle ?

TOUDOU Marie : Cela m'arrive. Quand les maux de de tête me deviennent insupportables, je me donne des coups poings sur mon crâne. Cela atténue son mal et allège ma douleur malgré le dommage physique. Parfois je tape sur mon pied violemment et je me pince en espérant que ce dernier finira par ressentir. En cas de colère contre ma maman ou mes proches je me prive souvent la nourriture. Pendant le sommeil, il m'arrive de me faire violence. Aussi je trébuché souvent lors de mon déplacement.

Etudiant : En cas de frustration est-ce qu'il t'arrive d'agresser le provocateur ?

TOUDOU Marie : Oui. J'ai agi par violence. Je ne tolère pas d'être humiliée ou discriminée par qui que ce soit parmi mon entourage. Si le provocateur est un enfant comme moi je lui rends la monnaie « je lui fait porter son tas ». Mais si c'est un supérieur je préfère dénoncer ce dernier à un aîné. J'ai bagarré avec une fille du quartier, elle m'a dominé, mais j'ai réussi quand même à déchirer son pagne.

3e cas : BOUBA SOULEYMANOU

I-présentation

Pseudonyme : BOUBA SOULEYMANOU

Age : 12 ans

Niveau d'étude : Non scolarisé

Religion : Musulmane

Sexe : Masculin

Région d'origine : Extrême-Nord

Rang de la fratrie : 2e/2

Nationalité : camerounais

Type de handicap : Hémiparésie gauche

Cause : Non déterminée

II-Image de base de soi :

Etudiant : Es-tu satisfait de ton corps en son état actuel ?

BOUBA SOULEYMANOU : Pas du tout. Mon corps est incomplet pas comme pour les autres enfants. J'éprouve beaucoup de douleur lors des déplacements. Je suis inquiet du fait que mes habits finissent vite avant ceux de mes frères à causes des chutes en cas de mouvements.

Etudiant : est-ce que l'environnement ou tu vis est favorable à ton déplacement ?

BOUBA SOULEYMANOU : Le relief de notre quartier est accidenté et sableux d'où la difficulté de mouvement. D'ailleurs, notre résidence est petit et l'espace au lit est serré.

Etudiant : Parlons de la maîtrise d'un autre problème. Est-ce tu que maîtrises l'écoulement du temps ainsi que la date des jours ?

BOUBA SOULEYMANOU : Je n'ai pas trop de problème à ce niveau, sauf que je prends beaucoup de temps pour me rendre d'un point à l'autre.

Etudiant : Je voudrais aussi te demander. Es-tu mécontent qu'on utilise tes affaires à la maison ?

BOUBA SOULEYMANOU : Je n'ai aucune difficulté à ce niveau. Je partage mes jouets avec mes amis ainsi que tout ce que je mange.

III-Image érogène de soi

Etudiant : Comment trouves-tu ta relation avec toi-même ainsi que ton entourage ?

BOUBA SOULEYMANOU : Ça ne va pas bien. Je suis hostile au comportement de mon entourage envers moi. Je suis agressif en cas de stigmatisation et mécontent du comportement des usagers de la route qui ne me favorisent pas quand je cherche à traverser la route.

Etudiant : Souffres-tu d'une angoisse quelconque ?

BOUBA SOULEYMANOU : Oui. Je me sens frustré de ma situation.

Etudiant : T'arrives-t-il de trop te fâcher ?

BOUBA SOULEYMANOU : Tout ce que j'ai dit est révoltant.

Etudiant : est-ce que tu souffres d'une quelconque douleur ?

BOUBA SOULEYMANOU : Je ressens des douleurs au niveau de mon pied droit, comme je m'appuie sur lui.

Etudiant : est-ce tu sens que tu es détendu psychologiquement ?

BOUBA SOULEYMANOU : Non. J'ai une vie très compliquée.

II-Image fonctionnelle de soi :

Etudiant : sens-tu d'un manque dans ta vie ou d'un désir non réalisé ?

BOUBA SOULEYMANOU : Mon grand manque c'est mon incapacité à me déplacer convenablement. Les travaux ménager qu'on me donne sont au-delà de ma force. Aussi quand on m'envoie souvent à la boutique, je fatigue vite avant de rentrer.

Etudiant : éprouves-tu d'une difficulté dans tes mouvements journaliers ?

BOUBA SOULEYMANOU : je n'ai plus de force au niveau de mon côté gauche. Si je marche, j'ai l'impression que je vais tomber.

Etudiant : As-tu des rêves et des ambitions dans ta vie ?

BOUBA SOULEYMANOU : J'espère que la difficulté à laquelle je fais face disparaîtra un jour et que je pourrais enfin devenir normale comme les autres enfants de mon âge.

VI-Identification primaire et hystérique

Etudiant : considères-tu ton papa comme une personne exemplaire ?

BOUBA SOULEYMANOU : Oui. Cependant, j'aimerais être meilleur que lui dans l'avenir. J'aimera être un grand commerçant.

Etudiant : est-ce tu utilises parfois ses effets ?

BOUBA SOULEYMANOU : oui, je le fait souvent avec sa permission.

VII- Identification mélancolique

Etudiant : quelle est la personne dont tu aimes passer le avec elle ?

BOUBA SOULEYMANOU : j'apprécie énormément le rôle de mes parents, mais je regrette de leur faire des courses dans le quartier pour les petits achats.

VIII- Identification masochique.

Etudiant : Qu'est-ce qui te frustré au sein de ton environnement ?

BOUBA SOULEYMANOU : Je suis frustré de ma situation et de mon entourage. Je n'accepte pas l'injustice. Je montre toujours mon mécontentement. J'ai eu à bagarrer contre un enfant du quartier qui m'a manqué du respect.

Étudiant : T'arrive-t-il de te faire mal à cause de ta condition de vie actuelle ?

BOUBA SOULEYMANOU : Je me suis fait mal involontairement à plusieurs reprises. Ceci lors des jeux avec mes amis du quartier. Je ne peux compter combien de fois je suis tombé ou trébuché. Une fois en fabriquant une lance, je me suis coupé le doigt avec la lame.

Etudiant : En cas de frustration est-ce qu'il t'arrive d'agresser le provocateur ?

BOUBA SOULEYMANOU : Oui. J'ai eu à bagarrer, à donner des coups de poings à mes provocateurs et échanger avec des paroles violentes.

4e cas

I-présentation

Pseudonyme : Germaine Jacqueline

Age : 12 ans

Niveau d'étude : Non scolarisée

Religion : Chrétienne, catholique

Sexe : Féminin

Région d'origine : Nord

Rang de la fratrie : 01/01

Nationalité : camerounais

Type de handicap : paralysie

Cause : Séquelle d'injection

II-Image de base de soi :

Etudiant : Est-ce que tu es satisfait de ton corps tel qu'il est ?

Germaine Jacqueline : Mon corps n'est pas comme pour les autres. Mon pied est déformé et tordu, inefficace et constitue une source de problèmes.

Etudiant : Comment trouves-tu ton environnement spatial où tu te déplaces ?

Germaine Jacqueline : C'est vraiment marrant. Notre résidence est peu spacieuse, le lit est serré. Voilà je déteste partager la chambre avec quelqu'un d'autre

Etudiant : Concernant le temps, est-ce tu que maîtrise l'écoulement de temps et tu t'en sert convenablement ?

Germaine Jacqueline : L'une de mes problèmes qui constituent pour moi une amertume ce que mon temps ne me suffit jamais à cause des difficultés de déplacement, je suis toujours en retard et opte généralement demander l'argent de moto à mes parents pour mes déplacements.

Etudiant : Je voudrais savoir encore : Es-tu mécontente qu'on utilise tes affaires à la maison ?

Germaine Jacqueline : Cela me fait mal quand même.

II-Image fonctionnelle de soi :

Etudiant : Qu'est-ce que tu ressens comme manque ou désir à réaliser dans ta situation actuelle ?

Germaine Jacqueline : C'est vraiment un énorme manque. Le cadre spatial et social n'est pas adapté à mon mouvement. La plus grande difficulté à laquelle elle je suis confrontée est liée à la station debout et à l'orientation.

Etudiant : Quelles sont les difficultés que tu rencontres dans tes mouvements quotidiens ?

Germaine Jacqueline : Mes déplacements me font perdre beaucoup d'énergie.

Etudiant : As-tu des rêves et des ambitions dans l'avenir ?

Germaine Jacqueline : je rêve redevenir normale et vivre tranquillement sans problème de mobilité.

III-Image érogène de soi

Etudiant : Es-tu satisfaite de ta relation avec toi-même ainsi que ton entourage ?

Germaine Jacqueline : Ma relation est très perturbée avec mon entourage. Je me sens toujours frustrée par certains des enfants du quartier qui me qualifient de « réfugiée il y a trop bruit chez nous à la maison.

Etudiant : Souffres-tu d'une angoisse quelconque ?

Germaine Jacqueline : Je suis dans un déplaisir et une crise d'angoisse énorme.

Etudiant : T'arrives-t-il de trop te fâcher ?

Germaine Jacqueline : Oui. Je m'énerve beaucoup.

Etudiant : est-ce que tu souffres d'une quelconque douleur ?

Germaine Jacqueline : Oui. J'ai des douleurs lors des mouvements. Ces douleurs sont associées des palpitations, la gêne abdominale et l'engourdissement.

Etudiant : est-ce tu sens que tu es détendu psychologiquement ?

Germaine Jacqueline : je me sens très faible face à ma condition.

VI-Identification primaire et hystérique

Etudiant : considères-tu tes parents comme une personne exemplaire ?

Germaine Jacqueline : Oui. Ils me sont d'une importance capitale. Ils m'écoutent beaucoup et je plains chez eux de façon permanente et j'aime toujours dialoguer avec eux. Car je suis une

filles qui éprouvent souvent un sentiment de culpabilité et d'indignité en cas de reproche. Ils me consolent dans ce sens aussi.

Etudiant : est-ce que tu utilises parfois ses affaires ?

Germaine Jacqueline : oui, ses lunettes, sa montre, son parfum, son fauteuil pour m'asseoir etc.

VII- Identification mélancolique

Etudiant : quelle est la personne dont tu aimes passer le temps avec elle ?

Germaine Jacqueline : Ce sont mes parents. J'admire beaucoup mes parents et les considère comme des modèles pour moi en ce qui concerne le soutien et la patience. Ils sont beaux, courageux et patients. J'aime passer le temps avec eux.

VIII- Identification masochique

Etudiant : Qu'est-ce qui te frustré au sein de ton environnement ?

Germaine Jacqueline : Oui bien sûr. Ma situation me fait perdre le contrôle. Voilà pourquoi je refuse l'aide et je refuse les relations avec les gens.

Étudiant : T'arrive-t-il de te faire mal à cause de ta condition de vie actuelle ?

Germaine Jacqueline : Ah oui. Je me gifle et je me cogne la tête contre le mur en cas de colère.

Etudiant : En cas de frustration est-ce qu'il t'arrive d'agresser le provocateur ?

Germaine Jacqueline : Oui. Je suis une fille qui se fâche vite en cas des situations de provocation. J'ai eu à recourir à la violence vis-à-vis de certains enfants de mon âge. J'ai bagarré plusieurs fois et j'ai fait recours aux métaux et aux cailloux pour faire mal à mes adversaires. J'ai eu à proférer des paroles violentes pendant les disputes qui m'ont opposées à certains enfants.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	I
DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS	III
LISTE DES ACRONYMES, SIGLES ET ABRÉVIATIONS	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
RÉSUMÉ.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
PARTIE 1 : CADRE CONTEXTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE.....	5
CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	6
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	6
1.2. FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME.....	10
1.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	14
1.4. OBJECTIF DE LA RECHERCHE	14
1.5. LES HYPOTHESES DE L'ETUDE	15
1.6. INTERETS DE L'ETUDE.....	15
1.7. DÉLIMITATION DU SUJET.....	16
1.8. DEFINITION DES CONCEPTS DE LA RECHERCHE.....	17
1.8.1.1. Image.....	17
1.8.1.2. Corps	18
1.8.1.3. Image du corps	18
1.8.2.1. La notion d'identité	19
1.8.2.2. Le processus d'identification.....	19
CHAPITRE 2. HANDICAP, IMAGE DU CORPS ET PROCESSUS D'IDENTIFICATION DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE.....	22
2.1. GENERALITE SUR LE HANDICAP.....	22
2.2. IMAGINAIRE, IMAGE DU CORPS ET/OU SCHEMA CORPOREL.....	30
2.3. LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION	39
CHAPITRE 3 APPROCHES THÉORIQUES DE L'ÉTUDE.....	42
3.1. LES FONDEMENTS THEORIQUES DU SOI EN PSYCHOLOGIE	42
3.2. AUX SOURCES DU CONCEPT DE L'IDENTITE.....	43
3.3. LE SOI ET/OU L'IDENTITE.....	47
3.4. PROCESSUS D'ASSIMILATION DE CARACTERISTIQUES D'AUTRES PERSONNES.....	48

3.5. L'IDENTIFICATION DANS LA PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE DES « CHALLENGES » IDENTITAIRES DE BLOS	55
3.6. L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE DU DEVELOPPEMENT IDENTITAIRE DE JAMES MARCIA	57
PARTIE 2 : CADRE MÉTHODOLOGIQUE ET ANALYTIQUE DE L'ÉTUDE	60
CHAPITRE 4. APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE	61
4.1. RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DES HYPOTHESES	61
4.2. TYPE DE RECHERCHE.....	78
4.3. PRÉSENTATION DU SITE DE L'ÉTUDE.....	78
4.4. POPULATION ET ECHANTILLON.....	80
4.5. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEE ET INSTRUMENTS	82
4.6. DEMARCHE DE COLLECTE DE DONNEES.....	86
4.7. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNEES ET DIFFICULTES.....	87
4.8. MÉTHODE D'ANALYSE DE RECHERCHE	89
4.9. TECHNIQUE DE DEPOUILLEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES	93
4.10. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	97
CHAPITRE 5. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS	98
5. 1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	98
5.2 ANALYSE DES DONNÉES COLLECTÉES AUPRÈS DES PARTICIPANTS.....	99
5.2.4.1. L'attention	102
5.2.4.2. Douleur	102
5.2.4.3. La Détente.....	102
5.3. LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION	103
5.3.3.1. La frustration	105
5.3.3.2. L'Auto-agression	105
5.3.3.3. L'Hetero-agression	106
5.4. SYNTHÈSE GÉNÉRALE DES CAS	106
CHAPITRE 6. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	108
6.1. INTERPRÉTATION DES RESULTATS PAR RAPPORT Â L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 1	108
6.2. INTERPRÉTATION DES RESULTATS PAR RAPPORT Â L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 2	110
6.3. INTERPRÉTATION DES RESULTATS PAR RAPPORT Â L'HYPOTHÈSE DE RECHERCHE 3	111
CONCLUSION GÉNÉRALE	114
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	118
ANNEXES.....	128