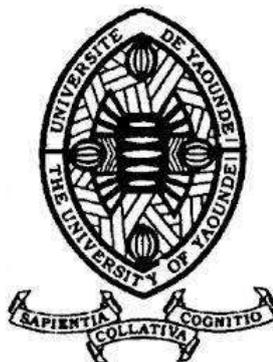


RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL- PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

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

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



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE- WORK-FATHERLAND

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

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

DOCTORAL RESEARCH AND
TRAINING SCHOOL IN
EDUCATION AND EDUCATIONAL
ENGINEERING

Expérience sociale de la situation de Handicap et reprise du Moi-corps chez la personne amputée

Mémoire soutenu le 28 Juillet 2023 en vue de l'obtention du diplôme de Master en

Science de l'Education

Filière : Education Spécialisée

Spécialité : Handicap Social et conseils

Par:

ZOBO ONONO Zachée

Titulaire d'une Licence en Histoire

Matricule : 20V3439

Membre du jury :

Président : Pr AMBANG Zaché (Pr)

Examineur : BITOBO Joseph Blaise (CC)

Rapporteur : Pr MGBWA Vandelin (Pr)



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RESUME.....	iv
ABSTRACT.....	v
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	vi
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	viii
0. INTRODUCTION GENERALE.....	9
CHAPITRE 1 : SUBJECTIVITE ET HANDICAP.....	33
CHAPITRE 2 : HABITER SON CORPS ET INTERAGIR AVEC LE MONDE.....	61
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE.....	99
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSES DES DONNEES.....	120
CHAPITRE 5 : INTERPRETATIONS DES RESULTATS, PERSPECTIVES ET DISCUSSION ..	159
CONCLUSION.....	196
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	199
ANNEXES.....	212
TABLE DES MATIERES.....	216

A

Mon père ONONO NGONO Joseph

Et

Ma mère MBEGUE Marie Clotilde

REMERCIEMENTS

A l'issue de la rédaction de cette recherche, nous sommes convaincus que ce mémoire est loin d'être un travail esseulé. En effet, nous n'aurions jamais pu réaliser ce travail sans le soutien d'un grand nombre de personnes dont la générosité, la bonne humeur et l'intérêt manifestés à l'égard de notre recherche autour du handicap n'a cessé d'évoluer chaque jour.

En premier lieu, nous tenons à remercier notre directeur de mémoire, le Pr MGBWA Vandelin, chef de Département d'Education Spécialisée pour la confiance qu'il nous a accordée en acceptant d'encadrer ce travail de master, pour ses multiples conseils et pour toutes les heures qu'il a consacrées à diriger cette recherche. Nous aimerions également lui dire à quel point nous avons apprécié sa grande disponibilité, nous avons été extrêmement sensible à ses qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de cette rédaction.

Nous tenons également à remercier l'ex chef de Département d'Education Spécialisée le professeur Marc Bruno MAYI et tous les enseignants du dit Départements pour les enseignements qu'ils n'ont cessé de nous fournir, précisément : Isaïd SONG, Ives François EBE ZAMBO, Gilbert IGOUÏ, Joachen BANINDJEL.

Nous exprimons également notre reconnaissance aux personnels du CNRPH y compris les personnes en situation de handicap de toute la coopération qu'elles ont apporté à ce travail qui est aussi le leur. Nous nous sommes efforcés d'être leur interprète le plus fidèle possible puisqu'elles sont à la fois l'Alpha et l'Omega de cette démarche.

A toute la communauté de la salle 36 de l'Ecole Normale de Yaoundé 1 pour l'encadrement et l'accompagnement tout au long de la réalisation de ce travail ;

Nos remerciements vont aussi à mes frères et sœurs : TSOGO ONONO GENEVIÈVE ; AWONO ONONO GUY ARMAND ; NGORBO ONONO ESTHER NOELLE ; BELIBI ONONO BERTRAND et MEWOLO JULES GAUTHIER.

Sans oublier notre feuë sœur NGONO ONONO MARTHE : Ton départ prématuré a laissé un grand vide dans mon cœur et dans ma vie, nous aurons tout donné pour pouvoir te voir à nos côtés en ce jour. Mais Dieu en a décidé autrement. Merci la maîtresse.

Un sincère remerciement à TOUATSA GEORGES FULBERT et à AWONO LEVODO FABRICE à la relecture

A TIKUM HORTENSE pour la traduction.

Un doux et tendre merci à ONANA JEAN LÉOPOLD et sa femme BEHINA MARIE JOSUÉ pour ce nouveau cadre de vie.

Un merci particulier à KOA THÉRÈSE pour ces multiples conseils et son attention et sa sincérité.

Je ne saurais terminer ce travail sans adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

RESUME

Cette étude porte sur l'expérience sociale de la situation de handicap et de la reprise du Moi-corps chez la personne amputée. Elle pose comme problème, celui de la liminalité dans laquelle vit la personne amputée. La question posée dans cette étude est de savoir : comment l'expérience sociale de la situation de handicap rend compte de la reprise du moi-peau chez la personne amputée ? Cette question interroge les facteurs ou les mécanismes importants du processus de production du handicap. Elle s'appesantit sur le caractère situationnel et considère le handicap comme une co-construction sociale résultat de l'interaction entre la personne présentant les incapacités et les éléments de son contexte. Une étude qualitative utilisant des entretiens semi-directifs a été conduite auprès 05 participants présentant soit une amputation de membres inférieurs ou supérieurs recrutés grâce à un échantillonnage par choix raisonné au CNRPH. Les résultats de cette étude montrent clairement qu'on ne saurait parler de l'expérience sociale de la situation de handicap sans prendre en compte les facteurs personnels et environnementaux (micro, macro et méso) qui peuvent soit être des facilitateurs ou obstacles à la participation sociale de la personne amputée. Ces résultats montrent que, la personne amputée fait face non seulement aux difficultés d'ordre personnel mais aussi, elle fait face aux réels problèmes d'ordres sociaux et environnementaux (manque d'accessibilité, la stigmatisation sociale, stéréotype, les préjugés, les étiquettes, les représentation et réactions sociale, mentalités). L'expérience sociale de la situation de handicap est à la fois une expérience vécue et partagée. L'étude montre que, ce n'est pas le désavantage social causé par un traumatisme, une maladie ou un problème de santé qui fonde le handicap, mais le processus de discrimination qui engendre la méconnaissance des besoins et des attentes des personnes, matérialisés par l'inactivité sociale, le manque d'accessibilité, la ségrégation psychologique, la dépendance économique et civile. En conséquence, l'environnement devient un élément sur lequel se concentre la réflexion. Car, ce n'est plus la personne en situation de handicap qui est inadaptée au milieu, mais ce dernier qui crée ou amplifie le handicap et génère l'obstacle social.

Mots-clés : Expérience sociale, situation de handicap, reprise du Moi-corps, personne amputée

ABSTRACT

This study focuses on the social experience of disability and the recovery of the body ego in an amputated person. It poses the problem of the liminality in which the amputee lives. The question posed in this study is: how does social experience of disability account for the recovery of the skin-self in amputees? It focuses on the situational nature of disability and sees it as a social co-construction resulting from the interaction between the person with the disability and the elements of his or her context. A qualitative study using semi-directive interviews was conducted with 05 participants with either lower or upper limb amputations recruited through purposive sampling at the CNRPH. The results of this study clearly show that we cannot talk about the social experience of disability without taking into account the personal and environmental factors (micro, macro and meso) which can either be facilitators or obstacles to the amputee's social participation. These results show that amputees face not only personal difficulties but also real social and environmental problems (lack of accessibility, social stigmatisation, stereotypes, prejudices, labels, social representations and reactions, mentalities). The social experience of disability is both lived and shared. The study shows that it is not the social disadvantage caused by trauma, illness or a health problem that underpins disability, but the process of discrimination that results in people's needs and expectations being ignored, materialising in social inactivity, lack of accessibility, psychological segregation, and economic and civil dependence. As a result, the environment is becoming a focus of attention. It is no longer the disabled person who is ill-suited to the environment, but the environment that creates or amplifies the disability and generates the social obstacle.

Keywords: Social experience, disability situation, recovery of the body ego, amputee

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMI : Amputation des Membres Inférieurs

AMS : Amputation des Membres Supérieurs

CIH : Classification Internationale du Fonctionnement de Handicap et de la Santé

CNRPH : Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées

CDPH : Convention des Nations Unies Relative aux Droits des Personnes Handicapées

EDS : Education Spécialisée

EDS-MICS : Enquête Démographique et Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples

FITS : Fédération Internationale des Travailleurs Sociaux

FP : Facteurs Personnels

F/O : Facilitateurs/obstacles

FR : Facteurs de Risques

HR : Hypothèse de Recherche

INS : Institut Nationale de Statistique

MDH-PPH : Modèle de Développement Humain du Processus de Production de Handicap

MHAVIE : Mesure des Habitudes de Vie

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

OR : Objectif de Recherche

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPHQ : Office des Personnes Handicapées du Québec

PPH : Processus de Production de Handicap

PSH : Personne en Situation de Handicap

PVH : Personne Vivant avec un Handicap

RIPPH : Réseau International du Processus de Production de Handicap

RC : République du Cameroun

SH : Situation de Handicap

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE STAGE ACADEMIQUE

ANNEXE 3 : AUTORISATION DE COLLECTE DE DONNEES AU CNRPH

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les caractéristiques des deux approches du handicap	68
Tableau 2 : Tableau synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices	100
Tableau 3 : grille d'analyse.	118

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : modèle de développement humain et processus de production du handicap (MDH-PPH 2).....	70
Figure 2 : route en creux stagnant l'eau en saison pluvieuse : un défaut de circulation.....	175
Figure 3 : Personne à mobilité réduite accrochée sur un taxi jaune montant une colline au moyen de son fauteuil roulant.....	176
Figure 4 : Image d'une route inaccessible en saison pluvieuse dans un quartier de la ville de Yaoundé (station Meck).....	181

0. INTRODUCTION GENERALE

0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

0.1.1. Contexte de l'étude

Selon l'OMS (2011), le handicap devient une préoccupation encore plus grande à cause de l'augmentation de sa prévalence qui s'explique par le vieillissement des populations et le risque plus élevé de handicap chez les personnes âgées, mais aussi par l'accroissement mondial des problèmes de santé chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et les troubles de la santé mentale. Dans le monde entier, les personnes en situation de handicap (PSH) ont de moins bons résultats, sur le plan de la santé comme de l'éducation, participent moins à la vie économique et connaissent des taux de pauvreté plus élevés que celles qui ne sont pas en Situation de Handicap (SH). Ce qui est en partie dû au fait qu'elles rencontrent des obstacles pour accéder à des services que nombres de personnes considèrent depuis longtemps comme des acquis, dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'emploi, des transports mais aussi de l'information. Ces difficultés sont exacerbées dans les communautés moins avantagées. Il est mieux de donner aux personnes en situation de handicap les moyens d'agir et de lever les obstacles qui les empêchent de participer à la vie de leur communauté, d'acquérir une éducation de qualité, de trouver un travail décent et de faire entendre leur voix (OMS et la Banque mondiale, 2011).

L'article 25 de la CDPSH entérine leur droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. L'article 9 portant accessibilité présente les mesures à prendre pour assurer aux personnes vivant avec un handicap, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication (y compris aux systèmes et technologies de l'information et de la communication), et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales. Ces mesures comprennent l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité, en ce qui concerne les bâtiments, la voirie, les transports et autres équipements intérieurs ou extérieurs (y compris les installations médicales) et les services d'information, de communication et autres services (Nations unies, 2008).

La *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF ,2001), qui forme le cadre conceptuel du présent rapport, envisage le fonctionnement et le handicap comme une interaction dynamique entre l'état de santé et les facteurs contextuels,

à la fois personnels et environnementaux. Cette « approche biopsychosociale » constitue en fait un compromis acceptable entre les modèles social et médical. Dans son Préambule, *la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH)* reconnaît que : « *La notion de handicap évolue* », et souligne aussi que « *le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des déficiences et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* ». Définir le handicap comme une interaction, c'est considérer qu'il n'est pas un attribut de l'individu. On peut améliorer l'intégration sociale en s'attachant à supprimer les obstacles auxquels sont confrontées les personnes présentant un handicap au quotidien (OMS, 2011).

Le Cameroun a signé et ratifié de nombreuses conventions internationales sur le handicap telles que la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH), adoptée par les Nations Unies en 2006 entrée en vigueur en 2008, avec pour objet de « *promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque* ». Sur le plan national, l'Etat a créé le Ministère des Affaires Sociales (MINAS) pour le traitement social du handicap. On a également assisté à la promulgation de la loi no 83/013 du 21 juillet 1983, en 1985 relative à la protection des personnes en situation de handicap et de son décret d'application n°90/1516 du 26 Novembre 1990. Ces dispositions prévoient un certain nombre de privilèges aux personnes vivant avec un handicap parmi lesquels on retrouve une assistance médicale, matérielle, financière et psychosociale ; l'exemption des frais de scolarité pour leurs enfants, et autres formes d'aide en fonction du degré du handicap et l'accès aux institutions spécialisées pour ne citer que ceux-là. Ces dispositions réglementaires sont d'ailleurs complétées par la loi du 13 avril 2010 relative à la protection et la promotion des PSH.

Le Cameroun a également mis en œuvre une des recommandations de l'OMS relative à l'établissement des données fiables renseignant sur le handicap. Ce qui se traduit par l'introduction des questions relatives au handicap dans les questionnaires des recensements et enquêtes nationaux et par la promotion et la vulgarisation de la recherche sur le phénomène (Mvodo, 2014). En rappelant qu'en mai 2020, 163 pays ont signé la CDPH. En Afrique, quatre pays ne l'ont pas encore signé : le Botswana, l'Érythrée, la Guinée équatoriale et le Sud Soudan. Le Cameroun est le seul pays africain à avoir signé la CDPH sans l'avoir ratifié, c'est-à-dire à

avoir exprimé son intention de devenir Partie à la Convention sans pour autant s'être engagé juridiquement à l'appliquer (Mouté, 2021).

Le troisième RGPH de 2005 a dénombré 262 119 personnes vivant avec au moins un handicap c'est-à-dire personne sourde ou muette ou lépreux ou infirme des membres supérieurs ou infirme des membres inférieurs ou malade mental ou albinos dont 127 381 femmes et 134 738 hommes. L'on a donc des taux de prévalence du handicap de 1,5 % pour l'ensemble ; 1,5 % pour les femmes et 1,6 % pour les hommes dans la population résidente du Cameroun. Le milieu rural a un taux plus élevé (1,7 %) que le milieu urbain (1,3 %). Les hommes représentent 51,4 % des personnes vivant avec un handicap contre 48,6 % de femmes. Les personnes vivant avec un handicap représentent 1,3 % de la population urbaine et 1,7 % dans la population rurale. La population de moins de 15 ans à une prévalence de 1,0 % tandis que celle de plus de 60 ans est à un taux de 5,7 %.

Il semble que ces statistiques aient évoluées car selon l'Enquête Démographique et de Santé couplée à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2011, il en ressort que 5,4 % de la population du Cameroun souffrent d'au moins un handicap. Les déficiences sensorielles (3,5 %) sont les plus fréquentes, en particulier les déficiences visuelles (2,2 %) et auditives (1,2 %), suivies des déficiences motrices (1,6 %), essentiellement les déformations des membres inférieurs ou supérieurs. Par ailleurs, 0,5 % de la population souffrirait de troubles du comportement et 0,4 % de la perte de certaines extrémités du corps.

De façon générale, le handicap modéré est dominant, il concerne 87 % des personnes, soit 4,7 % de la population. En ce qui concerne les causes, la maladie se révèle être la principale cause du handicap (INS, 2012). Grâce donc à un meilleur système de santé, de nombreux cas de handicap pourraient ainsi être évités ou mieux pris en charge. La maladie est ainsi à l'origine de 44 % des cas de déficience auditive, 45 % des cas de déficience visuelle et 46 % des cas de troubles de comportement. La vieillesse constitue aussi une des causes non négligeables des handicaps. En effet, elle a été identifiée comme étant à l'origine de plus du tiers des cas de déficience visuelle (35 %), un peu moins du quart des cas de déficience auditive (23 %) et 14 % des cas de déformation des membres (Mvodo, 2014).

Au Cameroun, les personnes en situation de handicap sont moins scolarisées et plus souvent inactives professionnellement que le reste de la population du même âge (Mbouyap Kamtcha & Ahanda, 2010). Dans les années 1980, le handicap était considéré au Cameroun comme un problème de santé individuel. La loi portant protection des personnes en situation

de handicap, stipulait en son article 1, qu'une personne en situation de handicap est « *toute personne qui, frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou accidentelle éprouve des difficultés à s'acquitter des fonctions normales de toute personne valide* ». L'effort sociétal d'intégration et de prise en compte des spécificités des personnes handicapées était minimaliste et non contraignant. Le décret d'application de la loi susmentionnée en son article 12 exhortait les entreprises publiques et privées à réserver « *autant que possible* » aux personnes en situation de handicap, les emplois qui leur sont accessibles dans la proportion de 10% au moins.

Avec la signature de la CDPH en 2010, la République du Cameroun promulgue la loi portant protection et promotion des personnes en situation de handicap qui abroge toutes dispositions antérieures contraires et prend cette fois-ci en compte l'interaction entre le problème de santé et l'environnement de vie. Le handicap se définit dès lors comme « *une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné* ». Toutefois, le décret d'application de cette loi n'a été publié que huit ans plus tard et la prise en compte du handicap reste encore très partielle (République du Cameroun, 2018). Au Cameroun, comme pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les programmes visant à améliorer l'éducation, la santé et les moyens de subsistance des personnes vivant avec un handicap sont pour la plupart des programmes à petite échelle confiés à des organisations confessionnelles ou caritatives (Jolley, et al 2018 ; Mouté, 2021).

Le Cameroun a adhéré à toutes les résolutions qui vont dans le sens de la protection des personnes handicapées ; la loi n° 83/013 a d'ailleurs été promulguée à cet effet le 21 juillet 1983. En 1985, le Ministère des Affaires Sociales et de la condition féminine a procédé à un recensement physique des personnes en situation de handicap. En 2003, le pays s'est doté du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) où il prévoyait des stratégies de développement social qui passent entre autres par la réinsertion sociale. Ainsi, il y est dit :

Des mesures seront prises pour développer les structures d'accueil fonctionnelles, promouvoir l'autonomie fonctionnelle et améliorer la fourniture des services sociaux de réinsertion socio-économique. Il sera à cet effet procédé à la réhabilitation des institutions d'encadrement des personnes handicapées, la diversification des structures de réadaptation

fonctionnelle des personnes handicapées en fonction du type de handicap, la promotion des réseaux d'actions communautaires et services alternatifs en faveur des personnes handicapées et le développement des services sociaux d'intégration socio-économique des personnes handicapées.

Compte tenu de la situation d'exclusion et de pauvreté dans laquelle vivent ces personnes, plusieurs stratégies ou politiques sont élaborées et mises en œuvre pour faciliter leur plein épanouissement. De nombreux textes juridiques promulgués, jusqu'ici, montrent à suffisance que la situation des personnes en situation de handicap est préoccupante, et intéressent les pouvoirs publics. En dépit de tous ces efforts, les personnes vivant avec un handicap au Cameroun se heurtent encore à de nombreux obstacles qui les empêchent de participer à la vie de leurs communautés. Des textes sont promulgués mais difficilement mis en pratique. Pire encore, les personnes en situation de handicap elles-mêmes, en majorité, ignorent le contenu de ces textes et continuent, malheureusement, à être des acteurs passifs.

0.1.2. Justification de l'étude

Le handicap au Cameroun est appréhendé prioritairement sous l'angle du modèle individuel qui met l'accent sur la médicalisation, c'est-à-dire sur les moyens d'une guérison incertaine ou d'une réadaptation dans un environnement auquel la personne doit se conformer. Cependant, cette approche limite la prise en compte du handicap sous l'angle des interactions, lequel permet de mieux le comprendre. Cette étude porte sur l'expérience sociale de la situation de handicap chez la personne amputée d'un ou de deux membres et s'inscrit dans une perspective inclusive qui permet de penser autrement le handicap. Elle prend en compte les éléments de contextes mis en interaction les uns les autres qui limitent ou favorisent la pleine participation des personnes en situation de handicap. Cette étude s'inscrit dans le paradigme émancipatoire de la recherche sur le handicap qui met l'accent sur la participation de personnes en situation de handicap.

Dans cette perspective, le choix de travailler sur l'expérience sociale de la situation de handicap permet de comprendre que le handicap est une construction sociale qui résulte de l'interaction entre les mécanismes personnels et environnementaux. L'expérience sociale du handicap permet de comprendre le vécu quotidien des personnes en situation de handicap et

d'interroger les facteurs qui contribuent au processus de production de handicap (PPH). Ce choix vise à donner à la personne en situation de handicap moteur la possibilité de développer une autonomie individuelle. L'engagement part du fait que, le handicap peut être vécu comme un obstacle à la réalisation de certains projets du fait d'un environnement peu adapté ou inaccessible. Du fait aussi des représentations et réactions sociales à l'égard des personnes vivant avec un handicap qui sont sources de stigmatisation, de discrimination, marginalisation et exclusion.

Leur situation de handicap peut aussi s'expliquer par un manque de revenu dont la pauvreté, par la vulnérabilité sans oublier les multiples régimes d'exclusion dont elles sont victime. Le regard ne repose pas seulement sur les obstacles environnementaux. Il est aussi tourné et insiste sur la personne amputée elle-même, porteuse de son handicap. La déficience, les incapacités, les limitations d'activité et les facteurs psychologiques sont des déterminants subjectifs de la co-construction sociale du handicap permettant aussi à l'amputée de se reconstruire, de redéfinir sa vie, son identité après la survenue brusque d'un handicap. Cette étude ne peut donc se faire qu'avec et par les personnes en situation de handicap elles-mêmes. Le recourt auprès des personnes amputées permet de mieux comprendre la problématique de l'expérience sociale de la situation de handicap et de la reprise du Moi-corps.

L'étude met davantage l'accent sur les interactions entre la personne vivant avec un handicap et son environnement physiques et sociale. Elle aborde le handicap en terme de situation puisque la situation de handicap change en fonction du temps, de l'époque et du contexte dans lequel la personne se trouve. Elle permet donc de comprendre les mécanismes important du processus de production du handicap chez la personne altérée d'un membre d'une part, mais aussi les stratégies de reconstitution de sujet, de son autonomisation d'où la notion de reprise du Moi-corps. Ce point de vue interroge les manières de concevoir et de prendre en compte le handicap. L'approche médicale qui le réduit à une dimension personnelle résulte d'une maladie ou d'un accident de la vie, exige d'être complété par la prise en compte du contexte environnemental et social : des facilitateurs en atténuent les conséquences ou, à l'inverse, des obstacles les majorent. C'est cette approche renouvelée, issue de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé adoptée en 2001, qu'inspire l'expression « *situation de handicap* », largement utilisée.

0.2. FORMULATION DU PROBLEME

0.2.1. Constat théorique

Pour Goffman (1975), le corps est le support des échanges. Lorsque le corps est normal ou conforme, il facilite les interactions car il ne pose ni gêne, ni dommage à la société. Mais, dès lorsqu'il a subi des abominations à la suite d'un accident ou d'une maladie conduisant à l'altération ou à une amputation de la main ou du pied voir à leur paralysie, ce corps devient inquiétant (Korff-Sausse, 2011), suscite de peur et de la stupeur, conduit à une série de remise en question (Gargiula, 2016, Ciccone, 2007). La personne amputée présente certaines caractéristiques corporelles : corps malformé, difforme, blessé (Gardou, 1997 ;2006), corps prothétique ou appareillé (Gourinat, 2015), Corps inachevé (Roghe, 2013), infirme (Siker, 1982 ; 2010), impotent, flasque (Korff-Sausse, 2011 ; Gardou, 2006), unijambiste ou tout simplement « corps handicapé » (Blanc, 2006 ; 2008).

Les travaux de l'école de Chicago sur l'interactionnisme symbolique dont Becker (1963) et Goffman (1975) sont des principaux représentants avec leurs concepts phares de « déviance » et de « stigmaté » considèrent les Personnes en situation de handicap (PSH), des déviants sociaux au même titre que les prostitués, les délinquants, braqueurs, criminelle, SDF... Pour Elias (1994 ; 2005), les personnes PSH sont les « out siders » c'est-à-dire, des déviants menaçant la société que leur handicap soit visible ou non. Cette menace pour lui, provoque « *une réaction de la société qui met en place des stratégies d'exclusion des personnes vivant avec un handicap qui peuvent être comprise comme des processus de production de handicap* ». C'est dans ce sens qu'il faut noter avec Goffman (1975) que, le premier regard en tant qu'interaction perceptive et psychosociale va conduire à attribuer à l'interlocuteur en situation de handicap, une identité sociale virtuelle mortifère. Le handicap est à éviter car porteur de stigmaté.

Les personnes en situation de handicap avec leurs imperfections, les déficiences de leur corps, de leurs sens, de leur esprit, les incapacités qui en résultent compromettent en même temps leur reconnaissance et leur intégration sociales. Les réactions sociales au handicap donnent une mauvaise image du porteur. On les rend coupable de leur sort, ce qui les angoisse et les stigmatise. Les personnes en situation de handicap intériorisent les préjugés, les attributs, les symboles, les étiquettes de la société. Par cette intériorisation, elles ne parviennent plus à s'épanouir normalement. Murphy (1990), propose alors la place exacte de la personne en

situation de handicap moteur. Pour lui, les personnes en situation handicap sont condamnées à demeurer dans l'entre-deux.

Elles ont quitté le statut normal, par leurs séquelles de maladie ou d'accident et souvent concrètement, elles sont parties dans des lieux spéciaux, hospitaliers, et des centres de rééducation. Sorties de ces centres pour qu'elles reviennent prendre une nouvelle place, ou la leur antérieure, elles continuent à être vues et traitées comme demeurant dans une situation d'entre-deux. Selon Murphy (1990), les personnes en situation de handicap physique ne sont :

Ni rejetées, ni pleinement acceptées ; ni mises à l'écart, ni intégrées ;
ni étrangers ni familiers. Ni jugés coupables, ni traités comme
innocents, car gênants et fautifs de troubler la quiétude d'une société
qui rêve d'hommes et de femmes zéro défaut. Ni esclaves ni citoyens
à part entière. Ni totalement asservis ni libres.

La liminalité est donc pour Murphy (1990) le cadre d'analyse du handicap par conséquent notre problème d'étude. La liminalité est le lot du déficient. Elle permet de désigner la configuration sociale spécifique qui caractérise le handicap (Calvez, 1994, Blanc, 2006). Au sens de Gardou (2000, ; cité par Blanc, 2006), les personnes en situation de handicap sont placées en situation de « *suspension sociale* » et de « *réclusion liminale* » tant il est vrai qu'elles ne peuvent sortir de la place qui leur est réservée ; en position « *d'insécurité ontologique* », elles sont définitivement « *des gens du seuil, isolées et comme immobiles dans un entre-deux définitif, jamais incluses mais jamais tout à fait en dehors, sur le pas de la porte* ». Pour cet auteur, les PSH sont des exilées de seuil. Elles sont condamnées à demeurer dans le seuil. La liminalité caractérise un itinéraire d'intégration inachevée. Au sens de Blanc (2008), la liminalité , serait un fait de « *nature résultant de la déficience, définie comme une altération du corps, et un fait de culture initié par autrui qui, même en compatissant, tient en lisière la PSH. Elle est le résultat le plus probant d'une gestion sociale des corps dans laquelle interviendraient usages, représentation et relation sociale* » (Blanc, 2008 ; 2006).

Confrontées à un statut identitaire mal défini, soumises au regard intrusif ou fuyant de l'autre, subissant des attitudes stigmatisantes, les PSH cherchent une place, dans la famille, les institutions et la société, qu'elles ont bien du mal à trouver. Tantôt cette place leur est refusée, tantôt au contraire elle leur est assignée, mais selon des critères qui ne leur conviennent pas

forcément. Elles sont objet de lois et de dispositifs sociopolitiques, qui veulent améliorer leur situation, certes, mais qui sont souvent pervertis, créant un décalage important entre les discours et la réalité (Korff-Sausse et al,2017). De ce problème posé, viennent les questions de recherche, les hypothèses et les objectifs de l'étude.

0.2.2. Positionnement du problème

Pour Thompson et Heller (1990), la reprise du moi-corps est avant tout une détérioration de la santé. Ce qui revient à dire que le handicap est un évènement perturbateur de la vie. Ils mettent en avant la perturbation de la santé qui provoque des incapacités donc les limitations de fonctionnement du sujet. Ces incapacités sont perçues comme le degré d'aptitude de l'individu à accomplir seul les activités de la vie quotidienne. Ainsi, les personnes en situation de handicap à cause de l'amputation ont des difficultés d'accomplir leurs habilités de vie comme : monter et descendre un escalier, parcourir une distance généralement longue et se déplacer à l'extérieur du logement.

Le système d'identification et de mesure du handicap (Créteil et Porto, 1998), qui est un système français permet d'étudier le handicap sous quatre angle : le corps, les capacités, les situations de la vie et la subjectivité. Or, Minaire (1983), parlait déjà de « *handicap de situation* » montrant que le handicap est contextuel car dépend du porteur et de la société. Le degré de participation, d'exclusion ou la place qu'occupe la personne amputée dans la société a permis Castel (1995), de parler des pièges de l'exclusion. Cet auteur veut nous faire comprendre que, l'exclusion est un piège à éviter c'est pour cette raison qu'il préfère parler de Désaffiliation sociale. Mais Sticker et Ravaud (2002), pour leur part, vont insister sur le fait que les personnes en situation de handicap du fait de leurs corps sont victimes d'une exclusion sociale à six niveaux : abandon, élimination, discrimination, marginalisation, ségrégation et assistance. Sur cette base, Sausse (2005), se demande si la personne en situation de handicap est vraiment exclue comme tous les autres exclus de la société ? Sa réponse est double : oui et non. Pour elle, l'ambiguïté de la réponse est à la mesure de l'ambiguïté fondamentale de la société à l'égard de la personne en situation de handicap.

Il serait erroné et réducteur de vouloir considérer l'exclusion comme un mouvement venant des autres, la société, et dont l'exclu serait la victime. Difficile de nier bien sûr que la personne en situation de handicap subit des mouvements sociaux et intersubjectifs qui s'imposent à elle et la mettent dans la position de l'exclu. Mais on ne peut faire l'économie de voir avec Sausse (2005), en quoi la personne vivant avec un handicap elle-même est partie

prenante dans ce rejet, par le jeu des facteurs intra-sujeectifs, d'une manière ou d'une autre, soit en amont en provoquant le rejet, soit en aval en prenant sur elle ce rejet, afin de retourner une situation passivement subie en une situation activement maîtrisée, dans une tentative de reprise subjectivante. Car s'ils subissent de toute évidence des procédures d'exclusion, les PSH n'entrent pas pour autant obligatoirement dans la catégorie beaucoup trop générale des exclus. Ce serait méconnaître la spécificité du handicap et confondre les causes et les conséquences.

Gardou (1997), lui met plutôt l'accent sur l'impact psychologique des désignations des PSH et propose la litanie des mots qu'utilisent les valides pour désigner les personnes en situation de handicap : arriéré, déshérité, désavantagé, inadapté, hors circuit, démuné, marginal, hors du commun, pas-comme-tout-le-monde, anormal, mais aussi raté, mal fichu, attardé, tordu, mutilé, bancal, légume, ou encore bigleux, sourdingue, taré, attardé, ... ces mots reflètent aussi des pensées et une philosophie. Sous la poussée des fantasmes poursuit Gardou (1997), les personnes en situation handicap deviennent « *la quintessence de l'étrangeté, de l'impuissance et de l'infériorité* ». Leurs faiblesses et diminutions les rendent dépendantes. Le prix à payer en est la soumission à leurs pourvoyeurs : les biens portants, à même de faciliter ou d'entraver le franchissement du seuil et l'incorporation sociale.

0.3. QUESTION DE RECHERCHE

0.3.1. Question principale de recherche

La question principale qui guide cette étude est de savoir : Comment l'expérience sociale de la situation de handicap rend compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée ? En d'autres termes, cette étude cherche à savoir : quels sont les facteurs ou les mécanismes importants du processus de production du handicap qui influence sur la reconstitution ou l'autonomisation de la personne amputée?

0.3.2. Question de recherche secondaire

QRS 1: Comment les facteurs subjectifs ou individuels rendent compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée d'un ou de deux membre inférieurs ou supérieurs ?

QRS 2 : Comment l'environnement socioculturel rend compte de la reprise du moi-corps ?

QRS 3 : les déterminants spatio-temporels expliquent-ils suffisamment la reprise du moi-corps chez la personne amputée

0.4. OBJECTIF DE L'ETUDE

0.4.1. Objectif général :

Démontrer que l'expérience sociale d'une situation de handicap rend compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée. Il s'agit en d'autres termes d'identifier, d'expliquer et de comprendre que, des facteurs constituant la construction sociale ont agissent ou influencent la reprise du moi-peau chez des personnes ayant des incapacités. Elle fait une évaluation de co-construction sociale des mécanismes de production de handicap résultant de l'interaction. L'étude insiste sur la notion de situation de handicap qui est une approche qui tend vers l'inclusion.

0.4.2. Objectif spécifiques

OS1 : démontrer comment les facteurs subjectifs ou individuels rendent compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée.

OS2 : démontrer comment les déterminants environnementaux dont le contexte macro, méso et micro ainsi que les habitudes de vie expliquent la reprise du moi-corps chez ma personne amputée

QRS 3 : Démontrer comment les déterminants spatio-temporels expliquent la reprise du moi-corps chez la personne amputée

0.5. ORIGINALITE ET PERTINENCE DE L'ETUDE

0.5.1. Originalité

Cette étude s'inscrit dans le cadre de l'Education Spécialisée qui est un programme d'action en contexte européen mais qui, à l'université de Yaoundé I est une discipline à part entière à trois spécialités : handicap mental, handicap physique et handicap social. Spécialisé en handicap social, notre étude porte sur la « *l'expérience sociale du handicap et reprise du moi-corps chez la personne amputée* ». Le handicap social étant entendu comme une production sociale c'est-à-dire ce type de handicap produit, construit, par la société. Cette étude permet de sortir des populations cibles généralement étudiées en handicap social au Département d'Education Spécialisé telles : les orphelin, les détenus mineurs, les enfants de la

vue, les travailleurs de sexe, les réfugiés... afin d'étendre le champ social dans les deux autres approches notamment le handicap physique et mental.

Pour Oliver (1993), « *le handicap ne peut être envisagé en dehors de l'univers social qui le produit* ». Dans ce même sens, Stiker (1997), pense que la déficience est une réalité qui se situe à la frontière du biologique et du social. Que sa lecture théorique oscille entre le déterminisme individuel et le déterminisme de l'organisation sociale. Il conclut en disant : « *La déficience est inhérente à l'expérience humaine et présente au sein de toutes les sociétés* » (Boucher, 2003). Ces auteurs permettent de constater et d'insister que, le handicap, n'est pas une affaire personnelle comme on a l'habitude de le croire. Car, la société ou le mieux de vie de la personne est aussi non négligeable à la production du handicap. Dit autrement, le handicap est une co-construction sociale qui se joue sur le théâtre des interactions entre la personne et son environnement. D'où la notion de situation de handicap.

L'étude sur l'expérience sociale et reprise du moi-corps chez la personne amputée, permet de dépasser la conception biomédicale du handicap pour une approche strictement inclusive qui met l'accent sur les éléments de contexte. Car, le modèle biomédical a longtemps considéré le handicap comme un problème individuel limité à sa cause : une maladie, une blessure ou d'autres problèmes de santé (Winance, 2008; World Health Organization, 2001). Pour ce modèle, c'est la personne en situation de handicap qui doit s'adapter et non la société ou l'environnement qui l'accueille. Ici, c'est la situation de déficience organique ou fonctionnelle que vit l'individu qui constitue le principal frein à sa participation sociale. Comme le note Gardou (2011), Certaines approches, concevant le handicap comme seul attribut de la personne, amènent à les indexer, classer, étiqueter, à partir du diagnostic initial, niant la singularité de chacun et ses besoins spécifiques.

Parler de la construction sociale du handicap en générale et chez la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs ou supérieurs revient à démontrer que le handicap est le fruit, le résultat de l'interaction entre la personne et son contexte. La notion de situation de handicap marque donc ce déplacement ou le handicap n'est plus un écart à la norme sociale prédéfinie mais le résultat d'une interaction des facteurs environnementaux (architecturaux, culturels et sociaux) distingués en facteurs macro, méso et micro et des facteurs personnels. L'approche du handicap comme situationnelle permet d'évaluer les contextes de vie de la personne, de comprendre quels sont ses difficultés, se besoin et comment l'amener à sortir de cette situation. Cette approche permet de relativiser la portée du handicap. La situation de

handicap permet de voir les différentes façons d'interagir avec autrui et d'être en lien avec l'environnement. Comme le note Ancet (2011), cette notion indique la possibilité toujours ouverte de faire varier cette situation, de permettre à l'individu de développer ses facultés physique, psychique, intellectuelles.

La situation de handicap n'est pas liée à une atteinte organique, mais à une interaction entre cette atteinte organique, des facteurs personnels (histoire de personnel) et des facteurs environnementaux. Car, comme le note Ancet (2011), deux individus distincts présentant les mêmes atteintes ne sont pas dans les mêmes situations de handicap. Dans un autre sens, un même individu peut être ou non dans une situation de handicap en fonction de circonstances et du contexte. Le handicap pris dans ce sens est lié à une situation dynamique perçu comme un processus, une production susceptible de variation pour l'individu. La notion de situation de handicap suppose que, le handicap peut tantôt disparaître ou se manifester de manière évidente. Notre étude a une visée large car elle vise à déconstruire tout ce qui peut faciliter ou entraver la participation sociale de la personne amputée.

En mettant l'accent sur les interactions, cette étude vise aussi une évaluation de taux de participation ou d'exclusion sociale chez la personne en situation de handicap en générale et chez la personne amputée en particulier. Cette recherche ne consiste pas à dire que les personnes en situation de handicap sont marginalisées, discriminées, exclues. Mais ne nie pas non plus cette exclusion c'est pourquoi notre problème porte sur la liminalité car, ce problème permet de comprendre que la place des personnes en situation de handicap est non définie, non conforme, en suspens, dans l'intermédiaire, entre deux pole : inclusion et exclusion. Sur cette base, elle, permet de voir quels peuvent être les facteurs obstacles et facilitateurs à l'épanouissement de la personne victime d'un traumatisme lié à l'amputation d'un bras, d'un pied voir des deux et quelles sont les stratégies mises en œuvre pour permettre à la personne de revivre normalement sa vie comme avant, de se remettre sur pied, de reprendre corps, de se reconstruire une nouvelle vie sans complexe. D'où l'expression de reprise du moi-corps.

Ce point de vue interroge les manières de concevoir et de prendre en compte le handicap. L'étude vise à la déconstruction des facteurs d'inclusion ou d'exclusion sociale du handicap. C'est une forme d'inversion, de réinversion de l'ordre social et culturel. La déconstruction selon Gardou (2011), n'est pas détruire quoique ce soit. Déconstruire n'est pas détruire. Ce n'est pas une démarche négative, mais l'analyse de quelque chose que l'on tient pour construire et que l'on veut dé-cristalliser, dé-sédimer. Quelque chose dont on interroge

le caractère prétendument naturel : une tradition, une institution, un dispositif, une culture. La transformation requise ne peut découler que d'un processus collectif mobilisant les ressources des différents acteurs sociaux, et non uniquement des personnes directement concernées ou des militants de la cause du handicap.

Enfin l'étude sur l'expérience sociale de la situation de handicap chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs s'oriente comme un modèle explicatif du handicap qui est approche nouvelle. Car, il ressort aujourd'hui que « *ce n'est plus le désavantage engendré par un traumatisme, une maladie ou un problème de santé, qui fonde le handicap, mais le processus de discrimination qu'engendre la méconnaissance des besoins et des attentes des personnes, matérialisé par l'inactivité sociale, l'inaccessibilité physique, la ségrégation psychologique, la ségrégation scolaire, professionnelle et sociale, la dépendance économique et civique* » (Ebersold, 2002). En conséquence, l'environnement devient progressivement un élément sur lequel se concentre la réflexion. Ce n'est plus la personne en situation de handicap qui est inadaptée au milieu environnant mais ce dernier qui crée ou amplifie le handicap et génère l'obstacle social. Trois composantes ressortent des « modèles interactifs du handicap : les habitudes de vie de la personne, les facteurs personnels (caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques fonctionnelles et aptitudes) et les facteurs environnementaux (physiques et sociaux). L'interaction de ces trois composantes peut aboutir à une situation de handicap.

0.5.2. Pertinence de l'étude

La problématique de « *l'expérience sociale et reprise su moi-corps chez la personne amputée* » revêt d'abord une pertinence scientifique. Le Département d'EDS, mettant en avant le « Handicap » dans son programme d'enseignement, notre étude s'inscrit dans le domaine de la psychologie socioconstructiviste et interactionniste du handicap. Elle s'oriente dans la perspective québécoise du Handicap, de la recherche et du changement social qui opte pour l'émergence du paradigme émancipatoire dans l'étude de l'exclusion ou de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap.

Pour les tenants de cette approche, « *le handicap ne peut être envisagé en dehors de l'univers social qui le produit ; il n'existe pas à l'extérieur des structures où il est placé et des significations qui lui sont données* » (Mike Oliver, 1990 ; Bouvher, 2003). Elle évalue degré de participation sociale sur un continuum allant de la pleine participation sociale à l'interaction entre les caractéristiques personnelles de l'individu et des facteurs environnementaux de son

milieu de vie. La construction sociale dans le champ du handicap se veut une approche globale, multidimensionnelle, multi approche, et interactive, transversale pour mieux saisir la condition handicapée, l'expérience sociale du handicap.

Cette étude sensibilise la société à penser le handicap autrement c'est -à-dire dans une perspective strictement inclusive. Elle voudrait que la société développe les attitudes, habitudes, des aptitudes, des comportements nouveaux, accueillants à l'égard des personnes en situation de handicap. Elle fait appel à société camerounaise de se débarrasser des préjugés, croyances, des stéréotypes négatifs à l'égard de la personne en situation de handicap en générale et la personne amputée de ses membres inférieurs ou supérieurs en particulier. Elle vise à conscientiser que le handicap ne procède pas exclusivement de la déficience ou de la personne elle-même, mais, d'un côté, de la manière dont les lieux d'éducation, la société le considèrent ; de l'autre, des réponses qu'ils lui apportent.

L'approche médicale qui le réduit à une dimension personnelle résulte d'une maladie ou d'un accident de la vie, exige d'être complété par la prise en compte du contexte environnemental et social : des facilitateurs en atténuent les conséquences ou, à l'inverse, des obstacles les majorent. C'est cette approche renouvelée, issue de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé adoptée en 2001, qu'inspire l'expression « situation de handicap », largement utilisée. L'étude interpelle l'Etat camerounais à mettre en pratique, les articles portant aménagement et accessibilité infrastructurelle. L'étude met l'accent sur les stratégies d'inclusion des personnes à mobilité réduite.

Elle s'oppose à toute stratégie d'exclusion, de discrimination fondée sur le handicap, de marginalisation et de stigmatisation envers la personne altérée de ses membres inférieurs ou supérieurs. Elle permet d'appréhender les impacts sociaux des maladies et les traumatismes ainsi que leurs déterminants : les facteurs personnels et environnementaux. L'essentielle de cette étude sur la construction dans le champ du handicap s'articule autour des concepts de la participation sociale et des situations de handicap qui sont liés aux habitudes de vie définit comme activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel. Elle invite à prendre conscience que, certains facteurs peuvent devenir des obstacles ou des facilitateurs à la réalisation de certaines habitudes de vie.

Cette étude à caractère plus inclusif, vise la participation des personnes en situation de handicap en générale et des personnes amputées de leurs membres inférieurs et supérieurs à la gouvernance locale. Notre étude, étant inscrite en EDS, se veut un travail social. La présente

étude propose une nouvelle approche évaluative des problématiques vécues par les usagers d'un service social en mettant l'accent sur un résultat attendu au plan de la participation sociale de la personne amputée. Elle passe du modèle individuel au modèle social, plus complexe, qui met l'accent sur l'interaction de l'individu avec son environnement plutôt que sur les caractéristiques individuelles. Partant du principe que le travail social a pour but de favoriser l'autonomie et la participation du client (Weber, 2004). Cette étude exploratoire que nous menons voudrait montrer que, l'approche du handicap comme processus, construction, comme expérience sociale découle du travail social.

Le service social étant une activité professionnelle spécifique qui vise à favoriser une meilleure adaptation réciproque des personnes, des familles, des groupes et du milieu social dans lequel ils vivent, et à développer le sentiment de dignité et de responsabilité des individus en faisant appel aux capacités des personnes, aux relations interpersonnelles et aux ressources de la collectivité (Conseil d'Europe, 1967).

La Fédération internationale des travailleurs sociaux (FITS) rappelle que le travail social « *cherche à promouvoir le changement social, la capacité et la libération des personnes afin d'améliorer le bien-être général* », et qu'il « *intervient au point de rencontre entre les personnes et leur environnement*. Notre travail d'éducateur spécialisé sur l'« *expérience sociale et reprise du moi-corps chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs* » vise essentiellement la participation sociale de la personne amputée en faisant un appel à leurs capacités et aux ressources de leur environnement social, culturel et physique.

La construction sociale dans le champ du handicap est une approche important dans le travail social car, vise à la suppression des obstacles ou à l'aménagement de facilitateurs, dans la perspective d'améliorer la qualité de la participation sociale. L'étude est alors au cœur des interactions personne-environnement omniprésente dans le travail social. Ses interventions

visent à améliorer la participation sociale par un soutien de l'individu et par une action sur son environnement.

0.6. DELIMITAION CONCEPTUELLE DE L'ETUDE ET EMPIRIQUE.

0.6.1. Délimitation conceptuelle

0.6.1.1. Point de vue des auteurs.

La problématique de « *l'expérience sociale et reprise du moi-corps chez la personne amputée* » est une approche de handicap qui s'inscrit dans une dimension interactive. Pour Piérart et Arneton (2021), dans une approche interactionniste, l'environnement offre à la personne porteuse d'une différence des opportunités de participation sociale ou, l'inverse il la place dans des situations de handicap par « *non reconnaissance de l'altérité* ». Le handicap est ainsi envisagé non pas comme un état mais comme un processus d'inadaptation de l'environnement à la diversité des individus. Cette perspective invite selon Piérart et Arneton (2021), à s'interroger sur la dimension « inter » du processus en tant qu'il renvoie au fait de pouvoir être à la fois « dans et dehors » de groupes d'appartenance et de socialisation. Ce paradigme se veut radical dans l'acceptation des différences de tous et de toutes sans discrimination.

L'approche interactionniste du handicap développée par Fougeyrollas (2010 ; 2015. 2018. 2020), vise à rendre compte de la manière dont différents éléments sociétaux interagissent pour créés le handicap. Dans cette perspective, le handicap n'est plus une caractéristique individuelle. Il est situationnel et entrave le développement humain dans son acception individuelle et sociale. Le handicap ou mieux l'amputation met en mal l'identité d'une personne. Il détruit son identité et sa personnalité. Nous comprenons mieux cela des propos de Roghe (2013) qui pense qu'on présente souvent la « *personnalité comme une perte d'identité, une dislocation ou délitement psychotique, un trouble affectant l'unité du moi* ». L'identité ici est perçue comme la terre natale, le socle stable et nécessaire pour construire un rapport au monde « normal », dont le manque ou l'ébranlement signerait la pathologie. L'homme n'est pas une volonté unique, en lui, luttent des volontés multiples, parallèle, convergentes et divergente. La notion de clivage permet de comprendre que l'identité du sujet se construit et se fragilise au sein du groupe.

L'altération des membres inférieurs ou supérieurs fragilise le moi-corps. A la suite de la survenue du handicap, le corps du sujet est souvent compensé par des appareillages comme

des prothèses, béquilles. C'est à juste titre que Gourinat (2015), parle d'un corps prothétique qu'il définit comme un corps augmenté. Fougeyrollas et al (2015), abordent le handicap en lien avec l'environnement, la participation sociale et le droit humain. Ils mettent l'accent ici sur l'accessibilité et la mesure de la qualité d'accès. Pour eux, l'accès constitue une condition essentielle à l'exercice des droits humains particulièrement en regard des divers groupes sociaux vivant des situations d'exclusion sociale, économique, géographique, technologique. Dans ce sens, la CRDPH des Nations Unies (2006), affirme en son article 19 portant sur l'accessibilité le rôle primordial de l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication (...) et aux autres équipements et services offerts ou fournis au public » (ONU, 2006).

Pour le modèle systémique interactionniste du développement humain et le processus de production de handicap (MDH-PPH, Fougeyrollas ; Boucher et al 2018), la participation sociale d'une personne correspond à la réalisation des habitudes de vie et résulte de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et l'environnement physique et social dans lequel elle vit donc son milieu (Fougeyrollas et al, 1998 ; Fougeyrollas, 2010). Par contre, Candilis-Huisman et al (2017), traitent du handicap moteur en rapport avec les maladies rares et de la maternité. Ils pensent que, l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille et chez la femme s'accompagne de vulnérabilité dont les affectés peuvent être multiples en l'absence d'un soutien environnemental adapté (Candilis-Huisman, 2015 ; 2016 ; Missonier, 2009). D'après Bydlowski (2008), le handicap et plus spécifiquement le handicap moteur, du fait même des besoins d'accessibilité qu'il demande, interfère-t-il avec la crise « normale que traverse la femme dans son nouveau statut de future mère ?

D'autres études sont consacrées sur l'aspect socioculturel du traitement du handicap. C'est le cas avec Tsala et al (2020), qui traitent du handicap moteur et des stratégies de résilience au Cameroun. Pour Ndjabo (2018), l'étude des personnes en situation de handicap moteur devrait s'aborder en termes d'expérience. Pourtant, Mounté (2021), aborde la question du handicap dans le domaine de la vulnérabilité sociale sexuelle dans la ville de Yaoundé. Tchokote, (2019), touche les aspects psychologiques chez l'adolescent scolarisé en situation de handicap. Or, Ambassa (2021), développe les stratégies de subsistance des personnes atteintes des déficiences motrices en République de Guinée. Avec Menick (2015), la lecture du handicap doit se faire sous les représentations sociales et culturelles de l'enfant en Afrique noire. Pris dans ce sens, elle pense que dans les sociétés africaines, la différence, la maladie ou le handicap et plus généralement tout ce qui sort de la norme s'interprète.

Ces approches permettent de voir que le handicap ne relève pas toujours de l'individu comme on a tendance à le croire, mais résulte d'interaction action entre des facteurs personnes et les éléments de contexte. C'est pourquoi, nous l'abordons dans cette étude comme un construit social, une situation ou un processus, une expérience partagée, une condition, une production. Gardou (2011), affirmait que, « *certaines approches, concevant le handicap comme seul attribut de la personne, amènent à les indexer, classer, étiqueter, à partir du diagnostic initial, niant la singularité de chacun et ses besoins spécifiques. Ce processus de mise en catégorie induit leur stigmatisation. Il procède, pour une grande part, d'une exigence de classification, engendrant une logique de placement institutionnel, une sorte de « prêt-à porter ».* Quand il conviendrait de penser en termes de trajectoire en mouvement, de « sur mesure » (Gardou, 2011). C'est pourquoi il opte à la déconstruction du handicap. Pour lui, « *déconstruire c'est une forme d'inversion, de reinversion de l'ordre social et culturel* » (Gardou, 2011). Il met l'accent sur la perspective inclusive du handicap. Son sens de déconstruction aborde la situation de handicap et la reprise du moi-corps.

0.6.1.2. Délimitation spatiale

Le Cameroun, pays d'Afrique centrale, situé au creux du golfe de Guinée est la circonscription générale de notre étude. Avec ses plus de 25 millions d'habitants, dont plus de 10% vivent dans la ville de Yaoundé capitale politique, cadre opérationnel de cette étude. La ville de Yaoundé est située dans la région du centre et dénombre 4773 (INS, 2006 ; ECAM III, 2006 Tsala, 2020) personnes vivants avec un handicap moteur. Vue les difficultés matérielles de mener notre étude sur toute ville, nous avons choisi le centre national de réhabilitation des personnes handicapée (CNRPH) qui est situé à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé, Département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé VI, Quartier Etoug-Ebe.

0.6.1.3. Délimitation conceptuelle

0.6.1.3.1. Expérience sociale du handicap

Par « expérience sociale du handicap », on entend la part sociale de l'expérience du handicap, qui renvoie à l'expérience de son traitement social, par distinction avec l'expérience des déficiences ou limitations fonctionnelles elles-mêmes (Revillard, 2019). Il s'agit ici de se placer du point de vue des personnes concernées pour étudier une dimension particulière de leur expérience du handicap, qui renvoie à son traitement social. Sans nier la réalité de l'expérience physique, sensorielle ou psychique de la déficience, on place la focale sur une autre réalité, celle des effets, sur l'individu, du traitement social du handicap, et de la façon dont l'individu s'approprie celui-ci et y réagit. Il s'agit bien d'une focale, qui ne présuppose

pas de partition rigide entre le médical et le social, prenant acte des apports du modèle interactif. Cette expérience combine donc des éléments objectifs et subjectifs.

Par-delà leur diversité, tous les cadres analytiques présentés ci-dessus convergent vers une lecture du traitement social du handicap comme un traitement inégalitaire. Qu'il s'agisse d'inégalités économiques ou d'infériorisation statutaire, l'expérience du traitement social du handicap est d'abord l'expérience d'une inégalité. L'expérience du handicap est aussi modulée par les modalités d'identification de la déficience, et est caractérisée par un régime d'existence plus ou moins séparé ou intégré au reste de la société. C'est une expérience diverse, et c'est une expérience réflexive. L'expérience du handicap doit toujours être appréhendée dans sa diversité, qui résulte de deux ensembles de paramètres : d'une part, l'imbrication du handicap dans d'autres systèmes d'inégalité (de genre, de classe, ethnoraciales, etc.), et d'autre part, le type et degré de déficience.

Le handicap doit d'abord être envisagé dans son intersectionnalité (Jaunait et Chauvin, 2012). Il interagit avec les autres systèmes d'inégalité qui traversent la société, et la notion « d'expérience » permet de rendre compte des effets de ces interactions chez les individus, quelles que soient leurs positions dans ces différents systèmes. C'est justement le terme retenu par Candace West et Sarah Fenstermaker dans leur relecture critique des travaux sur l'intersectionnalité à partir d'une perspective ethnométhodologique. « L'expérience », selon ses auteures, désigne « *la participation à des systèmes sociaux dans lesquels le genre, la race et la classe affectent, déterminent, ou influencent d'une manière ou d'une autre les comportements* » (West et Fenstermaker, 2006, p. 110). L'expérience sociale est ainsi définie comme « *une combinaison de logiques d'action, logiques qui lient l'acteur à chacune des dimensions d'un système. L'acteur est tenu d'articuler des logiques d'action différentes, et c'est la dynamique engendrée par cette activité qui constitue la subjectivité de l'acteur et sa réflexivité* » (Dubet, 1994, p. 105).

Outre l'effet de la combinaison de différentes logiques d'action, cette réflexivité découle aussi de la dimension processuelle de l'expérience, qui renvoie à une autre signification du terme, au sens d'expérience cumulée (« avoir l'expérience de » plutôt que « faire l'expérience de »). Ville (2014, p.404), décrit ainsi l'expérience du handicap comme relevant « *d'une incorporation ancrée dans les actions quotidiennes*. L'expérience sociale du handicap met en avant la personne porteuse d'une déficience et qui rencontre des obstacles sociaux mais aussi, son traitement social, des représentations sociales, la marginalisation, la

discrimination, l'exclusion dont elle est victime. Il ne faudrait pas non plus, dans la perspective d'une compréhension globale du handicap, négliger la question du sujet et la dimension identitaire.

La place du jugement porté par la personne sur ses déficiences, ses restrictions d'activité et le rôle de l'environnement (c'est-à-dire l'évaluation subjective de la situation de handicap) est mal prise en compte aujourd'hui. Propre à chaque individu en fonction de son histoire, le jugement est fondé sur les écarts perçus entre les attentes et les réalisations. Il aura donc un impact important sur la qualité de vie de la personne afin d'obtenir leur opinion sur les facteurs environnementaux dans divers domaines comme : le réseau social, attitude de l'entourage, marché du travail, revenu, services commerciaux, légaux, médicaux, sociaux, infrastructures, environnement naturel, système politiques et services communautaires. L'expérience du handicap est une expérience vécue.

Selon Jodelet (2006), la notion d'expérience vécue a été définie dans une recherche, comme « *la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent* ». Le comportement que nous développons traduit notre façon de vivre le phénomène. La description que l'individu fait de sa vie comporte en elle un sens lié au phénomène qu'il vit. L'expérience sociale du handicap est donc à la fois une expérience personnelle, sociale, culturelle et environnementale. Le cadre d'analyse opté ici invite à analyser le rapport subjectif des individus au traitement social du handicap. Selon le triptyque wébérien, la place des individus dans la stratification sociale se définit à partir de leurs ressources matérielles (ce que Weber désigne comme la classe), de leur statut social et de leur pouvoir (Weber, 2003). Le handicap confère une coloration particulière à ces trois dimensions. Mais existe d'autres catégories qui rendent compte de l'expérience sociale du handicap telles : l'identification de la déficience ; le régime d'existence (Revillar, 2019) ; les émotions ; la distance sociale (Linh et Phélan, 2001).

L'expérience du handicap, veut dire faire l'expérience de déficiences ou de limitations fonctionnelles (qu'elles soient motrices, cognitives, sensorielles...), mais c'est aussi faire l'expérience d'une place le plus souvent marginale sur le marché du travail, d'une intériorisation statutaire, d'un faible pouvoir, et d'une vie souvent séparée à des degrés variables du reste de la société. Bien que les dimensions médicales et sociales du handicap interagissent, l'approche que Revillard (2019), propose dans cette contribution consiste à se

focaliser sur cette part sociale de l'expérience du handicap. Plus précisément, c'est la dimension inégalitaire de cette part sociale du handicap qui est au cœur de ces propos. La personne qui vit avec une amputation des membres supérieurs ou inférieurs fait donc une double expérience : celles de sa déficience qui conduit aux incapacités et aux désavantages. Et l'expérience sociale qui est sources des inégalités en matière d'emploi, de logement, de scolarisation. C'est dans ce sens que Ravaut et Stiker (2000), vont désigner six régimes d'exclusion de la personne vivant avec un handicap : élimination, abandon, ségrégation, marginalisation, assistance et discrimination.

0.6.1.3.2. Moi-corps.

Il s'inspire des travaux de Freud (1929) qui pense que, le Moi est d'abord un Moi corporel. Il situait le corps comme fondement essentiel au développement et à l'élaboration du Moi. Le Moi pour Freud (1920), est avant tout une entité corporelle, non seulement entité de surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface. Anzieu(1985) va faire un prolongement des travaux de Freud (1929) pour introduire le Moi-peau. . Par Moi-peau, Anzieu (1985) entend, une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques à partir de son expérience du corps. Ce Moi-peau ainsi dénommer, apparaît sous la forme d'une représentation primaire et métaphorique du Moi étayé sur la sensorialité tactile. Anzieu (1985), établie un lien étroit entre le corps et la moi. Le moi-corps représente donc un objet psychique qui trouve son origine dans l'expérience corporelle. Le corps qui vient figurer la limite, peut être comprise comme le contenant premier de l'organisation psychique.

Au sens de Deschamp (1997), dans psychanalyse et cancer la reprise du moi-corps veut dire reprendre pied ; retourner à bon port ; c'est renaître, retrouver souffle et corps sur la terre des humains ; reprendre corps, c'est retrouver une sécurité de base, la permanence biopsychique de l'être, la certitude d'exister et la capacité de guérir, de panser les blessures physiques et psychique. Reprendre son corps c'est retrouver la force de supporte les traumatismes qui sont des effractions terribles de la surface du corps et psychique. La reprise du Corps c'est cette tentative de redevenir comme avant à tout prix, d'aller de l'avant après une amputation du corps. C'est la reconstitution du sujet, un processus de d'autonomisation. L'amputation d'un membre représente la perte d'un ou plusieurs segments de l'appareil locomoteur.

0.6.1.3.3. Amputation/ effraction corporelle.

L'amputation c'est l'ablation d'un membre ou d'une partie de membre. Elle est généralement effectuée chirurgicalement (Pichon, 2016). Elle est définie comme une ablation d'un segment de membre ou d'un membre en entier lors d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme (Fernandez, Finkelstein-Rossi, Lenglet, Portalier, & Choquehuenca, 2012). La vie de l'amputé est animée de faits, de manifestations qui influencent son existence. L'appréciation du patient et les idées dominantes du milieu social, constituent alors sa maladie. Ce qui est désiré comme valeurs, c'est la vie, la capacité de travail physique (Canguilhem, 1943). Une personne amputée est une personne qui a subi l'ablation ou l'altération soit de sa jambe, du bras, du pied ou de la main. L'amputation d'un membre inférieur ou supérieur voir un des deux à la fois constitue, pour la personne qui la subit, une épreuve à la fois physique et psychologique majeure. L'évidence de la déficience, associée à celle de la perte corporelle, est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage. Elle dépossède une partie de son corps qui est désormais mutilée.

Selon Desmon (2007), l'amputation, quelles que soient ses causes, touche douloureusement la personne dans son intégrité physique (déficiences dans le fonctionnement physique). Elle conditionne ou bouleverse sa manière de vivre (activités de la vie quotidienne : soins personnels, habillage, transferts, déplacements). Lorsqu'elle est provoquée, comme dans les cas de maladies ou d'accidents, elle pose également le problème de la remise en question de l'identité à travers la modification l'image corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité (Desmond, 2007). L'amputation impacte toutes les dimensions de l'identité des patients : physique, psychologique et sociale mais aussi leur qualité de vie (Ouedraogo(2018 ; Zingg et al 2014 ; Martinet et Paysant 2011).

Pour Lenglet et al (2014), l'amputation représente une atteinte du corps et/ou du psychisme de l'individu ; elle vient interroger le corps du sujet, et ce que ce corps représente pour lui. L'effraction corporelle et/ou psychique affecte la représentation que le sujet peut avoir de lui-même et vient trouver un écho au sein de la dynamique psychique de celui-ci. Ce contexte suppose que les altérations du corps réel ou biologique trouvent un écho sur la scène psychique. L'amputation est un acte chirurgical consécutif à un certain nombre d'affections médicales (insuffisance artérielles, artérite, tumeurs, gangrènes...) ou traumatiques (accidents domestiques, de la route...).

Elle intervient ainsi dans une temporalité propre au sujet et l'inscription dans son histoire, le confronte à une logique de l'événement pouvant faire trauma. Le lieu du somatique est ainsi au premier plan et l'image du corps altéré révèle des problématiques psychiques à prendre en compte. La détresse psychique du sujet subissant une amputation témoigne de l'importance à considérer l'impact psychologique de l'acte médical mais aussi la mesure du handicap et ses conséquences psychopathologiques (Fernandez et al 2014). Selon ces auteurs, l'altération réelle du corps amène à la modification de l'image du corps. Le sujet amputé éprouve un sentiment de dévalorisation et la diminution de l'estime de soi induits par la confrontation du sujet au miroir (réalité de la peau ridée, flétrie, etc.) conduisent le sujet à éprouver une vulnérabilité physique et psychique. Les pertes successives liées à l'ablation (capacités physiques, psychiques, amis, partenaire, travail, lieu de vie...) réactivent l'angoisse de castration et introduisent l'angoisse de mort.

CHAPITRE I : SUBJECTIVITE ET HANDICAP

1.1. APPROCHE CORPS.

1.1.1. *Discours sur corps : une variation de contexte*

Le corps de l'enfant, de l'adulte, de la personne ordinaire ou en situation de handicap donne lieu à l'une des plus longues définitions du dictionnaire Sternis (2014). « *Partie matérielle des êtres animés* », il ne s'oppose à l'âme, à l'esprit » qu'en apparence, puis qu'on dit aussi que « *l'âme chevillée au corps* », « *se donner corps et âme* ». Le corps est le socle de l'individu on entend si souvent dire : « *à corps perdu* », « *à bras le corps* », « *le corps du délit* » qui le rend concret, réel (« *prendre corps* », « *faire corps* », « *corps gras* »), il constitue aussi ses substrats symboliques (« *corps de la lettre* ») et social (« *corps politique* », « *esprit du corps* », « *corps enseignant* », « *corps médical* »...). La notion de corps a plusieurs définitions qui varient selon les champs, les disciplines et le contexte.

Pour Bazié (2005) le corps est un objet complexe, dont les chercheurs des diverses disciplines s'accordent à reconnaître l'intérêt, tout en insistant sur la difficulté qu'il y a à l'appréhender. Comme en témoigne le registre des différentes approches du corps dans l'anthologie sur *Les discours du corps*. Pris entre les perceptions morales et religieuses, esthétiques et philosophiques, le corps est une question de nature transversale qui ne cesse de motiver des positions allant de son occultation complète à une fétichisation de l'objet, dans l'obéissance à un déterminisme biologique qui ne dit pas toujours son nom. Bazié (2005), s'inspire de propos de Gil (1985) dans *Métamorphoses du corps* pour donner la description suivante: « *Le corps, cet «objet» qui n'en est pas un, semble sujet à une indétermination radicale dès qu'on essaie de le définir. Ce n'est pourtant ni un ensemble d'organes, un organisme, ni une machine, ni le corps de la science avec son objectivité morte* ». Cet « objet » par quoi la mort advient semble se prêter à plusieurs traitements objectifs et toujours avec la même docilité.

Au sens de Ancet et Toubert-Duffort (2010), la question de la place et du rôle du corps est aussi essentielle que délicate lorsqu'il s'agit de traiter du handicap. Le corps est souvent le point de stigmatisation sociale de l'individu en situation de handicap et en même temps son lieu de subjectivation : on ne se vit et on ne se construit qu'à travers son corps, dans une interaction sociale, y compris s'agissant du rapport à la douleur et à la difficulté motrice ou sensorielle. Cette conception holiste du corps ne rend pas les choses aisées d'un point de vue théorique : le corps est aujourd'hui nimbé dans de nombreux discours d'une aura qui revenait

traditionnellement à l'âme. Il est devenu principe d'animation, lieu de l'identité personnelle, de vérité existentielle et de lien entre soi et autrui. Il est donc important de commencer par préciser les différents usages de la notion de corps. Le corps vécu, le schéma corporel, l'image du corps, l'image inconsciente du corps se distinguent nettement du corps organique proprement dit, auquel se réfère classiquement pourtant le terme corps. Les pièges terminologiques, montre Ancet (2010), deviennent redoutables s'agissant du handicap.

Pour Bousiala (2020), la difficulté majeure de toute recherche sur le corps est le recours ambigu au signifiant ou vocable « *corps* ». Ce constat renvoie à la multi dimensionnalité, au polymorphisme et à la polysémie du « *corps* », qui s'énonce dans d'innombrables langages, systèmes de concepts, notions, signes, images et symboles. L'idée de « *corps* » invite par conséquent à un recensement approfondi des instances de la corporéité, des diverses modalités de sa manifestation, des occurrences de son utilisation lexicale. Or, le premier obstacle épistémologique est que le corps se donne de trois manières qui sont rarement congruentes : d'une part en première personne, en tant que corps vécu, subjectif, singulier, propre à chaque individu selon son histoire personnelle, son sexe, son âge (le corps pour soi). D'autre part en seconde personne en tant que corps perçu, évalué, désiré, étudié, manipulé par autrui (le corps pour autrui). Enfin en troisième personne en tant que réalité objective et objectivée, abstraite et anonyme (le corps en soi). (Jean-Marie Brohm, 2017.)

Le signifiant « *corps* » ne peut se comprendre qu'une fois inséré dans un système de représentations collectives, de signes, de symboles, de croyances, de mythes dont il est l'incorporation. L'une des difficultés de toute étude sur le corps est d'ailleurs qu'il est constamment emmaillotté, par tout un réseau de signifiants. Le corps est également soumis à des processus de socialisation fortement différenciés selon les cultures du monde, aussi bien dans son statut, ses dénominations, ses codifications, ses usages. Le corps est toujours l'expression plus ou moins fidèle d'une société, avec ses rites, ses croyances, ses tabous, ses prescriptions, ses interdits, ses techniques du corps, ses ethno-savoirs (Mauss 1978)

Le Breton (1992) pensait encore que : «*Tout questionnement sur le corps exige au préalable une construction de son objet, une élucidation de ce qu'il sous-tend*». Ce que ce corps sous-tend, c'est aussi ce qu'il entraîne à sa suite dans le cadre de l'œuvre littéraire, convoquant ou renvoyant plus ou moins explicitement à un contexte social, culturel, à des pratiques et des perceptions diverses et particulières à la fois. L'usage du mot corps s'inscrit dans un contexte précis. Il varie selon les disciplines, le domaine et regard ou l'angle

d'approche. Dans le cadre de cette étude, la notion du corps (corps de la personne ou corps humain) est usée dans le domaine du handicap. Il s'agit du corps de la personne amputée d'un ou de deux inférieurs ou supérieurs. Ce corps qui au départ, était normal et qui, par les circonstances de vie, subit des abominations, des malformations, difformités ou tout simplement devient un corps handicapé ou en situation de handicap.

1.1.2. Phénoménologie du corps altéré

Les auteurs du champ du handicap moteur (Ancet, 2009 ; Barnes, Shakespeare et al 1999 ; Benoist, 2001 ; Lapierre, 2011 ; Moyses, 2010 ; Scully, 2008) comme le souligne Richard (2012), s'intéressent à la phénoménologie du corps de Merleau-Ponty parce que ce dernier met en avant le lien intime qui unit la personne, son corps et son « monde ». Ponty (1945), dit : « *C'est par mon corps que je comprends autrui, comme c'est par mon corps que je perçois des choses. Le sens du geste ainsi compris n'est pas derrière lui, il se confond avec la structure du monde que le geste dessine* » (Ancet, 2009). La déficience motrice entraîne un bouleversement profond de cette relation dynamique au monde, relation souvent invisible chez la personne valide. Le rapport au monde est directement dépendant de la mise en mouvement du corps perceptif. Selon Richard (2012), on vit le corps et le monde dans un même mouvement ; au même titre que le corps et l'esprit sont indissociables, le corps et le monde font système. Ce qui revient à dire que, l'on vit le monde avant de le penser.

Selon Ponty (1944 ; 1966), la conscience incarnée est la condition même de « *l'être au monde* » : le corps phénoménal, c'est le corps du vécu, le corps de l'expérience. Ainsi,

L'expérience motrice de notre corps n'est pas un cas particulier de connaissance ; elle nous fournit une manière d'accéder au monde et à l'objet, qui doit être reconnue comme originale et peut être originaire. Mon corps a son monde ou comprend son monde sans avoir à passer par des "représentations", sans se subordonner à une "fonction symbolique" ou "objectivante".

Dans *Phénoménologie de la perception*, Merleau-Ponty dresse le tableau d'un corps phénoménologique dont on retient trois propriétés fondamentales : c'est à la fois un corps

mouvant, sensible mais aussi un corps « intentionnel ». Le corps phénoménal est un corps mouvant, parce que c'est la motricité qui va mettre en lumière un monde obscur.

S'il est vrai que j'ai conscience de mon corps à travers le monde, qu'il est, au centre du monde, le terme inaperçu vers lequel tous les objets tournent leur face, il est vrai pour la même raison que mon corps est le pivot du monde : je sais que les objets ont plusieurs faces parce que je pourrais en faire le tour et en ce sens j'ai conscience du monde par le moyen de mon corps (Ponty, 1966).

Le corps vécu est donc une instance motrice, et le point de vue de chacun sur le monde dépend de sa position dans l'espace. Dans un seul mouvement, le corps apparaît au sujet incarné et apparaît au monde. Ce corps répond au monde par sa motricité, sans aucune sorte d'intellectualisation. Par la perception, l'individu ressent son corps comme lui appartenant. Pris dans ce sens, Goffman disait que le corps est le support des interactions. Et c'est dans ce même esprit que les auteurs du PPH, pensent le corps déficient. Ce corps qui doit toujours être pensé dans le rapport personne, habitudes de vie et environnement.

Le handicap met en évidence la relation qui unit le corps au monde, car l'absence ou la détérioration des capacités motrices bouleverse ce lien, tant au niveau spatial qu'au niveau temporel. Devenue en situation de handicap, la personne devient incapable d'accomplir ses tâches, par ce que, n'ayant plus de main, ou le pied qui l'aidait à réaliser ses activités. C'est dans ce sens que Ponty (1945) souligne :

au moment même où mon monde coutumier élevait en moi des intentions habituelles, je ne puis plus, si je suis amputé, me joindre effectivement à lui, les objets maniables, justement en tant qu'ils se présentent comme maniable, interrogent une main que je n'ai plus. Ainsi se délimitent, dans l'ensemble de mon corps, des régions de silences.

Avant l'amputation ou l'altération de la main ou de la jambe, l'individu pouvait manipuler les objets, il pouvait se déplacer comme il voulait et à tout moment. Mais l'absence de ces membres va conduire à ce Ponty (1945) appelle des « *régimes de silence* » car l'objet ainsi perdu, lequel contribuait à la réalisation des rôles et à l'exécution des tâches n'y est plus. La personne sombre alors dans un silence total. Son silence explique ce manque, cette perte de la motricité, l'angoisse, la panique, la frustration et le découragement.

Richard (2012), confirme ce qu'on vient de dire en déclarant :

La déficience motrice entraîne un changement de point de vue, ou plutôt la limitation à un seul point de vue. Dans une situation où l'environnement ne permet pas à la personne de se déplacer comme elle le souhaiterait, elle ne peut pas ouvrir l'espace et par là même découvrir les différents profils des objets

La découverte du monde (et du corps) s'effectue dans l'activité perceptive. Parce qu'il voit, parce qu'il touche, parce qu'il sent, l'individu va construire son monde. « Être au monde », c'est faire l'expérience, par la perception, de son corps et des objets. Cette activité de perception n'est pas neutre, et il existe une intentionnalité de la conscience dans les phénomènes de perception. Le corps est une instance intentionnelle qui va construire l'objet sur lequel se porte sa subjectivité.

1.1.3. Schéma corporel et image du corps

L'on doit principalement le terme d'image du corps à Schilder (1950) qui, s'appuyant sur l'exemple du *membre fantôme*, va développer l'idée que le sujet a une représentation de lui-même qui perdure même après une atteinte de son corps propre. Dolto (1984) dans son livre sur l'image inconsciente du corps la définit comme une représentation ressentie, et « *une incarnation symbolique inconsciente du désir du sujet* ». Le schéma corporel reste lié à l'image du corps comme porte-greffon pour l'actualiser dans la relation à l'autre. Mais l'image du corps n'est pas que visuelle, comme l'épreuve du stade du miroir (Lacan, 1966) le laissait supposer.

Le schéma corporel est défini comme une représentation permanente du sujet, relative à la position spatiale du corps et de ses objets. Il correspond au modèle psychique interne reposant sur la neurologie qui permet de situer le corps dans l'espace en trois dimensions. Pour

Schilder (2017), le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Le schéma corporel n'intègre pas les données de l'ordre de l'affectif et du relationnel, mais est constitué des éléments issus de la proprioception (de l'ordre du musculaire, de l'articulaire...), des éléments extéroceptifs (olfactifs, gustatifs, auditifs, cutanés, visuels) et intéroceptifs (tout ce qui provient des viscères). Le corps, en tant qu'image, témoigne de la structuration du sujet. La notion d'image du corps implique de prendre en compte différentes composantes : biologique, libidinale et sociale. Il s'agit, selon Schilder (1968), d'une configuration globale. L'« *image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont nous apparaissions à nous-mêmes* » (Schilder, 2017).

Le corps vécu relève du schéma corporel et témoigne d'une dimension innée (nécessaire mais non suffisante), alors que l'image du corps est une représentation du corps vécu et correspond donc à une appréhension secondaire de celui-ci (Bonnet et al, 2014). L'image se construit et se reconstruit suite au vécu, aux expériences et au développement. L'image que l'on a de son propre corps est imaginaire, construite à partir des fantasmes infantiles ainsi que par ceux des expériences de la vie. Pour Lacan (1946, 1949), le stade du miroir est constitutif de l'image du corps. Il s'agit du moment de vie du sujet lors duquel il s'éprouve dans l'image que lui renvoie le miroir de lui-même à travers le regard de l'autre qui le porte. Ce moment structurant de la vie du sujet l'amène à se représenter dans sa globalité, dans son unité. L'image inconsciente du corps (Dolto, 1984) est une image singulière et personnelle idéalisée. On la distingue de l'image de soi qui correspond à la représentation consciente que l'individu se fait de lui-même. Elle est le produit d'une construction personnelle étayée sur le rôle social de l'individu.

L'amputation de la jambe ou de la main peut entraîner l'apparition d'un membre fantôme. L'individu sent toujours sa jambe et il a la vive impression qu'elle est toujours à sa place. Comme il peut aussi arriver qu'il oublie qu'il l'a perdue et il tombe. Ce fantôme, cette image de la jambe est l'expression du schéma corporel (Schilder, 2017). L'image du corps reflète la structure du corps.

1.2. SURVENUE D'UN HANDICAP AU COURS DE LA VIE : UN EVENEMENT TRAUMATIQUE

1.2.1. *Aperçue sur les notions de Traumatisme, trauma et traumatique*

Le traumatisme vient désigner la conception générique du trauma ; plus spécifiquement il désigne ce qui, dans la cure psychanalytique, apparaît comme les effets représentables, figurables et symbolisables de l'effet traumatique de l'organisation fantasmatique du sujet (fantasmes originaires au premier chef desquels, le fantasme de « séduction », associé aux fantasme de « castration » et de « scène primitive »). Ainsi que du poids du sexuel sur celle-ci ; c'est ce que, classiquement, l'on voit apparaître dans l'organisation des types de fonctionnement psychiques qui relèvent des névroses dites « névroses de transfert » (Bokanowski, 2010).

Le trauma vient désigner parfois l'action positive (ou organisatrice), mais surtout essentiellement négative (désorganisatrice) du traumatisme sur l'organisation psychique ; comme Freud le suggère, il peut entraîner des « atteintes précoces du Moi » sous forme de « blessures d'ordre narcissique » ; ces traumas (qui concernent les empreintes de l'objet, ou l'action de l'environnement, qui peuvent survenir avant l'établissement du langage) viennent perturber et renforcer les premiers opérateurs défensifs tels le déni, le clivage, la projection (l'identification projective), l'idéalisation, l'omnipotence, etc. ; ils peuvent organiser des « zones psychiques mortes » (des « cryptes ») du fait de l'absence de représentation, de figuration et de symbolisation qu'ils entraînent (ex : la « crainte de l'effondrement » de Winnicott R un trauma qui a été vécu, mais qui n'a pas pu être « éprouvé ») ; ce qui est ainsi désigné par « trauma » intéresse donc les catégories du primaire, et, de ce fait, est au centre des préoccupations de toute l'analyse contemporaine (Bokanowski, 2005).

Crocq (2012), définit le trauma comme un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. Le trauma peut encore renvoyer d'après Bokanowski (2005, p.891), à l'impact psychique d'un événement (une séparation, un deuil, un accident, une maladie, etc.) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne. C'est une expérience dénudée de sens, où les représentations symboliques sont absentes en raison de l'irreprésentabilité et du silence qui l'entoure.

Le concept du « traumatique » vient du mot latin « traumaticus » qui renvoie aux plaies, aux blessures. Selon Bokanowski (2005), le traumatique est l'aspect économique du traumatisme (le défaut de pare-excitation, etc.) qui entraîne un type de fonctionnement à propos duquel on pourrait parler de fonctionnement à empreinte traumatique ou en traumatique, même si une partie de ses effets peuvent être représentables, figurables et symbolisables, ils ne le sont jamais totalement.

a) Traumatisme comme effraction

Le traumatisme vient du grec ancien « traumatismos » qui s'entend comme une « action de blesser ». Il désigne dans le domaine de la pathologie chirurgicale au sens de Crocq (2007) une transmission d'un choc mécanique violent exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoque une blessure ou une contusion. Il s'agit d'une sorte de blessure avec effraction de la peau, une brèche dans l'enveloppe corporelle. Transposer à la psychopathologie, il signifie une « transmission d'un choc psychique exercé par des agents extérieurs psychiques sur le psychisme et provoque des désordres psychiques. En ce sens, on définira d'abord un traumatisme comme une lésion, une façon mécanique. Le mot traumatisme sera ensuite appliqué aux blessures psychiques, aux chocs émotionnels violents dus à une situation si critique, exceptionnelle et urgente que le sujet est dans l'impossibilité de les maîtriser ou de les décharger : il se trouve démuni, impuissant, tant psychiquement que physiquement, à maîtriser l'événement. Ce défaut de contrôle peut être physique et énergétique ; il peut se traduire par une absence d'organisation de son système de défense ou par un vide au niveau du sens de l'événement dans son existence.

Le traumatisme est relatif aux circonstances, à l'intensité de l'événement et aux ressources personnelles du sujet. Autrement dit, le traumatisme psychique est un processus psychique d'effraction et de débordement du psychisme (Crocq, 2012). Le traumatisme sert à désigner l'impact psychique d'un événement qui a douloureusement marqué l'existence d'une personne. Pour Barrois, le traumatisme est un choc violent, inattendu, lié d'une rencontre avec le « réel » de la mort, la personne traumatisée y agit avec frayeur et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Freud (1920) dans « *Au-delà du principe de plaisir* » dit qu'il a traumatisme lorsqu'un sujet est confronté à un excès d'excitation qui déborde ses capacités à endurer et à lier la situation qui se présente à lui. Cette excitation produit une effraction psychique (Roussillon, 2014). L'effraction psychique est donc la caractéristique du trauma

Il ajoute que, le débordement d'excitation produit un état dans lequel le sujet ne peut véritablement se saisir de ce à quoi il est confronté, qu'il ne peut véritablement pas le représenter symboliquement, c'est-à-dire le mettre en sens, ni même le lier d'une manière non-symbolique. L'expérience paraît durer interminablement et sans fin. Douloureuse, sans représentation, sans recours, sans fin, l'expérience traumatique est immaîtrisable, insaisissable et non liable par la psyché, elle ne peut être domptée. Roussillon (2014), l'expérience traumatique est débordante et désorganisatrice. Le traumatisme constitue une rupture dans la continuité de soi qui perturbe les croyances et les représentations, en particulier la confiance que le sujet a dans le monde (Kaës, 1997 ; Missenard et al, 1979). Le traumatisme se caractérise autant par ce qui se passe, que par l'incapacité dans laquelle le sujet se trouve à donner sens à ce à quoi il est confronté. Incapacité qui peut provenir de son immaturité mais aussi des conditions d'environnement « symboligène ».

La notion d'effraction permet de rendre compte des violences traumatiques subies par des patients, du fait de leur maladie, des traitements et même des discours tenus sur eux dans leur environnement médical, familial et social. Des éléments qui pénètrent leur vie psychique pour durablement prendre possession. A l'origine, le mot effraction dérive du langage juridique et définit comme tout forçage, rupture, dégradation, démolition, enlèvement de murs, de toits. L'effraction est un acte violent, transgressif, désignant une pénétration en force et par surprise. Elle est une expérience de la vie psychique et corporelle. Elle indique non seulement qu'une blessure par pénétration a été commise par un agent externe après avoir pris son enveloppe protectrice, corporelle ou psychique, mais qu'il en a aussi détruit ou altéré la substance intérieure (Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2002). Pris dans ce sens, l'effraction indique qu'une rupture violente, éprouvante, douloureuse a eu lieu au niveau de l'une ou l'autre frontière qu'il s'agisse de « barrière de contact » externe ou « du système de défense » interne.

b) De l'effraction corporelle et psychique.

L'histoire de vie d'une personne amputée se résume à une succession de ruptures, d'intrusions corporelles angoissantes et de séparation (Peccia-Galleto, 2009). A la suite d'un accident, la personne échappe de peu à la mort. Elle va vivre son corps dans une mouvance perpétuelle et singulière, recherche constante de limite, du déséquilibre, de la frontière entre la stabilité et la chute (Chemama, 2006). Ne supportant pas le regard d'autrui qui est un signe prégnant d'une potentielle effraction. Le traumatisme étant défini comme « un choc équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de

défendre le soi propre » (Ferenzi, 1932 ; Galletto, 2009). Dit autrement, le traumatisme entraîne une interruption de la temporalité se manifestant par une fixation et des représentations de l'expérience traumatique. C'est pourquoi Ciccone (2000), dit : « *ce qui a un effet d'effraction dans le Moi, c'est moins l'évènement lui-même que l'impossibilité dans laquelle se trouve le Moi de l'anticiper* ».

Ciccone (2000) fait remarquer la production réactionnelle du de fantasme de répétition, de la culpabilité et de transmission. En effet, lorsqu'il y a effraction du corps, toutes les possibilités subjectives d'appropriation et de symbolisation sont mises à mal. Selon Rey (2018), le corps n'oublie rien, surtout pas un traumatisme. Il part des travaux de du psychiatre américain Kolk (1975) qui donne les voies pour réparer le corps après un traumatisme lorsque le rapport corps-esprit est rompu. S'appuyant d'un certain nombre d'évènements traumatique comme la guerre, le viol, les violences conjugales, les attentats, Kolk (1975) arrive à conclure que le stress du trauma s'imprime non seulement dans le cerveau, mais aussi dans le corps des victimes. C'est pour cette raison qu'il affirme : « le corps garde toujours la trace » et propose la notion de « menace du corps » car pour cet auteur, le corps ne se rappelle pas des faits, mais garde l'empreinte d'un évènement traumatique.

Le corps pour lui réagit aux traces du traumatisme au même titre que le cerveau ressent de faim et de fatigue corporelle. Partit d'un fait simple qu'une personne violée dans son enfance peut ne plus rien ressentir dans sa vie sexuelle d'adulte et se demande pourquoi les autres ressentent des choses extraordinaires. La personne amputée peut être envahit par des sensations effrayantes. Le corps envoie un signal au cerveau pour que ce dernier éteigne sa capacité de ressentir et la connexion corps-esprit est rompue. Selon Sibertin-Blanc et Vidailhet (2002), l'épreuve d'une atteinte corporelle est toujours pire lorsque s'ajoute des divisions qui les empêchent de se faire entendre. Or, ce qu'on a à dire est si souvent dans l'indicible donc un agrégat de contenus traumatique et d'éprouvés corporels attaquant leurs capacités de penser et donc de les contenir. L'amputation est modification du corps, des organes, le corps et l'esprit étant intimement liés, l'amputation corporelle conduire à une altération de la vie psychique, désorganisation des structures mentales, diminution des capacités de réfléchir, baisse de représentativité dans le temps, l'espace, incapacité de se projeter dans le futur, anéantissement de l'esprit.

En effet, nombreux sujets souffrent de dépressions à la suite d'une amputation. L'intensité des symptômes dépressifs varie d'un sujet à l'autre en fonction du sentiment du

sujet (Kashani et coll, 1983). Dans ces travaux, Shontz (1974) affirme que l'amputation à elle seule ne peut pas expliquer la grande prévalence de dépression chez les sujets amputés. Pour lui, d'autres facteurs sont impliqués : la difficulté à trouver un emploi, une diminution des interactions sociales, une augmentation de la dépendance et une diminution de l'estime de soi due à une distorsion dans l'image du corps. Il avance que, la perception qu'a un sujet amputé de lui-même et son image du corps affecte significativement la qualité de son bien-être psychosocial, diminue considérablement son estime de et tend à accroître la prévalence des

Selon Rybarczyk et coll (1997), un sujet amputé qui développe une mauvaise image de son corps suite à une amputation subie a plus tendance à se percevoir comme étant socialement stigmatisé. La personne amputée s'attend à être considérée par les autres comme étant moins acceptée en tant qu'être humain. Par crainte du sujet, il se voit comme dégoûtant voir monstrueux et projette ces sentiments sur les autres. Il finit alors par se retirer du monde extérieur afin d'éviter la douleur et l'anxiété du sujet qu'il anticipe. Ce qui augmente chez lui, le risque de prévalence de symptômes dépressifs et anxieux. Ainsi, après l'arrêt brutal qu'impose l'effraction, il s'agit souvent d'accompagner l'individu à reprendre le cours de son histoire (Despierre, 2011).

1.2.1. La douleur du handicap comme obstacle à la participation social

Le handicap, épreuve très douloureuse, perturbe autant la sexualité et la vie quotidienne, le sommeil, la vie professionnelle et sociale (Le Breton, 2016). La douleur causée par l'altération des membres contribue à la perte de confiance en soi, d'estime de soi, à l'éloignement, à l'enfermement Paderi (2004). En effet, Si la douleur liée au handicap se localise en un point précis du corps, elle englobe tous les autres segments de l'existence. Pour Le Breton (2016), les activités jadis coulées dans l'évidence des jours deviennent difficiles : se déplacer, descendre ou monter un escalier, marcher dans la rue ou faire sa promenade, jardiner, nager ou conduire sa voiture, s'occuper de ses enfants, etc. Toute l'existence se trouve contrariée ou soumise à la dépendance à des proches ou des auxiliaires médicaux.

La douleur autorise la personne en situation de handicap à relâcher les contraintes d'identité et à ne plus crouler sous les responsabilités (Le Breton 2015). Elle est une manière de forcer l'arrêt des activités, puisque l'individu n'est plus en mesure de les soutenir. Elle autorise ce qui serait inacceptable dans les conditions ordinaires. Tout en payant le prix, elle donne l'avantage d'un allègement des exigences sociales et professionnelles. Lorsque la douleur causée par l'amputation touche la personne, même les tâches élémentaires de la vie

courante peuvent être déléguées aux proches. La douleur est ambivalence : à la fois, elle isole et rend dépendant de l'entourage. Elle redéfinit en profondeur les relations avec les autres. L'individu est totalement absorbé par sa douleur, il n'investit plus qu'elle en redouble donc son intensité par impuissance à investir d'autres éléments de son existence. Plus il se concentre sur sa douleur, plus il y pense, plus il lui confère une énergie redoutable. Avec le temps maints couples se brisent.

Pour Le Breton (2016), la douleur est pour l'individu la confrontation d'un événement corporel à un univers de sens et de valeur. Une douleur qui ne serait que de « corps » est une abstraction, comme le serait une souffrance qui ne serait que « morale ». La douleur ne touche pas le corps, elle ébranle l'individu, modifie l'écoulement de la vie quotidienne et sa relation aux autres. En d'autres termes, la douleur implique la souffrance. Même si elle touche seulement un fragment du corps, elle diffuse au-delà, elle imprègne les gestes, les pensées : elle contamine la totalité du rapport au monde. L'individu souffre dans toute l'épaisseur de son être. Il ne se reconnaît plus et son entourage confirme qu'il a cessé d'être lui-même (Le Breton , 2016).

La douleur semble être élément subjectif important dans la construction du handicap. Le sujet vit une souffrance intérieure et s'isole lui-même des relations sociales ordinaires. Dans cette perspective, on peut observer de cette analyse que fait Le Breton (2016), la douleur du handicap est une épisode d'exclusion sociale. Ici, même si la société mobilise tous les moyens pour favoriser l'adhésion sociale de personne, celle-ci sera en vain. La dimension psychologique est touchée. L'individu n'ayant pas la capacité de surmonter son handicap, s'auto exclu de la société.

1.2.2. L'auto-stigmatisation à l'épreuve du handicap.

L'individu n'est pas un réceptacle passif en situation de stigmatisation (Cavayas et coll., 2012). La manière dont une personne réagit à sa propre stigmatisation est éminemment hétérogène et l'impact s'étend à ses proches (MacRae, 1999 ; Corrigan et coll., 2010 ; Gargiula, 2016). Dans ce sens l'auto-stigmatisation représente l'impact de l'internalisation du stigma public (Corrigan, 2002). Les facteurs individuels du processus de stigmatisation permettent d'interroger enfin ce que Link et Phélan (2002), appellent l'auto-étiquetage ou ce que les théoriciens de l'interactionnisme symbolique appellent l'auto-stigmatisation qui est le processus d'intériorisation des préjugés. Selon Cavayas, une personne qui s'autostigmatise

plaque les croyances discriminantes sur sa propre personne, la menant ainsi à se dévaloriser et à perdre l'estime d'elle-même (Cavayas et coll., 2012).

Link et Phelan (2001) observent ainsi une forme de processus de stigmatisation comportant différentes phases qui se renforcent : l'identification, l'étiquette, la mise en application des stéréotypes et préjugés, les conséquences en termes de discrimination et d'autostigmatisation. Cette autostigmatisation est définie comme l'internalisation du stigma public : la personne qui s'autostigmatise applique les croyances stéréotypées, préjudiciables et discriminantes à sa propre personne, l'amenant ainsi à se déprécier. Ce processus entraîne une renégociation de l'identité et tend à affecter négativement l'estime personnelle ainsi que le sentiment d'auto-efficacité, tout en augmentant l'isolement social des personnes concernées. La stigmatisation et l'auto-stigmatisation affectent inévitablement les trajectoires de rétablissement des personnes ayant des troubles (Fortin, 2020).

L'auto-stigmatisation est reconnue comme étant un « *processus subjectif [...] pouvant être caractérisé par un sentiment négatif, un comportement inadapté, une transformation identitaire ou l'approbation des stéréotypes résultant de l'expérience d'un individu, des perceptions ou de l'anticipation des réactions sociales négatives basées sur une maladie mentale* » (Michalak et al., 2010). Cela entraîne donc des conséquences qui sont nécessairement sociale, psychologique, économique et politique (Dovidio et al., 2000 dans Okhakhume, 2012). Selon Corrigan et al. (2009), une personne intègre réellement le stéréotype lorsqu'elle est consciente de celui-ci, l'accepte et l'applique à travers ses comportements dans sa vie quotidienne. L'auto-stigmatisation apparaît donc comme un obstacle, pouvant être évité, dans les démarches amenant au rétablissement, et ce, au travers des différentes sphères de vie des personnes.

La principale conséquence de l'auto-stigmatisation est qu'elle touche l'estime de soi. Plusieurs études ont démontré que la stigmatisation a des impacts sur l'estime de soi des personnes concernées en situation de handicap (Link et Phelan, 2001; Verhaeghe et al., 2008). Des facteurs tels que l'impression d'avoir perdu le contrôle sur sa vie, la perte de relations sociales ainsi que la difficulté à s'actualiser au travers de rôles sociaux significatifs, ont pour effet que la personne se sentira dévalorisée lorsqu'elle se compare à ses pairs, et affecteront donc son estime de soi (Camp et al., 2002). Lorsqu'une personne en arrive à intérioriser les stéréotypes négatifs véhiculés dans la société, son estime de soi est « doublement » affectée.

Ce processus qui consiste à intégrer une image négative de soi serait associé à un état dépressif ainsi qu'à une faible estime de soi (Boyd et al., 2010; Moses, 2009; Leiderman et al., 2011).

1.2.3. Handicap et limitation de l'autonomie

Le handicap impose dans nombre de cas une limitation des activités et des déplacements, à la fois à cause des qualités particulières du corps, mais aussi à cause d'espaces publics souvent peu propices à le recevoir, ou d'équipements collectifs privés ou publics non aménagés pour l'accueillir. D'après Le Breton (2017), l'individu au corps altéré n'est pas dans une position où il pourrait apprendre à se mouvoir dans un espace inapproprié, son désir de rester discret, de contrôler ses mouvements ou ses mimiques parasites, son désir de retrouver une force minimale pour surmonter de modestes obstacles de terrain dans ses déplacements, tous ces efforts se heurtent à l'inertie de son corps, aux limites de son incarnation. Et certaines personnes finissent par ne plus jamais sortir de chez elles pour éviter les regards, les jugements ou la gêne de se faire aider. D'autres sont contraintes de vivre dans des établissements spécialisés.

L'amputation d'un membre du corps, est une atteinte partielle et totale de l'intégrité du corps qui limite les capacités d'autonomisation de la personne. Comme le note Blanc (2008), « *un corps déficient impose à son porteur une limitation de ses activités donc, de son autonomie individuelle* ». La personne ainsi touchée dans sa possibilité d'action sur le monde, vit son « *corps comme un autre, un lieu d'encombrement, de gêne, parfois de douleurs* » (Lebreton, 2017). Pour soutenir cette idée, Le Breton s'appuie de l'expérience de Nuss (1997) qui décrit les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap qui restreignent leur participation sociale. La personne en situation de handicap éprouve des incapacités et des besoins de se : « *Laver, moucher, nourrir, s'habiller, se promener, porter un vêtement et se soigner et ne peuvent le faire que par d'autres mains* ». Nuss poursuit en affirmant que, *lorsqu'on est en situation de handicap, l'on n'a pas la moindre intimité avec son propre corps, même pour des actes aussi personnels qu'uriner ou déféquer* » (Nuss, 1999).

La limitation des capacités d'autonomie donc parle Lebreton (2017), conduit à la dépendance de la personne en situation de handicap. Par cette dépendance, la personne au regard de la société devient hors-norme car non compétente et non productive. C'est dans ce sens que Sausse (2011) définit la personne vivant avec un handicap comme « *hors-norme, dépendante alors qu'il faut être autonome, maladroit, alors qu'il faut être performant* ». La dépendance est l'une des caractéristiques du handicap qui va à l'encontre de la norme. La

conséquence directe de la dépendance est le manque ou l'absence d'autonomie. Les personnes en situation de handicap ont une « *autonomie limitée* » pour reprendre les propos de Korrrf-Sausse (2011 ; Le breton, 2017 ; Blanc, 2008). Ces sujets sont en contradiction et en écart avec l'idéal de la société. L'idéal qui s'impose comme une norme promettant l'autonomie qui est entendue comme la valeur dominante de la personnalité contemporaine (Gauchet, 2004).

La personne vivant avec une déficience motrice, est confronté à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins, il occupe toute la place. Il oblige ainsi la personne à organiser une réalité qui l'envahit sans cesse douloureusement. Il est expérience de souffrance permanente, car il rappelle sans cesse sa présence comme limite irréductible. On peut constater que, l'amputation ou la déficience, les incapacités et les limitations ou la perte de l'autonomie individuelle sont les premiers éléments à prendre en compte pour expliquer la co-construction du handicap. Le degré de participation ou d'exclusion sociale de la personne amputée d'un ou de ces deux membres inférieurs ou supérieurs du corps dépend d'abord du niveau de réalisation des tâches par la personne, du niveau d'accomplissement des rôles sociaux et du niveau d'atteinte organique. En dehors des facteurs liés à la morphologie et aux habitudes de vie, les facteurs psychologiques sont aussi non négligeables à la compréhension du handicap comme processus, comme situation.

1.3. DEVENIR EN SITUATION DE HANDICAP : UNE SOCIALISATION PROBLEMATIQUE

1.3.1. Stratégies de dissimulation à l'épreuve du handicap

Calvez (1994), souligne que la personne stigmatisée peut avoir recours à des stratégies de dissimulation qui rappellent le faux-semblant. La personne se voit ainsi contrainte de créer des subterfuges pour éviter que l'un de ses attributs soit visible pour les autres. Ces stratégies de dissimulation, avec la part inconsciente de déni qu'elles comportent, peuvent être au service d'une non-acceptation de la réalité que le handicap impose. Selon Calvez, le faux semblant et la dissimulation requièrent des compétences de l'individu à contrôler l'information qu'il donne dans les situations d'interactions. Dans son étude, Calvez (1994), part des travaux d'Edgerton (1971), pour expliquer ce qu'il entend par subterfuges dans l'asymétrie des relations sociales.

Dans les interactions, le handicap produit le stigmate. Il perturbe l'interaction car il introduit pour les acteurs, une incertitude sur l'identité de la personne et un malaise quant à la manière d'agir. Le stigmate lié au handicap ou la déficience comme qualité négative et discréditant par rapport à la norme sociale est invisible ; l'individu est donc discreditable. La

difficulté est alors pour lui de contrôler l'information sociale qui le concerne pour ne pas être discrédité (Goffman, 1975 ; Winance, 2004). Cette gestion d'une information non-révélee et discréditrice pour soi-même est le « *faux- semblant* ». L'individu discreditable « *fait semblant* » d'appartenir à la catégorie des normaux. Parfois le stigmaté est visible. Ici, la difficulté est alors, pour cet individu, de gérer l'impression qu'il donne de lui-même et d'essayer de réduire la tension créée par son stigmaté, cela afin d'être accepté par les normaux. L'individu discrédité cherche à « *couvrir* » son stigmaté, à atténuer les effets qu'il produit sur et dans l'interaction pour être « *le plus normal possible* ».

Les stratégies de subterfuge sont les moyens utilisés par la personne ayant des incapacités motrices pour éviter ou échapper au regard stigmatisant de la société. Winance (2004), voit ici une ambivalence de réaction. Pour lui, l'interaction entre la personne affligée d'un stigmaté et la personne normale passe par la construction d'un « *comme si* ». Soit la personne affligée d'un stigmaté, en dissimulant ou en couvrant son stigmaté, fait tout pour être considérée « *comme si* » elle était normale ; soit la personne normale fait tout pour considérer la personne affligée d'un stigmaté « *comme si* » elle était normale. Dans cette ambivalence que souligne il ressort que, la personne vivant avec une amputation des membres, face à la société normative, fait « *comme si* » elle était tout à fait normale. De même, la société fait semblant elle-aussi d'accepter ou d'accueillir la PSH. Il s'agit pour Edgerton (1967), des déguisements de compétences.

La notion de « *déguisement de compétence* » désigne ces manières de faire et ces tactiques que l'individu utilise pour masquer en vain son incompetence, mais qui lui permettent selon Calvez (1994), de « *maintenir une estime de soi* ». Les personnes en situation de handicap traitées de dépendantes, inaptés, incompetentes, mettent en œuvre des processus de « *déni continu* ». Ce processus de déni conduit à une reconstruction institutionnelle. Cette phase est marquée par une conscience des conséquences désastreuses que le dévoilement pourrait avoir. Chaque sujet a recours à des procédés d'occultation en vue de passer au-delà de la confrontation que la situation de face-à-face rend possible (Calvez, 1994). Ce « *comme si* » débouche sur une première forme, paradoxale, de normalisation. Il permet l'effacement du stigmaté, de l'attribut discréditant, et rend « *normale* » la personne affligée d'un stigmaté ou, plutôt, il rend possible son identification à la catégorie des normaux (Winance, 2004).

Le « *comme si* » maintient et renforce également la distance qui existe entre le normal et le stigmaté. Parce qu'elle possède un attribut considéré comme discréditant, la personne

affligée d'un stigmat ne peut jamais être considérée comme « tout à fait normale ». Ce constate de Winance (2004), est une réalité absolue pour la personne en situation de handicap moteur. L'altération d'un bras ou d'une jambe, classe son porteur dans une catégorie de personnes en situation de handicap. Même si la société, accepte l'inclure normalement, la personne ne pourra plus retrouver la partie du corps altérée. Pour analyser l'incompétence donc parle Edgeton (1967), ce dernier propose cinq domaines : les attributions de responsabilité des actes des individus ; les demandes de compétences qui accompagnent l'appartenance sociale ; les alliances matrimoniales ; l'usage des croyances surnaturelles pour fonder des rôles sociaux spécifiques ; l'existence et la localisation sociale du stigmat » (Calvez, 1994).

L'approche développée par Edgeton (1967) souligne qu'il n'existe pas une réponse inéluctable de la stigmatisation. Les réponses aux déficiences physiques ou mentales de l'individu dépendent des principes et des croyances qui soutiennent l'ordre social et des possibilités d'attribution d'un statut à l'intérieur de la communauté. Par déguisement de compétence, Calvez (1994), identifie un rapport social spécifique qui résulte d'un passing : les individus affligés d'un stigmat cherchent à vivre normalement en anticipant la détection du stigmat. Goffman (1975) et Garfinkel (1967) font la même démonstration à ce sujet. Calvez (1994), conclut que, l'analyse du rapport social à la déficience suppose de situer les interactions dans leur cadre social et culturel. Les interactions entre les personnes en situation de handicap ne doivent donc pas s'appréhender sans être situées dans l'ordre socio culturels.

1.3.2. Statut spécifique de la personne amputée

La survenue brusque d'un handicap au cours de la vie donne à la personne une nouvelle image sociale. Avant la survenue d'un handicap moteur, la personne vit une vie normale. Dès lors que le traumatisme survient, la personne acquiert une nouvelle identité celui de « *personne handicapée* ». La place sociale, l'exclusion, ou encore le degré de participation sociale des personnes en situation de handicap reste ambigu. Le handicap suscite de gênes (Korff-Sausse, 2011 ; Blanc, 2008), des méfiances, de la discrétion, attention, tact, respect, pitié, honte et culpabilité (Gariulo, 2016), étrangeté (Freud, 1922 ; Sausse, 2011) non seulement de la part du porteur, mais aussi de la société.

Leur condition fait qu'on puisse penser qu'ils ont une place méconnaissable. Pour Blanc (2008), si la déficience ne nie pas l'humanité des personnes en situation de handicap, elle en « *altère toutefois les caractéristiques les plus évidentes, pour soi et pour autrui* » tel : la forme, la fonctionnalité et l'usage des corps, les capacités d'être qui sont autant d'aspects sur lesquels

les sociétés posent aussi leur empreinte. La déficience comme par exemple c'est le cas avec l'altération d'un membre du corps, est une expérience particulière qui situe son porteur et par extension ses proches, quoique de façon différente au sein d'un espace qui n'est ni celui de l'exclusion irrévocable, ni celui d'une intégration pleine et entière.

Par ce que la déficience est altération du corps, elle est par contrecoup « *altération des relations sociales, modification de flux et de leurs formes* ». Elle permet de vérifier, mais a contrario, à quel point le corps constitue un support des échanges. Goffman (1975) affirmait que le corps est le support des échanges. La déficience entant qu'expérience individuelle rencontre selon Blanc (2008), des processus sociaux qui s'impose en elle, la modèle et lui offrent quelques chances de trouver sa place sein de sociétés qui en sont pourtant éloignées et lui sont parfois hostiles et sûrement étranger. La personne en situation de handicap vie individuellement sa déficience qui la situe dans le rapport social. Par leur déficience, la personne peut s'exclure de la société ou encore, les membres de la société peuvent lui offrir une place, donc l'inclure.

La socialisation des personnes en situation de handicap est une socialisation sans doute problématique car elles-sont dans une sorte de présence en même temps d'absence au monde dont elle mêmes et la société semble avoir conscience sans être en mesure de trouver les solutions à ce problème. Les personnes en situation de handicap sont placées dans une position spécifique qui illustre la situation propre des exclus dont elles seraient un idéal-type (Blanc, 2008). Korff-Sauss (2005) fait également cette analyse d'une socialisation problématique entre inclusion, exclusion et adaptation des personnes en situation de handicap. Elle établit en premier lieux des dissemblances entre l'exclusion des personnes en situation de handicap et les autres formes d'exclusion sociale.

La personne en situation de handicap est donc pour elle, « *un exclu, mais un exclu pas comme les autres* ». C'est ainsi qu'elle qualifie la position sociale de la personne en situation de handicap. Dans son étude, elle se demande si la personne en situation de handicap est un exclu au même titre que les autres à l'instar des prostitués, de criminels, de homosexuels, de braqueurs, des assassins, de bandits...

La comparaison qu'elle fait avec les autres exclus emblématiques que sont les SDF, les prostituées, les criminels montre que les représentations inconscientes que mobilise le handicap sont autres que celles concernant les clochards, et des vagabonds. Le handicap est une autre forme de transgression, bien plus redoutable encore, car elle renvoie à un miroir brisé aux

confins de ce qui est considéré comme humain, avec l'atteinte des fonctions essentielles que sont la libre motricité, l'autonomie, le langage et la procréation. Atteinte de l'idée religieuse d'un homme fait à l'image de Dieu, atteinte de l'idée scientifique de la maîtrise des processus de procréation. Si le clochard transgresse l'ordre social, la personne en situation de handicap transgresse l'ordre biologique, évoquant une animalité voire une monstruosité.

Sauss (2005) pense que, pour savoir si les personnes en situation de handicap sont des exclus, il faut réinterroger la catégorie de l'exclusion et d'en dévoiler la complexité. Car s'ils subissent de toute évidence des procédures d'exclusion, les handicapés n'entrent pas pour autant obligatoirement dans la catégorie beaucoup trop générale des exclus. Ce serait méconnaître la spécificité du handicap et confondre les causes et les conséquences. Ce serait en quelque sorte revenir au début du XIXe siècle où l'asile regroupait les pauvres, les infirmes, les déficients, les malades mentaux, les différenciations n'étant apparues que grâce à l'affinement des modèles théoriques et le développement des prises en charge.

1.4. LA REPRISE DU MOI-CORPS

1.4.1. Corps et psyché : un lien étroit

Pour Smadja (2011) il existe un mode habituel de pensée chez les humains, qui les conduit à considérer en même temps que le corps et l'esprit composent une totalité indissociable pour chaque individu et que, le corps et l'esprit occupent deux domaines relativement indépendante, autonomes et contractant ensemble des liens permanents, variés et d'influence réciproque. Pour Freud (1894), le clivage entre le corps et l'esprit est quelque chose d'inconcevable. Il va proposer la notion de Moi-corps pour montrer ce rapport entre le corps et l'esprit. Le moi-corps pour lui renvoie au corps. Dans son article la « négation », il montre comment toute représentation mentale implique nécessairement une rencontre initiale avec un objet ayant d'abord été, en son temps, source de satisfactions (Golse et Simas, 2008).

Dans le *Moi et le ça*, Freud (1923) présente le moi comme une entité fonctionnelle et non pas une substance. Il ramène sa théorie du moi à la dimension corporelle et pense que : « *Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface* » (Roghe, 2013). Il affirme dès les *Trois essais*, que toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Il va définir le Moi en 1922 comme « une projection mentale de la surface du corps » (Kaes, 2007). Le moi-corps est pour Freud (1923) la surface où se réfléchit l'antagonisme du dualisme pulsionnel. Il est vécu et traversé

par les pulsions. Freud (1893-1924) désigne en particulier la pulsion comme un élément cardinal qui maintient le corps en relation avec le psychisme et considère le lien psychique au corps comme une partie essentielle de l'épreuve de la réalité et de la structure du moi (Lombardie, 2009).

Lombardi (2009) dans ses travaux part d'une approche clinique et mène ses études sur la relation qui lie le corps et le psychisme. S'appuyant de l'expérience de Bion (1990) sur l'importance du corps dans l'analyse des patients présentant un « *défaut du penser* » qui dans de nombreux cas, ne devient manifeste que lorsque des aspects concrets et somatiques surgissent dans la séance. Bion (1990), constat qu'en l'absence d'une conscience du corps, la personnalité du patient est privée de sa principale source de stimuli émotionnels et, par conséquent, toute croissance mentale est paralysée. Ce constat lui permet de considérer que le corps est le point de départ des processus psychiques et la source de développement des expériences qui requièrent l'exercice de la pensée et l'assomption de la responsabilité. Klein (1923), explore des différentes manières le rôle du corps dans le développement de la pensée. Les travaux de Bick (1967), sur l'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces sont aussi a considéré lorsqu'elle propose la notion de peau psychique.

L'intérêt de Lombardi (2009) est d'explorer les possibilités de concevoir le corps comme étant au centre des différentes phases de la perlaboration psychanalytique car, la psychanalyse a toujours maintenu le corps au centre du développement du fonctionnement psychique. Bion (1959) met l'accent sur l'importance des liens internes existant entre les pensées et le système des théories qui organisent le fonctionnement mental (Bion, 1962b). Ce lien se décentre des phénomènes relationnels et de leurs contenus pour mettre l'accent sur la forme d'organisation du psychisme, permettant ainsi de traiter des patients qui présentent de graves dissociations et des aires de fonctionnement asymbolique. Bion (1990) semble s'intéressé par le rôle que le corps peut jouer pour créer la base des phénomènes de penser.

Anzieu (1985), quant à lui part des travaux de Freud (1923) pour élaborer sa théorie de moi-peau. Dans sa théorie, Anzieu (1985) établit un système de correspondance entre les fonctions du Moi et celles de la peau. C'est ainsi que la métaphore du moi-peau maintient le lien entre psyché et corps. Pour Anzieu (1985), la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. Le fait qu'il y ait un trait d'union entre le « moi » et « peau » indique qu'il s'agit bien d'un contenant indissociable de la mère et de l'enfant. Il complète les

apports de Freud (1923) notamment la perspective topique qui s'enrichit de l'apport topographique d'une organisation spatiale du Moi corporel et du Moi psychique. Il y a dans sa théorie ce lien d'attachement mère-enfant. Un double rapport d'étayage et de figuration symbolique entre le moi et les sensations de la peau. Le Moi-peau est basé sur les différentes fonctions de la peau.

Le moi-peau permet de différencier ce qui relève du sujet, de ce qui relève des désirs des pensées et des affects d'autrui, la projection dans le psychisme de la surface du corps, soit la peau qui forme le feuillet véritable interface avec le moi, matrice de l'individuation. L'expérience corporelle adjointe au regard, au corps, à la parole maternelle reste le premier étau à la communication psychique (Peccia-Galletto, 2009). Dans ces travaux, Ferrari (2004) élabore une approche systématique qu'implique la centralité sur la relation avec le corps et sur la relation corps/psychisme, comme moyen de traiter des cas difficiles de façon analytique. Il nomme dysharmonie de la relation corps/psychisme les désordres de cette relation qui sont dus, pour la plupart, à un manque ou à une distorsion de la rêverie maternelle. Il envisage le corps, qu'il nomme Objet Concret Originare (Concrete Original Object) ou COO, comme un objet initialement concret et non symbolique qui, sous certaines conditions, développe une capacité à symboliser et à penser.

Ainsi, l'on peut constater que « tout le train des pensées est dominé par l'élément qui a pour contenu une innervation corporelle (Freud 1915). Ferrari (2004) conçoit le psychisme comme une réponse fonctionnelle de l'organisme permettant à celui-ci de contenir la pression de « la violence des fonctions primitives » (Bion, 1965 ; Lombardi, 2009). Le traitement psychanalytique des adolescents a aussi démontré les nombreux bénéfices qu'il y a à se centrer sur la relation avec le corps propre lorsqu'il change (Cargnelutti et al., 2002 ; Del Greco, 1996 ; Ferrari, 2004 ; Laufer & Laufer, 1991). Dougall (1984, 1989, 1996) pour sa part, met l'accent sur le rôle de la « *désaffectation* » et montre que, dans des cas des perversions et de maladies psychosomatiques, la véritable maladie du patient réside, fondamentalement, dans la profonde séparation entre psyché et soma.

Le rôle du corps dans le traumatisme psychique est également important, car le traumatisme effracte le bouclier pare-excitation (Freud, 1920 ; Lombardi, 2009). Le lien du sujet avec son propre corps peut aussi devenir une protection contre la désorganisation mentale causée par le traumatisme psychique. Anna Freud (1964) semble préfigurer cette notion dans sa description des angoisses hypocondriaques d'un enfant qui est initialement incapable

d'entrer en relation de façon symbolique avec un traumatisme : elle comprend son retrait dans son corps comme une sorte d'identification avec un objet maternel qui est capable d'effectuer une forme première et déterminante d'auto-préservation.

1.4.2. Des enveloppes psychiques dans la figuration du Moi-corps.

La notion d'enveloppe(s) psychique(s) est plus difficile à définir. Utilisée comme synonyme du Moi chez Freud (1923), ou comme partie constituante du Moi-peau chez Anzieu (1990, p.71), ce dernier finit d'ailleurs par l'envisager en tant qu'enveloppe psychique à part entière. Kaës (2007) étudie la genèse et le développement de ces deux notions en reprenant les apports épistémologiques qui ont permis à D. Anzieu (1985) de les modéliser, et souligne leur intrication importante. Les travaux de Vallon et Gimenez (2015) se concentrent sur les apports épistémologiques principaux. Ces auteurs partent des travaux de Freud (1895 ; 1923 ;1925) et de Bion (1962). Pour appréhender les notions d'enveloppe(s) psychique(s) et de Moi-corps. Selon Freud (1895), il existe une « barrière de contact » constituée de neurones et présentant diverses caractéristiques qui permettraient de délimiter les stimuli provenant du monde extérieur et les différents processus internes qui les traitent, les filtrent avec plus ou moins de succès. Plusieurs types de neurones constitueraient cette barrière : des neurones perméables servant à la perception et des neurones imperméables (résistants et rétenteurs de quantité).

La « barrière de contact » serait alors constituée d'éléments hétérogènes permettant la construction et le maintien de processus psychiques internes. L'on retrouve ainsi les caractéristiques essentielles attribuées aux notions d'enveloppe(s) psychique(s) et de Moi-corps : un espace ayant pour spécificité de délimiter et de séparer deux environnements hétérogènes mais pouvant interagir grâce à lui. Cette idée de « barrière de contact » sera reprise un peu plus tard par Bion (1962) pour décrire un espace, ou plutôt un écran, permettant de séparer le conscient et l'inconscient tout en offrant des échanges possibles entre ces deux environnements : « Le terme de barrière de contact entend souligner l'instauration d'un point de contact entre le conscient et l'inconscient et le passage sélectif des éléments d'un plan à un autre. C'est la nature de la barrière de contact qui déterminera la transposition des éléments du conscient à l'inconscient et vice-versa ».

Freud (1925) conçoit que l'appareil psychique est comme ce jeu, constitué de plusieurs surfaces aux fonctions spécifiques. Il distingue alors deux couches dans l'appareil psychique, une première qui a une fonction d'inscription des traces et une fonction de filtre ou de pare-excitatrice. Tout au long de son œuvre, il a envisagé l'appareil psychique en termes de surfaces

séparatrices, de filtres et autres espaces différenciés. Il semble que cette distinction vient préfigurer non seulement la façon dont Anzieu (1985, 1990) envisage le Moi-peau mais également l'enveloppe psychique en plusieurs feuillets. Les travaux de Anzieu (1985) ont permis de mettre en évidence l'existence d'un élément appartenant à la réalité fantasmatique de l'individu et assumant un certain nombre de fonctions, tout en bordant l'appareil psychique individuel : le Moi-corps.

Doron (1987) propose une ébauche de différenciation entre les notions de Moi-corps et d'enveloppes psychiques. Dans un premier temps l'auteur considère le Moi-corps comme un espace spécifique aux fonctions séparatrices entre l'environnement intrapsychique et l'environnement extérieur : « *Le Moi-peau est ainsi un espace fermé par une limite assimilable à une peau psychique différenciant deux espaces topologiquement séparés avec à l'intérieur l'espace psychique dans lequel vivent en ordre ou en désordre des contenus psychique.* » Dans un second temps, l'enveloppe psychique n'est pas un espace mais une membrane, ce qui permet de spécifiquement délimiter les espaces intrapsychiques. Sa principale caractéristique est qu'elle peut être, à l'image de la peau, hautement plastique, ce qui n'est pas le cas du Moi-peau : « *L'enveloppe psychique peut être assimilée à une membrane souple qui dans une première fonction différencie les domaines du dedans et du dehors tout en permettant des échanges entre ces espaces. La souplesse de cette limite est analogue à celle de la peau, elle permet de rendre compte d'une certaine plasticité d'un fonctionnement psychique.* »

Dans cette perspective, on peut avancer qu'il n'y aurait pas une mais des enveloppes psychiques, correspondant aux différentes membranes, et pourquoi pas, aux deux feuillets interne et externe, repérés par D. Anzieu (1985). L'enveloppe psychique est constituée de deux couches : une couche externe qui permet de faire écran aux stimulations extérieures et une couche interne qui permet de mettre en lien les stimulations extérieures et l'environnement intrapsychique. Anzieu repère sept types de Moi et relève vingt-huit types d'enveloppes psychiques Gimenez et Vollon (2015) organisent en six catégories : les enveloppes sensorielles, les enveloppes impliquées dans les expériences précoces, les enveloppes impliquées dans le système perception/conscience, les enveloppes agissant sur la forme de l'appareil psychique en tant que conteneur, les enveloppes agissant dans les relations d'objet, et enfin les enveloppes spécifiques des pathologies psychiques (Gimenez et Vallon, 2015).

1.4.3. Moi-corps et enveloppes psychiques : métaphores ou structures psychiques ?

Avant d'envisager ces notions comme des concepts, le Moi-corps et les enveloppes psychiques furent initialement appréhendés par Anzieu (1985, 1990, 1994) comme des métaphores ou métonymies de la peau avec laquelle ils entretiennent une forte dépendance : « *Le Moi (enveloppe psychique) est une métaphore de la peau (enveloppe organique). Le Moi est en relation métonymique avec la peau ; à la fois dedans et dehors par rapport à celle-ci ; chacun englobant l'autre comme tout et partie...* ». Bick (1987) reconnaît l'expérience de la peau comme fondamentale dans la formation de l'appareil psychique, dans la construction d'une peau psychique spécifique dont la forme conditionne la structuration psychique de l'individu. « L'objet contenant est expérimenté concrètement comme une peau ».

Les travaux de Bick permettent d'apprécier l'importance de la peau psychique assimilée au Moi-peau et aux enveloppes psychiques en tant qu'élément structurant de l'appareil psychique. Cette approche se retrouve également dans les travaux d'Houzel (1994) qui met en évidence l'importance d'envisager les enveloppes psychiques comme une reformulation du Moi-peau mais surtout d'un point de vue structural, car elles permettent la pérennisation de l'appareil psychique individuel : « *Le concept de stabilité structurelle me paraît fondamental pour rendre compte des processus qui président à la constitution et au maintien de l'enveloppe psychique. Ce sont des processus de stabilisation* ».

Selon Ciccone (2001), les enveloppes psychiques se construiraient à partir des « boucles de retour », de mouvements de fusion puis de séparations répétées avec l'objet maternel contenant. Elles sont fondamentales dans le développement et la structuration de l'appareil psychique et sont issues à partir d'un certain nombre de processus qu'on associe ces deux notions (enveloppe psychique et fonction contenant), car la notion d'enveloppe est indissociable de la notion de sa fonction. En effet l'enveloppe n'est pas un objet psychique en soi, ni même une instance. L'enveloppe psychique est avant tout une fonction, assurée par un certain nombre de processus ». Pour Ciccone (2001) on peut considérer la notion d'enveloppe psychique comme une métaphore qui définit une fonction. L'enveloppe psychique n'est pas un objet psychique mais une fonction.

Au sens de kaës (2007) le Moi-peau installe l'image d'une peau psychique, dont la fonction et l'organisation sont partiellement semblables à celui de la peau biologique, et donc partiellement différentes de celle-ci. Le concept d'enveloppe psychique s'articule, lui aussi, sur une métaphore, mais il permet de généraliser une structure et des fonctions, de penser une plus

grande diversité de ses manifestations intrapsychiques et interpsychiques : enveloppe onirique, sonore, groupales, etc. Puis la pensée de l'enveloppe s'applique au Moi lui-même, dans un renversement de la proposition initiale : la fonction des enveloppes psychiques est nécessaire à la formation du pré-Moi corporel. Il permet de penser d'autres enveloppes que celle de la peau, et de se dégager de son socle d'inscription originel : enveloppes sonores, olfactives, auditives, tactiles, mais aussi oniriques, groupales, familiales, etc. Chacune de ces enveloppes se spécifie.

1.4.4. Handicap et symbolisation

1.4.4.1. Le symbole.

Le mot « Symbole » vient du latin *symbolum* et renvoie au « *sumbolon* », objet brisé dont les morceaux disjoints constituaient le « signe de reconnaissance ». Les travaux de Granjon et al (2004) renseignent sur les origines du concept de symbole. Ils partent des études de Rey (2004) qui pense que le symbole désigne originellement un signe de reconnaissance provenant d'un « *objet coupé en deux dont deux hôtes conservaient chacun une moitié qu'ils transmettaient à leurs enfants; on rapprochait les deux parties pour faire la preuve que des relations d'hospitalité avaient été contractées*» (Rey, 2004: 3719). L'étymologie grecque *sumbolon*, dérivée du verbe *sumballein* qui signifie «jeter ensemble», «joindre», «réunir», «mettre en contact», le symbole avait la fonction d'unir, de construire un pont entre deux objets.

Selon Ségala (1975) la psychanalyse utilise le terme « symbole » pour nommer le résultat du « déplacement d'un signifiant vers un autre », le second représentant le premier. Le symbole est pour lui : « *symbole, mode de représentation indirecte et figurée de quelque chose d'absent, d'une idée, d'un conflit, d'un désir inconscient* » (Stenis, 2014). Elle distingue « l'équation symbolique », mécanisme « de la pensée concrète des schizophrènes », destiné à nier l'angoisse persécutrice, des « symboles à proprement parler » (Segal, 1970). Ces derniers se mettent en place là où le deuil de l'objet a été possible (« position dépressive », Klein, 1968). La symbolisation est la capacité à transposer « sur la scène psychique, ce qui relie le sujet à la fois à l'objet et à sa pulsion » Pelsser (1989). Elle se caractérise selon cet auteur par une série de fonction comme : la capacité de se distancier de l'objet extérieur grâce à la représentation de cet objet. Elle se caractérise également selon Pelsser (1989), par la capacité d'utiliser le langage, d'éprouver, d'exprimer et des dire les affects ressentis. Elle se caractérise par cette capacité de faire le lien tout en faisant la distinction entre le langage et la réalité, entre la fantaisie et la réalité. Elle joue un rôle dans les destins de l'affect, dans le sens.

1.4.4.2. Processus de symbolisation selon Roussillon(2014)

Pour Roussillon (2012) la matière première de la psyché est énigmatique et n'est pas immédiatement saisissable. Elle implique une médiation. Elle est hyper-complexe, multi-perceptive, multi-sensorielle, multi-pulsionnelle, multi-affective, elle mêle soi et l'autre, dedans et dehors. Elle est aussi énigmatique car immatérielle. Elle doit être décomposée progressivement en représentant-affect et représentant-représentation. Elle ne peut être ainsi décomposée que par l'intermédiaire de sa réflexion par l'objet. Elle ne peut être intégralement saisie d'emblée dans le temps de son enregistrement. Roussillon met l'accent sur deux temps : le temps de l'expérience (temps de déroulement), et le temps où ça se saisit, le temps où ça se re-présente. On symbolise souvent à l'après-coup, dans une reprise, une ressaisie, une représentation, et au sein d'une situation qui s'y prête, d'une situation de sécurité, et ceci car il faut des conditions particulières pour que cette reprise puisse s'effectuer. Roussillon (2014) présente huit étapes qui constituent le processus de symbolisation mais, dans le cadre de cette étude on va se limiter à quatre étapes.

Etape 1 : Symboliser c'est réunir autrement ce qu'on a séparé ou différencié.

Dans cette phase, trois étapes sont requises : il s'agit de se séparer, de déconstruire et délire les éléments d'un premier état de la chose psychique, de la matière première, de l'expérience subjective mis au travail. Car pour Roussillon (2014), ce qui a été séparé est par la suite réuni et relié. Ainsi, s'opère la différenciation. En symbolisant un événement psychique, le parcours et l'intrication des éléments pulsionnels engagés dans cette expérience, la colère et l'amour du sujet pour son objet perdu, le travail de l'autoreprésentation de la psyché et ses processus de traitement. La symbolisation est la trace de l'histoire. Elle est gestion de la pulsion et autoreprésentation de la psyché. Symboliser, c'est procéder au processus d'identification à l'objet.

Le sujet symbolise l'absence d'un membre en présence de l'autre. L'individu cherche à oublier les membres perdus et se contente désormais des autres restants. Dans son état, la personne vit la scène et prend conscience qu'il ne retrouvera plus son état passé ou son corps d'avant. Il comprend forcément qu'il doit vivre avec ce nouveau corps désormais transformé, abîmé, perdu et en situation de handicap. Il prend conscience que son corps n'est pas totalement abîmé ni totalement perdu. Ce qui est physiquement absent est psychologiquement représenté. Ce qui s'absente d'un côté est représenté de l'autre. C'est un jeu d'absence, une disparition feinte, une perte symbolique (Roussillon, 2014). La réalité est que, la personne amputée fait

écran. Elle observe un côté du corps absent et manifeste de la colère. De l'autre côté du corps, ces membres sont présents. Ainsi, la colère manifestée est compensée par l'amour qui la conserve et retient le geste de la colère. Il y a là, une transformation de l'expérience de la détresse en une expérience de force et de maîtrise.

Etape 2 : la symbolisation produit de la perte par la transformation qu'elle implique. Elle refoule originellement ce qu'elle symbolise.

Selon Roussillon (2014), la détresse et la disparition sont symbolisées. La symbolisation suppose et produit le meurtre de l'expérience première. Dans ce cas, l'expérience de la symbolisation est une nouvelle expérience psychique, c'est une nouvelle expérience de moi qui transforme l'état de moi et donc son rapport à l'épreuve première. Il y a une sorte de désorganisation traumatique postérieure qui ne saurait retrouver l'état antérieur. La détresse avant toute symbolisation n'est pas semblable à celle d'un sujet qui la retrouve dans un moment de désorganisation. La symbolisation fait perdre l'expérience symbolique dans la mesure où elle transforme le sujet lui-même. C'est là une des sources de résistance à la symbolisation. Si elle rend possible l'élaboration de la perte, elle recouvre l'expérience première d'une nouvelle inscription, elle la dépose, la stratifie et la réorganise.

Etape 3 : la symbolisation produit et ne produit pas la perte.

La symbolisation de l'expérience vécue relève de cette expérience, la reprend à niveau symbolique, abstrait, représentatif, mais elle ne la fait pas disparaître pour autant. Elle n'est jamais totale par ce que la nouvelle inscription ne fait pas disparaître l'ancienne trace de l'expérience qui peut être retrouvée dans certaines conditions. Symboliser l'histoire vécue ne veut pas dire pour Roussillon (2014) la faire disparaître mais, elle change le rapport subjectif à celle-ci. Elle ne transforme pas le fait premier. Il y a une transformation première qui est recouverte, réorganisée par le travail de symbolisation. Elle n'est pas absolue. La symbolisation par effet de structure n'est pas totale. L'issus hors de la détresse première ne fait disparaître cette détresse. Il se construit ce que Green (1982) nomme « la réserve de l'incréable ». Il s'agit d'un reste, d'une réserve, un dépôt, qui relance indéfiniment le processus, l'empêche de se clore sur lui-même.

Roussillon (2014) pense que, plus la symbolisation se raffine, plus elle éloigne le sujet de cette expérience, plus l'expérience se perd dans la symbolisation et plus quelque chose de l'inscription première reste en reste. Dit autrement, la symbolisation produit le sujet. Elle

produit la subjectivité mais n'annule pas l'expérience. Elle permet plutôt de la subjectivité. Elle refoule originellement l'expérience. La symbolisation laisse un reste, si elle refoule ce qu'elle symbolise, elle ne saurait être totale. Elle est interminable.

Etapas 4 : la symbolisation symbolise sa propre limite, l'absence de symbolisation.

La symbolisation produit des représentations de son absence. Le processus de symbolisation doit pouvoir symboliser sa propre négation. Elle doit produire une représentation chose de l'absence de représentation. Elle produit un fait de vide (Winnicott, 1969) et de castration (Freud, 1923). Bion (1966) disait que la première pensée est la pensée du non-sein, du sein absent et donc la représentation de l'absence de représentation du sein. La symbolisation symbolise ce qu'elle ne symbolise pas (Roussillon, 2014). La symbolisation s'inscrit dans l'appareil de langage, soit dans des formes de représentation ou l'individu s'identifie à lui-même. Elle est polymorphe et hétéromorphie.

CHAPITRE 2 : HABITER SON CORPS ET INTERAGIR AVEC LE MONDE.

Dans cette partie traite de la condition handicapée. Ce concept emprunté des travaux de Sticker (2017) qui permet de comprendre la question du handicap, sa place et la prise en compte des personnes en situation de handicap dans la société. La condition handicapée pour Sticker (2017) désigne à la fois « *une manière d'être située dans la société et l'habité, de vivre et de réagir, de partager avec d'autres qui font la même expérience bref, une façon d'être au monde* ». Le chapitre va s'appesantir sur l'ambivalence de traitement réservé à la personne amputée c'est-à-dire ayant subi une effraction corporelle.

2.1. COMPRENDRE LA SITUATION DE HANDICAP

2.1.1. Handicap : de la course aux chevaux, à l'infirme puis à la situation de handicap

La notion de handicap désigne le rapport social qui exploite une déficience physique ou mentale pour instituer sa mise à l'écart des relations sociales ordinaires (Calvez, 1994). La spécificité de ce rapport réside dans l'absence d'attribution d'une autre place sociale. Comprendre les origines du handicap, revient à interroger les travaux de Sticker (1982) qui pense que :

Le handicap est d'origine irlandaise. Dans ce pays où monter à cheval est l'occupation de tous les hommes indépendants par leur fortune, les ventes de chevaux entre hommes sont très fréquentes. Pour éviter des débats ennuyeux sur la valeur du cheval, on s'en rapporte à l'opinion d'un tiers. Dès qu'il a parlé, l'acheteur met la main dans sa toque ou sa casquette, en retire la somme fixée par l'arbitre, et le marché est conclu.

De là, l'origine du mot handicap (hand in cap) (Diop, 2012).

Les cultures contemporaines empruntent des catégories issues des jeux d'argent pour rendre compte des situations sociales dont l'existence contrevient aux principes d'égalité dont elles se réclament. La catégorie de handicap sert ainsi, d'opérateur symbolique pour qualifier des inégalité sociales qui prennent appui sur des déficiences ou des incapacités des individus (Calvez, 1994). Sticker (1982), inscrit l'origine de cette catégorie dans les jeux de hasard au XVIIIe et au XIXe siècle. Le principe du jeu consistait à mettre des objets ou leur symbole

dans un chapeau et à les redistribuer par un tirage aléatoire. Le jeu prête à symboliser l'idéologie libérale : tout comme la main invisible du marché, la main dans le chapeau annule les différences originelles de statut entre les participants et les redistribue selon le hasard du déroulement du jeu. En s'étendant aux courses de chevaux, ce mécanisme associe la répartition aléatoire au gain d'argent ; en brouillant la valeur initiale des chevaux, il permet que le gain et la perte d'argent soient imputable à la chance et non à une connaissance de leur valeur préalable (Sticker, 1982 ; Calvez, 1994).

L'approche historique du handicap souligne le mécanisme qui permet de produire la fiction d'un jeu social égalitaire là où les dotations initiales des participants sont inégales. Cette acception rend compte des limitations des capacités physiques et mentales des individus. Cette catégorie s'est substituée à celle d'infirmité en parallèle avec la naissance et le développement de la réadaptation. Elle exprime comme le souligne Sticker (1982), le passage d'une représentation en terme « *de fatalité naturelle (...) le handicapé doit retrouver ses chances, des chances égales même à celles des autres* ». Le handicap fonde l'objet professionnel de la réadaptation en désignant un domaine d'intervention dans l'écart entre les définitions sociales d'une altérité et d'une normalité des individus. Il occupe une fonction parallèle au concept de déviance fondé sur les principes et les moyens de la normalisation. Comme l'infirmité, l'invalidité ou le retard mental, le handicap désigne un rapport social qui prend appui sur la « *condition organique ou mentale d'individus pour instituer une différence irréductible afin de les assigner une place sociale en leur imputant la cause de leur exclusion* » (Calvez, 1994).

Selon Chanrion (2006), « Hand in cap » désigne littéralement, « *la main dans le chapeau* ». A l'origine, si on s'attache à la sémantique du mot, le terme « *handicapé* » n'était pas associé à ceux qui avaient quelque chose en moins, mais bien plutôt à ceux dont les performances dépassaient celles des autres, ceux qui étaient « *hors-norme* ». Ce terme anglais a été employé dans le domaine du jeu à partir du XVI^{ème} siècle, et il est rattaché à la notion d'égalité des chances et donc de hasard de jeu, d'égalité de droit à gagner. En effet, sur les champs de courses, handicaper un concurrent plus fort que les autres, c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, pour égaliser les chances de tous les partants. Les paris se font donc au hasard, l'issue de la course étant incertaine. Autant mettre alors tous les noms des chevaux au fond d'un chapeau et tirer au sort le nom du futur vainqueur. Il poursuit en affirmant que, le handicap est devenu « *un terme générique qui remplace un lexique devenu péjoratif* ».

Selon Chanrion (2006), on ne sait vraiment quand ni comment ce terme est passé de la limitation des aptitudes des meilleurs chevaux à celle des capacités humaines, mais les termes « handicap » et « personnes handicapées » ont progressivement remplacé les termes infirmes, invalide, paralytique, mutilé, débile, idiot etc. qui portaient des connotations péjoratives et dévalorisantes, et qui insistaient sur la dimension de privation (préfixe « in »). Aujourd'hui, le terme handicap est utilisé très largement et dans tous les domaines, pour indiquer un désavantage, qu'il soit économique, social, physique etc. On dira des marins qu'ils sont handicapés par une marée noire, parce qu'elle les empêche de travailler et nuit à leur environnement. C'est par ce biais sémantique que dans les années 1920, le mot handicap fait son apparition dans le dictionnaire de l'Académie française (Crété, 2007). Dès lors, il s'applique à ce qui met quelqu'un dans un état d'infériorité et désigne un désavantage, un défaut ou un point faible.

Au début des années 1970 poursuit-il, l'utilisation de ce terme pour désigner les personnes infirmes et/ou invalides s'est généralisée. Les personnes en situation handicap désignent dès lors, « *la population-cible de traitements socio-politiques visant l'égalisation des chances non plus en intervenant sur les plus forts mais [...] sur les plus faibles, par des mesures de réadaptation, de compensation, de normalisation visant l'intégration sociale des handicapés physiques et mentaux* » (Fougeyrollas, 2016). A travers ces évolutions, le handicap se distingue de « l'infirmité ». Celle-ci, définie comme une anomalie mentale ou corporelle signe d'une altérité fondamentale, désignait un écart par rapport à une norme d'intégrité biologique. La notion de « handicap » désigne, elle, un écart (un déficit) par rapport à une norme d'intégration sociale, écart provoqué par la possession d'une déficience (Winance, 2004). Il s'applique à ce qui met quelqu'un dans un état d'infériorité et désigne un désavantage, un défaut ou un point faible.

A partir des années 1980, à côté de la définition du handicap comme écart à une norme, émerge une nouvelle conception, dont on trouve la trace à travers une évolution du discours et du vocabulaire. La notion de « situation de handicap » est utilisée, par certains acteurs à l'instar de pierre Minaire (1983). Cette notion marque un déplacement plus que, le handicap n'est plus un écart à une norme sociale prédéfinie, mais le résultat d'une interaction entre des facteurs environnementaux (architecturaux, culturels, sociaux) et des facteurs individuels.

Pour Diop (2012), le handicap désigne à partir de cette période, toute personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique, ou de son

absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige de soins constants, ou encore se retrouve ségréguée soit de son propre fait, soit celui de la collectivité. On comprend alors que, cette approche intègre plusieurs facteurs : psychologiques, comportementaux, professionnels, et sociaux. Si l'on s'est donné la tâche dans cette partie d'aborder le contexte historique du handicap, c'est pour mieux comprendre les fondements et l'évolution du concept. Une fois l'évolution du handicap présentée, il convient par la suite de montrer les différentes approches du handicap qui se sont succédées tout au long de l'histoire.

2.1.2. Handicap entre nature et processus.

La réflexion proposée ici nécessite une explicitation préalable de différentes tentatives de définitions du handicap. Aussi, l'on présente ci-dessous trois modèles se partageant ses définitions : le modèle individuel (ou médical), le modèle social et le modèle écosystémique.

a) Approche biomédicale du handicap ou curatif des années 70

Le modèle individuel ou médical définit le handicap comme une déficience physique ou mentale que connaît une personne, et dont les conséquences sont une altération fonctionnelle et des désavantages sociaux. Cette définition ne reconnaît, comme cause du handicap, que la déficience, en renvoyant de ce point de vue, le handicap à une « *tragédie personnelle* » (Ville, 2014). Le problème, pour ce modèle, se trouve au niveau de la personne (Ravaud, 1999), et se résume à la déficience qui devient, ici, un attribut de la personne, reconnaissable par autrui à l'incapacité et aux désavantages sociaux. À ce problème personnel correspond un traitement individuel, basé sur la médicalisation avec une prédominance professionnelle, destinée à procurer une éventuelle guérison ou une réadaptation dans un environnement normatif auquel l'individu doit se conformer. Le modèle individuel repose sur deux variantes : une variante biomédicale qui considère l'amputation et une variante fonctionnelle qui met en avant l'incapacité motrice empêchant la personne de marcher, de se déplacer ou d'exercer toute activité.

Ce modèle biomédical se base sur la relation de cause à effet, et a le défaut d'occulter les dimensions sociales dans la production du handicap. Le modèle individuel ou médical considère que l'état physique, mental ou psychique diminué d'une personne explique les difficultés rencontrées par celle-ci dans l'accomplissement des différentes activités de la vie quotidienne (OMS, 2001; Ravaud, 1999 ; 2001). Cette conception fait donc abstraction du contexte social et physique dans lequel évolue la personne concernée. Une variante de ce modèle, le schéma de Wood (Ravaud, 2001; Fougeyrollas, 2002), qui constitue la première

Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), publiée par l'OMS en 1980 (OMS, 2001; Fougeyrollas, 2002), distingue entre les concepts de déficience, d'incapacité et de désavantage social ou handicap, tout en définissant une relation linéaire de cause à effet entre eux. La déficience se situe au niveau du corps, l'incapacité, au niveau des activités, et le désavantage social ou handicap, au niveau des situations sociales. Ainsi, que l'on considère le handicap comme synonyme de déficience ou d'incapacité, ou que l'on adopte la distinction proposée par Wood (1975), le paradigme reste individuel.

b) Modèle social ou alternatif des années 80

Le modèle social considère que le handicap est une pathologie sociale (Butler et Bowlby, 1997 ; Dear et autres, 1997 ; Ravaud, 2001) dont l'origine est à rechercher dans des variables extrinsèques à la personne socialement désavantagée ; le résultat d'un environnement social et construit indifférent, voire hostile, aux personnes différentes de ce qu'une société et une culture données considèrent comme étant la « norme » à un moment de leur histoire (Goffman, 1975). Ce modèle du handicap, trouve son origine dans les critiques que les mouvements des personnes en situation de handicap adressent au modèle individuel et à son caractère strictement médical (ces mouvements sont disability studies, l'UPIAS (Union of the physically impaired against segregation ; les cultural disability studies).

En 1976, l'UPIAS par exemple définit ainsi les termes de déficience (impairment) et de handicap (disability) : alors que la déficience renvoie au fait « *d'avoir un membre manquant ou dysfonctionnel, un organe ou un mécanisme défectueux* », le handicap est défini comme :

Le désavantage ou la restriction d'activité causés par une organisation sociale contemporaine qui ne prend pas ou peu en considération les personnes ayant des déficiences physiques, et qui dès lors les exclut de la participation aux activités sociales ordinaires (revillard, 2016).

Ces mouvements ont mis en avant le fait que le handicap procède des réactions de la société aux incapacités et aux déficiences, que ce soit dans le domaine de l'environnement matériel ou social ou dans le domaine de la reconnaissance des droits des personnes.

Selon Ravaud (1999), le modèle social présente deux variantes : une approche environnementale et une approche en termes de droits de l'homme. L'approche environnementale définit le handicap comme conséquence de l'absence d'aménagement des

environnements ordinaires. Le modèle social fait donc abstraction de toute référence explicite aux caractéristiques intrinsèques de la personne et ne considère que les caractéristiques de l'environnement dans lequel elle évolue pour expliquer un désavantage social. On comprend pourquoi l'Organisation Mondiale des Personnes en situation de Handicap (OMPH) définit ce désavantage comme « la perte ou la limitation des possibilités de participer à la vie normale de la société sur une base égalitaire avec les autres en raison d'obstacles physiques et sociaux » (Ravaud, 2001), perspective diamétralement opposée à celle avancée par le modèle individuel.

Le handicap est saisi pour cette approche comme un statut social doté d'une certaine visibilité produisant sur le corps un effet de marquage qui, lorsqu'il est reconnu par l'autre, entraîne une mise à l'écart ou des comportements singuliers dont résulte une mise hors normes (Boucher, 2001 ; Stiker, 1999). La déficience est une relation individuelle et sociale. Stiker 1997, dit que la déficience est inhérente à l'expérience humaine et présente au sein de toute société.

Le traitement, ici, serait la mise en accessibilité d'un environnement adapté, avec possibilité, pour les personnes en situation de handicap, d'avoir un contrôle sur les services et les soutiens. Vue sous cet angle, la résolution du problème consisterait à apporter des changements dans l'environnement de la personne en supprimant les barrières physiques et sociales à son épanouissement, notamment, en favorisant l'accès pour les personnes présentant une incapacité aux biens, structures et infrastructures de la société et leur utilisation effective pour une participation optimale aux activités de la vie sociale. L'approche par les droits de l'homme définit le handicap comme la résultante d'un problème d'organisation sociale et de rapport entre la société et l'individu ; elle met en avant les discriminations et les ségrégations dont sont victimes les personnes en situation de handicap. La réorganisation politique, économique et sociale est la voie proposée pour réduire les inégalités et les discriminations. Elle passe par la reconnaissance effective des droits et la citoyenneté. L'origine du handicap est ainsi externe à l'individu et devient un construit créé et produit par la société.

Le handicap relève donc, d'une question de droits et d'intégration de l'individu dans la société. Dans ce modèle, le handicap n'est pas un attribut de la personne, mais un ensemble de situations produites par l'environnement social et la non-reconnaissance des droits des personnes. M. Oliver (1990), le sociologue britannique publie *The politics of disablement*, ouvrage fondateur des disability studies au Royaume-Uni. Sur sa couverture figure un homme en fauteuil roulant au pied de l'escalier menant à un bureau de vote. Cette image symbolise le

déplacement opéré par le « modèle social » du handicap, dont Oliver a été un des premiers concepteurs : l'escalier, invite à penser cette image, produit le handicap au moins autant que la paraplégie. En donnant à voir comme production sociale (résultat de discriminations, d'un environnement inaccessible) ce qui était jusqu'alors perçu comme une caractéristique individuelle et médicale, les disability studies ont ouvert la voie à une investigation sociologique du handicap (Ravaud, 1999 ; Ville et Ravaud, 2007 ; Ville, Ravaud et Fillion, 2014 ; Revillard 2019).

Le modèle social, « *brise le lien causal entre la déficience et le handicap* » (Oliver et Barnes, 2012 ; Revillar, 2019). Ici, le « *désavantage* » et la « *restriction d'activité* » sont pensés comme la conséquence, non plus de la déficience, mais d'un environnement inaccessible et discriminant. Ce n'est pas la paraplégie qui crée le handicap, ce sont les escaliers, le refus d'inclusion scolaire, les discriminations à l'embauche, etc. Dans cette perspective, Shakespeare affirme : « *le mouvement des personnes handicapées suivait un chemin bien établi de dénaturalisation de différentes formes d'oppression sociale, en démontrant que ce qui avait été pensé à travers l'histoire comme naturel était en fait le produit de relations sociales et de formes de pensée spécifiques* » (Shakespeare, 2013).

Le modèle social est un passage de l'individuel au collectif, ou, selon les termes de DeJong, du « *personnel* » à « *l'environnemental* » : « *les barrières environnementales sont aussi décisives, si ce n'est plus, que les caractéristiques personnelles dans la détermination des effets du handicap (disability outcomes)* » (DeJong, 1979 ; Revillard, 2019). Selon Boucher (2003), Campbell et Oliver mettent en évidence la « *transformation des formes de l'action collective dans le champ du handicap* ». Le tableau ci-dessous renseigne en sa gauche, l'approche individuelle ou biomédicale du handicap avec ses concepts. Il part de la théorie du drame personnel ou le handicap est perçu comme le problème personnel à l'adaptation individuelle. Ici, c'est la personne en situation de handicap qui doit développer les stratégies pour s'adapter à la société. Par contre en sa droite, il informe sur la conception sociale du handicap. Cette approche part de la théorie de l'oppression sociale et changement social. Elle tend vers l'inclusion.

Tableau 1. Les caractéristiques des deux approches du handicap

Approche individuelle	Approche sociale
La théorie du drame personnel	La théorie de l'oppression sociale
Le problème personnel	Le problème social
Le traitement individuel	L'action sociale
La médicalisation	L'entraide
La domination professionnelle	La responsabilité individuelle et collective
L'expertise	L'expérience
L'identité individuelle	L'identité collective
Les préjugés	La discrimination
Les soins	Les droits
Le contrôle	Le choix
Les politiques	La politique
L'adaptation individuelle	Le changement social

Source : Revillard (2016).

c) MDH-PPH une approche vers l'inclusion 2018

D'après Fougeyrollas et al (2015), le Modèle de développement humain est un modèle conceptuel qui permet d'expliquer l'apparition d'une situation de handicap pour un individu sous la forme d'un Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). Le MDH-PPH vise à documenter et expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. Il permet une harmonisation des pratiques allant des politiques jusqu'aux services. Le MDH-PPH ne considère pas le handicap comme une conséquence directe de l'incapacité, mais tient aussi compte des facteurs personnels de l'individu telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. Ils incluent non seulement les caractéristiques physiques de la personne, mais aussi les facteurs identitaires et des facteurs environnementaux de la société dans laquelle il évolue (contexte social, culturel, économique).

Cette approche est une version bonifiée du PPH facilitant la reprise du moi-peau. En adaptation et en réadaptation, la construction ou la reconstruction du sujet passe par plusieurs composantes mises en interaction. Le PPH met en jeu des variations de possibilités ouvertes par les relations dynamiques entre des variables biologiques, fonctionnelles, culturelles et physiques et permet d'en clarifier leurs conditions de formations (Fougeyrollas, 2011). Ce modèle met l'accent sur une approche inclusive de la problématique des personnes ayant des

incapacités dans le champ plus vaste du développement des connaissances sur le processus de production de production des situations de handicap.

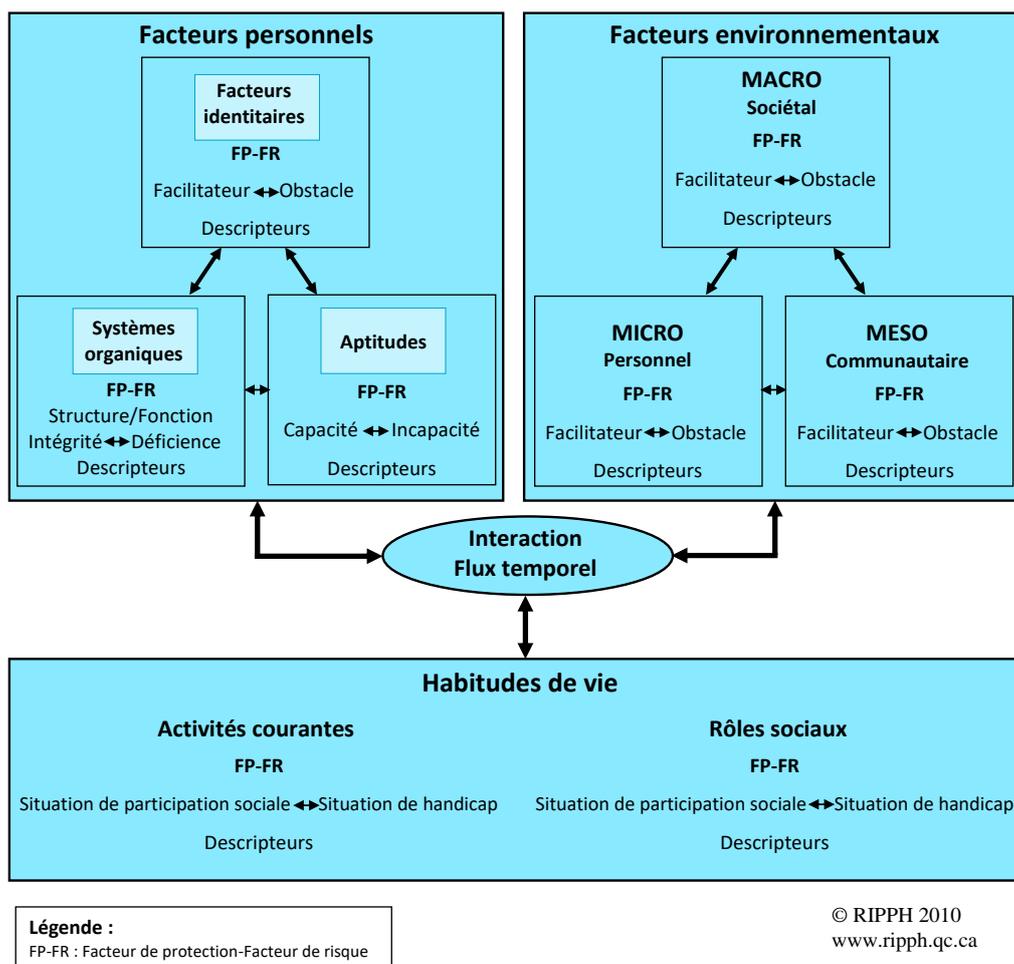
Ce modèle découle des avancées dans le domaine de l'ontologie humaine à la suite de la conceptualisation du développement humain de Bronfenbrenner (1979). S'opposant à l'approche populaire bio-médicale de l'époque (Gutkin, 2009), le modèle anthropoécologique et systémique de Bronfenbrenner place l'individu au cœur de l'environnement au sein duquel il interagit et se définit. Il exclut par le fait même la simple idée d'une réalité ontogénique indépendante de l'environnement dans lequel l'individu évolue. Cette interaction individu-environnement se retrouve donc également dans le MDH par la considération des aspects intrinsèques et extrinsèques associés à l'existence humaine (Fougeyrollas, 2010).

Comme le souligne fougeyrollas et al (2020), dans la conceptualisation du MDH, trois facteurs déterminants influencent le développement de l'individu : Les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. En fonction de ces facteurs, on évalue le développement intrinsèque de l'individu en rapport à sa capacité ou son incapacité à accomplir une activité physique ou mentale, à ses valeurs, à ses préférences ou à ses caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles et à l'intégrité ou la déficience de ses composantes corporelles. En ce qui concerne les composantes extrinsèques provenant des influences environnementales, elles se mesurent, en ce qui a trait aux facteurs sociaux (comme le réseau social, le système éducatif ou juridique ou encore l'organisation communautaire) et aux facteurs physiques (comme le climat, la réalité géographique, l'architecture et l'aménagement du territoire). Les facteurs personnels et environnementaux agissent comme facilitateurs ou obstacle à la participation sociale.

Les facteurs environnementaux sont les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Les facteurs environnementaux s'apprécient sur une échelle allant du « facilitateur majeur » à l'« obstacle majeur ». Ce n'est qu'en considérant l'ensemble de ces facteurs qu'il est possible de juger de l'impact réel de l'incapacité sur les habitudes de vie et de déterminer si une personne vit ou non une ou des situations de handicap. Cette manière de conceptualiser le handicap offre l'avantage d'orienter les actions non pas uniquement vers l'individu (développement ou récupération de nouvelles capacités, changement de comportement), mais aussi vers son environnement (mobilier urbain, édifices, communications, etc.)

La taxonomie de l'environnement de Fougeyrollas et al., (2018) répond à cette problématique. En s'inspirant et en simplifiant le modèle de Bonfenbrenner, ce modèle propose de définir trois dimensions de l'environnement : « • Le micro-environnement personnel correspond aux contextes spécifiques à la personne comme sa famille immédiate, ses proches, son domicile, son poste d'étude ou de travail, soit tous les contextes qui lui sont propres et peuvent être spécifiquement adaptés à ses besoins; • le méso-environnement correspond à tous les contextes physiques et sociaux avec lesquels la personne interagit pour réaliser ses habitudes de vie, et qui sont conçus pour, ou présents dans, la collectivité locale d'appartenance; • le macro-environnement réfère aux dimensions sociétales dont la composition, le développement et les modifications ne peuvent se réaliser sur le plan local d'une collectivité et concerne l'ensemble de la société tout en régulant la vie sociale de chaque citoyen. » (Fougeyrollas et al., 2018, pp. 24-25)

Figure 1 : modèle de développement humain et processus de production du handicap (MDH-PPH 2)



Référence : FOUGEYROLLAS, Patrick (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Les Presses de l'Université Laval

Cette figure illustre clairement les composantes et concepts du MDH-PPH. Pour mieux comprendre le MDH-PPH, il faut recourir à certaines de ses définitions conceptuelles de base. Le modèle comme on peut le constater s'appuie sur les interactions entre les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie donc sur le contexte de vie. Les facteurs personnels et environnementaux agissent comme facilitateurs ou obstacle à la participation sociale. Les facteurs personnels, environnementaux et les habitudes de vie sont dits facteurs de risque quand il est susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Si ces facteurs préviennent une maladie, un traumatisme, etc., on dira qu'ils agissent comme facteur de protection. Les facteurs environnementaux peuvent constituer un obstacle ou un facilitateur à la réalisation des habitudes de vie (Fougeyrollas et al, 2020). Les facteurs de protection et facteurs de risque sont tous les éléments de la vie qui peuvent interagir entre eux et/ou s'influencer mutuellement, c'est-à-dire se contrecarrer ou s'additionner (Fougérollas, 2010 ; Dumont et al, 2015).

2.1.3. La participation sociale des PSH, entre habitude de vie et facteurs environnementaux.

Le handicap comme limitation des habitudes de vie d'un individu découle d'une interaction entre des facteurs personnels tels la déficience, les incapacités et les facteurs environnementaux agissant comme facilitateurs ou obstacles. Le PPH a adopté des concepts positifs qui utilisent une échelle de mesures de sévérité. L'évaluation des systèmes organiques peut aller de l'intégrité à la déficience ; des aptitudes, de la capacité optimale à l'incapacité complète ; des habitudes de vie vont de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale. La dimension personnelle du PPH permet d'évaluer la qualité de la participation sociale du sujet.

Par participation sociale, on entend celle : « *qui correspond à la réalisation des habitudes de vie. C'est-à-dire, les activités courantes et les rôles sociaux d'une personne* » Fougeyrollas et al (2004 ; 2010 ; 2015). Les habitudes de vie de la personne en situation de handicap en lien avec son environnement peuvent permettre d'évaluer le handicap en terme soit d'exclusion ou de participation. Elles désignent une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (Age, sexe, identité socioculturel). Elle assure le survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (Fougeyrollas, 1997 ; 2010 ; 2015 ; Boucher, 2003).

La qualité de participation sociale est un indicateur qui s'apprécie sur un continuum ou une échelle optimale jusqu'à la situation de handicap complète. La qualité de la participation sociale d'une personne en situation de handicap est le résultat de l'interaction entre le degré de participation sociale et la qualité des facteurs environnementaux. La qualité des facteurs environnementaux quant à elle est le résultat de l'interaction entre le degré de participation sociale et les caractéristiques personnelles. Ces explications s'appliquent autant à une personne spécifique qu'à une population. D'après Fougeyrollas et al (2004), la qualité de la participation sociale est situationnelle et ne peut être réduite uniquement aux facteurs personnels ou aux facteurs environnementaux séparément.

La qualité de la participation sociale dépendant des choix des personnes, des possibilités offertes et valorisées par le contexte de vie. La mesure des habitudes de vie (MHAVIE), est un instrument validé qui mesure la qualité de la participation et la satisfaction de la personne envers le degré de réalisation des habitudes de vie applicables pour elle. Cet instrument permet des choix éclairés d'interventions basées sur les choix de vie des personnes en situation de handicap et mesure de progression sociale dans le temps. D'après le PPH, trois grands facteurs environnementaux influencent la qualité de la participation sociale : le micro environnement : le méso environnement et le macro environnement. On retient alors deux grands facteurs qui influencent la qualité de la participation sociale mis en interaction à savoir : des facteurs personnels (les facteurs identitaires ; le système organique et les aptitudes) et environnementaux (environnement physique et social).

2.2. HANDICAP ET SOCIETE

2.2.1. Normativité sociales comme facteurs de production des situations de handicap

Korff-Sausse (2011) s'intéresse à l'étude de la norme en définissant la personne en situation de handicap comme étant « *hors-norme : dépendante alors qu'on est autonome ; maladroite alors qu'on est performant* ». Elle part des travaux de Canguilhem (1943 ;1988) et ceux de M. Gauchet (2004). Pour Canguilhem (1988), l'anormalité se caractérise par l'écart par rapport à la norme. Par conséquent, le sujet en situation de handicap invite à remettre en question les normes et à les redéfinir. Il pense que, le concept d'anomal, qui permet d'accéder à la différence, n'est pas l'anormal. Pour lui, être anomal, c'est s'éloigner par son organisation de la grande majorité des êtres auxquels on doit être comparé ; en conséquence, l'anomalie c'est le fait de variation individuelle qui empêche deux êtres de pouvoir se substituer l'un à l'autre de façon complète. Elle illustre dans l'ordre biologique le principe leibnizien des

indiscernables. Mais diversité n'est pas maladie. L'anomalie ce n'est pas le pathologique (Canguilhem, 1988).

Winance (2008) définit le handicap comme un « *écart par rapport à une norme d'intégration sociale* ». Le handicap intègre des diverses variations de déficiences parmi la multiplicité des expériences humaines. Il est une forme dévaluée mais en fonction de normes relatives et non absolues. Canguilhem (1998) fait un relativisme qui s'exprime lorsqu'il affirme que « *l'anomalie ou la mutilation ne sont pas en elle-même pathologiques. Elles expriment d'autres normes* ». Pour lui, les caractéristiques de la personne à normale sont interprétées par un monde social aux valeurs et normes existences : il fait d'elles des invalides et des infirmes ce qui est une interprétation de l'anomalie. Ainsi, les formes de vie « anormales » ne sont pas dans un rapport d'opposition binaire avec la normalité, mais il s'agit de deux régimes de fonctionnement de la vie. Ce sont « *d'autres modalités du vivant* ».

La théorie de Canguilhem (1943 ; 1998) permet de considérer la personne en situation de handicap non pas en termes de manque, mais de potentialités et à considérer que l'écart à la norme n'est pas forcément négatif, mais peut avoir une valeur. Les personnes en situation handicap sont confrontées aux exigences sociales qui peuvent soit les exclure ou faciliter leur adaptation au milieu. Korff-Sausse (2011) constate que la société est normative, mais bouscule les normes dans le même temps. Elle pense donc que, pour le handicap physique, le corps de la personne atteinte d'un handicap, corps étrange, agité par des mouvements incontrôlés, flasque ou rigide, difforme ou défectueux, corps infirme, qui marque du sceau de l'altérité, est un corps non conforme. Dès lors, son identité est menacée, car le statut de ce sujet « hors norme » est mal défini.

Psychologue thérapeutique intervenant auprès des personnes en situation de handicap, Sausse (2011), s'appuie sur les différentes formes de représentation que peuvent prendre les personnes en situation de handicap dans les sociétés occidentales parmi lesquelles : « l'idiotie » ; « entre-deux » ; La dépendance et manque d'autonomie, le manque de performance. Les personnes vivant avec une altération d'un membre supérieur ou inférieur sont considérées comme des personnes dépendantes. Ce qui n'est toujours pas le cas. Bien qu'ayant des difficultés à réaliser certaines tâches au quotidien. La notion de handicap est une parfaite illustration permettant de comprendre les concepts de « normes » et « d'anormal ». Ce concept a subi d'énormes transformations allant d'un jeu de hasard puis, aux incapacités et désavantage pour désigner aujourd'hui un concept plus générique la situation de handicap.

En se référant une fois de plus sur l'histoire du handicap, elle enseigne d'un côté que, l'usage pour qualifier les personnes atteintes d'une déficience est récent. Les personnes qu'on qualifie aujourd'hui de « *handicapées* » ou « *en situation de handicap* » étaient auparavant appelées des « *infirmes* », « *invalides* », « *inadaptées sociales* ». Et à cette variation terminologique est associée une variation des conceptions de « l'anormalité/normalité » et des représentations relatives aux personnes atteintes de déficiences (Stiker, 2013 ; Winance, 2019). Il faut souligner que les disability studies, d'un autre côté, ont attiré l'attention sur la nature relative du handicap, en dissociant la déficience, caractéristique individuelle, du handicap, résultat d'une interaction avec l'environnement.

Le modèle social des disability studies a distingué la différence, réalité individuelle, de l'a/normalité, réalité sociale et politique (Oliver, 1990; Shakespeare, 2014; Waldschmidt, Berressem et Ingwersen, 2017; Winance et Ravaud, 2010 cité par Winance, 2019). Selon Carbon (1997), certains auteurs traitent du handicap en termes de différence, parfois essentielle, parfois relative, parfois identité singulière source de richesse, parfois forme de déviance stigmatisant ». Winance (2004), analyse le lien existant entre l'évolution historique des conceptions du handicap et des formes de normalisation, soit comme alignement sur la norme de la « validité », soit comme travail de la norme commune d'interaction. La norme permet de procéder à une évaluation interindividuelle, elle identifie, exclue les individus sur la base de certains critères corporels. Sausse (2011), conclue que la personne qui ne correspond pas aux normes, fait vaciller les certitudes. Face à cela, deux positions lui sont possibles : soit on le rejette, soit on accepte d'entrer dans son monde.

Comme l'indique Sticker (2008), l'évolution de ces termes handicap ne traduit pas seulement l'image du handicap, plus ou moins négative, mais également les différentes voies de connaissance du handicap ainsi que l'organisation sociale des réponses qui sont proposées. En parlant par exemples de l'infirme, du boiteux ou bossu, il y a une part importante de la maladie chronique ou incurable qui s'attache au caractère durable et le plus souvent définitif des atteintes. De même, l'impotent, incapable ou personne à mobilité réduite désignent non plus la personne mais ses (im)possibilités, mutilé ou paralysé l'origine médicale du handicap, inadapté. Ce qui caractérise la place de la personne dans le corps social. La figure du handicap comme objet de stigmatisation implique que le handicap est provocateur de craintes, de violences qui se jouent sur le théâtre de l'intime ainsi que sur la place publique de notre société (Goffman, 1975).

2.2.2. Handicap : inquiétante étrangeté ou miroir brisé !

Korff-Sausse (2011 ; 2016), situe la clinique du handicap dans les cliniques de l'extrême. Elle souligne que le handicap met « *à l'épreuve les capacités d'identification, mises à mal par les aspects déshumanisants et narcissiquement blessants, mais aussi par le risque d'une captation spéculaire d'une horreur médisante* ». Le handicap met en échec les identifications par les aspects déshumanisants et narcissiquement blessants, soit il provoque un trop-plein d'identification mais sur des modalités archaïques et primitives qui terrorisent le sujet.

Dans sa clinique Simone Korff-Sausse (2016), fait un prolongement de travaux de Freud (1923) sur l'inquiétante étrangeté et voit cet effet de miroir brisé chez les parents d'un enfant en situation de handicap. Pour elle, L'enfant en situation de handicap « *met à nu nos propres imperfections et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître* ». Elle décrit l'ébranlement psychique que la naissance infirme produit chez les parents : la sidération et le traumatisme, la culpabilité, la recherche du coupable, le désir de meurtre, les retours sur la sexualité antérieure et sur le rapport à leurs propres parents.

Dans son analyse, elle évoque la notion de « deuil impossible ». Concept remarquable car : l'enfant rêvé, désiré, n'est pas irrémédiablement absent comme dans le cas d'un jeune enfant mort ; celui, ou celle, qu'on attendait est là, intolérablement là, ayant comme trahi le contrat de naissance conforme. « *Le deuil est sans fin, car la présence de l'enfant vivant oblige à continuer d'investir. C'est comme si les parents étaient attelés à une double tâche contradictoire : désinvestir et investir.* » (Korff-Sausse, 2015). Le miroir brisé signifie que l'image de l'infirmité devenait une image inversée, abîmée, et donc rejetée des de parents, de la société et du sujet lui-même ; c'est cette image qu'on ne veut pas ressembler. Car elle est étrange, inquiétante, teinte de peur hallucinatoire. C'est l'image du corps monstrueux, abîmé, elle est le reflet du sujet mais dont on aimerait pas du tout avoir, regarder, ou ressembler.

L'inquiétante étrangeté, est l'un de ces domaines psychanalytiques de Freud. Ce concept est apparenté à ceux d'effroi, de peur, d'angoisse, et il est certain que le terme n'est pas toujours employé dans un sens strictement déterminé, si bien que le plus souvent il coïncide avec « ce qui provoque l'angoisse ». L'inquiétante étrangeté sera cette sorte de l'effrayant qui se rattache aux choses connues depuis longtemps, et de tout temps familières. La survenue d'un handicap ou l'infirmité est quelque de nouveau. Le handicap est une épreuve brusque, surprenante donc effrayant et étrangeté inquiétant. Telle chose nouvelle est effrayante, mais toutes ne le sont

certes pas. Il faut, à la chose nouvelle et non familière, quelque chose en plus pour lui donner le caractère de l'inquiétante étrangeté. Ce qui était sympathique se transforme en inquiétant, troublant et ambivalence (Sausse, 2016).

Le handicap selon Sausse (2011), est à l'origine d'un rapport à soi, au monde, à l'autre, éminemment singulier, lequel peut mettre en péril l'élaboration de sa propre subjectivité, faute de trouver, dans le regard de l'autre, une image de soi le reconnaissant comme humain. Gariola (2016), partage ce point de vue lorsqu'elle affirme que : la personne en situation de handicap fait figure d'étranger. Elle est, comme telle, source de projections violentes, de sentiments d'étrangeté, de craintes, de contagion, de dégoût ainsi que de toute la gamme de formations réactionnelles qui résultent d'un retournement en leur contraire des motions destructrices se transformant en attitudes opposées : apitoiement, compassion, hyperprotection, idéalisation.

Murphy (1987), évoque le corps infirme comme une « *maladie des relations sociales* ». Pour l'auteur, les personnes atteintes d'un handicap moteur deviennent des étrangers, et même des exilés dans leur propre pays. Sontag (2005) évoquera, pour parler de la personne malade, la métaphore d'un individu ayant une double nationalité, parlant deux langues, celle de la vie saine et celle de la vie malade, qui s'annulent parfois dans la confusion qu'elles créent. Ce même registre de pensée est observé par Goffman dans sa notion de stigmaté. Pour lui, le handicap physique est ce qu'on voit. Il dit : *la part du visuel est au cœur de la notion de stigma puisque, à l'origine, « le stigma désigne des marques corporelles destinées à exposer ce qu'il y avait d'inhabituel et de détestable dans le statut moral de la personne ainsi signalée »* (Goffman, 1975). Le stigma n'était pas une marque déjà existante mais au contraire une marque effectuée avec violence, gravée sur le corps au couteau et au fer rouge pour identifier celui qui devait être différencié des autres : esclave, criminel, traître, frappé d'infamie, personne à éviter.

Goffman (1975) dans son étude « stigmaté », introduit de nouvelles formes « *d'identité abimée* » et de stigmatisation contemporaines, soulignant le passage du moral à d'autres types de différences qu'il caractérise ainsi : la monstruosité du corps avec les différentes difformités ; les tares du caractère qui, aux yeux des autres, prennent la forme d'un manque de volonté, de passions irrépessibles ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté ; la race, la nationalité et la religion. Il affirme que la société exerce une stigmatisation par laquelle elle réduit, parfois à son insu, les capacités vitales des personnes en situation de handicap. On va revenir sur les travaux de cet auteur dans les prochaines parties de l'étude.

2.2.3. Altération du corps : un regard social problématique

Gargiula (2016), amène à voir comment le regard porté sur le handicap est source d'exclusion et de discrimination. Elle constate combien le repli sur soi, l'enfermement, voire l'auto-exclusion sont des mécanismes révélateurs d'un effort du sujet pour maintenir une image et une estime de soi à l'abri du regard d'autrui ; regard perçu parfois comme destructeur, blessant, étranger à l'image que la personne en situation de handicap peut se faire d'elle-même. Gargiula (2016), dans son étude présente à titre d'exemple une femme de 38 ans, atteinte d'une maladie neurogénétique, l'ataxie cérébelleuse, qui expliquait que sa maladie, dans son évolution, lui infligeait une démarche ébrieuse. Progressivement, elle restait recluse chez elle pour éviter les regards, les commentaires des personnes qui pensaient qu'elle avait bu. Chaque sortie dans la rue représentait pour elle une exposition aux regards qu'elle qualifiait d'insultants. Sa fille âgée de 7 ans lui demanda un jour de ne plus venir la chercher à la sortie de l'école car ses camarades lui disaient que sa mère avait bu, qu'elle était bizarre et qu'elle devait sûrement être une prostituée.

Cet exemple permet de comprendre à quel point le regard social sur le handicap est aliénant, discriminant, stigmatisant, marginalisant. Les relations entre une personne altérée d'une main, d'un pied et allant en fauteuil roulant ou en prothèse sont faites d'inégalités, qui s'explique par la distance, l'écart, les limites ou zones de barrière. Ces relations sont conflictuelles et aliénantes. D'ailleurs, J-P Sartres (1943), disait à propos des relations avec autrui que : « *autrui aliène et chosifie* ». Il porte des jugements de valeur comme la pitié, honte, ... Il conclut en disant : par le regard d'autrui, l'on sent comme figé au monde. D'après Gargiula (2016), lors de la rencontre entre soi et autrui, chacun cherche à « *typifier* » l'autre pour l'identifier. La différence entre soi et autrui est traitée comme une inégalité et cette « *étiquette* » attribuée à autrui devient un stigmat. La difficulté apparaît lorsqu'un décalage se produit entre l'identité attribuée par autrui et l'identité revendiquée par soi. De l'écart résultent : résignation, révolte, négociation, fuite et isolement (Gargiula, 2016).

Le regard social du handicap suscite pour Rougeron (2006) de la peur. Reprenant les propos de Sartres qui disait : « *le regard d'autrui est une épreuve qui peut être pénible et source d'interrogations angoissantes et anxieuses qui peuvent aller jusqu'à troubler notre comportement traduisant ainsi notre peur et sa constellation* ». La société modifie les attitudes, les valeurs des personnes en situation de handicap par son regard. Ce regard social est réducteur et chosifiant car lorsque la société pointe son regard sur la personne, il va de la transposition du sujet à l'objet. Il, ôte toute possibilité d'évaluation, de progrès et d'épanouissement. Sous le

regard social, la personne amputée d'un pied ou d'une main et voir des deux, perd selon Rougeron (2006), sa liberté originelle, celle d'exister dans toute sa complexité.

Lamy (2018), fait aussi cette remarque de la manière donc la société pointe son regard à l'égard des personnes différentes. Pour lui, le fait de confronter le handicap et la personne, l'individu et ses incapacités est source d'erreur. C'est dire qu' « *une en situation de handicap* », se réduit à la déficience définissant exhaustivement l'identité. La société porte un regard objectif sur le sujet du fait de son handicap, ses incapacités ou son infirmité. Le regard enferme ou condamne le porteur dans une identité réduite. La personne en situation de handicap aux yeux de la société est réduite à un banal objet. Lamy (2018), pense que « *c 'est par autrui et avec lui qu'on possède telle ou telle caractéristique* ». Il met l'emphase sur le regard qu'on porte sur la personne. Pour lui, ce regard n'est jamais neutre ni innocent. Satres ira à conclure dans huis-clos que « *l'enfer, c'est l'autre* » (Lami, 2018 ; Satres, 1948). Il met ici l'accent sur la perception qu'on a de l'autre et du rapport à autrui.

Le regard social du handicap est subjectif, il ruine les possibilités d'existence et se réduit à une image pétrifiée. Ce regard spolie le pouvoir d'agir et la liberté (Lamy, 2018). La personne amputée n'est ni le centre organisateur de son monde, ni un sujet libre d'accomplir ses possibilités. Par son regard, la société exerce un pouvoir sur la personne en situation de handicap.

2.3. HANDICAP ET MENTALITE

Les mentalités sont aussi essentielles dans la construction sociale du handicap. On ne peut alors résoudre ce problème sans se référer à cette question de mentalité.

2.3.1. Pouvoir des insultes sur le vécu de la personne en situation de handicap

Dauchot (2005) pense que l'insulte un mot ou une expression perçu comme blessant par l'autre. Insulter, revient à proliférer un mot ou une parole sur l'autre qui lui blessera. Pour Huston (1980), « l'injure au sent fort, dépossède les êtres de ce qu'ils ont de plus précieux, de leur nom, pour leur en attribuer l'autre ». Elle touche aussi selon Butler (2004), à la reconnaissance de l'existence de l'autre et à son appartenance au groupe (Lagorgette et Larrivée, 2004). Elle est d'autant plus puissante qu'elle prétend rendre compte de la spécificité de la personne désignée (Lebugle, 2018). Les personnes vivant avec une altération d'un ou des deux parties de leur membres supérieur ou inférieur sont donc victime à cette forme de discrimination ou de violence. Du fait des abominations corporelles qu'elles ont subi suite à un accident ou provenant d'une maladie invalidante.

Les insultes ou menaces sur la personne amputée font partie des violences verbales et peuvent constituer une première étape avant des violences physiques ou agressions sexuelle (Auger et al, 2010). L'idée soutenue par ces auteurs s'observe, dans ce registre des rapports entre les personnes valides et celles ayant des difficultés motrices. Les insultes partent d'un simple acte de parole et finissent généralement par une bagarre qui intègre les membres de familles de la victime. Les insultes mettent en cause la capacité psychique et physique des personnes. Pour Lebugle (2018), les mots tels que « *connard* », « *connasse* », « *con* », « *conne* », « *idiot* », « *imbécile* », « *bêtes* » par exemples blessent les personnes en mettant en cause leur capacité intellectuelle. Elle pense que ces insultes connotent : « *tu ne sais pas* » ; « *tu es nul* ». Au Cameroun, les personnes vivant avec une déficience motrice n'échappent pas à ce courant qui remet en cause leur savoir-faire ; leur performance, capacité, courage, vivacité et autres.

Les insultes à l'égard des personnes en situation de handicap permettent de juger les comportements inappropriés de celle-ci. Lebugle (2018), souligne que les personnes sont « *des branleur, fainéants, mais aussi débiles, fous, tarées* ». Dans cette catégorie d'insultes, on retrouve spécifiquement les handicaps physique ou mental des personnes qui en possèdent. Une autre catégorie d'insultes porte sur l'apparence physique et déshumanisante. On retrouve des insultes qui désignent les personnes par une partie de leur corps d'un point de vue négatif. Dans ce registre, on retient que les insultes sont les formes d'injonction à suivre une certaine esthétique des normes corporelles de taille, de poids, de silhouette, de beauté.

Pour Fougeyrollas et al (1997), les expressions méprisantes et émotives, comme « *cinglé* », « *débile mental* », « *aliéné* », « *fou à lier* », « *sénile* », ou les expressions dépassées, comme « *dément* », « *lunatique* », « *arriéré mental* », « *éclopé* », « *estropié* », « *boiteux* », sont source de discrimination à l'égard des personnes en situation de handicap. Même chose pour les termes suscitant la gêne, comme « *invalide* », « *infirmes* », « *mongol* », « *idiot* » ou « *déficient mental* », les mots entretenant la peur, comme « *fou* » ou « *névrosé* », ou amenant la pitié, comme « *faible d'esprit* ». Quant aux mots ou expressions qui réduisent la personne à une seule de ses caractéristiques, comme « *souffre de* », « *est atteint de* », « *est porteur de* » ou « *est frappé de* », ils sont aussi à éviter lorsqu'on veut privilégier un langage neutre. Plusieurs de ces mots font d'ailleurs référence à une douleur constante, à un état permanent de désespoir et de souffrance. Or, l'incapacité est un état de fait, n'est pas nécessairement source de souffrances ni synonyme de catastrophe et ne nécessite pas toujours des traitements médicaux.

2.3.2. Chercher à comprendre ce qui étonne : handicap et culture

Il est étonnant qu'on parle d'handicap, de personne vivant avec un handicap ou réduire le handicap à son porteur. Or, il existe un ensemble d'éléments qui contribue à la construction sociale de ce phénomène. La culture est un élément non négligeable quand il faut parler de handicap au terme de construit social. Gardou (2006) affirme la « *question du handicap, du corps handicapé, ne saurait être « insularisée », traitée en isolat : il importe de la réinscrire dans la culture, définie comme un ensemble lié de significations partagées par les membres d'un groupe ou d'une société* ». Il part des travaux de Foucault (1964) qui pense qu'il est difficile de cerner de manière opératoire le « désordre » des représentations. Il démontre que le regard porté sur le handicap dépend du contexte culturel et que la perception qu'on a du handicap n'est jamais spontanée mais toujours apprise.

Penser son handicap, selon Laplantine (1986), c'est faire référence aux autres. On est « *handicapé* » ou « *non handicapé* » pour soi, mais également pour la société et en fonction d'elle. Le fait d'être handicapé est pour elle « *un phénomène social total, au sens de Mauss, redevable d'une lecture biologique, mais aussi économique, politique, psychologique...* ». Les représentations du handicap parlent de la société et du rapport qu'on avec elle. L'homme, d'un contexte culturel à l'autre a sa manière de le concevoir, de l'imaginer, de lui attribuer une signification. Comme elle se réclame d'un style littéraire ou artistique, chaque époque porte un style, qui détermine le regard, les comportements, les pratiques (Laplantine, 1986).

Gardou (2017), étudie de manière générale les différentes représentations du handicap. Il définit le handicap comme une expérience à dimension individuelle et collective. C'est pourquoi, il dit que l'homme vit sous les contraintes culturelles. Pour lui, rien ne rapproche autant les « *Chaque communauté humaine est, à sa manière, en quête de surnaturel derrière l'événement-handicap* ». La culture est ici perçue comme un ensemble de représentations, d'idéologie, de croyances, de connaissances et de savoirs partagés entre le sujet porteur d'un handicap et les membres de sa communauté. Au sein des cultures, tout est imagination, justification et évidence. Selon Gardou (2017), les humains composent, transforment, manipulent les règles, les interdictions et les interprétations. Ils mêlent, sans distinction, le naturel et le surnaturel, mettant en scène les aventures d'êtres «communs» et d'êtres «handicapés», exceptionnels, mythiques, idéalisés ou caricaturés. Il s'agit d'un Éternel roman autour du handicap.

Dans la clameur universelle, chaque communauté humaine déterminée par un creuset culturel, y va de son cri singulier. Gardou (2017) souligne la place accordée aux pratiques culturelles du handicap. Pour lui, des mythes parlent de la colère des dieux, de l'action des génies, esprits ou ancêtres, de caprices de jumeaux, de personnes mal mortes, d'impureté, de transgression de tabous, d'actes de sorcellerie, d'exposition à des objets «chargés» d'un mal. Ces croyances et idéologies culturelles aboutissent à des rites de désenvoûtement et on jette des pierres à des personnes souffrant de troubles psychiques pour empêcher leur maladie de se propager. Ailleurs, on les traite par la prière ou par l'imposition des mains. Plus loin, on les enferme ou on les enchaîne. Ailleurs encore, la charité ou l'assistance qui en est une autre forme viennent soulager la mauvaise conscience collective (Gardou, 2017). Elles sont perçues comme des êtres ambivalents dotés d'une puissance occulte, des êtres entre deux mondes.

Les personnes en situation de handicap sont contraintes à des stratégies de survie, notamment la mendicité. Leur corps abîmé devient une sorte de «capital» en termes de pitié ou de charité et prend une dimension économique. Les personnes atteintes d'une déficience psychique ou comportementale sont victimes, elles, d'une séquestration : considérées comme des possédées, certaines sont enchaînées ou enfermées dans des cases, spécialement en milieu rural ; les autres sont destinées à des tâches stéréotypées. Dans certaines régions rurales, des enfants atteints de déficience sont encore éliminés à leur naissance, par la pratique de « l'exposition ». En Guinée par exemple, plus d'un sur deux voit dans la sorcellerie la cause du handicap, qui peut être aussi interprété comme une « maladie de Dieu » ou du destin, ou encore lié à l'action des génies, à la colère des ancêtres ou aux caprices de jumeaux. Certaines croyances se diffusent par la rumeur, nourrie par des faits purement imaginaires. Pour les croyants, Dieu est considéré comme seul responsable du bien comme du mal : il donne la santé, la maladie et/ou le handicap (Gardou, 2017).

Au Togo, d'après S. Dassa et al. (2009), la personne en situation handicap mentale est considérée comme un non humain ; elle est stigmatisée et rejetée. En revanche, une minorité de handicapés étaient réputés porteurs de pouvoirs surnaturels qui donnent accès à des vérités inaccessibles. Au Bénin, selon un système de croyances traditionnelles, la maladie et le handicap ne sont pas le fruit du hasard mais interviennent par punition, par sanction pour la transgression d'un interdit par exemple (Prévot 2011). Selon M. Heraud « le handicap est généralement considéré comme la manifestation de l'interdit, l'expression d'une sanction » (2005). Toute culture s'attache à trouver une ou des causes au handicap.

Pour Diop (2012), le handicap en Afrique rime avec « sorcier », « génie », « démon », « faute », « sanction », « malédiction », « vagabondage », « agression », « punition », « transgression », « pêché »... il conduit forcément à la peur et à la honte. Tsala et al (2020) pensent que les actions et les jugements que l'on porte sur la personne en situation de handicap moteur au Cameroun sont pour la plupart à connotation négative et contribuent à stigmatiser ces personnes. Les représentations culturelles que les communautés se font de cette population (croyance en la sorcellerie, pratiques des rites et coutumes, recherche du coupable...) entravent parfois leur quête d'équilibre et oblige le sujet à rechercher une réintégration dans son groupe culturel d'appartenance. Le regard porté sur la personne en situation de handicap est renforcé par les représentations culturelles que les communautés se font de cette couche de la population et qui contribuent à renforcer le ressenti douloureux de ces personnes (Hamonet, 1990, 1992; Zambe et Hamonet, 2005).

2.3.3. Désignations du handicap et stigmatisation

Fougeyrollas et al (1997) disent que les mots employés pour désigner les personnes ayant des incapacités proviennent souvent de la peur ou d'autres sentiments obscurs. Lorsque, par exemple, des personnes ayant un problème de santé mentale sont désignées comme des « *déficients mentaux* », des « *malades mentaux* » ou des personnes « *aux prises avec la folie* », mots souvent employés péjorativement, cela alimente les préjugés de la société à leur endroit. Le choix des mots est donc d'un grand intérêt par rapport à la représentation que l'on se fait des personnes ayant des incapacités. Le Handicap a subi plusieurs transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. En effet, l'utilisation de la notion de handicap pour désigner les personnes atteintes de déficiences est récente.

Parler des « personnes handicapées » est stigmatisant. Les personnes se sentent diminuées davantage et se retrouvent directement dans une catégorie autre: celle des personnes « hors-normes » (Sausse, 2011), des personnes à part, des non valides. Le handicap en lui met l'accent sur les conséquences sociales dues à la déficience et au désavantage qui découle de la personne. Il désigne l'écart à la norme social, elle-même définie en termes de performances sociales, écart provoqué par la possession d'une déficience. Or, comme le souligne Winance (2008), cette représentation des personnes porteuses de déficiences, couverte par la notion « handicap », ainsi que les pratiques et les politiques qui la concrétisent, ont conduit à une mise à l'écart des personnes en situation de handicap de manière implicite ou explicite. Explicite, lorsque l'intégration des personnes en situation de handicap se fait via les établissements

spécialisés et implicite, quand elle se fait via l'obtention d'un statut particulier de personnes en situation de handicap qui les stigmatise.

Gardou (1997), propose la litanie des mots qu'utilisent, ceux qui se croient hors d'atteinte des mauvais coups du destin donc les valides pour désigner les personnes en situation de handicap : « *arriéré, déshérité, désavantagé, inadapté, hors circuit, démuné, marginal, hors du commun, pas-comme-tout-le-monde, anormal, mais aussi raté, mal fichu, attardé, tordu, mutilé, bancal, légume, ou encore bigleux, sourdingue, taré, attardé, ...* ». Les mots reflètent aussi des pensées et une philosophie. Sous la poussée des fantasmes poursuit Gardou (1997), les personnes en situation handicap deviennent « *la quintessence de l'étrangeté, de l'impuissance et de l'infériorité* ». Leurs faiblesses et diminutions les rendent dépendantes. Le prix à payer en est la soumission à leurs pourvoyeurs, les biens portants, à même de faciliter ou d'entraver le franchissement du seuil et l'incorporation sociale.

Différencier amène, de manière subreptice, à étiqueter, puis à cantonner dans un espace séparé les victimes du handicap et, finalement, à légitimer leur marginalisation, voire leur enfermement. La tendance à les saisir d'abord par leur caractéristique la plus perceptible socialement et la polarisation sur leur différence « négative » les marquent, de manière indélébile, du sceau du particularisme. Et même les attitudes les plus généreuses restent traversées, d'une part, par la dérive classificatrice qui les stigmatise et, d'autre part, par la dérive ségrégative qui propose, pour chaque catégorie, des structures particulières (Gardou, 1997 ; 2007).

Le marquage non seulement rassemble les personnes en situation de handicap sous une étiquette commune, mais les voue à un même destin, de sorte qu'il les constitue en groupe d'appartenance, au sens où Kurt Lewin (1989) disait que celui-ci réunit tous ceux qui partagent une certaine communauté de sort. Toutefois, dans la mesure où il n'a d'autre fondement que la destinée, sur laquelle ils n'ont aucune prise et à laquelle ils se trouvent subordonnés, leur groupement existe essentiellement comme lieu d'exclusion.

Stiker (1989) montre comment la « catégorie-handicapés » est créée et entretenue :

« Pèse sur eux une double contrainte : ils sont désignés, montrés du doigt, mais doivent se comporter comme si de rien n'était... L'étiquette générale qu'ils portent se divise encore en nomenclatures ramifiées : les lourds, les légers. L'intégration des uns

habilité à déclarer les autres inadaptables... Nommer, désigner, montrer, c'est faire exister... Ce phénomène de l'étiquetage n'est point folklorique, il est au centre de la question.... La catégorie est si installée qu'on ne peut plus parler, aujourd'hui, d'une atteinte quelconque sans utiliser l'étiquette handicap.

La société attribuer ce qualificatif qui officialise le handicap, lui conférant une origine qui le rendrait incurable. Ce marquage produit du handicap. La fonction du terme « handicapé » n'est pas de dire en quoi un individu est différent mais seulement qu'il est porteur d'une différence qui l'entrave. Ce mot ne parle pas de la personne, il la désigne et la repère. Et cette division des êtres humains, selon ce qui les distingue, aboutit à l'impasse joliment formulée par Geza Roheim : « *Vous êtes complètement différent de moi, mais je vous pardonne* ». Le handicap est un mixte de l'unité et du contradictoire : sa présence est le signe patent d'un vas-et-vient permanent entre la norme et le hors-norme, l'équilibre et le déséquilibre, la santé et la maladie. Il bouscule les références mimétiques, les visions normosées et les certitudes préétablies (Stiker, 1982). Celui qui en est atteint représente l'autre par excellence, l'autre trop radicalement différent : « *il est cette déchirure de notre être qui ouvre sur son inachèvement, son incomplétude, sa précarité* ». Les désignations du handicap sont un grand obstacle à leur participation.

2.4. PENSER D'AUTRES FORMES DE PROCESSUS DE PRODUCTION DE HANDICAP

2.4.1. Handicap comme défaut d'accessibilité

Selon Penchansky et Thomas (1981), la notion d'accès se décompose de la manière suivante : la disponibilité, l'accessibilité, l'accommodation, l'« abordabilité » et l'acceptabilité. Ce qui revient à dire que, un environnement qui ne prend pas en compte ces cinq critères est un obstacle pour la personne à mobilité réduite (Fougeyrollas et al , 2018). Au sens de Blanc (2008), les espaces privés et publics sont rarement accueillants pour les personnes en situation de handicap. Il part des travaux de Thomas (2005), qui pense qu'il suffit de discuter avec une personne en fauteuil roulant pour constater que le cadre bâti lui est hostile : hauteur des prises électriques et des boutons d'ascenseur, positionnement des plages de travail dans les appartements, disposition et hauteur des équipements dans les salles de bains...

Quand elle souhaite évoluer dans les rues de nos villes, elle doit faire face à de nombreux obstacles mobiles (voitures mal stationnées) ou immobiles (bornes diverses) que, de façon

rédhibitoire, elle doit apprendre à contourner, prenant ainsi le risque d'augmenter le temps nécessaire au déplacement et les accidents. Même si les plans inclinés ont été multipliés, notamment à l'entrée des bâtiments publics (plus rarement à l'intérieur), les trottoirs représentent des obstacles permanents perpétuant ainsi, pour les valides, l'un des charmes de la ville, à savoir la rupture de niveaux, les décrochements perfides mais jugés harmonieux. La ville plane des aménageurs n'existe pas encore (Thomas, 2005).

Les travaux de Blanc (2008), s'inscrivent en contexte français dans la ville parisienne. Il pense que, le recours à l'accès aux transports en commun est tellement problématique qu'ils sont dissuasifs : « *les personnes en fauteuil qui habitent Paris savent d'expérience que le métro leur est quasiment inaccessible* » (Blanc, 2008). En effet, un environnement inaccessible limite la participation sociale chez la personne altérée d'un membre du corps. Les situations de handicap dépendent toujours de la personne ayant des incapacités visées et de son environnement. La proposition québécoise reconnaît que la dimension personnelle du handicap est importante, mais elle insiste beaucoup plus sur la dimension environnementale comme processus de production des situations de handicap. La personne a certes des incapacités ou des déficiences, mais elle ne vivra pas nécessairement une situation de handicap lorsque son milieu est accessible et adapté à ses besoins (Boucher et al, 2018).

Lorsque les caractéristiques particulières d'une personne ayant des incapacités entre en interaction avec ce facteur précis, il peut y avoir un obstacle pour réaliser une habitude de vie, c'est-à-dire une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par la personne et son milieu de vie. Comme le soulignent Boucher et al (2019), les déplacements sont au centre de la plupart des activités ordinaires de la très grande majorité des personnes : éducation, travail, loisirs, activités familiales, utilisation des services et des soins de santé. Certains groupes de personnes sont défavorisés sur ce plan, notamment celles qui présentent des incapacités importantes et persistantes, limitant leur participation sociale et le développement de leur capacité d'agir, d'être et d'interagir.

Les personnes qui se déplacent en fauteuil roulant n'ont pas accès au transport régulier. Le réseau de transport devrait avoir « pour mission d'assurer, par des modes de transport collectif, la mobilité des personnes dans son territoire » (LRQ, 2001). On assiste dans nombreuses villes des Etats des services inadaptés aux personnes ayant des incapacités motrices. La ville est créée de manière à ce que le plus grand nombre puisse évoluer aisément

à travers ses différentes structures, ce qui a pour conséquence d'exclure certains citoyens dans leurs singularités (Imrie 1996; Bromley, Matthews et Thomas, 2007; Gleeson, 2001).

Pour Beauregard et al (2008), la santé physique et la santé mentale sont affectées en raison des services inexistants ou insuffisants. Il rappelle que l'inaccessibilité aux services ne signifie pas nécessairement une absence complète de ceux-ci. Dans certains cas, les personnes reçoivent des services, mais d'une manière qui ne répond pas à l'ensemble de leurs besoins. Pour ces auteurs, le manque de services pour l'aide au ménage est une source de nombreux problèmes. La qualité de soin est donc nécessaire et un élément important dans la production du handicap. Ils soulignent que, lorsqu'on interroge les personnes en situation de handicap sur la qualité de l'accès aux soins par exemple, elles rapportent de la fatigue, des maux de dos, et, de façon générale, parlent d'une dégradation de leur santé. Elles disent qu'elles sont « brûlées », « fatiguées » et qu'elles n'ont « plus d'énergie ». Ils pensent qu'on devrait prendre en compte le fait que, le manque d'aménagement résidentiel sont des situations non négligeables comme étant à la source de certains de leurs problèmes de santé (Fougeyrollas et al, 2008).

Le handicap résulte de l'inadéquation des environnements à la déficience : ils sont nombreux, du lieu de résidence à celui de travail, dans les transports et les équipements accueillant du public, dans l'espace public, et la ville n'est pas le village, de même que l'immeuble avec ascenseur diffère de la maison isolée. Ainsi, la personne déficiente sera-t-elle handicapée car elle rencontrera des barrières de deux ordres, matériel et immatériel. Pour leur part, Ciccone et al (2017) met l'accent sur les barrières matérielles et immatérielles des situations de handicap. Au sens de Blanc, les barrières matérielles sont légion et identifiables par le quidam et l'expert. Dans l'espace urbain, les circulations sont limitées : horizontalement car, par exemple, les trottoirs restent peu aménagés ; verticalement, car des copropriétaires sont réticents à l'installation d'une rampe d'accessibilité.

Quoique le concept d'accès soit relatif, multidimensionnel et multidisciplinaire, il fait généralement référence dans la littérature à différentes dimensions de l'environnement, soit l'environnement physique (cadre bâti, espaces publics, infrastructures et technologies de transport et de communication, objets techniques) et l'environnement social (services, attitudes, représentations et relations sociales). Certains auteurs distinguent une troisième dimension environnementale afin de prendre en compte les besoins d'accès à l'information et à la communication. Les personnes amputées soit de leurs membres inférieurs ou supérieurs font face à une réelle difficulté d'accessibilité dans tous les niveaux de la structure sociale.

2.4.2. Handicap et média

Il est important de souligner que, les médias contribuent à donner à la société, une image négative des Personnes Vivant avec le Handicap. Cependant, bien qu'ils ne puissent pas être tenus pour responsables des changements d'attitudes de la société, les médias devraient s'attacher à ne pas contribuer à la perdurance d'attitudes négatives et discriminatoires vis à vis des Personnes Vivant avec le Handicap Nkue et al (2013 ; 2015). Les mass médias doivent jouer un rôle clé dans la perception qu'a la société du handicap. Mais la réalité est le contraire. Comme le souligne Felix(2021), les médias ont un rôle à jouer dans la production de la stigmatisation liée au handicap. Ils proposent souvent une image des personnes en situation de handicap qui présente une dimension qui suscite un sentiment de pitié, une image forgée par des mythes et des idées fausses.

Les médias n'offrent pas des programmes d'information et de diversité répondant aux critères de pleine accessibilité (Felix, 2021). Les personnes en situation de handicap savent elle-même quels sont leurs besoins et quelles sont les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien. Mais, constat fait est que, la personne vivant avec un handicap n'est pas représenté dans les masses médias pour faire entendre leur voix. Les médias ne communiquent pas de manière exacte et inclusive au sujet du handicap (Felix, 2021). Comme le relève avec insistance Felix (2021), les médias ne s'investissent pas suffisamment pour rendre compte de manière pertinente et exacte des problèmes ou difficultés qui touchent les personnes en situation de handicap. Ce qui a une incidence directe sur elle-même et sur leurs proches ou famille. Félix (2021), ne manque pas d'affirmer que : *« généralement, les médias abordent le handicap sous l'angle de la charité, pour susciter un sentiment de pitié »*.

Les émissions télévisées comme le relève Felix (2021), peuvent influencer la manière dont les gens façonnent leur vision du monde. Si les personnes en situation de handicap étaient fortement représentées dans les médias, c'est-à-dire, si leur emploi accru dans les médias à l'image qui, hors de l'écran, pourrait contribuer à faire mieux entendre leur voix et à décrire leur réalité avec plus d'exactitude (Félix, 2021). Les personnes en situation de handicap sont pour la plupart victimes de discrimination en ce qui concerne le droit à l'accès aux informations. Car, de nombreux médias ne sont pas accessibles aux personnes présentant des incapacités. Pour Nkue et al (2013 ; 2015), en augmentant, par exemple, le nombre de tranches d'antennes destinées aux Personnes Vivant avec le Handicap, en augmentant aussi la présence de Personnes Vivant avec le Handicap dans les publicités, ces médias contribueront à faire percevoir le handicap comme étant un élément de plus de la diversité humaine.

Ils peuvent aussi contribuer à une meilleure capacité et responsabilisation des Personnes Vivant avec le Handicap en leur donnant des occasions d'exprimer leur point de vue et de participer à l'arène politique et publique (Nkue, et al, 2015). Les Personnes Vivant avec le Handicap représentent un public immense qui est actuellement ignoré. Elles sont insuffisamment représentées dans les produits délivrés par les médias (radio, télévision, régie publicitaire, presse écrite, etc.) et le nombre de personnes vivant avec le handicap employé dans ce secteur est, de manière générale, très faible. Il ne fait aucun doute que les mass médias ont un impact significatif auprès de la société et un rôle majeur à jouer pour promouvoir un changement radical dans les attitudes et la manière dont la société voit les personnes vivant avec le handicap. Les médias véhiculent des images handicapantes qui ont été conçues et produites par des « *personnes non handicapées* ».

Il est clair, cependant, que bon nombre des problèmes rencontrés par les personnes vivant avec le handicap ne sont pas uniquement causés par des perceptions ou par des cultures. Les cultures et les perceptions de l'incapacité diffèrent d'une région à une autre, et il y a aussi des différences à cet égard entre les milieux rural et urbain. Ringler (1999) : « *On ne naît pas handicapé, on le devient* ». Il y a une véritable production du handicap, c'est un construit social dont la fonction est de focaliser toutes les disgrâces et tous les signes d'infériorité, participant ainsi à la définition la normalité. Dans « *Qu'est-ce qu'un handicapé ?* », Sausse (2011), se questionne et répond par une affirmation selon laquelle, un « handicapé est *Celui qui te fait croire que tu es normal...* ». Les médias sont aussi une source important qui renforce la vulnérabilité de la personne vivant avec un handicap.

2.4.3. Théories du handicap

2.4.3.1. Goffman et le stigmaté

Selon Goffman (1975) le terme de stigmaté provient des Grecs qui l'avaient forgé pour désigner les marques corporelles faites au fer ou au couteau leur permettant de distinguer les individus qui vivaient à l'encontre des règles de bonne vie et des mœurs de la cité. Cette marque corporelle se voulait visible, afin d'avertir les honnêtes gens de la nature infâme et inhumaine de celui qui la portait (Goffman, 1963 ; 1975). Par la suite, le concept de stigmaté s'est élargi et, de nos jours, il fait référence à tout « attribut qui jette un discrédit profond » sur celui qui le porte (Goffman, 1975).

On observe ainsi que la société grecque produisait des catégories de personnes détestables dont « la tare » était à la base invisible puisque d'ordre moral. L'ouvrage de

Goffman introduit de nouvelles formes « d'identité abîmée » et de stigmatisation contemporaines, soulignant le passage du moral à d'autres types de différences qu'il caractérise ainsi : la monstruosité du corps avec les différentes difformités ; les tares du caractère qui, aux yeux des autres, prennent la forme d'un manque de volonté, de passions irréprouvables ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté ; la race, la nationalité et la religion.

Une personne qui est stigmatisée est une personne dont l'identité sociale ou l'appartenance à certaines catégories sociales mettent en question son ou sa pleine humanité. La personne est dévaluée, abîmée ou imparfaite aux yeux des autres (Crocket et al, 1998). Selon Croizet et al (2003), le stigmate est « une caractéristique associée à des traits et stéréotypes négatifs qui font en sorte que ses possesseurs subiront une perte de statut et seront discriminés au point de faire partie d'un groupe particulier ; il y aura « eux », qui ont une mauvaise réputation, et « nous » les normaux » (Croizet et Leyens, 2003). De ces définitions du stigmate, Bourguignon et Ginette (2007), recensent quatre éléments à relever : l'attribut, les stéréotypes, l'identité sociale négative et enfin, l'expérience du rejet et de la discrimination. L'attribut stigmatisant constitue une rupture à la norme. Il est selon Goffman (1975), considéré comme une forme de déviance. Car, il va à l'encontre des attentes normatives du groupe.

Pour Link et Phelan (2001), le stigmate est un attribut qui lie une personne à des caractéristiques indésirables, à des stéréotypes composés essentiellement des traits négatifs. Les stéréotypes constituent un instrument important dans le maintien des inégalités en permettant de légitimer le statut des personnes en situation de handicap dans la société. Ils conduisent à reporter une série de traits sur l'ensemble des individus appartenant à un groupe (Yzerbyt et Schadrin, 1994 ; Bourguignon, 2007). Le stigmate, comme le handicap, est toujours un discrédit, un « moins » dû à la possession d'un attribut perçu comme une « différence fâcheuse ». Le handicap est une diminution des capacités physiques, mentales, sensorielles.

Selon Winance (2010), dans les interactions, le handicap fonctionne comme le stigmate. Il perturbe l'interaction car il conduit pour les acteurs, une incertitude sur l'identité de la personne et un malaise quant à la manière d'agir. Le handicap est une qualité négative et discréditant par rapport à la norme sociale. Selon Goffman (1975), les personnes normales ne considèrent et ne reconnaissent pas la personne stigmatisée comme tout à fait normale : « une acceptation fantôme est à la base d'une normalité fantôme ». La personne affligée d'un stigmate

est intégrée dans la société comme personne stigmatisée. Il pense qu'un stigma se construit par un double mouvement : s'identifier (à sa marque) et être identifié (comme porteur d'une marque). En effet, selon Goffman, le mot stigmaté « sert à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relation et non d'attributs qu'il convient de parler » (Goffman, 1975, p. 13). Cela suppose que le stigmaté est une véritable co-construction.

Goffman (1975) met aussi l'accent sur la production active du discrédit social d'un individu comme le résultat d'un mouvement social. Pour lui, un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs. À travers le concept de stigmaté Goffman (1975) réalise une analyse de la relation qui lie un « normal » et un « handicapé », c'est-à-dire quelqu'un d'affecté d'un stigmaté, qu'il s'agisse d'un handicap physique ou social, quelqu'un de discrédité socialement. Pour lui la dramaturgie existante entre le « normal » et le « stigmaté » représente une métaphore de la vie sociale. Pris dans ce sens, Gargiola (2016), affirme : « *La figure du handicap comme objet de stigmatisation implique que le handicap est provocateur de craintes, de violences qui se jouent sur le théâtre de l'intime ainsi que sur la place publique de notre société* ».

La part du visuel est au cœur de la notion de stigma puisque, à l'origine, « le stigmaté désigne des marques corporelles destinées à exposer ce qu'il y avait d'inhabituel et de détestable dans le statut moral de la personne ainsi signalée » (Goffman, 1975). Comme le souligne Gargiola (2016), il est certain que les travaux de Goffman se situent dans un contexte et dans une époque donnée : la société américaine des années cinquante. Mais, au-delà des discours inclusifs et progressistes actuels en matière de handicap, la discrimination, la stigmatisation existent bel et bien et peuvent se détecter dans le langage, les interactions sociales et l'absence d'accessibilité architecturale urbaine dans laquelle l'on vit au XXI^e siècle. On peut affirmer que l'analyse de Goffman reste, dans bien des pays sauf de rares exceptions, de grande actualité, surtout lorsqu'il affirme que la société exerce une stigmatisation par laquelle elle réduit, parfois à son insu, les capacités vitales des personnes en situation de handicap.

1.5.2. Murphy et la liminalité

Murphy (1985), anthropologue avant de devenir paraplégique, avait étudié Gennep et les rites de passage ainsi que Turner (1966) et la situation de seuil, la situation liminale. Pour

Genep (1909 ; 1981), la vie individuelle, quel que soit le type de société, consiste à passer successivement d'un âge à un autre et d'une occupation à une autre. Là où les âges sont séparés et aussi les occupations, ce passage s'accompagne d'actes spéciaux, qui par exemple constituent pour nos métiers l'apprentissage, et qui chez les demi-civilisés consistent en cérémonies, parce qu'aucun acte n'est chez eux absolument indépendant du sacré. Tout changement dans la situation d'un individu y comporte des actions et des réactions entre le profane et le sacré, actions et réactions qui doivent être réglementées et surveillées afin que la société générale n'éprouve ni gêne ni dommage. C'est le fait même de vivre qui nécessite les passages successifs d'une société spéciale à une autre et d'une situation sociale à une autre : en sorte que la vie individuelle consiste en une succession d'étapes dont les fins et commencements forment des ensembles de même ordre : naissance, puberté sociale, mariage, paternité, progression de classe, spécialisation d'occupation, mort.

Genep (1981) pense que chacun de ces ensembles se rapportent des cérémonies dont l'objet est identique : faire passer l'individu d'une situation déterminée à une autre situation tout aussi déterminée. Il distingue trois types de rites : Les rites de séparation sont davantage dans les cérémonies des funérailles, les rites d'agrégation dans celles du mariage ; quant aux rites de marge, ils peuvent constituer une section importante, par exemple dans la grossesse, les fiançailles, l'initiation, ou se réduire à un minimum dans l'adoption, le second accouchement, le remariage, le passage de la 2e à la 3e classe d'âge, etc. Si donc le schéma complet des rites de passage comporte en théorie des rites préliminaires (séparation), liminaires (marge) et postiliminaires (agrégation), il s'en faut que dans la pratique il y ait une équivalence des trois groupes, soit pour leur importance, soit pour leur degré d'élaboration.

Murphy (1985) trouve là un modèle qui lui permet de rendre compte non seulement de son expérience personnelle une fois devenu paraplégique et quadriplégique, mais aussi du statut caché des personnes en situation de handicap. Murphy (1985) introduit la notion de liminalité, en réponse aux critiques qu'il pose aux travaux de l'interactionnisme et de l'école de Chicago avec leurs notions phares de stigmatisme et de déviance. En effet, comme le note Stiker (2007), l'interactionnisme avec sa double notion de stigmatisme et de déviance met l'accent sur la faute et rapproche les personnes en situation de handicap de criminels, ou des gens en flagrant délit. Or, pour Murphy (1985), même si le handicap peut provoquer une culpabilité chez les parents d'enfants infirmes par exemple, on ne saurait le penser correctement avec une notion relevant de la justice et de la morale. Pour lui, « *un délinquant choisit de mener une existence criminelle,*

mais personne ne demande à naître noir et, assurément personne ne souhaite devenir tétraplégique ».

Ce qui retient en effet son attention, c'est que les handicapés physiques suscitent diversement des sentiments de répulsion, de crainte, voire d'hostilité comme s'ils violaient les valeurs dominantes. Inversement, ils peuvent susciter des sentiments de compassion qui conduisent les gens ordinaires à transgresser les codes de relations courantes. La sociologie de la déviance et du stigmatisme ne peut pas prendre en compte ces dimensions culturelles associées à l'invalidité. Selon Murphy (1985), la dimension culturelle de l'invalidité en fait une situation unique. Elle lui permet d'expliquer le statut social indéfini aussi bien que le déroulement spécifique des relations avec les gens valides. Ce statut social indéfini participe à l'institutionnalisation de la liminalité. *« De même que les corps des infirmes sont détériorés à jamais, leur position en tant que membres de la société est définitivement altérée. L'indétermination durable de leur état aboutit à une absence de définition de leur rôle social qui est de toute manière occultée par le naufrage de leur identité ».*

Au sens de Genep (1909 ; 1981), *« Pour les groupes comme pour les individus, vivre c'est sans cesse se désagrèger et se reconstituer, changer d'état et de forme, mourir et renaître. C'est agir puis s'arrêter, attendre et se reposer pour recommencer ensuite à agir, mais autrement »* (Genep., 1909 ; Gardou, 1997). Et toujours, poursuit M. Van Genep, ce sont de nouveaux seuils à franchir : seuil de l'été ou de l'hiver, de la saison et de l'année. Du mois ou de la nuit : seuil de la naissance, de l'adolescence ou de l'âge mur, de la vieillesse, de la mort ; et seuil de l'autre vie pour ceux qui y croient ».

Les rites de passage comportent trois étapes que marquent trois séquences cérémonielles-La première phase, dite de la séparation, implique le détachement de l'individu par rapport à une position qu'il occupait antérieurement dans la structure sociale, et aussi par rapport à un état, c'est-à-dire à un ensemble de conditions culturelles. La troisième étape, celle de la réintégration, confirme le passage : reconnu par la communauté, l'individu a dorénavant de nouveaux droits et devoirs envers elle. Il est appelé à se conformer aux normes et règles éthiques s'imposant à tous ceux dont la position sociale est reconnue. C'est durant la période intermédiaire que les caractéristiques de l'initié sont ambiguës. Il est le passager d'un espace culturel flou, incertain, indéfini. Il habite temporairement les limbes de la société. Il est exclu, pour un temps, de l'ordre social formel.

Durant cette phase d'inanition entre l'isolement et la réagrégation sociale, on dit le sujet qu'il est en « état liminal ». Cela signifie littéralement qu'il est sur la frontière. En situation d'arrêt. D'attente. De marge. De suspension. De périphérie. Sur le seuil. Tel est d'ailleurs le sens du latin *limen*. L'initié est provisoirement maintenu dans un entre-deux. Il n'est plus ni ce qu'il était avant l'initiation, ni ce qu'il sera après sa renaissance rituelle et son intégration sociale. Il n'est plus totalement isolé, ni encore reconnu par les membres de sa communauté d'appartenance. Il n'a pas encore sa place. Il flotte entre deux mondes. Son statut demeure indéfinissable. C'est la séquence cérémonielle post liminaire qui met un terme à cet "état de danger » (1993).

Murphy (1985) refuse par ailleurs de rebattre la question du handicap sur une question sociale plus ou moins traditionnelle, avec des concepts comme oppression, exploitation, exclusion ou autres, qui sont également des manières de dissoudre la spécificité anthropologique des personnes vivant avec un handicap. Murphy, dans les services auxquels il est hospitalisé, dans les associations des personnes en situation de handicap, aussi bien que dans les situations de la vie ordinaire, il est à la fois sujet impliqué et témoin observateur de la « construction sociale des handicap » (Calvez, 1994). Témoin et acteur par ce qu'il vit, partage, observe, interroge, et analyse les différentes manières donc sont traitées les personnes en situation de handicap. On comprend pourquoi Calvez (1994), dit que, son récit n'est réductible à une analyse distanciée ; elle porte la voix de ceux que les « *hasards de la vie et le préjugé social ont rendu silencieux en leur assignant un statut liminaire* ». C'est dans ce contexte de revendication d'une reconnaissance sociale que Murphy (1990), rejette l'analyse du handicap comme une « sous-catégorie » de la déviance, de même qu'une perspective fonctionnelle qui trouverait dans la « dynamique du système social » les raisons de l'exclusion (Calvez, 1994).

Mais la différence avec la liminalité et la position de seuil, constatée par Murphy (1985), dans nombre de sociétés, c'est que les personnes en situation handicap sont condamnées à demeurer dans l'entre-deux. Elles ont quitté le statut normal, par leurs séquelles de maladie ou d'accident (avec la stigmatisation éventuelle) et souvent concrètement, elles sont parties dans des lieux spéciaux, hospitaliers, centres de rééducation, comme le tuberculeux autrefois allait au sanatorium. Et même lorsqu'elles reviennent prendre une nouvelle place, ou la leur antérieure, elles continuent à être vues et traitées comme demeurant dans une situation d'entre-deux.

Murphy (1985) conclue que, les personnes en situation de handicap ne sont :

ni rejetées, ni pleinement acceptées ; ni mises à l'écart, ni intégrées ;
ni étrangers ni familiers. Ni jugés coupables, ni traités comme
innocents, car gênants et fautifs de troubler la quiétude d'une société
qui rêve d'hommes et de femmes zéro défaut. Ni esclaves ni citoyens
à part entière. Ni totalement asservis ni libres.

Il y a bien eu séparation du monde « ordinaire », il y a bien eu un seuil, mais la nouvelle
agrégation ne se fait pas, ou si mal (et avec parfois des pseudo rites ambigus), comme le fameux
repas que Murphy décrit pendant lequel on le célèbre comme de retour à l'université, mais où
tout concourt à faire de lui, non un professeur retrouvé, mais un survivant, un rescapé. Il y a
cristallisation, gel, de la situation intermédiaire.

Allant dans le même sens Murphy (1990) repris par Gardou (1997) pense que les êtres
meurtris par le hasard de la vie ne sont ni ségrégués ni intégrés, bien que les textes législatifs
le proclament. Ni étrangers ni familiers. Ni jugés coupables ni traités comme innocents, car
gênants et fautifs de troubler la quiétude d'une société qui rêve d'hommes et de femmes zéro-
défaut. Ni esclaves ni citoyens à part entière. Ni totalement asservis ni libres. Mais en réclusion
liminale, tant il est vrai que le handicap, en empêchant de réaliser et d'être ce que l'on voudrait,
est toujours une atteinte à la liberté. (Murphy, 1990 ; Gardou, 1997)

Murphy (1990) avec la liminalité, donne une dimension essentielle de la situation
handicap. Le handicap est donc ici, un rapport social qui exploite une déficience physique ou
mentale de l'individu et l'institue en mise à l'écart, en dehors des classifications sociales
ordinaires. Il développe son approche en faisant cette analogie entre différents types
d'expériences individuelles en passage. La spécificité du handicap réside dans le fait que, le
passage n'aboutit et que la situation se cristallise en un état intermédiaire. Cette cristallisation
dépend selon Calvez (1994) des possibilités que le passage des catégories en œuvre dans une
collectivité sociale recèle pour inclure des attributs d'invalidité ou de déficience dans des
statuts reconnus. Toutefois, les individus qui restent dans une situation d'intermédiaire
représentent une menace pour l'ordre social. L'approche de handicap comme liminalité permet
de comprendre que la mise à l'écart des personnes infirmes peut provenir de la personne ou de
la société.

2.5.3. *Handicap, une double liminalité selon Stiker.*

Henri-Jacques Stiker (2007), invite à penser le Handicap dans une nouvelle approche celle de la double liminalité. Le handicap a donc pour lui une connotation à la fois liminaire et double. Cette étude est donc d'ordre anthropologique et ne peut se situer selon son auteur qu'au croisement du psychique et du social, de l'individuel et du collectif, de même qu'elle doit être, pour un sujet comme celui de l'infirmité, à la fois historique et actuelle. En d'autre terme, l'étude permet de faire une approche culturelle et historique autour du handicap et de l'infirmité et permet aussi de comprendre que l'approcher du handicap devrait s'effectuer en tenant compte de trois grandes dimensions : la dimension intrapsychique ou subjective, la dimension sociale et collective. Son auteur part de travaux de Murphy (1985) ; Korff-Sausse (2005) et Rank (1932) et ses analyses sur le double, qui permet d'aboutir à comprendre comment l'inquiétante étrangeté devient une liminalité sociale, réalisant le vœu d'une anthropologie.

Le « *double* » chez Rank (1932), remonte aux temps reculés du folklore, de la superstition ou de la naissance des religions. Il est question des problèmes, remontant aux origines les plus reculées de l'homme, qui continuent à exercer sur l'art une influence de premier plan. Rank (1932), démontre que cette influence découle d'un sentiment profondément ancré dans l'âme humaine, à savoir : les relations de l'individu avec son propre Moi et la menace de sa destruction complète par la mort, que l'homme essaye d'annihiler par toute cette série de Mythes basés sur la croyance en son immortalité que la religion, l'art et la philosophie lui offrent pour le consoler. Pour comprendre le Double, il convient de partir de cette expérience du moi et du non-moi. Rank (1932), passe en revue la série, presque complète, des figures du Double : le double dans les fictions littéraires, le dédoublement de personnalité chez maints écrivains ou artistes, l'ombre comme représentation de l'âme dans certaines croyances, le narcissisme, la gémellité, la survivance dans l'au-delà.

Rank (1932) distingue trois formes de double, qui rend compréhensible qu' : « Au début le double est un Moi identique (ombre, reflet), comme cela convient à une croyance naïve en une survie personnelle dans le futur. Plus tard il représente aussi un Moi antérieur contenant avec le passé aussi la jeunesse de l'individu qu'il ne veut plus abandonner mais au contraire conserver ou regagner. Enfin le double devient un Moi opposé qui, tel qu'il apparaît sous la forme du Diable, représente la partie périssable et mortelle détachée de la personnalité présente actuelle qui la répudie ». C'est cette ultime métamorphose du double qui semble s'appliquer le mieux à l'infirmité, en dehors de toute image diabolique.

Dans sa clinique Korff-Sausse (2005 ; 2011 ; 2015), fait un prolongement de travaux de Freud (1923) sur l'inquiétante étrangeté et voit cet effet de miroir brisé chez les parents d'un enfant en situation de handicap. Pour elle, L'enfant en situation de handicap « met à nu nos propres imperfections et reflète une image dans laquelle nous n'avons pas envie de nous reconnaître » (Trauma et devenir psychique, p. 46). Elle décrit l'ébranlement psychique que la naissance infirme produit chez les parents : la sidération et le traumatisme, la culpabilité, la recherche du coupable, le désir de meurtre, les retours sur la sexualité antérieure et sur le rapport à leurs propres parents. Le miroir brisé signifie que l'image de l'infirmité devenait une image inversée, abîmée, et donc rejetée des parents, de la société et du sujet lui-même ; c'est cette image qu'on ne veut pas ressembler. Car elle est étrange, inquiétante, teinte de peur hallucinatoire. C'est l'image du corps monstrueux, abîmé, elle est le reflet du sujet mais dont on aimerait pas du tout avoir, regarder, ou ressembler.

Pour le handicap physique, le corps de la personne atteinte d'un handicap, corps étrange, agité par des mouvements incontrôlés, flasque ou rigide, difforme ou défectueux, corps infirme, qui marque du sceau de l'altérité, est un corps non conforme. Dès lors, son identité est menacée, car le statut de ce sujet « hors norme » est mal défini. Il occupe une place « entre-deux ». Par conséquent, les personnes atteintes d'un handicap occupent un non-lieu. Entre le « non-être » et le « nulle part », « cela signifie littéralement qu'il est sur la frontière. En situation d'arrêt. D'attente. De marge. De suspension. De périphérie. Sur le seuil. [...] Il n'a pas encore sa place. Il flotte entre deux mondes. Son statut demeure indéfinissable » (Gardou, 1997 ; cité par Korff-Sausse, 2011).

Sticker (2007) observe que le « double », dans la plupart des œuvres évoquées, est un semblable, une réplique à l'identique de soi, mais qui devient intolérable car, gage de survie. Il devient pesant, voir trompeur et traître. Il faut par conséquent le supprimer, tant la haine est forte. Mais quand le héros de ces fictions passe à l'acte meurtrier de son double, il périt lui-même comme en un suicide. Il pense alors qu'on ne se défait de son double qu'en se supprimant soi-même car le moi et l'autre moi sont en finale indissociables, sous peine de mort. « *Donc quand dans les histoires de double, la mort du héros survient par l'assassinat de son deuxième moi, cela équivaut à un suicide avec destruction totale du Moi où, en même temps qu'il détruit son Moi corporel, le héros détruit aussi le porteur spirituel de son immortalité* ».

Le Double dans le cas de l'infirmité, Sticker (2007) pense que faire disparaître les déficients reviendrait à détruire ceux qui feraient ce geste ; les personnes déficientes seraient

donc aussi nécessaires que mal aimées, elles porteraient à la fois le signe de la mortalité et de l'immortalité. L'auteur veut qu'on puisse réaliser cette dualité entre le corps et l'âme ; le corps et la psyché qui sont indissociable. Son objectif est de montrer que, les personnes déficientes ou en situation de handicap portent à la fois le signe de la mortalité et de l'immortalité. Selon Sticker (2007), le double est porteur de mortalité. Il se réfère sur mythe de Narcisse qui se suicide par un trop grand amour de son image. Il pense qu'en passant en revue les cas pathologiques de dédoublement de la personnalité qui sont souvent chez ceux-là mêmes qui ont écrit des fictions de Double, on trouve une sorte de paranoïa qui par amour excessif de soi fait apparaître ce moi comme détestable, pleins de défauts, de failles et donc persécuté par lui-même et les autres.

Le Double est la projection de ce qui est défectueux et qu'on ne supporte pas. Selon lui, la vulnérabilité et la mortalité par exemple, dans le cas du double ne sont pas seulement troublantes comme dans l'inquiétante étrangeté de Freud, elles sont incarnées dans un alter ego. Le handicap n'est donc pas toujours une épreuve subjective, mais par qu'elle est source d'angoisse, de peur, de honte et tout ce qui va avec, mais, une représentation, une image que la société se donne à leur égard.

Sticker (2007) s'appuyant sur les études de Rank (1936), sur l'ombre et l'âme, montre comment il impossible de détruire son double. L'ombre et l'âme humaine reflète l'image du handicap qui est cette image brisée, étrange, que porte l'infirmité. Il souligne que, dans beaucoup de croyances « *celui qui n'a pas d'ombre meurt, celui dont l'ombre est petite ou faible tombe malade, tandis qu'une ombre forte prédit la santé* » (p. 59). Car « *l'ombre signifie la mort, mais elle signifie aussi la vie et les deux significations reposent sur une croyance primitive à la dualité de l'âme* » (Rank, 1936,p. 66 cité par Sticker, 2007). L'âme humaine comme a deux dimensions : elle signifie la mort et la vie. En entendant, Sticker, l'ombre qui est le double de chacun et qui se réfère reste non destructible, les personnes en situation sont appelées à supporter leur image, car en se faisant du mal, on souffrir son âme et son ombre. L'ombre nous suit partout et pose les mêmes actes que le corps. Comme l'ombre, la plupart des figures du Double, représentent les deux parties du moi, les deux parties de l'âme (Sticker, 2007).

Selon lui,

l'infirmité est un compagnon qui nous suit, qui nous conteste et nous approuve, qui nous désole et nous réconforte. Nous avons besoin d'elle, comme de ceux qui la porte, pour nous consoler d'être vulnérables et mortels tout autant que nous ne devons pas être confondus avec elle et eux pour continuer à nous estimer. Ils sont, devant nous, notre mortalité, mais ils sont aussi notre espoir d'immortalité. Je suis comme eux et pourtant j'échappe à leur triste condition ; devant eux je me sens mal fait, défait mais aussi bien fait, fort, vivant. Quand nous avons envie de les supprimer, ou que nous les étouffons, ou les normalisons et noyons leurs déficits par diverses manipulations, c'est parce qu'ils nous disent : tu es mortel, nous sommes l'image devancée de cette condition finale ; mais quand nous les gardons comme notre ombre, ils nous disent : toi au moins tu ne vas peut-être pas mourir (Stiker, 2007).

Cette approche de handicap permet de comprendre que, le handicap, n'est ni un problème du sujet, ni celui de la société, encore moins celui de l'institution mais, il résulte de l'interaction entre ces trois éléments. C'est pourquoi la liminalité est un stable d'instabilité. Pour Sticker (2007), Ce qui distingue le plus la théorie de l'inquiétante étrangeté et celle du double est que l'infirmité ne déclenche pas seulement une série de formations réactionnelles, dont la liminalité, elle est, dans le réel (même s'il est fabulé autant que l'on voudra) une présence de « nous-mêmes », un véritable double. C'est beaucoup plus qu'un miroir, c'est notre double visible, incarné encore une fois. Il faudrait insister à nouveau sur le deuil impossible : la déficience est là, nous rappelant ce que nous n'aimons et ne voulons pas être, mais elle est notre ombre. On ne se défait pas de son ombre, on ne marche pas sur son ombre, elle nous accompagne » (Sticker, 2007).

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

La méthodologie est une partie essentielle sans laquelle un travail de recherche ne saurait être objectif et garantir une certaine crédibilité de la recherche. Elle reprend d'abord le problème, la question et les hypothèses de l'étude. Par la suite, c'est l'occasion où le chercheur présente le type de recherche, présente et décrit le son site d'étude, définit les critères de sélection des sujets, présente son instrument de collecte des données et la technique d'analyse.

3.1. RAPPEL DU PROBLEME ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE.

3.1.1 Rappel du problème

La reconstitution du sujet à la suite d'une amputation des membres inférieurs (AMI) ou supérieurs (AMS) lors d'un accident ou une maladie est un moment très capital pour le sujet. Le handicap au cours de vie est une épreuve qui bouleverse l'ordre des choses. En effet, dès l'annonce d'une amputation et son application, la personne vivant désormais avec un handicap devient étrangère pour soi, pour sa famille, étranger à la société et à sa patrie (Korff-Sausse, 2011). L'amputé se retrouve dans un vas et viens dans la société : tantôt, on l'intègre, tantôt, il est exclu et s'exclut lui-même dans la société. Sa place reste indéfinie. Au sens de Gardou (1997) la personne en situation de handicap devient un « exilé du seuil » puisqu'il est condamné à vivre au seuil, dans un entre-deux, dans les limbes de la structure sociale. Pour reprendre Murphy (1985 ; 1990), la place de la personne en situation de handicap physique à long terme est celle de la liminalité.

La personne amputée d'un ou des deux membres inférieurs ou supérieurs, est donc une personne en situation de handicap à long terme et occupe une place liminale dans la société camerounaise. La liminalité c'est l'état d'inconfort, de suspens, c'est la zone intermédiaire entre « valide » et « handicapé » ; « normal/anormal » ; « dedans/dehors » ; « intérieur/extérieur » ; « vie/mort » c'est pourquoi Murphy affirme que les personnes en situation de handicap « *ne sont ni rejetées, ni pleinement acceptées ; ni mises à l'écart, ni intégrées ; ni étrangers ni familiers. Ni jugés coupables, ni traités comme innocents, car gênants et fautifs de troubler la quiétude d'une société qui rêve d'hommes et de femmes zéro défaut. Ni esclaves ni citoyens à part entière. Ni totalement asservis ni libres* » (Murphy, 1990). Sur base, le problème traité dans le cadre de cette étude est celui de la liminalité dans laquelle vivent les personnes amputées d'un ou de deux membres inférieurs et supérieurs dans la société

camerounaise. Ce problème permet d'interroger les mécanismes importants du processus de production de handicap afin de mieux appréhender l'étude de la construction sociale du handicap.

3.1.2. Rappel de la question de recherche

Sur la base de ce problème de recherche, découle la question de recherche suivante : comment l'expérience sociale de la situation de handicap rend compte de la reprise du moi-peau chez la personne amputée ? En d'autres termes, cette étude cherche à savoir : quels sont les facteurs ou les mécanismes importants du processus de production du handicap qui influence sur la reconstitution ou l'autonomisation de la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs ?

3.1.3. Questions spécifiques

QRS 1: Comment les facteurs subjectifs ou individuels rendent compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée d'un ou de deux membre inférieurs ou supérieurs ?

QRS 2 : Comment l'environnement socioculturel rend compte de la reprise du moi-corps ?

QRS 3 : les déterminants spatio-temporels expliquent-ils suffisamment la reprise du moi-corps chez la personne amputée ?

3.2. HYPOTHESE DE L'ETUDE

L'hypothèse émise dans cette étude est que : la construction sociale dans le champ du handicap rendrait compte de la reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs à travers un ensemble des mécanismes de processus de production des situations de handicap.

3.2.1. Variables de l'hypothèse générale

Dans ce sous-titre, nous présentons l'opérationnalisation de la variable indépendante (VI) et de la variable dépendante (VD) de notre étude sur la base de notre hypothèse générale.

Représentation synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices de l'hypothèse.

Tableau 2 : Tableau synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices

Variable indépendante	N°	Modalités	N°	Indicateurs	N°	indices
Expérience sociale de la situation de handicap	1	Facteurs personnels	1	Abomination du corps	1	Altération/paralysie (pied, de la main ou des deux)
					2	Diminution/perte (motricité, du langage, morale ou psychologique)
					3	Incapacité (se déplacer, s'habiller, faire sa toilette)
			2	Sentiments émotionnels	1	Etrangéité (doute, peur, regret, méconnaissable)
					2	Frustration (inquiétude, timidité, peur, soucieux)
					3	Regret (culpabilité, jugement)
			3	Auto stigmatisation et auto exclusion	1	Remémoration (se souvenir, se vouloir, se détester soi-même)
					2	auto étiquetage (laideur, souillure, sacrilège, sort jeter)
					3	Isolement (rester seul)
			1	Stigmatisation sociales	1	Stéraiotypisation (colère des dieux, malchance, malédiction, avertissement)
					2	Attributs (quenelles, manchots,)
					3	Etiquettes (sorciers, monstres, fantômes, idiots)

	2	Interaction avec l'environnement socioculturel	2	Perte de statut et discrimination	1	Disqualification (perte d'emploi, de statut social)
					2	Distanciation (rupture de lien, mis en écart, rejet)
					3	Désinsertion (exclusion)
			3	Relation de pouvoir et émotions	1	Inégalité (traitement, services)
					2	Autorité (soumission, dépendance)
					3	Vulnérabilité (état de faiblesse, fragilité, diminution physique, morale et psychologique)
	3	Interaction avec l'environnement spatio-temporel et habitudes de vie	1	inaccessibilité	1	Architecture (routes, logement, hôpitaux et autres)
					2	transport
					3	Communication (informations)
			2	impeccabilité	1	Lieux (montagnes, colline)
					2	Distance (trajet long, hauteur)
					3	Variation de saisons (pluie, saison sèche)
3			réalisation	1	vie courante (aller à pied)	
				2	Participation (au travail, réunion familiale, école)	
				3	Rôle social (procréation ou enfanter)	

Variable dépendante	N°	modalités	N°	Indicateurs	N°	indices
Reprise du moi-peau	1	Traumatisme/trauma	1	Effraction corporel		Modification ou diminution de la main, du pied
						Douleur corporelle
						Rupture brusque du corps
			2	Effraction psychique	1	Difficulté à se représenter dans le temps
					2	Modification de l'image du corps
					3	Sidération psychique
			3	Impact sur la qualité de vie	1	Isolement, honte, peur
					2	Agressivité et violence
					3	Baisse d'estime de soi
	2	Symbolisation	1	Matière première de la psyché	1	Mêle le présent et le passé
					2	Mêle le moi et l'autre
					3	Mêle le dedans et le dehors ; le différents temps
			2	Temps ou ça se passe	1	
2					L'usine, le club de foot, médias	
3					Transport, commerce	

			3	Temps de mise en place	1	Temps de mise en forme (quand)
					2	Temps ou ça commence à se signifier (après coup, copie)
					3	Temps ou le sujet s’empare de ce que ça signifie pour lui
	3	Deuil	1	Temps auto-subjectif	1	Transformation de la trace mnésique
					2	Rapport au sujet, jeu solitaire
					3	Rendre son histoire propre à soi
			2	Temps d’incorporation	1	Fétichisme ; soi ou jeu avec les autres
					2	Mêler les faits
					3	Unir le passé et le présent
				Temps narcissique	1	Représentation de la chose (rêve)
					2	Suspension de la différence dedans/dehors
					3	Reprise de l’objet ; adapter l’après et l’avant

Ce tableau est un récapitulatif des principaux éléments manipulés dans notre étude. Il présente d’une part notre variable indépendante (VI) : « construction sociale » qui est la variable cause, celle que nous manipulons. D’autre part, la variable dépendante (VD) : « reprise du Moi-peau » qui est l’élément de mesure de l’impact de notre VI.

3.2.1. Hypothèse de recherche spécifique

Elles sont plus concrètes que l'hypothèse générale. Elles sont des propositions des réponses aux aspects particuliers de l'hypothèse générale sous une forme facilement mesurable, avancée pour guider une investigation, elles constituent une opérationnalisation de l'hypothèse générale. Dans le cadre de cette étude, nous avons retenu trois hypothèses secondaires.

HRS1 : les facteurs subjectifs ou individuels rendraient compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée.

HRS 2 : Les interactions avec l'environnement socioculturel rendent compte de la reprise du moi-corps

HRS 3 : les déterminants spatio-temporels expliquent la reprise du moi-corps chez la personne amputée.

3.3. TYPE DE RECHERCHE

En science sociale, il existe plusieurs types de recherche : expérimentale, descriptive, analytique etc. Chacune de ces recherches obéit à une logique scientifique qui nécessite parfois des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche sans toutefois rentrer en marge de la dialectique scientifique. L'étude est de type explicatif.

Elle de type explicatif dans la mesure où la recherche permet de décrire, d'expliquer et de comprendre le phénomène de la construction sociale du handicap en lien avec la reconstitution du sujet amputé ou la reprise du Moi-peau. Le paradigme descriptif énoncé ici, privilégie exclusivement l'explication factorielle, c'est-à-dire, qu'il a pour but de mettre en évidence l'ensemble des facteurs qui expliquent et nous permettent de mieux comprendre le phénomène de handicap comme un construit, une expérience vécue et partagée, un produit, une situation, un résultat qui découle des interactions entre les facteurs personnels tels que : l'âge, le sexe, la déficience, l'appartenance ethnique, les incapacités, l'identité de personne et de facteurs environnementaux comme : le microenvironnement personnel qui renvoie au contexte spécifique et concerne : la famille, les proches, le domicile, le poste de travail. Le méso environnement collectif : l'école, le quartier, le club, le commerce, le transport. Enfin, le Macro environnement sociétal : culture, religion, règlements, politique, justice, sécurité sociale, lois. D'où la situation de handicap (Foueyrollas et al, 2018).

Ce paradigme implique l'utilisation de la méthode d'observation où l'on met en place des stratégies afin d'examiner le changement d'une situation à expliquer (variable dépendante) lorsqu'on soumet une (des) autre(s) variable(s) à des variations (variables) indépendante (s). Force est de constater au regard de ce qui peut d'être descriptif que notre étude se veut bien une étude qualitative de par la nature de ses variables de recherche.

3.4. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Il est question dans cette section de procéder à la présentation de la population sur laquelle a porté cette recherche. La recherche s'est adressée aux personnes en situation de handicap moteur en générale et beaucoup plus celles donc les membres inférieurs ou supérieurs ont été amputés à la suite d'un accident ou d'une maladie au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées/ Personne en situation de handicap du Cardinal Paul Emile Leger (CNRPH) de Yaoundé.

3.4.1. Participants à l'étude

3.4.1.1. Choix des participants

La recherche s'inscrit dans une approche qualitative. Selon Angoulvent (2019), les méthodes qualitatives analysent les mécanismes sous-jacents aux comportements et à l'interprétation que les acteurs font de leurs propres comportements ; elles recherchent la diversité des mécanismes et non les représentativités. D'après ce que nous dit Desjeux (2004), ces approches se sont développées à deux échelles : l'échelle macrosociale, celle des organisations des institutions, des filières socioéconomiques ou des systèmes d'action politicoadministrative. Et l'échelle microsociale, celle de la vie quotidienne, des loisirs, du travail, de la mobilité et de la famille. Aborder le handicap ou la situation de handicap dans une approche macro, méso et micro sociétale, revient à montrer le caractère productif des situations de handicap.

Le choix des participants obéit à la technique d'échantillonnage par choix raisonné en raison des différences intersubjectives au sein de notre population. Fortin et Gagnon (2016), dans ce type d'échantillonnage, pensent que les éléments de la population sont choisis à partir des critères bien précis afin que les éléments soient représentatifs du phénomène à étudier. Ceux-ci en effet, sont choisis suivant les critères de faisabilité, de ressemblance à la population cible, ainsi que des critères subjectifs dépendants du choix de l'enquêteur. Notre étude s'adresse directement les personnes en situation de handicap moteur en général et beaucoup plus la

personne qui a été victime d'une amputation soit d'un membre inférieur, soit d'un membre supérieur ou même encore la personne qui pouvait présenter à la une amputation de main et du pied.

3.4.1.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion désignent l'ensemble des caractéristiques propres à la population défini par le chercheur qui la rend apte à participer à l'étude. Ils décrivent selon Fortin (2016), les caractéristiques que doit posséder un sujet pour faire partir de la population cible. Pour cela, la population de notre étude est constituée principalement de :

- des personnes présentant une amputation soit d'un membre inférieur ou supérieur soit une amputation des deux à la fois. Elle concerne alors toute personne ayant une incapacité motrice acquise suite à un accident ou une maladie.
- Cette population a la particularité d'avoir séjourné au CNRPH et de vivre à domicile au moment de notre enquête.
- La personne doit avoir fait une expérience sociale du handicap à domicile d'au moins six moi. Ce qui justifie la prise en compte des dimensions sociales dans les perturbations liées au handicap.
- Seules les personnes en situation de handicap sont concernées et non pas des proches. Car ce sont les personnes amputées qui sont susceptibles de donner les informations recherchées dans leur propre vécu.

-Elle concerne les personnes âgées de 20 à 65ans peu importe l'âge de la survenue du handicap.

3.4.1.3. Critères d'exclusion

Ils servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partir de la population cible en raison de leurs caractéristiques différentes (Fortin et Gagnon, 2016). Notre étude élimine :

- toute personne présentant une incapacité motrice sans altération ou ablation
- Elle ne concerne pas les personnes qui n'ont pas encore vécu l'expérience sociale du handicap allant de six mois.
- Elle n'interroge non plus les proches encore moins les spécialistes de santé.
- Elle exclue aussi toute personne âgée de moins de 20 peu importe la durée de son expérience sociale du handicap.

3.5. OUTILS DE ET TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES

Les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine. Comme le souligne Campenhoudt et Quivy (2011 ; 2006), ces processus, lorsqu'ils sont correctement mis en valeur, permettent au chercheur de retirer de ses entretiens des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés. Les méthodes d'entretien se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part (Campenhoudt et Quivy, 2011 ; 2005). Dans un entretien, les échanges peuvent se faire face à face, par téléphone ou, par courriel sur la base d'un guide. Cette technique est choisie dans notre recherche, parce qu'elle fournit des données d'une grande richesse et fait surgir la complexité étudiée.

Pour comprendre la construction sociale dans le champ du handicap ou des situations de handicap chez la personne amputée et ses stratégies de survie, cela nécessite une base de données riches. Plus que, le champ du handicap touche plusieurs domaines de la vie : éducatif, travail, santé, droit, loisir, transport, commerce, législation, reproduction, procréation, culture, religion... Des trois entretiens existants (directif, non directif et semi-directif), nous avons retenu dans cette étude, l'entretien semi-directif.

3.5.1. Entretien semi-directif

Campenhoudt et Quivy (2011 ; 2006), pensent que l'entretien semi-directif ou semi-dirigé est certainement le plus utilisé en recherche en science sociale. Il est semi-directif pour ces auteurs, en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Ici, le chercheur dispose généralement une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles, il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Dans un entretien semi-directif, le chercheur donne la possibilité à l'interviewé de parler ouvertement dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Pour Campenhoudt et Quivy (2011 ; 2006), le chercheur recentre l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible. L'entretien semi-directif, favorise l'expression du sujet. Il est donc dit semi-directif, en ce sens qu'il n'est ni ouvert ni entièrement fermé.

Par cet entretien, nous avons saisi au travers de l'interaction entre les personnes en situation de handicap moteur donc les personnes amputées de leurs membres supérieurs ou inférieurs et nous, leur point de vue, une expérience particulière de la situation de handicap au

quotidien, leur vision du monde, les émotions, les juments, leurs affects, le regard social, leur vécu et leurs stratégies de reconstitution, d'autonomisation, de reprise de corps, de remise sur pied, de résilience, du désir de reprendre une nouvelle malgré les abominations du corps, la souffrance psychique, morale, malgré les douleurs, l'absence des membres inférieurs ou supérieurs, et le regard social. L'entretien semi-directif avec ces personnes nous a permis de mieux comprendre quels sont les obstacles et les facilitateurs à la pleine participation sociale des personnes amputées des membres inférieurs ou supérieurs qui vivent des situations de handicap différentes en fonction des milieux, des types de familles, des contextes dans lesquels elles se retrouvent. Nous retenons que, l'entretien semi-directif est un moyen efficace permettant de comprendre une réalité sur la base de l'expérience de l'autre.

3.5.2. Outil de collecte de données : le guide d'entretien.

Le guide d'entretien est l'instrument qui nous a permis de collecter nos données du terrain. Il désigne un outil de collecte de données qui sert à recueillir un témoignage verbal de la personne interviewé. Il est constitué des thèmes et des sous-thèmes uniquement.

3.5.3. Présentation du guide

Le guide d'entretien se présente comme suit :

Thème 1 : Facteurs personnels

Sous-thème 1 : Abomination du corps

Sous-thème 2 : Sentiments émotionnels

Sous-thème 3 : Auto stigmatisation et auto exclusion

Thème 2 : Interaction avec l'environnement socioculturel

Sous-thème 1 : Stigmatisation sociales

Sous-thème 2 : Perte de statut et discrimination

Sous-thème 3 : Relation de pouvoir et émotions

Thème 3 : Interaction avec l'environnement spatio-temporel et habitudes de vie

Sous-thème 1 : inaccessibilité

Sous-thème 2 : impeccabilité

Sous-thème 3 : réalisation

3.6. SITE D'ETUDE

Le travail à faire dans cette partie est de décrire le site dans lequel la recherche s'est déroulée. Avant de présenter notre site d'étude il est nécessaire de présenter d'abord le cadre institutionnel des personnes en situation de handicap au Cameroun. Le cadre institutionnel du handicap au Cameroun est coiffé par le Ministère des Affaires Sociales. À côté de ce département ministériel se trouvent des instituts et établissements publics et privés agissant dans le même champ.

3.6.1. Le Ministère des Affaires Sociales

Aux termes du décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales, en son article 1er alinéa 2, le Ministère des Affaires Sociales est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation, de la politique du Gouvernement en matière de prévention et d'assistance sociale, ainsi que de la protection sociale de l'individu. À ce titre, il est chargé :

- de la protection sociale de l'enfance, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- de la prévention et du traitement de la délinquance juvénile et de l'inadaptation sociale de la facilitation de la réinsertion sociale et de la lutte contre les exclusions ;
- de la solidarité nationale ;
- du contrôle des écoles de formation des personnels sociaux ;
- de l'animation, de la supervision et du contrôle des établissements et des institutions concourant à la mise en œuvre de la politique de protection sociale.

Pour l'accomplissement de ses missions, l'article 2 du même décret dote le Ministère des Affaires Sociales d'un certain nombre de services ayant des fonctions variées. Au niveau de l'administration centrale l'article 7 du titre 4, énumère comme divisions le Secrétariat général et quatre directions dont trois jouent un rôle cadre. Il s'agit de :

- la direction de la solidarité nationale ;
- la direction de la protection sociale des personnes en situation de handicap et des personnes âgées;
- la direction de la protection sociale de l'enfance.

La direction de la solidarité nationale est chargée de l'éducation à la solidarité nationale, de l'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et du suivi des programmes de lutte contre

l'exclusion sociale, de l'intégration des populations marginales et des sinistrés, de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des politiques et programmes de solidarité nationale en faveur des populations vulnérables.

La direction de la protection sociale des personnes en situation de handicap et des personnes âgées est chargée de :

- l'élaboration de la mise en œuvre et du suivi de la politique de réinsertion socioéconomique des PSH et de la protection des personnes âgées ;
- l'élaboration et du suivi de la mise en œuvre de la politique du gouvernement relative à l'éducation spéciale, à la rééducation fonctionnelle, à l'assistance médicale, à l'appareillage et à la formation professionnelle des personnes vivant avec un handicap, des aides et secours aux PSH et aux personnes âgées,
- des subventions aux institutions privées s'occupant de ces catégories sociales, de l'éducation à la solidarité nationale en vue de la protection sociale des personnes handicapées ou âgées,
- la conception des mesures d'assistance, de la promotion des programmes de développement et de renforcement des capacités de mobilisation et de gestion des ressources des populations cibles, de l'organisation du contrôle des institutions de protection des personnes handicapées ou âgées.

De façon spécifique, la direction de la Protection Sociale des Personnes en situation de Handicap et des Personnes Âgées est composée, comme l'énonce l'article 33 alinéa 2, de la Sous-direction de la réinsertion des personnes vivant avec un handicap et de la Sous-direction de la protection de la personne âgée. L'organigramme assigne à la Sous-direction de la Réinsertion des Personnes vivant avec un Handicap, entre autres, les missions suivantes :

- l'éducation à la solidarité nationale en vue de la réinsertion des PSH ;
- la planification, l'organisation et le contrôle des programmes d'assistance, de protection et de réinsertion socio-économique des personnes vivant avec un handicapé ;
- la mise en œuvre et le suivi de ces programmes ;
- la conception des normes relatives à la création et au fonctionnement des institutions publiques et privées de promotion des personnes handicapées.

Comme le souligne Ndjabo (2018), à la lecture de ce décret n° 2005/160 du 25 mai 2005, l'on pense que toutes les tâches incombent au MINAS. Les autres secteurs ne semblent

pas être concernés par les problèmes de la personne vivant avec un handicap. À titre illustratif, la prise en charge médicale relève du Ministère de la Santé ; l'éducation relève du Ministère de l'Éducation de base, du Ministère de l'Enseignement Secondaire, du Ministère de l'Enseignement Supérieur, du Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Toutes ces attributions spécialisées empêchent une prise en charge effective de la personne en situation de handicap par les autres Ministères alors que loi ci-dessus citée impose des contenus transversaux applicables, à des degrés variés, par l'ensemble du gouvernement.

3.6.1. Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées : lieu d'origine

Le Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) a été créé en 1971, par un prélat de nationalité canadienne, le Cardinal Paul Émile LEGER. Ce Centre a été inauguré le 15 janvier 1972 par le Président de la République Fédérale du Cameroun, Monsieur El Hadj Ahmadou Ahidjo, comme Œuvre Sociale Privée dénommée « *Centre de Rééducation de Yaoundé* » (CRY), et dont la mission était la rééducation fonctionnelle des enfants atteints de poliomyélite. En 1978, il a été cédé à l'État camerounais sous la dénomination de « *Centre National de Réhabilitation des Handicapés* » (CNRH) et comme institution spécialisée du Ministère des Affaires Sociales. L'éradication de la poliomyélite amène le Ministère des Affaires Sociales à étendre la prise en charge aux personnes présentant un handicap dont l'origine porte sur les autres maladies et situations handicapantes.

La personne vivant avec un handicap moteur reste jusque-là la clientèle unique du Centre. En 2009, après trente-sept (37) ans au service des personnes en situation de handicap physiques et moteurs (PSHPM), le gouvernement ayant le souci d'intégrer toutes les couches sociales au processus de développement, le Centre est érigé en Établissement Public Administratif à la faveur du décret n° 2009/096 du 16 mars 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées et/ou en situation de handicap Cardinal Paul Émile LEGER en abrégé CNRPH avec une extension de ses missions à la prise en charge globale de tous les types de handicap. Doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, il est placé sous la tutelle technique du Ministère des Affaires Sociales et sous la tutelle financière du Ministère Chargé des Finances.

3.6.2. Justification du choix du site de l'étude

Parler de la justification du choix de notre site, revient à répondre d'une manière ou d'une autre, à la question de savoir : pour quelles raisons avez-vous décidé de faire votre terrain au CNRHP alors qu'on trouve également ces personnes dont les membres inférieurs et

supérieures ont été amputées au Minas, CHU, à l'hôpital central et général et même dans les associations des personnes en situation de handicap ? Pour la collecte des données, la recherche a privilégiée le CNRPH d'abord pour sa proximité et son caractère inclusif. Le choix du Centre National de Réhabilitation des Personnes en situation de Handicap Cardinal Paul Émile Léger comme entrée de terrain pour cette étude se justifie également dans la mesure où il est le seul Centre public ayant une envergure nationale, destiné à recevoir la majorité des personnes en incapacité motrice référées des différentes structures hospitalières des quatre coins du Cameroun pour une continuité dans la prise en charge du point de vue rééducation, réadaptation et réhabilitation. Le choix de la ville de Yaoundé se justifie par le fait qu'elle abrite non seulement le Centre National de Réhabilitation des Personnes vivant avec un Handicap, mais aussi le Ministère des Affaires Sociales qui est en charge de la protection sociale de ces personnes.

De plus, le CNRPH accueille tout type de handicap. Il offre une insertion socioprofessionnelle aux PSH. Il est multi-actions. Non seulement il forme, plus qu'il est doté d'une école inclusive, mais aussi aide l'Etat camerounais à combattre la discrimination, la marginalisation, l'exclusion du handicap et la réduction du taux de chômage d'analphabétisation des PSH. Enfin, les critères d'inclusion ou d'exclusion de notre étude sont également une des raisons majeures du choix du site. Notre étude s'intéresse aux personnes amputées certes, mais concerne beaucoup plus des personnes sorties du centre et qui y reviennent pour leurs préoccupations ou pas.

3.7. DEMARCHE DE COLLECTE DE DONNEES

Au terme de l'analyse théorique, nous conçu notre outil de collecte de données. Une fois cet outil validé, l'étape de descente sur le terrain a été envisagée.

3.7.1. Le recrutement de la population d'étude par les tiers

Muni de notre autorisation de rechercher et d'une demande de collecte adressée au Directeur général du CNRPH, nous nous sommes dirigés au service du courrier pour déposer notre dossier. Pour absence de réponse au dossier adressée au Directeur général, nous recourions vers la direction à qui nous avons présenté à nouveau notre autorisation afin de recueillir l'adhésion du Centre, celle-ci nous a donné une autorisation d'enquêter. Le dossier a été transmis au directeur général adjoint, puis au chef du département des interventions sociales

que nous avons rencontré et à qui nous avons eu quelques échanges portant sur la thématique d'étude. Par la suite, il nous a été demandé d'aller vers une assistante sociale (chef du bureau d'admission, du suivi et du placement institutionnel).

Cette population spécifique a été retenue parce qu'elle représente une réalité sociale nouvelle dans la mesure où ces personnes vivent des expériences nouvelles différentes de ce qu'elles ont vécues avant la survenue du handicap et qui sont constituées de difficultés et d'obstacles auxquels la société ne prend pas part, mais auxquels la personne devra s'adapter. Il est donc important de se pencher sur les réalités de ce nouvel univers, prenant en compte certaines caractéristiques des personnes à savoir le sexe, la situation familiale et professionnelle et les facteurs environnementaux.

3.7.2. Déroulement des entretiens

La technique de recherche utilisée dans la collecte des données émane de la nature même de l'objet de recherche. Pour parvenir à comprendre l'expérience quotidienne des personnes ayant une incapacité motrice donc la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs ou supérieurs est notre principale cible, puis, l'implication de la survenue du handicap dans la perturbation de la vie et l'analyser dans ses dimensions socioculturelles et environnementales il a été nécessaire de s'entretenir avec ces personnes. L'analyse de l'expérience du handicap ou mieux de la construction sociale du handicap chez la personne amputée nous permet également de comprendre les stratégies personnelles et sociales développées pour recommencer à vivre normalement une nouvelle vie, avec un nouveau statut. Nous nous sommes intéressés uniquement sur la personne amputée par ce qu'elle, et elle seule est la seule à vivre son handicap au quotidien.

Sans nier le fait que la famille et les proches peuvent nous fournir une base d'information sur ceux que nous cherchons, mais le porteur plus que tout le monde sait ce qu'il vit et ce qu'il lui faut pour reprendre pied, se reconstruire, reprendre corps, et de vivre normalement sa vie. Le traumatisme vécu par la personne amputée est différent de celui de la famille, puisqu'il s'agit de son corps, de sa vie. Au sein du CNRPH, nous avons recruté 4 personnes en situation de handicap moteur avec une amputation soit des mains ou des pieds et les 3 autres, ont été recrutées par étude de dossier c'est-à-dire sur la base du registre et par contact téléphonique soit au total 7 participants. Des 7 personnes entretenues, 5 ont été retenues et 2 exclues du fait, qu'elles ne donnaient pas de détail de leur histoire de vie et de leur vécu quotidien. Nous pensons avoir fait le tour des situations. En effet, au fur et à mesure que nous

menions les entretiens, nous obtenions de moins en moins de nouvelles informations. Ce qui est un signe de saturation qui, selon de Olivier de Sardan (2008), est « *plus qu'un signal de fin, c'est une garantie méthodologique de première importance* ».

Pour les personnes interviewées dans le centre (04), nos échanges se sont déroulés dans la salle d'écoute des psychologues du CNRPH à EtougEbé, ceci dans le but de « *garantir évidemment la confidentialité des propos échangés, ainsi qu'un lieu adapté à l'échange où nul n'est témoin de ce qui se dit* » (Chabert et Verdon, 2008). Deux entretiens se sont déroulés à domicile, sur rendez-vous et sur respect des horaires de nos répondants. Nous nous sommes entretenus avec un participant par entretien vidéo. Il s'agit du nommé Pasto. Ce dernier se trouvant actuellement à Baméda pour une étude biblique et par défaut de moyens financier et du temps imparti. Nombres d'entretien : sergent (02), pasto (04), teacher (02), colo(03), Mbog-Mbog (02), DG(02) et général (02) soit 17 entretiens au total. Les entrevues furent enregistrées par le magnétophone de notre téléphone avec consentement des participants. La retranscription se faisait chaque soir après l'entretien.

3.7.2.1. Technique d'analyse des données

Ni la représentativité, ni la généralisation mais plutôt la singularité et la fertilité des données non numériques qui intéressent dans la recherche qualitative (Paillé, 1996). Cette préoccupation rencontre le postulat de l'analyse qualitative à l'effet que « *l'essence de la signification du phénomène étudié réside dans la nature, la spécificité même des contenus du matériel étudié plutôt que dans sa seule répartition quantitative* » (L'Ecuyer, 1990). Aussi, le faisaient remarquer Gighlione et Blanchet (1991), « *le discours produit par un entretien de recherche est un ensemble complexe d'énoncé* ». Il peut se prêter à plusieurs types d'analyse. Notre choix dans cette étude est celui de l'analyse de contenu.

3.7.3. L'analyse de contenu

Ce type d'analyse consiste à lire le corpus par fragment pour en définir le contenu et le coder selon des stratégies fixées à priori ou établies au cours de la lecture. L'analyse de contenu est le principal outil d'analyse de données mobilisées dans cette recherche. Elle a permis de récupérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif des différents énoncés. L'approche de Berelson (1952), la conçoit comme un ensemble d'outils regroupant à la fois les analyses de presses et l'analyse systématique, objective, quantitative et qualitative du contenu de toute communication, écrite ou verbale, linguistique ou paralinguistique. Dans l'analyse de contenu, il est question d'opérer à la section, de condenser, catégoriser, regrouper et organiser

l'information. C'est cette mise en ordre systématique du contenu manifeste d'un discours que nous avons mis en place.

Le choix de faire une analyse de contenu cas par cas est dû à cause de la description explicite et concise des participants ainsi que des données recueillies lors de entretiens. Cela permet une meilleure compréhension des cas analysés, et une aisance dans la description des mécanismes importants du processus de production des situations de handicap afin de proposer les stratégies de reprise du Moi-peau chez la personne amputée. Pour la mener à bien, nous nous sommes référés aux principes de l'analyse thématique telle que définis, qui s'utilise dans le cadre de l'analyse d'un parcours d'un récit de vie. L'enjeu de cette étude, est de comprendre le vécu, l'expérience, l'aspect situationnel, productif, contextuel, variant et multifactoriel du handicap dans les dimensions intra-subjective et socio-environnementale.

Lorsque nous parlons de la « *construction sociale et de la reprise du Moi-peau chez la personne amputée de ses membres inférieurs ou supérieurs* », nous pouvons déjà observer que notre étude est une étude de cas puisqu'il s'agit ici d'une expérience singulière que vit la personne amputée dans la société. Pris dans ce sens, Gardou (2010) montre que, toute pensée sur le handicap est sociale et que le handicap fonctionne comme signifiant social, en incarnant les difficultés du rapport aux autres. L'expérience du handicap se situe entre « *distanciation et identification. Elle génère une modification du regard que l'on porte sur soi, un arrachement à soi-même, un décentrement par ouverture à l'autre, un processus de découverte de soi en lui* » (Gardou, 2010). Strauss (1983), mettait déjà l'accent sur le caractère particulier et singulier du handicap.

C'est pourquoi il affirmait : « *l'expérience du handicap est particulière. C'est le cas de la rencontre et du côtoiement. Elle conduit à porter un regard éloigné sur nos propres façons de vivre au sein de la communauté humaine, à questionner l'habituel, le familier, le quotidien, à éclairer les pratiques ordinaires, à dévoiler les dérives comportementales ou langagières sur lesquelles on n'interroge pas car, elles sont recouvertes de la double illusion du « naturel et du normal »* (L. Strauss, 1983). Or, Dibia (1998), voit à cette expérience si singulière, si particulière du handicap dans la reprise du corps, dans les stratégies de remise sur pied, de reprendre vie. C'est pourquoi il pense qu'il faut dessiller les autres.

Dessiller l'autre n'est pas pour Dibia (1998), de « *devenir ce qu'il est, de se perdre en lui, mais il s'agit de se donner l'occasion, ou le privilège de mesurer qu'il n'est pas complètement étranger et que ce qu'il vit, même si cela semble étrange n'est qu'une « variante*

de l'infirmité, des expressions et réalités humaine. De ressentir de manière viscérale et mentale la proximité, lui ouvrir des voies pour vivre et construire un ensemble, sans imposer nos modèles afin que l'écart entre lui et moi s'amenuise et que l'isolement se rompe » (Dibie, 1998). Le handicap est donc une expérience propre à chacun en fonction du degré d'atteinte corporelle, psychique ou mentale. Il varie selon sa survenue, sa nature, son contexte, des mentalités, du temps et du traitement social. C'est sur cette base, que nous préférons une approche cas par cas.

Ainsi, les principes d'analyse utilisés dans ce cadre nous apparaissent pertinents pour notre recherche. Ces principes permettent d'effectuer une série d'opérations destinées à l'interprétation d'un corpus abondant, multiforme et foisonnant d'information avec l'intention d'appréhender sa multiplicité, sa complexité, sa richesse. Afin de préciser cette notion d'interprétation, l'approche de Robert et Bouillaguet (1997), dont reprend Yambessa (2016), nous semble incontournable. Dans leur ouvrage consacré à l'analyse des contenus, ces auteurs la définissent comme « *l'action d'inférer, d'accomplir une opération logique par laquelle on tire d'une ou plusieurs propositions (en l'occurrence les données établies au terme de l'application des grilles d'analyses) une ou plusieurs des conséquences qui en résultent nécessairement* ». Il s'agit ajoutent ces auteurs, de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve. Et c'est bien, ce que nous nous sommes attelés à faire en s'appuyant plus précisément sur l'analyse thématique.

3.7.4 Catégories d'analyse

Les données qualitatives étant retranscrites, avant de les coder, une grille d'analyse a été construite. Elle est composée de critères et d'indicateurs que l'on appelle les catégories d'analyse. Leurs choix sont établis d'après des informations recueillies et déterminés à l'avance en fonction des objectifs d'étude.

Tableau 3 : gille d'analyse.

thèmes	codes	Sous-thèmes	codes	Analyse et appréciation			
				(0)	(+)	(-)	(+/-)
Facteurs personnels	A	Abominations du corps	a				
		Sentiments émotionnels	b				
		Auto stigmatisation et auto exclusion	c				
Environnement socioculturel	B	Stigmatisation sociale	d				
		Perte de statut et discrimination	e				
		Relation de pouvoir et émotions	f				
Environnement physique et habitude de vie	C	inaccessibilité	g				
		impeccabilité	h				
		réalisation	i				

Légende :

(0) : absence dans le discours des participants

(+) : présence dans le discours des participants

(-) : présence dans le sens contraire du discours des participants

(+/-) : doute ou incertitude du répondant

Ce tableau d'analyse présente les modalités présentées sous forme de code. Ces modalités nous ont permis d'observer la présence ou l'absence d'indicateurs dans les discours des interviewés. Ces codes et significations sont différents en fonctions des indicateurs car le nombre d'indices diffère d'un indicateur à l'autre.

Comme le souligne Alami et al (2019), Si les États se sont dotés de structures de recherche, c'est pour mieux comprendre et réguler les sociétés sur lesquelles ils intervenaient. L'EDS étant un domaine d'étude, notre recherche sur la « *construction sociale et reprise du*

moi-peau chez la personne amputée » nous a permis de développer une méthodologie de recherche permettant de comprendre le phénomène du handicap en contexte camerounais actuel. Nous avons mené une étude qualitative. Les enquêtes qualitatives permettent d'appréhender plus finement l'écart entre ce que disent, ce que pensent, ce que vivent les personnes en situation de handicap. Elles permettent de comprendre l'impact de l'environnement dans la socialisation des personnes amputées. Elles mettent l'accent sur les effets de situation, les interactions sociales sous contraintes, la place de l'imaginaire ou le jeu des acteurs avec les normes sociales. En revanche, le découpage qualitatif rend moins visibles, en termes de preuves, les effets d'appartenance sociale.

CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSES DES DONNEES

La présentation des cas s'élabore sur la base des causes de l'amputation et les stratégies de reprise du moi-peau. L'âge de la survenue du handicap et d'autres informations qui renseignent sur les participants de cette étude. Nous nous penchons sur les cinq cas d'étude : pasto ; teacha ; M. Sergent ; Général et Mbog-Mbog.

4.1. DONNEES IDIOGRAPHIQUES DES SUJETS

4.1.1. Cas de Pasto

Âgé de 30 ans au moment de sa rencontre, Pasto manifeste une forte production verbale. Originaire de la région du centre et de l'aire culturelle Fang-béti, il est d'ethnie manguissa et Pentecôtiste. Au moment de nos échanges, il était à Bamenda pour une étude pastorale. Mais avant cette reconversion religieuse, Pasto était d'abord d'appartenance religieuse chrétienne catholique. L'amputation ou l'altération de sa jambe droite et de son bras droit est causée par un accident de circulation plus précisément un accident de moto en 2013 lorsqu'il avait 20ans. Célibataire et père d'une fillette de 11 ans, Pasto est issu d'une famille monogamique et occupe le dernier rang d'une fratrie de sept enfants.

La survenue de la déficience motrice a été une épreuve difficilement à accepter par lui-même et à surmonter vue son jeune âge. Car, sa situation de handicap s'est accompagnée de nombreux bouleversements, tant sur le plan psychologique, corporel et relationnel. Avant la survenue de son handicap, Pasto faisait dans la débrouillardise car n'ayant pas un domaine d'activité précis. Nous pouvons d'ailleurs l'entendre dire : *« avant que je ne devienne handicapé, je faisais dans presque tous : garagiste, moto man, sérigraphie, électricien, coiffeur, maçonnerie, tantôt je m'engageais dans l'agriculture. Je n'avais pas en fait de stabilité professionnelle j'exerçais ces métiers, pour vivre et par ce que ça me plaisait d'être polyvalent »*.

Pasto, devenu en situation de handicap, avoue avoir rencontré des difficultés dans sa vie. *« J'ai rencontré des circonstances que je n'arrivais pas à surmonter, des blocages psychologiques qui pesaient dans mon esprit et qui ne me permettaient pas d'avoir un esprit ouvert. J'étais callé dans mes propres décisions »*. C'est pourquoi il affirme que le handicap n'est pas d'abord social mais personnelle. Il dit d'ailleurs :

Avant de penser que la société exclue, j'insiste en vous disant que le vrai problème du handicap c'est personne handicapée elle-même qui se retrouve plongée dans un état d'infériorité. C'est d'abord le choc qu'elle vit, le handicap c'est quelque chose que personne ne s'y attend, que personne ne peut vouloir ou acheter. Le handicap nous met face à un fait accomplis.

Mais avec le temps, surtout quand il est devenu une personne à mobilité réduite, il s'est d'abord reconverti en donnant sa vie à Jésus, son unique espoir, sa passion, son alpha et son oméga. Nous avons relevé certains de ses propos lorsqu'il déclare :

J'ai décidé de donner ma vie à Jésus car, Dieu, est le schéma de la vérité et de la vie. Jésus lui-même a dit, nulle ne peut aller au père sans passer par moi, j'ai donné ma vie jésus par ce que, je sais que le Dieu que je sers ne m'abandonnera jamais. Il ne m'a jamais abandonné, il est ma source, mon expérience, l'alpha et l'oméga (Pasto).

Pour Stiker (2007), le handicap est notre propre ombre. Il ne pense qu'on ne peut pas se défaire de son double au risque de se supprimer soi-même. Son approche va de pair avec celle de Gardou (2011), dans l'ombre du corps monstrueux. Le handicap est perçu comme un monstre, il est aussi l'ombre de la personne, c'est son amé il est un moi détestable mais jamais séparable. Il est le reflète de la personne pour reprendre Sausse (2011). Pour vivre avec un handicap, on est obligé de le supporter et de l'accepter. C'est pour cette raison que la personne amputée est obligé d'accepter son corps puisqu'elle ne peut l'abandonner si oui où ? On comprend mieux pourquoi Pasto dit que pour, se reconstruire c'est-à-dire reprendre corps :

La logique voudrait qu'on l'admette, je ne pouvais pas rejeter totalement mon propre corps. Il est à moi, c'est un fardeau que je porte à vie. Je ne pouvais plus l'abandonner si possible, où, dans quel endroit, avec qui, comment ? Car, partout où je serai, ce corps me suit, c'est lui qui me dirige, c'est avec lui que je me déplace. L'abandonner, c'est me

faire abandonner, c'est me donner la mort chose impossible, bien qu'avant, j'ai eu des idées suicidaires. Etre handicapé, c'est un gros problème, mais, je devrais l'accepter. (...) Car, une personne qui ne s'accepte pas aura toujours des pensées suicidaires. Chacun doit accepter sa condition» (Aa+).

L'autoconstitution du sujet est d'abord pour la personne devenue amputée un travail de décision, d'abandon de certains objectifs négatifs, c'est un véritable combat entre l'ébranlement psychique et la vision positive que la personne a c'est –à-dire l'ouverture de l'esprit. C'est un travail de sélection amical, relation et d'intervention divine. Voilà pourquoi Pasto dit

Si je me suis remis sur pied, ce n'est pas le travail d'un psychologue. Je m'étais décidé de changer la vie, il fallait que je lutte beaucoup. J'ai commencé par supprimer certains aspects négatifs que je m'étais mis dans ma tête. En suite j'ai arrêté de boire, j'ai commencé à choisir avec qui je dois marcher. Mais il faut vous dire que je me suis ressaisi comme ça, grâce à la volonté de Dieu. Je crois que c'est par la grâce, car le seigneur m'a aidé à développer de manière naturelle ces capacités. Non seulement il m'a aidé à les développer, mais à comprendre comment elles ont été développées.

Dans son expérience de handicap, il, pense que le handicap ou la situation de handicap est d'abord un problème personnel car la personne devenue en situation de handicap vit dans un complexe total. Il pense en outre que, la société camerounaise, bien qu'ayant un regard stigmatisant envers la PSH, a une certaine compassion envers cette personne. Il reconnaît qu'au premier moment de son handicap, il a été diminué physiquement, psychologiquement et mentalement au point où il a perdu tout espoir de vivre. Mais avec le temps et bien que, difficilement, il a accepté sa condition et à décider de reconstruire sa vie en donnant cette vie à

Jésus pour qu'il accomplisse lui-même le reste. Son état psychique au moment de l'entretien semble ne pas suggérer d'altération.

4.1.2. Cas Teacha

Teacha est âgé de 40 ans au moment de sa rencontre. Originaire du Sud-ouest Cameroun, de l'aire culturelle sawa il est d'appartenance religieuse chrétienne catholique. Lors de son entretien, il manifeste une forte production verbale. La survenue de son impotence de la jambe gauche aurait été provoquée par une tumeur quand il fut en classe de deuxième année âgé 13ans. Cette maladie aurait conduit à l'ablation de sa jambe 1 ou 2ans plus tard quand il avait environ 15ans. La maladie d'abord et la survenue de son handicap ont bouleversé sa vie scolaire car, elles ont ralenti son rythme et son évolution scolaire. Chaque fois que la tumeur s'annonçait Teacha devrait passer au moins deux mois à l'hôpital et près de 3mois à la maison pour contrôler l'évolution de la maladie. En nous référant à ses propres propos, Teacha s'exprime comme suit :

J'étais au lycée technique en classe de deuxième année j'avais 13ans.

Tout à commencer au terrain alors qu'on faisait sports. J'étais tombé et

l'os s'était cassé au niveau de la cuisse. On m'a conduit à l'hôpital.

Arrivé à l'hôpital et après examen, le médecin a constaté que c'était une

tumeur et qu'on devrait enlever la partie infectée (...). Il nous a fait

comprendre qu'il n'y avait pas mieux à faire que de supprimer la partie

de la jambe infectée. Chaque fois que la tumeur se manifestait, c'est au

moins quatre mois de classe perdus (Aa-).

A cause de la souffrance et surtout de la douleur provoquée par cette maladie donc ressentait Teacha, ce dernier était fier lorsque le médecin annonça l'ablation de la jambe infectée sans même réfléchir que cette amputation aura d'autres conséquences donc la principale est le « *handicap ou la situation de handicap* ». Mais ses parents par contre n'acceptaient pas cette décision du médecin et négociaient à trouver d'autres moyens autres que l'amputation totale de la jambe. Voici ce que nous dit Teacher sur cet aspect :

Mes parents n'étant pas d'accord se demandaient s'il n'y avait pas

d'autres moyens que l'ablation de la jambe. Moi j'étais fier de la

décision prise par le médecin sans que je ne m'imagine d'autres conséquences. Je ressentais une forte douleur dans mon intérieur provoqué par cette tumeur qui a fait que je consentisse sans réflexion. A un moment, j'ai aussi commencé à réfléchir, que je serai un handicap. Les réflexions commençaient à envahir mes pensées avant même qu'on ne procède à cette amputation (Teacha).

Après l'opération, Teacha va commencer vivre le désordre du handicap qui s'accompagne par la conséquence de la tumeur, source de sa situation de handicap. Il est le deuxième enfant d'une fratrie de six et est issu d'une famille monogamique. Ces parents se sont séparés avant l'apparition de la déficience. Néanmoins, la tumeur et le handicap ont permis à ses parents de se rencontrer à nouveau, de se redécouvrir, d'abandonner leur passé et de se reconsidérer comme un couple surtout quand il faut trouver des solutions efficaces pour sauver la vie de leur enfant. C'était aussi une occasion pour Teacha ainsi que ses frères, de se revoir et revoir leurs deux parents, c'était un moment de retrouvaille, d'émotion car c'est par cette occasion que les parents se sont remis ensemble.

Il a bénéficié du soutien de ses parents et du réconfort de ses frères pour surmonter cette condition qu'il trouve difficile. Il est marié de régime monogamique, père de 4 enfants. Il est protestant, de famille monogamique, il est le troisième enfant d'une fratrie de cinq. Il est recruté comme appareilleur temporaire au CNRPH en 2011. On relève chez lui, des éléments subjectifs de reprise du moi-peau. Teacha réaffecte des mots. La réaffectation des mots est capitale pour la reconstitution de la personne amputée. Ici, les mot-corporels et les images s'entrechoquent mêlés des questions impensables comme le souligne Dechamp (1997, p.230). Teacha dit :

Plus je me posais des questions, davantage, je pleurais, ma aussi ainsi que mes frères. La tumeur et ses douleurs ont disparu et le handicap s'est imposé accompagné des imaginations passées, présentes et futures. Le handicap est un challenge. Un cauchemar (...). Quand je regardais mon corps, surtout mon pied droit amputé, je criais on dirait Non ! non !non ! (...) Je me représentais, j'anticipais déjà moi-même

ce nom. Je savais que les gens vont m'appeler handicapé (...) J'intégrais dans mes pensées ce nom, cette place, ce nouveau statut de personne différente des autres. Je sombrais petit à petit (Aa+) ; (Ab+) ; (Ac+).

Il pense en outre que,

« Pour éviter que le handicap ne t'entraîne dans le pire, il faut être fort psychologiquement. Si ton esprit supporte la douleur, causée par le handicap, et la charge qu'il donne au corps, que cet esprit accepte les diminutions du corps, sa modification et son état de fragilité, alors la personne vivant avec un handicap va pouvoir vaincre les autres obstacles de la vie comme sa situation financière. Il faut d'abord mettre en marche ces propres efforts personnels et comprendre que Dieu est le maître de la vie (Aa+).

Il s'identifie par le « Je », qui lui est propre. Comme le disait Dchamp (1997), il se retrouve dans le vertige d'un avenir qui s'effondre, la pensée frémit de ne pouvoir s'identifier qu'à ce que ce « je » a été en tant que vivant bien-portant au passé, ou à ce mot « handicap » au présent qui envahit l'esprit et le ronge comme œuvre en silence le mal tapi au fond du corps. Dans ces propos, nous pouvons aussi constater ce processus de deuil dû à la perte de son pied. Il passe par négation, acceptation et intégration du stigmate public. Il nomme les choses, évoque sans cesse le 'handicap » or, nomme la chose, c'est rendre présente, c'est-à-dire, être livré à elle sans défense, comme si en se dé-symbolisant le mot lui-même déréaliser la chose ou la rend trop réelle pour être reconnue autrement que comme un cauchemar, un imaginaire télescopé avec le réel.

4.1.3. Cas du M. Sergent

Originaire de la région du littorale Cameroun, de l'aire culturelle Sawa, Sergent est d'ethnie Douala et d'appartenance religieuse chrétienne. Au moment de sa rencontre, il est âgé de 22ans. Son amputation du pied gauche et sa paralysie de la jambe survient lorsqu'il est âgé

de 20ans suite à un accident de circulation alors qu'il était étudiant en deuxième année à l'université de Douala. Il précise que, depuis qu'il est devenu en situation de handicap, il a toujours bénéficié du soutien de ses parents, frères et sœurs, amis et des proches. Lors de son entretien, on observe des éléments fonctionnels du langage qui témoignent de la perturbation émotionnelle du sujet à travers de multiples hésitations et des silences répétés. Dans son discours, on perçoit aisément des signes de tristesse dans son état psychique. On observe aussi, les signes de tristesse sur son visage, des mimes bien qu'il soit encouragé par les professionnels, (psychologues et thérapeutes), M. Sergent semble encore vivre cet épisode traumatique.

Il dit avoir reçu un grand soutien familial et d'une bonne intervention psychologique de la part des psychologues, des kinésithérapeutes, des médecins... Toutefois, nous relevons de stratégies qu'il développe pour se remettre sur pied. Parmi les éléments subjectifs, figure en bonne place le rôle de la motivation, de l'autodétermination du sujet dans la lutte pour vaincre la situation menaçante que traverse le sujet en situation de handicap moteur acquis. C'est ce qui ressort des propos de M. Sergent quand il avoue que :

J'ai rencontré des difficultés avec mon handicap et ces difficultés continues (...). Mais lorsque je rencontre une difficulté, je cherche à la contrecarrer, je cherche à la surmonter (...) il faut avoir un moral, un mental haut. Il faut commencer par combattre le handicap mentalement et le secret c'est que je me suis accepté, j'ai accepté mon corps, j'accepte toujours ma situation bien que difficile, il faut apprendre à vivre et à revivre avec ce nouveau corps dans son esprit. Le corps handicapé est un corps à risque, changeant, exigent soins et traitement spécifique il est jaloux quand il est négligé, il est surprenant (Aa+).

La première stratégie individuelle de reprise de moi-même qu'on a souligné chez ce participant est le deuil car, M. Sergent nous parle de l'acceptation du corps amputé. Ensuite, vient l'autodétermination qui s'accompagne par une certaine volonté, une motivation de revivre, de se réinvestir, de se redéfinir à la suite d'un événement traumatisant. Mais, pour que cette autodétermination soit effective, le sujet passe d'abord par le déni de son corps, son rejet,

sa haine, son dégoût une fois devenu amputé, une nouvelle étape de deuil. C'est ce que dit M. Sergent en affirmant que :

Au départ, j'ai détesté, nié et haï mon corps. J'ai eu un sentiment de dégoût, je me sentais humilié partout où j'allais. Mais après je me suis dit qu'il faut apprendre à vivre avec mon corps. Qu'il faut l'entretenir, surtout les parties fragiles, handicapées. J'ai compris que la partie désormais handicapée est délicate c'est elle que je porte plus d'attention(...) Je ne voulais comprendre que ce corps que je possède est toujours le mien, c'est le corps que le handicap m'a redonné après accident. C'est toujours moi, bien que j'ai changé (Ab+)

L'autodétermination est l'action d'une personne à décider de sa propre forme de gouvernement. L'application du terme aux personnes en situation de handicap date des années 70 avec le mouvement pour la vie autonome qui définit l'autodétermination comme l'un des besoins psychologiques favorisant l'épanouissement des individus au même titre que le besoin de compétence et de relation sociale. La théorie de l'autodétermination (TAD) est avant tout une théorie de motivation et de personnalité qui s'intéresse au rôle de l'environnement dans le développement de l'autodétermination (ou autonomie) des êtres humains (Deci et Ryan, 2000, Boisvert et al, 2020).

4.1.4. Cas du Général

Agé de 57ans, M. Général est de l'aire culturelle Sawa, d'ethnie bassa. Il présente une diminution de la jambe droite dont la cause serait un accident de circulation. De famille monogamique, il est le quatrième enfant d'une fratrie de 7. Choriste à l'église catholique, ce père de trois enfants devient à mobilité réduite 27ans. Outre cette amputation de sa jambe, M. Général serait victime d'un AVC en 2020 qui est venu paralyser l'autre membre inférieur et aussi son bras. Au moment de notre rencontre, on a observé qu'en dehors de l'amputation de la jambe, l'autre jambe présentait une paralysie. Il est orthopédiste, recruté comme temporaire en 1999 et obtient son matricule en 2009 au CNRPH. Pour lui, le « handicap » est d'abord un problème de mentalité. Il dépend du traitement social et de la personne, de sa prise en charge, de la survenue et du vécu psychologique. Il affirme en tant qu'espère, témoin, et acteur que :

Le handicap en peu de mots s'accompagne par un traumatisme morphologique, psychologique, social et relationnel. Morphologique, je fais allusion ici à la déstructuration de la structure du corps, sa forme et son fonctionnement. Le corps de la personne amputée perd ses capacités de fonctionnement, le rythme et l'efficacité même dans la réalisation des tâches, des rôles puis que ce corps est réduit de là, il y a aussi réduction de mouvements : bouger, se déplacer, mastiquer, par ce que les parties du corps sont en connexion les unes, les autres. (Aa+).

Il poursuit en disant que dans son cas, il était psychologiquement blessé une fois devenu en situation car il revivait cette action.

J'étais psychologique blessé par ce que, je revivais cette action dans mon esprit. (...) je me demandais donc pourquoi ceci m'ai arrivé, qui est à l'origine, comment cela est arrivé, qui en n'est le responsable, pourquoi peut-il ma mort ? Est-ce que c'est toujours moi ? Est-ce que c'est toujours mon corps ? Non, ce n'est pas moi, ni mon corps. Je me posais tant de question par ce que, j'avais peur d'affronte le handicap. Je ne savais pas par où j'allais commencer ? J'entrai donc dans l'angoisse, l'anxiété, à la négation de moi-même et de mon propre corps, à son rejet, son abandon (Ab+) ;(Ac-)

Il dit l'avoir surmonté en s'acquittant des expériences des uns et des autres. Mais que nous devons savoir que le handicap est d'abord un problème de mentalité et d'éducation. Il affirme d'ailleurs :

le handicap, je vais toujours insister là-dessus, est un problème de mentalités. Car, la mentalité de Mvog-ada n'est pas celle d'Etoug-Ebé, ni celle de Nkol-ndongo encore moins celle de Mvog-Attanga Mballa.

La manière donc la personne handicapée est vue, traitée au Cameroun, n'est pas la même en Afrique du Sud, au Gabon, au Niger et en Centrafrique. Je me suis acquitté des expériences des uns et des autres. Je me disais que j'étais le seul handicapé (...) mais en voyant d'autres cas, et en travaillant avec les personnes handicapées chaque jour, a réduit mon complexe (Bd-).

Pour le Général, la personne doit être en parfait accord avec sa famille, elle doit aussi apprendre à découvrir de nouvelle zone, donc changer de temps en temps de milieu en un mot, voyager d'où ces propos :

« Moi j'ai compris que la personne handicapée doit être en parfait accord avec sa famille. Elle doit faire des petits voyages pour découvrir de nouvelles zones. La personne va mieux s'épanouir. L'épanouissement de la personne et son autonomie compte beaucoup pour redéfinir sa vie (...). Cette motivant, on doit s'affirmer. Vous comprenez pourquoi, je dis que le handicap dépend de l'état d'esprit de la personne et des mentalités sociales. Je suis donc fier car, j'ai compris qu'il n'y a rien d'exceptionnel qu'un valide peut faire et qui pourra me dépasser (Général).

Il a repris pied à la suite de son handicap, par l'entourage mais aussi ses multiples voyages qui lui permettait de découvrir, se comparer. Il souligne aussi que la personne en situation de handicap doit se sentir fier d'elle-même et savoir qu'elle est aussi enviée par la société lorsqu'elle arrive à vaincre les obstacles et à réaliser ce qu'un homme valide est incapable de faire. Il y a lieu ici de constater cet état esprit à vaincre la vie.

4.1.5. Cas de Mbog-Mbog.

De l'aire culturelle Sawa, Mbog-Mbog est d'ethnie bassa. Né d'une famille polygamique de trois femmes. Il est célibataire, le cinquième enfant d'une fratrie de 10 du côté de sa mère. Il est étudiant en troisième âgé de 28ans. Il serait devenu unijambiste suite à un accident de circulation à 18ans lorsqu'il serait en classe de première. Il s'est fait renversé par une moto alors qu'il rentrait puiser de l'eau à sa tante paternelle qui n'était pas d'ailleurs en harmonie avec ces parents. Il dit même :

Tout s'est passé vite que moi-même je n'arrive pas toujours à comprendre. Je ne vous dirai pas que ce pied a été amputé à l'hôpital, ou que j'avais fait un accident du genre je voyageais un incident s'est produit. Je rentrais puiser une bassine d'eau à ma tante la moto est venue me renverser au bord de la route. Quand je me suis relevé pour fuir, il n'y avait plus moyen car il ne me restait qu'un seul pied » (Aa+).

Il précise qu'une fois devenu en situation de handicap, il n'a pas bénéficié d'un soutien paternel, mais plutôt d'un soutien venant de sa mère et de ses frères et sœurs. Lors de son entretien, on observe des éléments fonctionnels du langage qui témoignent de la perturbation émotionnelle du sujet à travers de multiples hésitations et des silences répétés. Dans son discours, on perçoit aisément des signes de tristesse dans son état psychique. Parfois, il manifeste un sentiment de colère et de haine. Il affirme avoir été stigmatisé et traumatisé par son père. On peut l'entendre dire :

« Devenu handicapé, j'ai eu tout le soutien de ma mère, de mes frères et sœurs mais mon père ne m'a rien fait. Pour mon père, j'étais un homme fini, un enfant à part. Il a montré à mes frères que j'étais un homme différent d'eux, qu'ils devraient m'éviter. Pour mon père, j'étais à craindre, il m'a beaucoup stigmatisé, il ne me faisait plus rien. Il m'a traumatisé psychologiquement. Je ne pouvais pas rester près de lui, partager un repas avec moi comme mes frères et sœurs le faisaient. Il n'aime pas me voir, il me détestait » (Bd+) ;(Be+)

Il explique que sa situation de handicap est liée à la sorcellerie car, dit-il : « j'ai compris que la sorcellerie existe vraiment. Pour surmonter son handicap et commencer à revivre normalement, Mbog-Mbog par exemple à l'école pour s'affirmer, il fallait multiplier des efforts et être toujours parmi les meilleurs afin d'attirer ces camarades vers lui. Il passait toujours à l'action, il s'appliquait, il ne voulait pas montrer ses faiblesses et incapacités du handicap. Il ne voulait pas s'auto-juger malgré l'adversité, il gardait toujours la tête haute. Il procède par assimilation, il se compare aux élèves et étudiants valides, il développe les stratégies de subterfuge qui rappellent l'image du faut semblant c'est-à-dire il faisait parfois comme si (...).

J'étais déterminé, il me fallait surmonter le regard des autres. Je ne voulais pas mettre dans ma tête que j'étais un handicapé et je ne devrais pas rester là surplace, sans rien faire. Je veux toujours faire comme une personne qui a ses deux pieds pour éviter d'être triste, pour ne pas l'envier, ou le vouloir. Je voulais être plus fort à l'école pour me faire des amis. Je veux être fort pour éviter le regard négatif d'autres, je travaille dur pour m'imposer, m'affirmer (...) ils ne me prennent plus comme un handicapé qui ne sait rien faire. Quand j'ai un problème, ils viennent vite m'aider, me secourir. (Bd-) ; (Be-)

Son auto-détermination réside aussi dans la capacité à atteindre un but, à réaliser des œuvres malgré le temps d'accomplissement des activités ou tâches. Mbog-mbog amène donc à découvrir cet aspect car il dit :

Avant j'avais des difficultés de m'accepter (...) Mais j'ai fini par m'accepter bien qu'il a fallu du temps. Je suis normal comme tout le monde, je réfléchis, je pose des actes comme tout le monde ce qui me dérange c'est le fait que j'ai des difficultés à me déplacer, je suis réduit physiquement mais pas psychiquement. Je ne peux pas faire mes courses tout seul surtout quand le trajet est long. J'ai du temps à pouvoir

me déplacer, à faire mes choses aussi rapidement mais j'arrive toujours
à le faire, je parviens (Aa+).

En dehors de l'autodétermination, nous relevons aussi que Mbog-Mbog, opère par les étapes de deuil psychologique qui se caractérise chez lui par l'acceptation. L'incapacité subite à réaliser des habitudes de vie chez une personne à l'âge adulte, impose un bouleversement dans sa vie psychique suite à la rupture des acquis, se traduisant par la difficulté pour son psychisme de maîtriser le surcroît d'excitation imposée. Le handicap moteur acquis à l'âge adulte réduit de manière significative la réalisation des habitudes de vie concernant aussi bien ses activités courantes (déplacement, soins personnels, conditions corporelles, habitation, communication) que ses rôles sociaux (responsabilité, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail, loisirs).

4.2. ANAYSE DES DONNEES DE L'ETUDE

L'étude de la « *construction sociale et reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs ou supérieurs suite à un accident ou une maladie* » permet d'aborder la notion de « handicap », non pas du point de vue médicale mais sous l'angle biopsychosocial. Ce qui revient de voir le handicap comme un construit social c'est pour cette raison que les études récentes traitent de la situation de handicap car, le handicap est une co-construction sociale qui se joue sur l'angle des interactions personnelles, socioculturelles et environnementales. L'approche situationnelle de handicap dépend du milieu ambiant et varie d'une société à l'autre. La CRDPH reconnaît donc que cette notion est évolutive. Elle souscrit à l'évidence à l'idée d'une construction sociale, puisqu'elle affirme que « le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des handicaps et les barrières comportementales qui font obstacles à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (CRDPH, 2006).

L'opérationnalisation de nos variables a permis de retenir trois grands facteurs : les facteurs intrinsèques, socioculturels et environnementaux auxquels nous avons introduit les habitudes de vie. Ces facteurs ont été présentés différemment en fonction des variables, des abords théoriques et en fonction du problème qu'on cherche à résoudre. Par ce qu'en réalité, notre étude permet d'analyser les facteurs qui peuvent permettre de favoriser l'inclusion ou l'exclusion sociale de la personne vivant avec un handicap et de comprendre les stratégies de reprise du corps, de reconstitution du sujet, réinvestissement du sujet amputé. Car, la survenue

d'un handicap s'accompagne par une rupture biographique, psychologique et relationnelle. Le handicap acquis atteint l'intégrité de la personne sur tous ces aspects. C'est un processus, une expérience tant sociale, individuelle et environnementale. C'est pourquoi, il convient toujours d'interroger les mécanismes importants qui peuvent le produire afin de voir où se situe exactement le problème de la personne et comment intervenir à sa situation.

L'abord situationnel des processus de production de handicap s'écarte de la dimension médicale des années 70-80 où le handicap était perçu comme une fatalité individuelle ne tenant pas en compte les éléments sociaux qui peuvent être soit de facilitateurs ou des obstacles à la participation sociale de la personne en situation de handicap. Si le handicap doit être vu comme une situation, alors la reprise du Moi-peau elle aussi devrait être abordée sous trois angles à savoir : l'individu, le groupe et la société. En effet, dans les années 80, comme le note Hamonet (2013), deux courants idéologiques se sont opposés en Europe sur la conceptualisation du handicap. Le courant médical et le courant social. Pour comprendre l'un ou l'autre, il faut interroger leurs angles d'approche.

Henri-Jacques Stiker (2007), invite à penser le Handicap sous une nouvelle approche celle de la double liminalité. Le handicap a donc pour lui une connotation à la fois liminaire et double. Son étude est donc d'ordre anthropologique et ne peut se situer selon lui qu'au croisement du psychique et du social, de l'individuel et du collectif, de même qu'elle doit être, pour un sujet comme celui de l'infirmité, à la fois historique et actuelle. En d'autres termes, l'étude permet de faire une approche culturelle et historique autour du handicap et de l'infirmité et permet aussi de comprendre que l'approche du handicap devrait s'effectuer en tenant compte de trois grandes dimensions : la dimension intrapsychique ou subjective, la dimension sociale et collective.

4.2.1. Les facteurs individuels ou personnels du PPH

Le premier élément ou le premier facteur à prendre en compte lorsqu'on parle du handicap ou de la situation handicapante est bien l'homme. La dimension personnelle du handicap est capitale à la compréhension de ce phénomène car c'est l'homme qui est porteur et c'est lui qui vit d'abord la maladie. En référence à la définition de l'OMS (2002), le handicap est une déficience qui conduit aux incapacités ou à la limitation des activités elles-mêmes qui conduisent au désavantage social. Le corps déficient est donc le premier élément de la construction des processus de production de handicap. L'amputation ou l'altération d'un membre du corps touche l'intégrité physique ou psychologique de la personne. Ici, il s'agit de

voir les transformations liées à l'amputation, l'abomination du corps, l'identité, l'image dévalorisée de la personne et le traumatisme vécu par cette personne. Cette amputation soit de la partie inférieure ou supérieure à lieu à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Cet aspect est bien présent des propos recueillis de tous nos participants. C'est ce que relate par exemple M. Teacha en disant :

(...) Arrivé à l'hôpital, les examens ont montré que la tumeur évoluait toujours et la situation était plus grave qu'avant. Ce jour, le médecin avait rassemblé la famille donc le père, la mère et moi. Il nous a fait comprendre que qu'il n'y avait pas mieux à faire que de supprimer la partie de la jambe infectée c'est –à-dire procéder à une opération donc amputer tout le pied (Aa+).

Ou des propos de Pasto qui dit :

« Vous parlez des éléments marquant de ma vie c'est partager avec vous comment je suis devenu un handicapé (..). Mais qui fait de moi ce que hier, je n'étais pas et ce qu'aujourd'hui je suis devenu : un « handicapé, une personne qui n'a pas de jambe droite ni un bras droit comme vous pouvez le constater. Je ne peux pas oublier cette épisode de la vie parce qu'au départ, je menais une vie normale sans m'imaginer que je serai un jour « handicapé » ou que les gens pouvaient m'appeler « un handicapé ». Si je suis devenu « handicapé », c'est à cause d'un accident de moto (Aa+).

L'amputation ou la survenue d'un handicap au cours de la vie est une épreuve traumatisante, pour la personne. La survenue d'un handicap dans la trajectoire de la vie est un évènement imprévisible et non envisageable bien que la maladie et l'accident sont des éventualités possibles. Certains auteurs considèrent qu'un évènement est traumatisant lorsqu'il a impliqué la mort ou une menace de mort, de blessures graves ou une menace de l'intégrité physique (Brillon, 2004). Breslau et al (1998) disaient que le traumatisme est le pire ou le plus

bouleversant évènement qu'un sujet n'a jamais vécu. La survenue d'un handicap est donc un traumatisme qui touche à la fois l'intégrité physique, morale et psychologique de la personne. C'est ce que Pasto essaye de nous faire comprendre lorsqu'il dit :

« Quand de je suis devenu handicapé je m'en voulais moi-même. Mon état d'esprit était très bas. Je n'avais plus de représentation positive. Le handicap m'avait saisi négativement. Il s'était installé en moi des différences. Voyant mon corps, je me sentais inférieur aux autres. Je me demandais si je pourrai affronter ce futur, si je serai capable de transformer mon lendemain, si je serai capable d'être heureux, si je serai capable de me marier, fonder une famille, prendre soin d'elle. Bref, je me demandais si je serai capable de vivre une vie heureuse, normale que d'autres personnes valides. (Ab+) ; (Be-).

Ou des propos de M. Sergent qui déclare : « *j'étais traumatisé moralement, psychologiquement et physiquement quand je suis devenu handicapé* ». Le handicap s'accompagne par un ébranlement psychique comme on peut le relever des paroles de Général qui dit :

j'avais des vibrations de l'esprit, son instabilité, ses voyages ou déplacement inconscient. J'étais présent de corps mais absent d'esprit. Pourquoi j'étais traumatisé ? D'abord par ce que l'accident est un événement brusque. Je ne m'y attendais pas. Les bruits du véhicule, son basculement, l'arrêt brusque du chauffeur, les cris des passagers et les mouvements des populations (...) m'ont entraîné à la peur et à la frustration. J'étais traumatisé d'abord par ce que j'ai vu la mort de près, par ce j'avais échappé à cette mort de manière douloureuse, d'un coup (Ab+).

Le handicap s'accompagne par un sentiment de honte, de dénie, de culpabilité et de peur mais aussi de l'auto-stigmatisation. C'est une épreuve horrible, très complexe négativement. D'où les propos de Teacha :

C'était horrible !très horrible !très, très horrible ! Ceux qui me rendaient visite à l'hôpital, bien que compatissant, étaient pour moi des étrangers, je ne pouvais les regarder des yeux. Certain me regardaient, fixaient longuement et ne cachaient pas leurs larmes. Etre handicapé c'est connaître le monde, une épreuve rude sur les débuts. J'avais peur, j'étais craintif, abattu, touché. Je me sentais Legé comme un papier, je voyageais étant surplace : j'allais à l'école, voir ou j'étais tombé, revivre cette scène étant à l'hôpital. Parfois je préfèrai rester seul ! Tout seul ! (Ab+)

C'est une épreuve où la personne amputée se pose des questions de toute sorte à l'éventuelle quête des origines ou de la cause de son handicap. Des questions ayant trait à son passé, son présent et son futur incertain. C'est ce que M. Sergent nous fait découvrir en disant

Je me demandais à mon âge comment les gens vont me voir, que diront et penseront de moi ? Je me posais des questions qui n'avaient pas de réponses : pourquoi moi ? Pourquoi seulement le pied, alors que les bras étaient là du genre qu'un pouvait se broyer ? Pourquoi mon pied se paralyse alors que c'est le seul qui qui me reste ? J'étais soucieux au point où je me demandais avec sincérité pourquoi Dieu ne pas hôte la vie une fois que de me punir, me faire souffrir en vivant avec un pied amputé, l'autres paralysé ? Pourquoi Dieu ne m'a-t-il pas donné un avertissement ? (Ac+) ; (Aa+).

De telles questions sont aussi présentes dans les propos du Général qui dit :

Ça commence par le pourquoi, le comment, le qui, est ce Dieu, est ce Satan, où est partie mon corps ? Je me demandais donc pourquoi ceci m'ai arrivé, qui est à l'origine, comment cela est arrivé, qui en n'est le responsable, pourquoi veut-il ma mort ? Est-ce que c'est toujours moi ? Est-ce que c'est toujours mon corps ? Non, ce n'est pas moi, ni mon corps. Je me posais tant de question par ce que, j'avais peur d'affronte le handicap. Je ne savais pas par où j'allais commencer ? (Aa-) ; (Ac-).

Le handicap entraîne une modification de l'image de soi, de l'identité, une baisse d'estime de soi et un manque de confiance en soi, un état d'esprit très faible, diminué, anéanti. La personne devenue en situation de handicap a du mal à accepter son propre corps, le regarder, l'aimer, car ce nouveau corps est dégoûtant, étrange. Le fait de voir ce membre de son corps amputé, cette personne a des idées suicidaires, certains préfèrent la mort que de supporter vivre avec un handicap. Ils préfèrent disparaître et continuer à vivre psychiquement comme le disait Murphy(1993). Voici par exemple la réponse que donne Pasto à la question de savoir comment considère-t-il son corps une fois devenu en situation de handicap :

En ce qui concerne la façon dont je considère mon corps dans son état actuel de handicap, je veux vous assurer que c'est une situation affreuse. Déjà, j'avais du mal à voir ce corps, je l'ai rejeté au départ, je l'ai haï, j'avais du mal à l'accepter. J'avais du mal à admettre la situation ou son état actuel. Si (...) c'est par ce que je n'avais plus confiance en moi, à mon corps, à mes capacités. J'avais l'impression que je ne pouvais pas réaliser quoique ce soit. Je ne croyais plus en moi. Je doutais fort de moi. De ces croyances, je me voyais déjà différents des autres. Pour moi j'étais différents (Ab-).

Avec ces propos de Pasto, l'on constate aussi que la personne devenue en situation de handicap s'auto-discrimine puisqu'il affirme : « *je me voyais déjà différent des autres. Pour*

moi, j'étais différent ». Sur la question de l'image du corps, de la baisse d'estime de soi, du manque de confiance en soi, Pasto poursuit en disant :

Ces réflexions viennent le plus souvent quand je veux m'habiller. C'est là que je me rends compte que, quand je dois mettre mon pantalon, avant, je le mettais bien comme tout le monde. Pareille pour un tricot, chemises et autres. Je mettais mes deux pieds, et mes deux mains normalement. Et maintenant que je suis handicapé tout a changé. Je mets mon pantalon avec un pied dedans, je cherche comment faire avec l'autre pied. Je ne peux plus mettre une chemise sur moi, ni un pull-over. Je vous assure, le handicap est une situation affreuse, trop affreuse, insupportable, dégoûtant, effrayant, j'avais du mal, trop mal du font intérieur de moi. (Ab+) ; (Aa-)

Les propos de M. Sergent abordent plus largement cet aspect et permettent de pousser nos analyses. Pour lui

Il y a des moments que je perdais totalement le goût de vivre. Vous vous imaginer que lorsque vous étiez debout, vous vagez à vos occupations, vous partez à l'école, vous faisiez des sorties avec vos amis. Tout d'un coup, vous êtes seul couché sur le lit d'hôpital, on vous fait tout, vous uriner sur place, vous déféquer là. On vient enlever, vous devenez comme un enfant. Vous demandez tout, vous avez besoin d'une chose il faut appeler quelqu'un, parfois votre voix part. Je pensais au suicide, la mort ! Oui la mort ! À l'épreuve du handicap est mieux. Je me disais que si j'étais mort, je n'allais pas déranger les gens. (Aa-) ;(Ab+) ;(Ac-)

Ces propos de M. Sergent permettent que nous nous souvenions ou se rappelions de travaux de C. Gardou (1997), qui pense que, les personnes en situation de handicap se trouvent en situation de soumission et de dépouillement identitaire. Le handicap présumé se substitue à la personne de l'être et lui impose une sorte de citoyenneté de deuxième ordre, le limitant au strict aspect négatif visible de sa personne. Et c'est définitivement qu'elles se trouvent réduites à appartenir à la catégorie ontologique des « anormaux ». La survenue d'un handicap au cours de la vie s'accompagne donc par des limitations d'activité, la réduction de l'autonomie et par conséquent la dépendance.

Ce qui est plus stigmatisant pour la personne devenue en situation c'est que, étant à l'hôpital, elle a de l'espoir qu'une fois sortie de sa convalescence, elle pourra reprendre normalement ces activités quotidiennes. En sortant de l'hôpital, la personne a la rage de reprendre ces activités mais elle sera face à d'autres difficultés, c'est que son corps ne sera plus capable de réaliser ses activités, il sera incompetent, moins actif, moins productif puisque c'est un corps diminué, fragilisé, dépendant. D'où l'auto-stigmatisation et l'auto-exclusion. C'est pourquoi Pasto nous rappelle qu'avant de penser que la société exclue la personne devenue en situation de handicap, il faut d'abord tenir compte que cette personne est elle-même la source de son exclusion à cause de ses incapacités. C'est pourquoi Pasto ne manque pas de souligner que :

Avant de penser que la société exclue, j'insiste en vous disant que le vrai problème du handicap c'est personne handicapée elle-même qui se retrouve plongée dans un état d'infériorité. C'est d'abord le choc qu'elle vit, le handicap c'est quelque chose que personne ne s'y attend, que personne ne peut vouloir ou acheter. Quand je suis sorti de l'hôpital pour la maison j'étais fier. Fier de reprendre mes activités de chaque jour. Mais la réalité était contraire. Que (...) J'étais déjà dans une situation d'impossibilité de reprendre mes activités. (Be+)

En voulant reprendre ces activités, la personne se trouve alors déçue car il devient incapable de réaliser ces activités, son corps n'est plus productif comme, il ne s'adapte plus à ce métier et la conséquence ici c'est l'envie car, la personne

remémore sa vie d'avant, ce qui est davantage stressant, paniquant. C'est ce que dit Pasto lorsqu'il affirme :

J'avais donc commencé à envier les moments que je passais auparavant. Chaque fois que je me retrouvais dans une petite situation d'incapacité, je me mettais à regretter, à pleurer. C'était un moment fort de méditation car je disais avant, je pouvais faire si, je pouvais faire ça et présentement, voici ce que je suis devenu : un handicapé incapable ; handicapé à deux membres seulement.

Les propos de Mobog Mbog sont aussi illustratifs sous cet aspect quand il dit : « *quand je suis devenu handicapé, avant j'avais des difficultés de m'accepter, je ne parvenais pas à marcher devant les gens. J'avais honte, je me disais qu'on va se moquer de moi, qu'on va m'appeler un handicapé, je n'avais pas le courage de sortir* ». L'auto stigmatisation qui est un processus qui consiste à intérioriser les éléments extérieurs stigmatisant est perceptible par les propos de M. Teacha quand il dit :

« quand je riais c'était de simples amusements ou blagues c'est par ce que je me doutais de mon nouveau statut de handicapé. Je me représentais, j'anticipais déjà moi-même ce nom. Je savais que les gens vont m'appeler handicapé déjà, même à l'hôpital les médecins disent parfois « travaillé avec les handicapés là n'est pas facile. J'entendais et je passais sous silence ». J'intégrais dans mes pensées ce nom, cette place, ce nouveau statut de personne différente des autres. Je sombrais petit à petit (Ac+) ;(Be-).

Étant encore à l'hôpital, M. Teacha intériorise déjà son nouveau statut de personne vivant avec un handicap, il s'imagine comment la société pourra désormais l'appeler « handicapé ». L'amputation laisse croire à la personne que tout est finit dans sa vie. Que rien ne lui est plus impossible, qu'il n'y a plus rien à espérer. C'est pour cette raison que la personne devenue en situation de handicap survenue à un certain âge, aura des difficultés à se représenter

un futur meilleur. Elle se concentre sur l'objet perdu lequel il s'était attaché. La personne rompt totalement avec son future et va se contenter de vivre le présent comme si ces jours étaient comptés sur terre, comme s'il ne lui arrivera plus un jour à part cet instant qu'il vit à la même heure et la même seconde. Il vit une vie sans espoir ou on doit profiter du peu de temps qu'on a, de ce qu'on voit. Pour reprendre les propos de Pasto « *vivre au jour le jour* ». Voici ce que dit Pasto par rapport à la nouvelle vie qu'il avait adopté quand il est devenu en situation de handicap.

Quand je suis devenu handicapé, je me suis dit qu'il ne me restait qu'à vivre maintenant. Puisque, je n'avais plus un futur dans ma tête, ni un lendemain meilleur. Je m'étais dit qu'il fallait profiter de la vie. Je vivais au jour le jour. C'est-à-dire, je vivais pour vivre. Par exemple, s'il faut boire et je faisais, s'il s'agit de manger je le faisais en vrai et avec exagération. S'il faut poser un acte qu'il soit positif ou négatif je le faisais comme si demain j'aurai plus l'occasion de le faire. Comme si je n'aurai plus d'autres opportunités dans la vie. Vivre au jour le jour c'est qu'on s'en foutait de tous (Ab-).

Le handicap s'accompagne donc avec des excès c'est le sens que Pasto utilise quand il parle de « *vivre au jour le jour* » c'est tout simplement vivre sans modération. Sans contrôle, pas de soucis autre. La survenu d'un handicap désoriente donc le projet de vie de la personne. Plus rien ne compte que ce qu'il y a là à l'instant. La personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs rencontre des barrières psychologiques insurmontables qui l'empêchent à se redéfinir, qui l'empêchent de voir la réalité.

Une personne devenue en situation de handicap à la suite d'une maladie ou d'un accident, vit dans un traumatisme. Le jugement personnel négatif et l'auto stigmatisation peuvent réduire le degré de participation sociale ou favoriser l'exclusion sociale de la personne amputée. Comme il le soulignait davantage Pasto que le plus gros problème de la personne devenu en situation de handicap est qu'elle se retrouve elle-même dans « *un complexe total d'infériorité* ». En effet, la personne elle-même se voit déjà différente des autres une fois

devenue à mobilité réduite à la suite d'une altération du corps. C'est ce qui ressort des propos de M. Sergent quand il affirme :

« Je suis handicapé par ce que je suis tout simplement différent des autres. Je suis handicapé par ce que je suis diminué, je manque mes jambes. Je ne vois plus mes pieds. Je suis handicapé moteur à chaise roulante au lieu d'être comme tout le monde, moi je manque de pieds. Maintenant, rien n'est plus comme avant où je pouvais courir, sauter, aller plus vite avec l'efficacité de mes jambes. Je suis handicapé par ce que je suis différent de vous. Vous pouvez décider de vous lever mais moi non, je suis condamné à vivre assis. Je suis handicapé, je suis à part, pas comme les autres (Be+).

Mais, cette différence ou ce complexe d'infériorité que souligne Pasto ne doit pas seulement s'observer sur le fait qu'on est devenu une personne vivant avec un handicap. Certes le handicap réduit les capacités physique et psychologique, mais, la non conforme à la norme peut aussi entraîne le sujet à se dévaloriser soi-même lorsqu'il réalise par exemple qu'il n'est pas habillé comme tout le monde. C'est ce que vivait Mbog-Mbog quand il a repris les bancs sans uniforme. Il d'ailleurs à ce sujet : « *Moi-même je me sentais différents. Tout le monde était en uniforme mais moi j'étais en civil, en plus d'être sans uniforme, je suis handicapé ce qui attirait davantage le regard des autres sur moi* »(Ac-) ; (Be-).

La personne en situation de handicap se fixe des objectifs ou certaines limites de la vie qui apparaissent comme obstacle à son propre vécu. De fois, ses nouvelles règles de vie ou ces principes sont les seuls qu'elle respecte. Ce que la société lui dit ne compte plus. La personne se laisse commandée, dirigée et devient soumise aux lois de son esprit, aux bouleversements psychologique car, elle ne croit qu'en elle-même et aux objectif fixés. Il y aura donc un véritable duel entre la PSH avec ces principes parfois négatifs qui l'entraîne à s'enfoncer davantage sur le négatif et la personne valide qui veut l'aider à reconstruire une nouvelle vie. C'est ce que Pasto a vécu après la survenue de son handicap en relevant que :

J'ai rencontré des circonstances que je n'arrivais pas à surmonter, des blocages psychologiques qui pesaient dans mon esprit et qui ne me permettaient pas d'avoir un esprit ouvert. J'étais callé dans mes propres décisions. Tout ce que je faisais était pour moi normal, personne ne pouvait me dire le contraire. (...) J'étais devenu agaçant, ennuyeux, nuisible. Je respectais mes décisions mais jamais celles des autres (...). Je surmontais facilement les décisions des autres, leurs limites mais je ne parvenais pas à développer les capacités mentales, psychologique propres à mes exigences (Ab+).

4.2.2. Environnement socioculturel

Les éléments sociaux de PPH sont externes à la personne mais important pour l'analyse situationnelle de handicap. Ses éléments peuvent soit favoriser l'intégration de la personne amputée soit être obstacle à son épanouissement. Comme le soulignait déjà Le Breton (2013), le corps est une construction sociale et culturel et mû par des mouvements affectifs (Martin-Jachat, 2008) qui impose de sortir des schémas dualiste (corps/esprit) et mécanique (morcellement du corps). L'OMS (2001), insiste sur le fait que, le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit pour cette instance d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Ainsi, pour surmonter les difficultés auxquelles les PSH sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaire.

Cette approche du handicap permet de comprendre que, la société aussi que l'environnement physique constituent une barrière à la participation sociale de la personne présentant un handicap donc la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs ou supérieurs n'échappe pas à cette catégorie. Les participants de cette recherche ont bien montré que, la société est une source importante dans le phénomène du handicap. Par son regard stigmatisant, méprisant, inquiétant, parlant, la personne en situation de handicap se présente comme un monstre parmi les anges. Ce simple regard peut entraîner la personne au suicide. C'est ce que M. Sergent dit en déclarant que :

Quand j'étais par exemple à l'hôpital, il arrivait que les gens me toisent longuement sur le pied amputé ou l'autre paralysé. Cette manière de regarder mes parties du corps touchés me dérangeait automatiquement. J'analysais ce regard. Je comprenais que le handicap, c'est quelque que je vais pouvoir vivre avec à vie. Puis que, les gens me regardent en insistant sur les parties que je ne veux pas moi-même voir. Ce simple regard persistant, profond active des réactions de suicide en moi. Je me dis qu'ils ont en même temps honte et pitié de moi. Moi-même j'ai honte, par ce handicap, j'ai compris que le regard d'autrui tue (Bd+)(Aa+).

Les relations aux autres sont stigmatisant. Le regard de l'autre est une conséquence et un traumatisme lié au handicap. Au sens de Ripolle (2016), le regard de l'autre peut être perçu comme un regard disqualifiant. Il peut engendrer un retrait social car la personne est exposée au regard de l'autre. Par ce simple regard, l'image de soi peut être entamée et devenir une source de dévalorisation, de doute et peut entraîner à la mort. A cela, il y a une difficulté à se confronter aux autres et de participer socialement à la vie quotidienne (Jeanne-Rod, 2010). Pasto nous dit à ce sujet que :

le regard que la société porte sur le handicap blesse du font intérieur. Les gens qui me regarde n'ayant plus mes capacités, n'ayant plus mes membres du corps me considèrent comme un incapable. Mes amis avant venaient me dire que tout est finis pour moi, que rien n'était plus à espérer. Les intentions sociales sont stigmatisant (Bd+).

Schilte et Rufo (2000), insistent sur la valeur du regard de l'autre. En effet, lorsqu'une personne détourne le regard à la vue de la personne en situation de handicap, cela met en cause l'intégrité corporelle de celle-ci. C'est dans ce sillage que Le Breton (1991), ne manque pas

d'affirmer que le regard des autres est important et explique que le handicap est révélé par les autres donc la société. L'autre joue le rôle de miroir donc il va refléter à la PSH une image dévalorisée avec l'image corporelle et le regard des autres, le temps sera venu pour le porteur de reconnaître sa situation de handicap.

A côté du regard, l'amputation de la main ou du pied entraîne une perte de statut et de la discrimination. C'est ce qui ressort des propos du Général quand il dit : « *Depuis que je suis handicapé, j'en ai déjà vu. Même pour prendre un taxi avec mon fauteuil, ce n'est pas chose facile. La majorité de chauffeurs de taxi les « drivers » quand je les stoppe, font l'effort de ne pas regarder de mon côté. Tu te dis qu'il ne travaille mais juste devant il s'arrête* ». Ces propos expriment clairement la stigmatisation sociale dont sont victimes les PMR. La société stigmatise sous plus aspects de la vie. Pour la personne allant en fauteuil roulant, la discrimination est plus perceptible quand il faut emprunter le taxi normalement comme les autres personnes dites valides. Mais cet aspect est perçu pour le Général comme une injustice sociale. D'où ces déclarations :

Il y a donc à cet effet, de l'injustice sociale à l'égard de la personne vivant avec un handicap. Cette injustice est aussi due au fait que, moi par exemple, je veux emprunter le taxi, non seulement je souffre pour avoir ce taxi, mais aussi je paye le double tu tarif. Et quand j'ai la chance d'avoir ce taxi, les passagers ne veulent pas que nos vêtements se touchent pire mon corps. Ce quotidien est difficile pour moi, mais je m'en passe. Je ne peux pas compter le nombre de fois que j'ai été humilié par les filles, les hommes en tenus. La personne handicapée est un sous homme (Be+) ; (Ad+).

On remarque ici que, la PSH est une personne qui n'a pas de valeur ou donc son statut est très moindre. Elle est une personne à part, un étranger, il est hors-norme, une personne à la basse classe ou pour reprendre les propos du général « *une sous homme* ». A l'école, Mbog-Mbog aussi n'a pas échappé à cette discrimination à l'égard de ses camarades tant au lycée qu'à l'université. Quand il reprenait ses cours, il était chassé comme un chien. Partout où il pouvait

décider de s'asseoir, la place était occupée et il était obligé d'aller s'asseoir au dernier banc même comme ça, il avait des difficultés. Il dit :

je suis arrivé au lycée c'est tout le monde qui me regardait, tous les yeux étaient tournés vers moi puisque je marchais avec les supports. J'étais comme un homme à part ! Je ne supportais pas le regard de mes camarades. Déjà, pour avoir une place ou m'asseoir n'a pas été chose facile. Partout où je pouvais m'asseoir on me chassait certain disaient : mouf quitte sur ma place, vas avec ta malchance là-bas ». J'étais obligé d'aller me trouver une place au Chabat donc au font de la salle. Même étant là-bas, tout le monde me regardais comme un monstre.(Bd+) ; (Be+) (Mbog-Mbog).

Le général lui aussi a été victime d'une situation pareille alors qu'il travaillait au Minas. A l'occasion d'un évènement le ministre arrive avec son protocole un lundi matin. Il relate que :

Arrivée elle descend de sa voiture avec des salutations et tout, nous étions sept handicapés, la garde ministérielle nous a chassé d'aller rester loin du passage ministériel. J'ai compris par ce geste que je suis différents des autres, je ne suis pas à leur hauteur, je ne suis pas totalement humain comme ce ministre. J'ai compris que si je saluais le ministre, j'allais salir ses mains et que nos statuts sont différents comme pour dire 'les animaux s'amuse par catégorie ». Je suis de la catégorie pauvre, basse, et le ministre est un dieu (Be+) ; (Bf+).

Cette discrimination donc sont victimes les PSH s'étend même lorsqu'il faut trouver un logement (chambres, appartement, studio...). Ces personnes rencontrent d'énormes difficultés avec leurs bailleurs et l'entourage. La société s'appuie sur les préjugés, les stéréotypes tels la malhonnêteté, les sorciers, manque de revenu, par conséquent, ce qui fait que, ces bailleurs parce qu'ils savent que c'est la personne en situation de handicap qui désire la chambre ou

l'appartement, trouvent raison de dire que cette appartement est réservé ou ils augmentent le prix. Si la chambre à louer est de 5000f, elle monte à 15000f. Le but ici c'est se débarrasser de ce pauvre handicapé. C'est ce que dit-en d'autres Teacha en affirmant :

« Il est difficile pour la personne à mobilité réduite de se déplacer normalement où, soit, elle trouver où rester, louer une chambre je ne vais pas parler d'un appartement. Par ce que la société se dit que la personne handicapée est malhonnête, il n'a pas d'argent, c'est un sorcier si on l'accepte, il va mettre tout le secteur mal à l'aise (...) Ce que les bailleurs font quand sa chambre est en location et que c'est la personne handicapée qui la veut il augmente le prix ou il te dit que c'est déjà occupé ou réservée (Cg+) ; (Bd+).

Ndjabo (2018), dans son étude fait aussi les mêmes analyses. Elle démontre que les personnes en situation de handicap sont victimes de la discrimination lorsqu'il faut trouver un logement et nouer un contrat avec les bailleurs. Elle dit bien avant ces considérations contractuelles, les bailleurs ont très souvent le sentiment que la personne ne dispose pas de moyens financiers suffisants pour payer régulièrement le loyer. Ils la considèrent d'emblée comme une personne indigente, incapable de se prendre entièrement en charge. Certains, par prudence, vont exiger le paiement de plusieurs mois à l'avance. Le nombre de mois exigés à l'avance est généralement plus grand que celui demandé aux personnes valides. Certains bailleurs sont influencés par l'entourage et considèrent la personne à mobilité réduite comme une source potentielle de problèmes et de conflits. Dans ce cas, le bailleur procède unilatéralement à une forte augmentation du loyer pour amener la personne à déménager (Ndjabo, 2018).

Les impressions sociales à l'égard des PSH sont aussi à souligner dans les facteurs sociaux obstacles à la participation sociale. La discrimination peut s'opérer par les paroles qu'on tient. Les mots choquants, qui donnent à la personne en situation de handicap, un sentiment d'inutilité, d'infériorité. Mbog-Mog, fait découvrir que, les PSH ont même les difficultés d'entretenir une bonne relation amoureuse sauf si l'on a des moyens matériels. Il se souvient encore des propos de sa camarade de classe qui lui avouait qu'elle ne peut entretenir aucune relation amoureuse avec lui sauf si demain il est un homme riche. Déjà, en causant avec

lui, elle a honte. Mbog-Mbog va donc tirer comme leçon que son amour sera effectif en fonction de sa source de revenu. S'il est riche, il aura n'importe quelle femme au cas contraire il n'aura pas une bonne épouse. Il dit d'ailleurs :

« Avec cet handicap, j'ai compris que, quand tu es handicapé, tu es un homme à part. Cet aspect amour que vous abordé la hummmmm ! Je me souviens d'une fille quand nous étions en terminale, qui m'avait dit que même si j'utilise les écorces, pour la draguer, elle ne pourra pas m'accepter comme copain, sauf si demain j'ai de l'argent. Ça m'avait tellement fait mal (...). Je vais acheter l'amour, cette fille a fait que je comprenne que, quand tu es handicapé, ça vaut dire que tu es vraiment handicapé. Entre handicapé et la personne normale c'est deux mondes différents (Bf+) ;(Bd+) (Bd+/-).

En dehors de cet aspect, les désignations de handicap sont pour la plupart, une source d'exclusion, de discrimination, de mise à l'écart et stigmatisation. Le fait de dire simplement « personne handicapée » impacte psychologiquement les porteurs. Que pense Teacha à ce propos ? Sa réponse est claire :

Ces mots handicapés m'énervent. Les mots pour parler de personnes handicapées sont choquant « is not good, is't very bad » ! Je déteste ce mot je ne sais pas d'où sa provient et qui s'est permis de l'inscrire pour désigner la personne ayant des incapacités. Or il y a des personnes valides plus handicapées que moi. J'ai les limitations d'activités, j'ai des incapacités à exercer certaines tâches, mais je fais selon ou en fonction de mes compétences. Dieu m'a enlevé un pied mais l'autre est devenu plus compétent, l'autre à la charge efficace (Bd+) ; (Ab-).

Une question a été posée à tous nos participants celle de savoir : Dites-moi, est-ce que le fait de dire simplement personne handicapée a une influence sur vous ? La réponse de Mbog-Mbog est la suivante :

Quand on parle de personne handicapée je sais qu'on s'adresse à moi.

On parle de ceux-là qui ne marchent pas ou d'autres qui ont des troubles mentaux. Généralement, le handicap c'est nous. On parle des personnes en difficulté motrice, mentale et psychologique, on est mélangé donc on parle de nous. Je sais qu'il s'agit de nous personnes à besoin, dépendante, diminuée, fragile, vulnérables, personne anormale (Aa-).

Lorsqu'ils sont désignés comme telle, cela change leur humeur et deviennent agressifs c'est le cas de Mbog-Mbog qui se souvient encore de sa réaction agressive envers son senseur du lycée pour l'avoir appelé handicapé.

Je me souviens étant au lycée, on avait changé nos horaires de compos alors qu'on avait déjà un programme. Tout le monde se plaignait de cette affaire. Mon senseur m'avait dit : tu es même un handicapé et tu as le droit de me parler » juste par ce que je lui avais porté critique. C'était choquant, j'ai eu honte, j'étais blessé du fond de mon cœur, et sans me retenir, je lui avais dit : « monsieur sachez que vous êtes plus handicapé que moi. Moi je suis handicapé physique mais vous vous êtes handicap moral, vous ne connaissez pas faire votre travail ». (Ab+) ;(Bd+).

Pour montrer à quel point l'expression « personne handicapée » est choquant ou non appréciée par ces derniers, le Général n'a pas quant à lui manqué de composer une chanson qui fait appel à ses pairs pour mieux digérer l'expression et s'en passer de l'ignorance sociale. Voici le message important que véhicule le Général dans sa chanson et qui sensibilise la société non seulement la PSH, mais aussi la société qui la discrimine à tous les niveaux :

prends cette vie telle qu'elle te revient tu commences une nouvelle vie
dès aujourd'hui, on t'appellera désormais handicapé alors que tu as un
nom. Mon frère, ma sœur, accepte ce nom. C'est pas une injure, c'est

pas un mépris, mais ce qu'il ne faut jamais dire, c'est si j'étais, si j'avais, si je pouvais, donc envier ! Ne désespères pas ! Tu arriveras ! Tu vas constater qu'on n'appellera jamais une personne valide comme on dit personne handicapée, on cherche toujours à connaître le nom de cette personne valide : Éric, Léon, Mathieu, Joseph. La réalité a voulu qu'on nous appelle personnes handicapées et qu'on appelle la personne valide par son nom (Be-) ;(Aa+) ;(Ab-).

Il dit qu'avant, il était gêné et même jusqu'à présent. Même si ce n'est pas lui, qu'on appelle, mais dès qu'on parle de « *personne handicapé* » il va d'abord s'arrêter s'il passait. Il souligne encore :

« Qu'on ne vous mente pas, toute personne se sentira gênée. C'est une manière de montrer indirectement qu'on est différents des autres. Si on dit maintenant personne handicapée, vous, vous n'allez pas prêter attention mais moi, je vais d'abord tendre l'oreille qu'on a encore fait quoi nous les personnes handicapées (Be-).

La discrimination des personnes amputées par leurs membres soit inférieure ou supérieure n'est pas seulement visible lorsqu'il faut emprunter un taxi. L'Etat camerounais et ses dirigeants aussi sont indexés par les personnes vivant avec un handicap à travers les textes, les lois, les conventions. Certaine PSH trouve cela comme l'ignorance ou le non-respect des lois établies, d'autres préfèrent dire que l'Etat se moque de la personne vulnérable en générale et celle en situation de handicap en particulier. Voici par exemple ce que Teacha dit à su sujet

Il faut se dire les vérités l'Etat camerounais néglige la personne handicapée. Il y a des textes, les lois, les conventions portant protection, encadrement et accompagnement des personnes handicapées signés, reconnus mais jamais appliqués. Tout est sur papiers mais la pratique alors ? L'Etat se moque de la personne vulnérable en général et de la

personne handicapée en particulier. L'Etat n'ignore pas que la personne handicapée éprouve des besoins (...) (Be-) ; (Bd-).

Il y a également au Cameroun, le non-respect des lois en faveur de la personne devenue en situation de handicap et l'ignorance des textes juridiques. Comme le circulaire des nations unies des droits des personnes handicapées. La ségrégation sociale des personnes en situation handicap est aussi un des problèmes majeurs au Cameroun. Cette discrimination a conduit les personnes en situation de handicap au Cameroun à transformer la journée du 3 décembre connue « *de journée mondiale des personnes handicapées* » « *en journée camerounaise des personnes valides* ». Célébrées en l'honneur des PSH, les personnes validées trouvent l'occasion de manifester leur discrimination notamment dans des buffets. D'où ces propos du Général :

Sans vous mentir, nous ici au CNRPH, avons surnommé la journée mondiale des personnes handicapées en journée internationale des personnes valides. Car, lors des buffets, déjà les valides sont plus représentés que nous et ils font tout pour nous mettre à côté. Il y a des personnes handicapées à part et les valides à part. Or je me dis que c'est une occasion de partages, sans discrimination. Cette journée doit être célébrée pour réduire notre stigmatisation sociale. Mais on nous isole.

Les handicapés sont ici, les biens portants là-bas (Bf-) ;(Be+) ;(Bc-).

L'aspect culturel est aussi capital à la construction sociale des situations de handicap. C'est pour cela que Gardou (2011) dit « *on ne saurait parler du handicap, du corps handicap sans pour autant le réinscrire dans la culture* ». C'est à juste titre que Tsala et al (2020) vont dire que, les actions et les jugements que l'on porte sur la personne en situation de handicap moteur au Cameroun sont pour la plupart à connotation négative et contribuent à stigmatiser ces personnes. Les représentations culturelles que les communautés se font de cette population (croyance en la sorcellerie, pratiques des rites et coutumes, recherche du coupable...) entravent parfois leur quête d'équilibre et oblige le sujet à rechercher une réintégration dans son groupe culturel d'appartenance. Le regard porté sur la personne en situation de handicap est renforcé par les représentations culturelles que les communautés se font de cette couche de la population

et qui contribuent à renforcer le ressenti douloureux de ces personnes (Hamonet, 1990, 1992; Zambe et Hamonet, 2005).

La dimension culturelle du processus de production de handicap est donc perceptible dans les propos de nos participants. Dans les sociétés traditionnelles africaines, selon Tshibwabwa (2008 cité par Mbassa 2015), la différence, la maladie ou le handicap, et plus généralement tout ce qui sort de la « norme », ou qui ne s'explique pas à la manière cartésienne et scientifique de la culture occidentale, s'interprète (Tshibwabwa Mua Bay, 2008,). D'après ce journaliste congolais donc s'appuie Mbassa (2015), les cultures africaines sont des cultures « sémantiques » au sens strict du terme, c'est-à-dire que tout est signe, tout est signifiant et tout est signifié, en d'autres termes, tout ce qui est, même le plus anodin, a un sens caché, une signification. L'amputation de la main ou de la jambe a donc un sens caché pour le peuple culturel camerounais. Les réponses de nos redondants permettent de voir cet aspect culturel caché du handicap au Cameroun. M. Sergent dit:

L'homme bantou se dit d'abord que c'est la sorcellerie. Certains disent qu'on voulait tremper la main c'est-à-dire que la personne handicapée a mis sa main quelque part.(...) surtout les mamans âgées me disaient : « mon fils, il faut beaucoup prier ». La prière recommandée n'est pas le nôtre père ou je vous salue Marie. Ou de rendre grâce à Dieu de t'avoir accordé la chance de revivre avec les siens Cette prière voudrait dire qu'« il faut te délivrer, faire un lavage ». Certains voisins et proches, me promettaient t'aller avec eux voir leur pasteur, leur prêtre exorcise pour prier sur moi pourtant avant,(...) (Bd-).

Pour sa part, Mbog-Mbog, pense que son handicap a directement trait à la culture. Il avoue qu'on lui a rendu en situation de handicap pour nuire à son père par ce qu'il était le premier homonyme de celui-ci. Il dit :

mon handicap c'est la sorcellerie. La sorcellerie a régné dans notre famille. D'abord j'étais le premier homonyme à mon père et ces temps-là, mon défunt père était sollicité au village et il ne voulait pas s'y

rendre. Moi je me dis que les gens ont fait ça pour le mal. Les gens du village ont mis un mauvais œil sur moi, sur son homonyme. Ils ont fait leur chose la nuit et ils se sont accrochés sur l'accident. Et s'il faut forcément accepter qu'il s'agissait vraiment d'un accident, sans vous mentir c'était un accident mystérieux (B0).

Mbog-Mbog souligne un aspect important de la situation de handicap. Il établit une relation directe entre son handicap et les mystères cachés du village. Cet aspect est plus perceptif avec les propos de M. Sergent qui pense que :

La culture explique tout ce qui nous arrive. Le handicap peut être causé par la tradition. Si par exemple tu refuses de jouer un rôle social, les anciens peuvent se dire : on va voir. Quelques temps après on te frappe ou un de tes proches. C'est pourquoi on dit que la tradition nous a rattrapé. Ce qui fait que, partout où tu vas on te demande ce que tu as fait ou on te demande de rentrer au village quand tu y vas après certains rites, tout devient normal (B0).

C'est pourquoi, le Général va insister que le handicap est d'abord un problème de mentalité. Il va insister sur le fait qu'on est handicapé ou en situation de handicap, en fonction de milieux. La lecture du handicap pour le Général dépend selon qu'on se trouve en zone rurale ou urbaine, selon qu'on est riche ou pauvre, en fonction du pays, des quartiers, en tout, en fonction du contexte et de l'éducation. D'où ses propos :

Ce qui est plus difficile pour la personne handicapée c'est de gérer l'ignorance sociale. Les personnes handicapées sont abandonnées par elles-mêmes surtout dans les zones rurales (...) « Au Cameroun, les personnes handicapées sont des éternelles assistées ».(...) Les personnes handicapées d'un milieu à l'autre, sont traitées différemment. La manière qu'une personne d'Etoug-ébé voit la personne handicap est

différente que le regard de celui de Mvog-ada. Quand par exemple, je pars rendre visite à un ami qui a les moyens, il se dit directement que je suis parti pour un problème. (Bd-) ;(Be+).

La construction sociale du handicap dépend effectivement du milieu et dont de la mentalité. Ailleurs, la personne en situation de handicap est mieux traitée qu'au Cameroun. Ce qui ont la chance de sortir du pays découvre plus et ont de nouvelles expériences du handicap. Quand il découvre qu'ailleurs ont traite avec respect la personne en situation de handicap il se demande pourquoi ça ne peut être pareil dans leur pays le Cameroun. Voici ce que dit Teacha

« Ce j'ai vu dans certains, pays où la personne handicapée est considérée, mieux traitée avec dignité, respect par son Etat pourquoi pas au Cameroun ? En Namibie, l'Etat prend soin de tous les handicapés sauf si tu n'es pas identifié. L'Etat du Namibie aide ses handicapés à mieux vivre. On les donne du matériel gratuitement, et toute personne handicapée a droit à un petit support financier chaque fin du mois. Notre Etat gère mal sa population handicapée (Bd-) (Be-).

En dehors de tout ce qui est dit, la personne en situation de handicap fait face pour certains à des difficultés liées à la pauvreté. La paupérisation est un facteur explicatif du phénomène de handicap. D'où ces propos de Sergent :

Je veux simplement parler des moyens, des ressources, du revenu matériel, à l'absence de pauvreté. Car, le fait d'être handicapé et pauvre à la fois on va toujours t'aider mais jusqu'à quand ? Un handicapé qui travaille ne peut pas avoir les mêmes problèmes qu'un chômeur, de même celui qui a fréquenté ne peut pas accepter vivre dans la rue, s'humilier par la société. Celui qui travaille sort chaque jour et revient seulement en soirée. Mais toi qui est surplace tu vas toujours penser à ton handicap, à pleurer, à regretter toute ta vie (Ab+) ; (Bf+) ; (Bci).

On ne peut donc pas parler de handicap sans le rapprocher à la pauvreté. Les personnes en situation de handicap sont classées dans la catégorie de personne pauvre. C'est pourquoi au Cameroun elles sont traitées de mendiante, et méprisées. Une personne vivant des situations de pauvreté est stressée et sombre davantage dans son handicap. Certaines ont des difficultés de pouvoir se prendre en charge. Cela amène M. Sergent à dire que ce n'est pas tout le monde qui a la chance d'aller à l'hôpital après son accident. A force de vouloir comprendre pourquoi il le disait, il finit par affirmer :

Nous sommes issus de familles différentes. Le traitement où le choix de l'hôpital va dépendre des moyens dont dispose la famille. Moi mes parents ont un peu d'argent ce qui fait que j'étais bien servie d'abord à l'hôpital mais par contre, j'en ai vu des personnes à l'hôpital qui s'étaient faites abandonnées par leurs familles, pour un défaut d'argent puisqu'elles ne parvenaient pas à gérer leur ordonnance médicale. Ces patients étaient plus stressés que moi, plus violent, agressif envers leurs proches. Moi je pense que la pauvreté est...un des plus grands problèmes de handicap (Bf+) ; (Be-) ;(Bci).

Que ce soit la société, la culture et la pauvreté, tous ces éléments ont une explication du handicap en fonction des cas. La société stigmatise la personne en situation de handicap. Bien qu'elle-même contribue aussi en partie à cette production des mécanismes de handicap, ces facteurs sont très importants à la lecture du handicap comme un construit social, une situation, une expérience. Toutefois, l'environnement physique aussi est un aspect important à la production du handicap.

4.2.3. Environnement physique comme PPH

L'accessibilité de manière générale est un problème au Cameroun qui entrave la participation sociale de la personne à mobilité réduite. Nos participants ont donc souligné des obstacles physiques qu'ils rencontrent dans la ville de Yaoundé. Ces problèmes concernent un manque d'accessibilité dans les routes, au logement, transport, et autres infrastructures publiques et privées. Teacha par exemple pense que les routes au Cameroun ne sont pas

accessibles, parfois, il arrive en retard au travail à cause du mauvais état de la route et des problèmes d'embouteillages :

L'accessibilité est un problème sérieux pour la personne handicapée. Je vais en ville tu regardes partout où tu peux garer, tu ne vois pas. Je veux garer comme tout le monde on me dit monsieur on ne gare pas là. Il n'y a pas de stationnement pour handicapé. Les parkings sont réservés pour les hauts dirigeants. Au Cameroun, le manque d'accessibilité de routes qui sont en mauvais état, la présence des collines. Parfois, il arrive que je sors de la maison à 6h30 j'arrive au travail en retard à cause du mauvais état de la route qui entraîne sans cesse des embouteillages dans les carrefours (Bcg+) ; (Bh+) ;(Be+).

Pasto va quant à lui rester plus superficiel dans ces propos. Il pense que le Cameroun n'est pas encore avancé dans la technologie, c'est pourquoi la personne en situation de handicap souffre des problèmes d'accessibilité au niveau des bâtiments, du transport. Il dit :

Reconnaissons tous d'abord que le Cameroun n'est pas avant comme les pays d'Europe et d'Amérique. L'Afrique en générale accuse encore un grand retard de développement ce qui fait qu'il n'y a pas de véhicule propre pour des personnes en situation de handicap, les toilettes, les route bref tout ce qui concerne construction du développement est un problème pour la personne devenue handicapée d'y bénéficier or ailleurs les personnes handicapées n'ont plus ces problèmes qu'on connaît au Cameroun (Bg+).

Mbog-Mbog fait aussi face au problème d'accessibilité il pense que le problème du handicap dépend des décideurs qui ne tiennent pas compte des besoins des personnes en situation de handicap dans les projets de construction des espaces. Voici ce que Mbog-Mbog à ce sujet :

« Non, le problème du handicap repose aussi sur les décideurs donc l'Etat. Dans une ville comme Yaoundé, où il y a des collines, moi par exemple j'ai des difficultés de déplacement (...) Il m'arrive parfois quand j'arrive dans un milieu, la première question que je me pose est de savoir comment vais-je marcher ? Puisqu'il y a un manque d'accessibilité. L'Etat construit sans prendre en compte qu'il y a des personnes invalides et des personnes âgées. Partout ce sont des escaliers car des bâtiments sont publics et privés sont en étage (Bg+).

Il poursuit son argumentaire en affirmant :

Il y a aussi certaines périodes que je ne peux pas sortir surtout quand il pleut, il y a la boue partout, même les motos et les voitures n'arrive pas à circuler, tu vois comment le chauffeur de taxi bagarre avec son volant, la voiture patine sur place. Entre février et mars, c'est une nouvelle situation la poussière euih ! euih ! euih seigneur ! vraiment c'est le pire non seulement on n'arrive pas à s'adapter au climat de Yaoundé, tantôt froid, tantôt chaud, mais aussi ses saisons entraînent les maladies (Bc+) ; (Bcg,h,+/-).

En périodes pluvieuse, Mbog-Mbog relate que certains quartiers de la ville de Yaoundé sont totalement inaccessibles, impeccables, non abordables. Le quartier de Nkol-bisson en est une parfaite illustration car Mbog-Mbog affirme :

Je me souviens aussi en 2021, alors que je rentrais des cours autour de 18h, il avait abondamment plu ce jour, l'eau à envahit la mairie de Nkol-bisson, toute la route était envahi d'eau, je ne pouvais plus aller au quartier chance, j'ai une tante à la nouvelle route c'est là-bas que j'ai

passé nuit. Tout ce qu'on nous montre souvent à la télé avec le phénomène d'érosions, ses dégâts, mon frère je l'ai vu en direct au Cameroun à Nkol-bisson (Bcg,h+)..

Intéressants ces propos de Mbog-Mbog car il nous fait découvrir que le climat, le relief sont aussi favorables ou obstacles à la réalisation des habitudes de vie. Au terme de ce chapitre, l'analyse a porté sur les facteurs personnels, socioculturels et environnementaux qui du processus de production des situations de handicap. Nos hypothèses émises semblent se justifier par les réponses de nos participants lesquels ont été présenté cas par cas. Chaque cas se reconstruit une nouvelle identité en fonction en du mieux. La reprise du moi-peau chez ces cas s'effectue par le deuil, l'autodétermination, la motivation, la résilience, le soutien psychologique et la transformation du milieu.

CHAPITRE 5 : INTERPRETATIONS DES RESULTATS, PERSPECTIVES ET DISCUSSION

Après avoir analysé les résultats au chapitre précédent, il convient dans ce chapitre de donner sens à l'analyse en nous référant au cadre théorique. La fonction de ce chapitre est de savoir si nos assertions peuvent être validées au regard des données empiriques.

5.1. RAPPEL DE THEORIQUES

La réaction sociale encore connue sous théorie de l'étiquetage modifié de Link et Phélan (2001) et le modèle québécois du développement humain du processus de production de handicap (MDH-PPH, 2018). La théorie de la réaction sociale est un champ de savoir qui constitue un domaine essentiel de la sociologie et de la psychologie sociale nord-américaine des années 1960, dont l'axe de recherche central concerne les phénomènes de déviance. Elle a contribué à l'élaboration d'un cadre théorique distinctif et innovant pour penser ces processus, avec l'introduction de concepts sensibilisateurs (Hoonard, 1997) comme ceux de réaction sociale, institution totale, identité et carrière déviante, stigmaté. En effet, la notion stigmaté devenue au fil des ans le concept phare de l'école interactionniste et de la théorie de l'étiquetage, qui en fait la doctrine prédestinée à la compréhension des processus de stigmatisation

Les racines de cette perspective prennent corps au début des années 1950 dans l'œuvre du sociologue Edwin Lemert (1912-1996), qui cherche à élaborer une théorie socio-criminologique de la déviance en essayant d'aller au-delà de la vision en termes de pathologie individuelle ou sociale. Un des axes principaux de la théorie de l'étiquetage modifiée concerne les sources et les conséquences du stigmaté associé au désordre mental. Il se fonde sur l'observation des discriminations qui affectent les personnes frappées de maladie mentale et leurs familles ou leurs proches. Une autre source de cette conceptualisation figure dans la théorie de la dramatisation du mal de l'historien et criminologue F. Tannenbaum (1893-1969), auteur de *Crime and the Community* (1938), dans lequel il met en évidence le rôle de l'« épingle » dans la création de la déviance :

Le processus par lequel est fabriqué un délinquant (ou un être anti-social) réside donc en différentes phases d'étiquetage, de désignation, d'identification-assimilation, de ségrégation, de description,

d'accentuation, de conscientisation et d'autoconscientisation. Cela devient une façon de stimuler, de suggérer, de mettre en relief et de provoquer l'existence de ces traits de personnalité qui sont reprochés [...] Cela conduit à s'identifier, par rapport à soi-même ou au milieu, à un sujet délinquant [...] La personne devient celle qu'elle est décrite» (Tannenbaum, 1938).

La théorie de l'étiquetage modifiée de Link (2001) suggère que les individus qui souffrent de désordre mental ont vraisemblablement intériorisé une image négative de la maladie mentale avant d'avoir été étiquetés. Link et Phelan (2001), proposent d'étendre ce réseau de relations. Reprenant les études réalisées, ils mettent sur pieds un certain nombre de notions. Cinq de ces notions sont reliées à celle de stigmat. L'étiquetage (le « labeling») et les étiquettes (ou labels) ; la stéréotypisation ou les stéréotypes, ici il s'agit « des croyances culturelles dominantes qui lient les personnes étiquetées à des caractéristiques indésirables, des stéréotypes négatifs » (Link et Phelan, 2001) ; la distance sociale : les personnes étiquetées sont placées dans des catégories distinctes qui impliquent un degré de séparation entre « eux » et « nous » (ibid.) ; la perte de statut et la discrimination, ces deux processus impliquent un traitement basé sur l'iniquité et l'inégalité; enfin les relations de pouvoir. Link et Phelan (2001), pensent à reconstruire une définition du concept de stigmat qui doit être vu avant tout comme un processus.

Le modèle de développement humain du processus de production de handicap (MDH-PPH,) naît en 2018 lors de la deuxième nouvelle classification du handicap. Il part du processus de production du handicap (PPH, 1998 ; 2010) qui est un modèle explicatif des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement de la personne (Castelein, 2020). Le MDH converge avec la CDPH. Il tient compte de la personne dans son ensemble (enfant, adulte, homme ou femme). Il est présenté comme un système maillon des phénomènes qui produisent les situations de handicap. Il identifie les causes, les conséquences et les priorités de l'action. Il explique que, le handicap n'est pas une caractéristique de la personne, mais il est la résultante, « le produit » d'interaction entre les caractéristiques individuelles et environnementales sollicitées pour réaliser une habitude de vie. Le handicap représente une restriction de la participation sociale, voire une entrave à l'exercice des droits humains. Ce modèle tient compte des aptitudes et habitudes de la personne dans son

contexte donné (Fougeyrollas, 2015). C'est une approche inclusive qui tient compte du caractère situationnel du handicap.

La situation de handicap (SH), correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (déficience, incapacité et identité) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles). Il permet de comprendre que le statut de personne est figé dans le temps et dans l'espace. Selon Castelein (2020), le MDH-PPH est grille de lecture systémique qui permet de tirer, classer les informations récoltées. Il établit une hiérarchie des informations disponibles, identifie les informations absentes et utiles pour favoriser des objectifs prioritaires. Il permet de comprendre le sens de la différence, de mieux prendre en compte les besoins de la personne, favoriser le travail en équipe et le partenariat avec l'environnement ; permet à 'exercice des droits de décider de son projet de vie. Il s'applique au plan individuel et collectif.

Le MDH est une conceptualisation des interactions entre les différents facteurs déterminant le développement des capacités et des caractéristiques d'un individu en rapport aux habitudes de vie. Dans la conceptualisation du MDH, trois facteurs déterminants influencent le développement de l'individu à savoir : Les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. En fonction de ces facteurs, on évalue le développement intrinsèque de l'individu en rapport à sa capacité ou son incapacité à accomplir une activité physique ou mentale, à ses valeurs, à ses préférences ou à ses caractéristiques sociodémographiques, économiques et culturelles et à l'intégrité ou la déficience de ses composantes corporelles. En ce qui concerne les composantes extrinsèques provenant des influences environnementales, elles se mesurent, en ce qui a trait aux facteurs sociaux (comme le réseau social, le système éducatif ou juridique ou encore l'organisation communautaire) et aux facteurs physiques (comme le climat, la réalité géographique, l'architecture et l'aménagement du territoire).

Rappel des résultats.

Les résultats de notre étude proviennent des données collectées auprès de 5 hommes amputés soit 4 présentant une amputation de membres inférieurs et 1 présentant non seulement une amputation d'un membre inférieur mais aussi une amputation de membre supérieur. Leurs âges varient entre 22 et 55ans. Ces participants nous ont permis de comprendre les mécanismes importants de la construction sociale dans le champ du handicap donc chez la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs supérieurs ou supérieurs et les stratégies de reprise du moi-peau. Sur la base de leur expérience propre, ce qu'on il découle que, le handicap est une

co-construction sociale qui résulte de l'interaction entre la personne et son contexte de vie. Sur cette base, nous avons évalué l'influence de ces facteurs tant personnes qu'environnement dans leur processus d'inclusion ou d'exclusion sociale. Notre analyse thématique a fait ressortir trois principaux thèmes. Il s'agit : Facteurs personnels ; Interaction avec l'environnement socioculturel et Interaction avec l'environnement spatio-temporel et habitudes de vie.

La construction sociale dans le champ du handicap chez la personne amputée de nos sujets s'est manifestée en ce qui est des facteurs personnels par : le traumatisme, la baisse estime de soi, le manque de confiance en soi, la perte d'autonomie ou la limitation d'action, les incapacités, le manque de performance, la colère, la honte, l'isolement, la frustration, le déni, l'auto-stigmatisation, des réactions suicidaires, la peur et la culpabilité donc les émotions négative... Pour ce qui est des facteurs mécanisme sociaux, il ressort chez ces sujets : la stigmatisation sociale, les représentations et réaction sociale négatives, les stéréotypes, les préjugés, les attributs, un regard social stigmatisant, la disqualification sociale, le problème de statut et de revenus, la discrimination, la marginalisation, le rejet, la norme sociale... Quant aux déterminants environnementaux de la construction sociale du handicap, il ressort : un manque d'accessibilité des infrastructures, le problème de la communication, d'information, le changement climatique, ou les variations de saison, de la distance, de la hauteur et du temps.

Pour ce qui est de la reprise du moi-peau donc la reconstitution du sujet, il ressort chez nos sujets, plusieurs moyens de reprendre vie. Il y a d'abord l'autodétermination du sujet qui passe par la prise de conscience et la motivation. Par la suite nous avons relevé le deuil psychologique qui se manifeste par la colère, le déni, l'acceptation de soi, de l'adaptation. Comme autre moyen de la reprise, nous avons relevé chez certains, de l'étayage psychologique, social et familial. Pour d'autres il s'agit de la reconversion religieuse, de l'émotion, de l'échange avec les pairs donc des personnes qui vivent la même expérience. Enfin, pour ce qui est l'environnement physique, nos participants optent pour un aménagement raisonnable, l'accessibilité des lieux et des espaces publics et privés.

5.2. INTERPRETATION DES DONNEES.

Il est question pour nous dans cette section de procéder à l'interprétation des données analysées au chapitre précédent à la lumière des cadres théoriques. Dans ce chapitre, nous allons d'abord faire un aperçu général de notre étude. En d'autres termes, nous allons faire une

interprétation générale de l'étude en tenant compte de nos deux variables donc de notre hypothèse générale de l'étude.

La construction sociale, thème central de notre étude a une influence sur la reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs ou supérieurs du corps. Dans « situation de handicap et norme sociale », Ancet (2011), amène à interpréter ou mieux comprendre le handicap dans une approche strictement inclusive ». Il pense que la « *situation de handicap* », fait intervenir de nombreux champs : social, culturel, aide technique, aide humaine, accessibilité, scolarisation, participation sociale, reconnaissance, droit. Il part des travaux de Singer (1998-2003), Blume (1998) ; Harnon (2004), alors représentants des partisans de la neurodiversité qui plaident pour « *reconnaissance de différentes façons d'interagir avec autrui et d'être en lien avec le monde environnant* ».

La notion de situation de handicap selon cette approche indique la possibilité de faire varier la situation. Voici ce que disent les partisans de cette approche :

«Les capacités d'un individu ne peuvent être jugées closes, ni être cantonnées à ce qu'elles sont, encore moins à ce qu'elles sont supposées être socialement, ou dans l'état actuel des connaissances. Il faut considérer qu'il y a toujours plus, qu'il aurait pu y avoir beaucoup plus en chaque humain si les conditions de son développement avaient été plus adaptées » (Singer (2003).

Cette approche du handicap a son mérite qu'elle donne l'occasion à l'individu de développer ses facultés physiques, psychiques et intellectuelles. Cette vision du handicap s'applique à tout homme, et le handicap vient s'y ancrer, avec ses contraintes individuelles (comme l'atteinte organique, autrement appelée « déficience ») et les facteurs environnementaux qui s'y ajoutent, comme le « surhandicap » social, le redoublement du handicap par la situation sociale discriminante, humainement, architecturalement et techniquement inadaptée. Chaque humain, lorsque ses conditions de vie ou de développement sont adaptées à son milieu, s'exprime mieux, s'adapte, réalise mieux les œuvres.

Par Moi-peau, Anzieu (1985), désigne une figuration donc le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se substituer lui-même comme moi,

contenant des contenus psychiques à partir de son expérience du corps. Ce moi ainsi dénommé apparaît sous la forme d'une représentation primaire et métaphorique du moi, étayée sur la sensorialité tactile. Il a des fonctions originales conçues sur le modèle des fonctions de la peau. Trois de ses fonctions sont à distinguer la contenance, le limite entre le dedans et le dehors, limite qui constitue une barrière protectrice contre les stimuli externes ; la fonction de communication et les échanges avec l'environnement.

Lorsqu'il élabore sa pensée du moi-peau, Anzieu (1985), développe une triple dérivation du fonctionnement de celui-ci. La première dérivation est dite métaphorique. La deuxième dimension est métonymique c'est-à-dire, le moi et la peau se contiennent mutuellement comme tout et partie. La troisième figuration est la dimension elliptique ou le trait d'union entre le moi et la peau marque une ellipse (figure englobant à double foyer : la mère et l'enfant). Ainsi, la reconstruction du moi-peau est corrélée au souci de remaniement qui naît à la quête d'une nouvelle identité après les abominations ou modification du corps. La reprise tient compte de la résurgence et de la réactivation du narcissisme primaire et à la mise en marche du narcissisme secondaire.

Parler de reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de ses deux membres supérieurs ou inférieurs, signifie réaménager son corps de telle sorte qu'il retrouve sa forme originaire. Or, s'il faut reconstruire ce moi-peau, cela suppose qu'il a été structuré et se trouve altéré et défiguré. Ainsi, le moi-peau de nos participants, jadis structuré depuis la conception et pendant l'enfance, aurait été altéré brusquement au cours de la vie par un accident ou une maladie entraînant à une amputation soit de la jambe, soit de main voir des deux et du fait de la complexité des interactions avec les proches, la famille, l'environnement socioculturel, physique d'une part, mais aussi et surtout stratégies et milieu inadaptes de compensation face aux fixations dues à la perte de l'objet, à son manque ou son absence totale. L'amputation est un appel à une nouvelle vie.

La vie après l'accident n'est pas systématiquement vécue comme une vie condamnée ou une atteinte définitive de l'identité. Nombre de personnes disent réapprendre à vivre et à se raconter en réinvestissant de nouvelles activités, de nouveaux intérêts et une autre vision du monde (plus altruiste, moins matérialiste), ce qui peut être une réaction face à la représentation extérieure et souvent intérieure, dans les premiers moments du moins, d'une vie qui n'en vaudrait plus la peine. Après son amputation, la personne fait face à de nombreuses difficultés tant personnelles que socio-environnementales. Il devient pour elle impossible de réaliser ses

activités de vie ordinaire. Elle opposera à cette suite d'impossibilités annoncées, des réalisations inattendues : les conséquences de l'accident lui ont permis à terme de se réinvestir lui-même en tant que sujet de son action. Pour lui, l'activité et la réalisation de soi ne seront plus associées à la quête d'un statut.

Si pour élaborer le moi-peau Anzieu (1985), s'en est servi de son expérience propre, groupale et sociale, c'est sur cette base qu'il faut voir la reprise du moi-peau et la construction sociale du handicap. La personne amputée rencontre des difficultés tant personnelles que sociales. Gardou (2011), dans son étude pour « *une perspective inclusive, penser autrement le handicap* » consacre son étude à la déconstruction des éléments qui font obstacles à l'épanouissement du sujet. IL s'appuie de la pensée de Kant (1784) sur « *qu'est-ce que les lumières ?* ». Kant donne une réponse à cette question définissant les lumières comme la sortie de l'homme hors de l'état de tutelle dont il est lui-même responsable. L'état de tutelle renvoyant à l'incapacité de se servir de son entendement sans être dirigé par un autre. Elle est due à notre propre faute lorsqu'elle résulte non pas d'une insuffisance de l'entendement, mais d'un manque de résolutions et de courage pour s'en servir sans être dirigé par un autre.

Kant (1784) introduit donc « la sapere aude » ! Qui dit : Aie le courage de te servir ton propre entendement » de penser pour toi-même, en t'affranchissant des peurs chimériques, des fausses croyances, des préjugés et des autres conditionnements. Avoir la capacité de lever contre tous les dogmes. Telle est la devise des lumières. Pour lui, la paresse et la lâcheté sont les causes qui expliquent qu'un grand nombre d'hommes, alors que la nature les a affranchis depuis longtemps de toute tutelle étrangère, restent cependant volontiers, leur vie durant, mineurs ; et qu'il soit si facile à d'autre de les diriger. Il est si commode d'être mineurs. Kant (1784), associe volontairement les lumières à un acte moral donc celui de la sortie à un état de minorité. Il invite l'homme de lumière à plus de courage, de penser par soi-même, de se connaître soi-même. Il situe les lumières dans un contexte pratique et social. Il souligne la responsabilité de chacun vis-à-vis de son propre état minorité puisque c'est par paresse et par lâcheté qu'on y demeure confiné.

La personne amputée fait face aux réelles difficultés de la vie en matière de santé, d'éducation, d'emploi, de logement, de droit, culture, de formation, d'inclusion... Le handicap est avant tout un problème de mentalité, une question de morale. Nos participants soulignent que le handicap est d'abord une question d'éducation et précise qu'il varie selon qu'on est au Cameroun, en Niger, au Namibie, en Europe et en Amérique. Le regard du handicap et sa lecture

change en fonction des milieux, de l'accessibilité et du soutien social. Déjà, tous nos participants affirment que le handicap est une épreuve très complexe. Notre approche de handicap comme situation ou construction sociale justifie que le handicap dépend du contexte et de circonstances auxquelles se trouve la personne. Il dépend du type de handicap, du niveau d'amputation, des revenus, du traitement social, des représentations sociales, du vécu ou des ressources disponibles, du réconfort familial, des ébranlements psychologiques. L'amputation fragilise la personne et celle-ci est appelée à se redéfinir une nouvelle vie. La construction sociale du handicap fait appel aux facteurs tant personnels qu'environnementaux (macro, micro et méso environnement).

Gardou (2011), pense que ceux que le handicap fragilise doivent prouver qu'ils peuvent entrer dans la logique de la loi du plus fort, du combat pour exister, même si celui-ci est truqué par les asymétries et les injustices. S'ils n'y parviennent pas. Certaines approches, concevant le handicap comme seul attribut de la personne, amènent à les indexer, classer, étiqueter, à partir du diagnostic initial, niant la singularité de chacun et ses besoins spécifiques. Ce processus de mise en catégorie induit leur stigmatisation. Il fait se rapprochement entre la devise de lumières de Kant (1784), et la reconstitution de la personne en situation de handicap. C'est pourquoi il pense que, les lumières invitent à concevoir le handicap comme ce qui mérite d'être pensé autrement et, simultanément, de recevoir sa dignité de la pensée.

Or, face à cette expression de la fragilité humaine, Gardou (2011) se demande dans quelle mesure l'Homme contemporain se trouve-t-il encore ? Il veut savoir si les hommes et femmes contemporains sont toujours dans la « défaillance », la « réflexion attardée », éloignée d'une pensée, voulue comme lumière ? qu'est-ce que les sociétés actuelle ont encore à affranchir, dans les domaines de l'école, du travail et bien d'autres, d'obscurantisme persistants : ignorance, superstitions, fausses croyances, stéréotypes, représentations collectives, figées et d'autres habits de l'hétéronomie que dénonce Kant dans sa critique de la faculté de juger ?

Dans cette étude, Gardou(2011), aborde la reprise du moi-peau ou la reconstitution du sujet sur plusieurs angles d'approche allant de la personne aux aménagements comportementaux, aux habitudes et attitude de vie et aux réaménagements des espaces publics et privés. Voilà pourquoi il dit : « *nous pouvons pourtant mesurer l'ampleur des conséquences, sinon des dangers liés à l'influence, aux insuffisances graves, collectives et individuelles, aux discriminations et au manque de volontarisme face aux situations de handicap* ». Les personnes

amputées au-delà des violences concrètes subissent des violences symboliques, silencieuses, d'autant plus insidieuses qu'elles ignorent. Elles ont pour nom incompréhension, négligence, marginalisation, parfois mépris. C'est pourquoi, il reste pleinement à prendre conscience que le handicap ne procède pas exclusivement de la déficience ou de la personne elle-même, mais, d'un côté, de la manière dont les lieux d'éducation, la société le considèrent ; de l'autre, des réponses qu'ils lui apportent.

Le handicap a depuis les années 70 été abordé sur l'angle médical. L'approche médicale qui le réduit à une dimension personnelle résulte d'une maladie ou d'un accident de la vie, est ou exige d'être complété par la prise en compte du contexte environnemental et social : des facilitateurs en atténuent les conséquences ou, à l'inverse, des obstacles les majorent. Alors que dans les modèles individuels une relation linéaire de cause à effet entre les déficiences et les désavantages sociaux est établie, expliquant l'expérience sociale négative des personnes par leurs attributs personnels, les modèles sociaux refusent, eux, d'expliquer le handicap par les caractéristiques individuelles, mais l'appréhendent plutôt comme étant lié à l'ensemble des barrières physiques ou socioculturelles qui font obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes (Ravaud, 1999). Nous comprenons mieux pourquoi notre thème porte sur la construction sociale en s'inscrivant dans le domaine du handicap. Les participants de cette étude ont permis de voir que le handicap est d'abord une affaire personnelle qui interagit avec les facteurs environnementaux et les habitudes de vie.

La construction sociale du champ du handicap est une approche nouvelle basée sur le caractère situationnel, évolutive, expérientielle, productive, contextuelle, co-constructive du handicap et de la reprise du moi-peau chez la personne amputée. C'est cette approche renouvelée, issue de la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé adoptée en 2001, qu'inspire l'expression « situation de handicap », largement utilisée. Le changement nécessaire tient, pour une part, dans l'aide de penser contre la bien-pensance et, certains, contre la société entière. De s'autoriser à se montrer novateurs, créatif, originaux. D'oser établir des principes de vie neuves avec et pour les plus vulnérables. Mais il faut bousculer le logos traditionnel.

Pour reprendre en Gardou (2011), la déconstruction n'est pas détruite quoique ce soit. Déconstruire n'est pas détruire. Ce n'est pas une démarche négative, mais l'analyse de quelque chose que l'on tient pour construire et que l'on veut dé-cristalliser, dé-sédimer. Quelque chose dont on interroge le caractère prétendument naturel : une tradition, une institution, un

dispositif, une culture. La transformation requise ne peut découler que d'un processus collectif mobilisant les ressources des différents acteurs sociaux, et non uniquement des personnes directement concernées ou des militants de la cause du handicap. Elles supposent que le corps social accepte de se laisser saisir par des proches, des formes d'organisation et de concepts renouvelés.

Nos participants à travers des réponses données, ont permis de comprendre, de confirmer l'hypothèse selon laquelle la construction sociale influence sur la reprise du moi peau chez la personne amputée. Ainsi, longtemps assimilé à l'infirmité de la personne, le handicap est davantage perçu aujourd'hui comme une situation résultant de l'interaction entre plusieurs facteurs, notamment personnels et environnementaux. Le glissement de la responsabilité du handicap de l'individu vers les obstacles qu'il doit affronter, qu'ils soient environnementaux, politiques, culturels ou techniques, est visible d'une part dans l'évolution de la définition du handicap et des modèles tentant de l'expliquer et de le comprendre (Fougeyrollas et al., 1998 ; OMS, 2001 ; Roussel, 2011), et d'autre part dans les actions politiques mises en œuvre et les lois adoptées. L'approche du handicap comme situation permet alors de mettre en interaction les facteurs personnels et environnementaux (macro, méso et micro) qui peuvent s'avérer comme facilitateurs et comme obstacles à la participation sociale.

5.2.1. Les facteurs personnels comme PPH

Les mécanismes personnels de PPSH sont des caractéristiques intrinsèques ou subjectives qui permettent de mettre en avant la personne elle-même dans la compréhension du phénomène de handicap. Cette approche permet de mieux comprendre la problématique de la construction sociale du handicap car, le handicap, la maladie ou la déficience touche d'abord la personne. Pour Tremblay et al (2016), le véritable basculement dans la conception du handicap et par ricochet, dans son traitement social découle avant tout d'un élargissement de la vision du handicap et du type d'incapacité et de déficience auxquelles elle fait référence. Ainsi, la politique de l'OPHQ (1984) pense que le handicap renvoie à « une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique ou anatomique ». Les caractéristiques personnelles telles que la déficience, ou le handicap, l'âge, l'identité personnelle, l'appartenance ethnique, religieuse les aptitudes sont des éléments non négligeables de la construction sociale du handicap permettant de justifier que le handicap est contextuel par conséquent situationnel.

L'amputation, quelles que soient ses causes, touche douloureusement la personne dans son intégrité physique (déficiences dans le fonctionnement physique). Elle conditionne ou bouleverse sa manière de vivre (activités de la vie quotidienne : soins personnels, habillage, transferts, déplacements). Lorsqu'elle est provoquée, comme dans les cas de maladies ou d'accidents, elle pose également le problème de la remise en question de l'identité à travers la modification l'image corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité (Desmond, 2007). En effet, elle confronte la personne à l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par la réalité même de l'opération et les conséquences qui en découlent, c'est-à-dire une incapacité réeducable en post-opératoire (massages, marches, mobilisations, etc.), mais aussi par l'altération de l'image de soi qu'elle provoque (modification des sentiments et des perceptions liées à l'apparence corporelle).

Le handicap est défini comme un écart par rapport à une norme sociale certes, mais, il doit être radicalement évalué en termes de déficiences ou d'incapacités car, cet écart est matérialisé dans l'individu. La personne, à cause de son amputation du bras ou de la jambe, a des difficultés d'insertion ou de participation sociale. La personne porteuse de déficience doit faire l'effort pour s'aligner à la norme sociale validiste. Il faut souligner que, cet alignement dont on parle ici, n'est jamais véritablement possible pour la PSH puisque, si celle-ci s'écarte de la norme sociale, c'est par ce qu'elle est d'abord porteuse d'une déficience, d'une amputation de ses membres qu'on ne peut tout à fait pas effacer.

L'amputation de soit de l'une de partie inférieure soit celle inférieure à la suite d'un accident ou d'une maladie, la personne qui a perdu son objet présente des difformités des corps, les trouble de l'esprit, les privations de sens, le pouvoir, l'échange. Plusieurs éléments permettent de prouver que le handicap est d'abord une affaire personnelle. Car, du moment où l'on a fait un accident ou qu'il est victime d'une maladie conduisant à l'altération d'une partie de son corps, à la suite de cette opération, la personne présente des difformités du corps. Ainsi, la personne commence à se dévaloriser elle-même, à juger négativement son propre corps, elle devient trop incompetente, elle s'isole, s'auto-exclue, elle est en manque de motivation de de détermination pour sortir de son handicap, éprouve un manque de confiance et d'estime de soi, des réactions émotionnelles (honte, peur, culpabilité, angoisse), les présente de troubles de comportement des sauts d'humeurs. L'amputation va conduire à la dépendance de la personne.

Comme le note Stiker (1993), que ce soit la malformation, l'infirmité, la débilité, l'impotence..., tous ces mots curieusement négatifs évoque la peur. Lorsque la personne

devient subitement amputée par son bras ou sa jambe, il s'installe en elle, une désorganisation de l'esprit. Elle est traumatisée, frustrée, abattue, sans force. C'est là que commence une remise en question de soi : pourquoi ces malheurs ? Comment arrivent-ils ? Comment cela a-t-il pu m'advenir à moi ? En effet, la représentation de soi-même construite avec peine pour vivre, survivre, affronter les autres avec la part de masques et de faux semblants inévitables, avec les refoulements non moins inévitables et nécessaire se brouille, vacille et se bries (Stiker, 1993). Dans sa situation de handicap, la personne amputée soit de son bras ou de sa jambe va se dire : je me croyais comme ceci... et voilà ce que je deviens ! Je me croyais vue comme cela... et voilà comment j'apparais désormais ! Pour dire que, avec le handicap tout change de place, tout change de rôle. C'est une épreuve complexe, étrange, horrible et dégoûtante.

L'amputation ou le handicap en général entraîne la désorganisation des valeurs. Avec lui, même les solidarités les plus sincères et efficaces se défont. Les amours sans fin se plient et parfois craquent. Les confiances données se perdent. L'amputation induit à la limitation des activités quotidiennes ou des difficultés dans la vie de tous les jours. Elle impose à son porteur une limitation de ses activités donc de son autonomie individuelle. En effet, les témoignages de nos participants amputés soient des membres inférieurs ou supérieurs sont éloquents. Ils évoquent tous quoique de degrés différents, des sensations d'infériorité, un doute quant à ses capacités, une culpabilité, un dégoût de soi, l'inhibition.

L'amputation crée des états dépressifs momentanés ou durable, elle modifie le caractère, engendre l'amertume. Dans son corps et dans son être, la personne rencontre des mécanismes d'une « altération du moi » c'est-à-dire, une « sorte d'expérience de l'extranéité ». Au sens de Murphy, l'infirme est un individu aliéné : son ancien moi, soigneusement entretenu et hermétiquement conservé a été remplacé par une identité nouvelle, étrangère et inopportune ». Dit autrement au sens de Boyer-Labouche (1996), repris par Blanc (2008), « le rattachement au passé n'a pas réellement de sens. En effet, le sujet est un autre. Il ne pourra plus s'appuyer sur ses désirs passés ni même faire le deuil de ceci. Il devra se reconnaître dans autre chose ». La personne amputée d'un ou de deux de ses membres inférieurs ou supérieurs perd son estime de soi qui est sans doute l'une des conditions permettant à tous et à chacun, d'entrer en contact positif avec le monde car, la faille de son corps l'entraîne vers une dilution de son moi.

La survenue du handicap au cours de de la vie et donc l'amputation d'un ou de deux membres inférieur ou supérieurs dont-on mention ici, pousse la personne à assurer la cohésion d'une part, la continuité des idées, des valeurs, la morale antérieure qu'elle avait les moyens

d'affirmer et d'autre part, son corps amputé lui impose une discontinuité dans le temps puisqu'elle n'est plus vue comme avant. C'est la raison pour laquelle Blanc (2006 ; 2008) disait que du fait de la déficience, la personne en situation de handicap fait une expérience d'une rupture fondamentale dans l'ordre des appartenances et des affiliations. On peut donc dire que, l'amputation s'accompagne par des modifications sensibles de l'ensemble du corps le rendant moins attrayant. Après l'opération, la personne voit étrangement son corps et se demande qui elle est et qu'est-ce qu'elle est devenue exactement ? Est-elle toujours la même personne que hier ou elle est devenue une autre ? Pourra-t-elle retrouver toutes ses formes comme avant ? Les gens vont-ils continuer à la regarder comme avant ? Elle fait donc face à une étrangeté intérieure difficilement acceptable.

Blanc (2008), dit alors que la déficience est rarement un vecteur d'identification. Il part du fait qu'aucune personne valide ne peut s'imaginer un jour entraîné de pousser un fauteuil roulant. L'amputation est donc ce fardeau indésirable qui pèse sur les épaules de la personne mais aussi elle est rarement allégée. L'amputation modifie les formes d'interactions et ces changements représentent un coup que les partenaires n'ont pas envie de payer. Le handicap acquis tel est le cas avec l'amputation soit des membre inférieurs ou supérieurs, brise les ailes du désir alors que l'esprit se donne dans l'abîme sans fond et le corps est précipité dans l'horreur de la chute. Les facteurs personnels du processus de production de handicap sont donc : les éléments psychologique (traumatisme vécu à l'épreuve du handicap), les facteurs morphologiques (difformité du corps, abomination du corps), les facteurs liés à la personnalité et à l'identité du sujet, ses aptitudes, attitudes et habitudes de vie de la personne. Une fois devenue en situation de handicap, ces éléments subjectifs vont limiter le niveau de réalisation des habitudes de vie et de participation sociale de personne.

La réaction à la perte d'une partie de soi (entraînant une diminution d'une partie du potentiel d'activité physique) est vécue comme une atteinte généralisée et se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement. La personne est effondrée, souvent dépressive et anxieuse. Dépossédée d'une partie de son corps désormais mutilé, elle est privée d'une image d'elle-même qui lui apportait satisfaction ou du moins qu'elle avait faite sienne et qu'elle avait totalement intégrée. Elle ne peut plus trouver dans le regard porté sur son corps et donc sur elle-même des raisons de s'admirer, de s'aimer ou de s'accepter. Bien sûr, les réponses à des altérations de l'image du corps sont personnelles et subjectives et dépendent des caractéristiques individuelles de chaque personne autant que de son vécu. Cependant, on peut affirmer que l'amputation d'un membre entraîne non seulement une perte de la fonction et de la sensation,

mais nécessite également une acceptation et une révision de l'image corporelle (Flannery, 1999 ; Tatar, 2010).

Des approches plus récentes, notamment celles de Grogan et Gardner (2022), proposent de voir deux composantes dans l'image corporelle. Une première, perceptuelle, qui correspond à la façon qu'à l'individu de percevoir son corps et une seconde, attitudinale, qui renvoie aux attitudes et jugements de valeurs d'un individu envers son propre corps. L'image corporelle correspond donc aux perceptions, aux pensées et aux attitudes qu'un individu a envers son corps et son apparence physique. Quand cette image est négative elle pousse la personne à se dévaloriser et à avoir des réactions suicidaires.

Les restrictions de participation correspondent aux difficultés rencontrées par les individus quand ils s'impliquent dans des situations de vie réelle. Elles sont déterminées en comparant leur participation réelle à ce qu'on pourrait attendre de leur part. L'amputation réduit de façon importante l'autonomie de la personne. Les restrictions de participations les plus souvent ressentis par les patients, qu'ils soient amputés de membre(s) supérieur(s) ou inférieur(s), concernent le travail, le déplacement vers le lieu professionnel, la recherche d'emploi, la participation aux sports et activités physiques et la participation aux activités culturelles. Les personnes amputées d'un membre inférieur ressentent une plus grande restriction dans les activités communautaires que ceux amputés d'un membre supérieur. Cela peut s'expliquer par le fait que pour participer et s'intégrer à ces activités, avoir une mobilité suffisante et la possibilité d'y accéder facilement sont des facteurs facilitants.

D'autre part, une perturbation de l'image corporelle peut affecter le comportement et les émotions du patient. Elle peut affecter ses relations sociales et sa capacité à avoir des activités tant professionnelles qu'extra-professionnelles. En effet, le ralentissement psychomoteur que la personne amputée ressent s'accompagne d'une fatigue difficile à surmonter. Il s'accompagne aussi d'un sentiment de vide entraînant une perte de prise d'initiative. En somme, il ressort que, les facteurs subjectifs de la construction sociale du handicap touchent plusieurs paramètres que ce soit sur la dimension psychologique, corporelle et sociale. Ils peuvent permettre ou non la personne amputée à trouver une insertion sociale.

5.2.2. Déterminants socioculturels du PPH

Les déterminants environnementaux sont aussi à considérer parmi les facteurs qui déterminent la reprise du moi-peau chez la personne amputée. Les facteurs environnementaux sont extérieurs à la personne mais important dans l'analyse du handicap ou de la situation de

handicap. Considérés comme facilitateurs et obstacles, ces facteurs peuvent avoir une dimension sociale et physique et provenir de la sphère personnelle, sociétale et communautaire. Ils concernent : le réseau social de la personne, les arts technique, l'aménagement du territoire, le climat, le temps, les bruits, l'architecture, les règles sociales ou encore les systèmes politiques, économique, socio-sanitaire, et éducative. Les facteurs facilitateurs, favorisent la réalisation des habitudes de vie et obstacles lorsque l'environnement entrave la réalisation de ses habitudes de vie. Par contre, les habitudes de vie sont des activités ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité...). Elles assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence (RIPP, 1998).

Les facteurs environnementaux de la construction sociale du handicap qui influencent la reprise du moi-peau ou la reconstitution de la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs sont des éléments macro-environnements sociétaux comme : la politique, les lois, les règlements, la justice, la sécurité sociale, la religion la culture. La culture influence tant positivement que négativement la personne amputée. Nombreux de nos participants affirment qu'ils sont traités de sorciers, qu'on les accuse d'avoir trempés leurs mains dans les mauvaises choses, la magie, les sectes. D'autres affirment que la culture les a beaucoup aidées à retrouver leur guérison. D'autres affirment avoir donnés leur vie à Jésus. La reprise du moi-peau intègre une approche contextuelle à travers l'interaction individu-environnement en tenant compte des processus d'adaptation, les stratégies de coping.

Les microenvironnements « personnel » correspondent aux contextes spécifiques de la personne comme la famille immédiate, ses proches, son domicile, son poste d'étude ou de travail soit tous les contextes qui lui sont propres et peuvent être spécifiquement adaptés à ses besoins. Il voit ici la construction sociale du handicap dans la dimension groupale. Les habitudes de vie, les comportements, les aptitudes et attitudes à l'égard des personnes amputées soit d'une main, d'un pied ou des deux sont parfois stigmatisant. Les interactions en groupe et en société avec la personne vivant avec un handicap sont négatives. La société n'est pas accueillante, sensible et est obstacle à l'épanouissement de la personne.

La stigmatisation sociale que vivent les personnes amputées est un obstacle à leur pleine et effective participation sociale. Goffman (1975) et Raoule (2020), rappellent que, durant l'antiquité, le stigmate désignait une marque corporelle destinée à exposer ce qui était d'inhabituel et de détestable. L'amputation de main ou de la jambe est une marque physique

visible qui attire regard, violence, honte, étrangeté, pitié, peur, frustration et rejet social. Au sens de Bourguigno et Herman (2018), de nombreux groupes sociaux possèdent un stigmate parce qu'ils sont caractérisés par une différence qui dérange. L'être humain est donc unique et se différencie des autres par une série d'attributs. Certaines différences comme l'amputation du bras et de la jambe attirent l'attention et suscitent de vives réactions que certains valorisent et d'autres rejettent. Pour dire que le handicap est une question de mentalité et de moralité.

L'individu est défini par le groupe et donc par la société. Le stigmate varie selon les individus, le groupe, les circonstances, les comportements injustes, les insultes, des moqueries en raison de l'appartenance du sujet. Ce concept constitue de réelles menaces pour les personnes vivantes avec une main ou un pied amputé. Selon Bourguigno (2007), l'attribut n'est pas stigmatisant en soi par nature, mais d'une société et d'une culture. Ce qui revient à dire que, la personne amputée n'est pas « handicapée » à cause d'un manque de pied ou de la main, mais à cause de la société, à cause des obstacles physiques, sociaux qu'elle dresse à sa participation. Comme le note Winance (2004), la déficience est une spécificité personnelle, elle désigne la description physique du corps, tandis que le handicap est une réalité collective, il désigne l'exclusion sociale dont sont victimes les personnes atteintes d'une déficience du fait des multiples barrières dressées par la société à leur participation. La déficience est donc une question médicale et le handicap une question politique (Winance, 2004).

Les personnes amputées au Cameroun vivent de multiples formes d'exclusion sociales. Les travaux de Stiker et de Ravaud (2000) rappellent six régimes d'exclusion dont sont victimes les personnes en situation de handicap en Europe et en Amérique : élimination ; abandon ; ségrégation ; assistance ; marginalisation et discrimination. Aux moins, quatre de ses régimes d'exclusion ont été dénoncés par nos participants de recherche. Car, ils se sont d'une manière ou d'une autre sentis exclus, étiquetés, mis à l'écart, stéréotypés, disqualifiés.

5.2.3. HRS 3: Environnement physique comme PPH

Au Cameroun, la personne amputée de ses membres se trouve confrontée à un environnement physique qui entrave sa pleine participation sociale ou qui engendre la mise en situation de handicap dans un environnement où leurs difficultés et leurs besoins spécifiques ne sont pas pris en compte. Le manque d'infrastructures et d'aménagements contribuant à la réalisation des habitudes de vie les met en marge de la société, les empêche de participer à certaines activités et d'assurer certains rôles sociaux, tous facteurs constitutifs de la construction d'une situation de handicap. En effet, la mobilité dans l'espace est un problème majeur

rencontré par la personne en incapacité motrice, que ce soit au niveau de son domicile ou dans des espaces publics. L'espace est, généralement, aménagé sans que l'on prenne en compte ses besoins spécifiques. À titre d'exemple, les escaliers sont encore largement imposés comme unique moyen pour accéder aux étages des immeubles, les portes et couloirs des édifices publics et privés sont, dans plusieurs cas, trop étroits pour la personne en fauteuil roulant, les caniveaux sont habituellement à ciel ouvert, les trottoirs ne sont pas suffisamment larges et les multiples routes non goudronnées sont encore jonchées de cailloux, de pierres et de bourbiers.

En effet, dans certains quartiers, les routes principales et davantage les routes secondaires présentent d'énormes difficultés, même pour des voitures à quatre roues motrices. Le relief accidenté de la ville de Yaoundé où notre étude est menée vient aggraver le contexte avec les pentes abruptes et les montées raides des collines qui exposent la personne à de permanents risques de chute. Ainsi, la personne ne peut se rendre où elle veut par manque de routes appropriées. Si elle brave ces obstacles, elle va certainement se retrouver devant un caniveau à ciel ouvert qu'elle ne peut enjamber. Une fois sur le trottoir, elle peut être bousculée par un passant du fait de l'étroitesse de cet espace. L'accessibilité au Cameroun est un réel problème pour l'adaptation sociale de la personne amputée d'un ou de ses membres inférieurs ou supérieurs. Voici par exemple en quoi ressemble les routes du Cameroun.

Figure 2 : route en creux stagnant l'eau en saison pluvieuse : un défaut de circulation



Source : Image filmée au carrefour Emabasil

Ces images ont été pris le 4 Avril 2023, la première a été prise juste devant la station du carrefour Meck et la deux est prise au carrefour Ema Basil. Avec ces image, même l'aveugle peut observer que, c'est une zone presque inabordable pour les véhicules et les moto-taxi. La personne en situation de handicap, allant en fauteuil roulant et pressée d'aller soit à Mokolo ou l'étudiant qui veut se rendre à l'université de Yaoundé 1 aura plusieurs options. Soit se transformer en gazelle ou en tigre pour espérer bondir. Soit rentrer chez soi ou attendre des jours surplace pour que la route sèche afin de s'y rendre où elle veut.

Dans les endroits où la personne rentre une colline, avec son fauteuil il y a d'autres stratégies. La personne est obligée de recourir à l'aide d'au moins une personne valide, ou d'une automobile qui passe par là et au flanc de laquelle elle peut prendre le risque de s'accrocher comme peut l'illustrer l'image ci-après :

Figure 3 : Personne à mobilité réduite accrochée sur un taxi jaune montant une colline au moyen de son fauteuil roulant.



Source : (Njabo, 2018)

Nous observons ici une personne en fauteuil roulant accrocher sur un taxi jaune montant une colline. L'image explique que, le handicap ici n'est pas la personne en fauteuil roulant mais cette colline qui l'empêche de se rendre où il veut. L'homme ne pouvant pas gravir la colline se trouve obligé de négocier avec un taxi au pied de cette colline pour l'aider à aller plus vite.

Ils disent généralement gars remorque moi. Le phénomène de remorquage est donc une possibilité pour la personne qui rencontre de telles difficultés. Seule, la personne ne peut pas gravir cette colline car, cela va nécessiter beaucoup de force physique. Combien de fois nous avons déjà vue les voitures ou automobiles et les mototaxis paniquer sur une colline, faire des arrêts, « emballer » au cœur de la colline par ce que le moteur s'étouffe à cet endroit ? Figurons-nous alors un seul instant que le véhicule qui démarre seul, qu'il faut seulement changer de vitesse par endroit panique sur la colline ou plus souvent son ronflement change car cette colline fait appel au danger ?

Comparons ce véhicule et le fauteuil roulant qu'une personne à mobilité réduite doit pousser avec ces mains ? Avec cette comparaison, même un embarillon dira qu'il n'existe pas de personnes handicapées. Une telle analyse et l'observation nous permet d'avoir une nouvelle analyse du handicap. Le relief est donc aussi un mécanisme important du processus de production de handicap. Cette image explique que la colline est un handicap plus que la paraplégie. C'est ce qu'Oloiver (1990), alors représentant du modèle social du handicap expliquait que l'escalier produit le handicap plus que la paraplégie lorsqu'il présentait un homme en fauteuil roulant allant au bureau de vote au pied d'un escalier. Il y a donc des situations similaires du processus de production de handicap qu'il faut tenir compte et les mettre en situation d'interaction avec la personne porteuse d'un stigmate et son contexte environnant.

Les variations des saisons sont intéressantes à considérer pour notre propos car la mobilité de la personne en incapacité motrice est moins problématique en saison sèche qu'en saisons de pluies. Pendant les saisons sèches, les difficultés sont de deux ordres : les fortes températures et la poussière. Les fortes températures rendent les efforts physiques plus pénibles, elles épuisent plus rapidement et font beaucoup transpirer. Les déplacements en fauteuil exigent un travail physique permanent des deux membres supérieurs qui font tourner les roues, permettant ainsi à la personne d'avancer. Le fauteuil n'étant pas couvert, son conducteur est alors entièrement exposé à la poussière que soulèvent le vent et les véhicules qui empruntent la même voie. Quand cette poussière se colle au corps trempé de sueur que font couler les efforts fournis par les bras, la fatigue et le découragement arrivent très vite. Il est, donc, quasi impossible de sortir avec des vêtements propres et de les conserver ainsi après quelques mètres seulement en fauteuil roulant. Certaines personnes mêmes valides, sont parfois obligées de sortir avec d'autres vêtements de rechange de chaussures. Quelle peine ?

Les facteurs méso-environnements collectifs. Composés selon le PPH, en école, usine, quartier, le club, l'attitude et compétence des acteurs de services (commerce, transport) qui font partie de l'environnement méso communautaire et leur aménagement. Ici l'accent est mis sur l'aménagement raisonnable, horaires de cours, le bus scolaire, les restaurants et autres secteurs inaccessibles. L'accessibilité fait référence à l'aménagement de l'environnement architectural et physique à destination à des personnes à mobilité réduite qui désignent principalement les personnes déficientes motrices donc la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs fait bien partie du lot. Au Cameroun, il se pose un réel problème d'accessibilité dans tous les domaines : cadres bâtis, transports, communication.

La société camerounaise ne prend pas en compte les dispositifs et aménagements nécessaires. Les règles techniques à la mise en œuvre dans la conception architecturale des bâtiments, le traitement des cheminements, des implantations des équipements et la hauteur des dispositifs de commandes ne sont pas pris en considération. L'aménagement devrait prendre en compte, la largeur des portes et espaces de circulations, le pourcentage de la pente admise, l'accès aux étages et au sous-sol qui justifient l'implémentation d'un ascenseur et le cas échéant, l'aménagement des escaliers. L'aménagement de trottoirs et des places de stationnement est aussi important. Au Cameroun, les écoles, les hôpitaux, les églises, les hôtels, les bâtiments administratifs ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulant de même les routes. On comprend que, le handicap n'est pas réellement une affaire personnelle mais un défaut d'accessibilité.

La loi de 2010 consacre la section III à l'accès aux infrastructures, à l'habitat et aux transports et vient corriger certaines dispositions de la loi de 1983 et son décret d'application. L'article 33 prévoit que « *les bâtiments et infrastructures publics et privés ouverts au public doivent être conçus de façon à faciliter l'accès et l'usage aux personnes handicapées* ». Cette loi recommande à l'État et aux collectivités, à l'article 34, de prendre « *des mesures préférentielles, d'accès des personnes handicapées à l'habitat social* ». L'article 35 prévoit des mesures préférentielles dans les transports publics et privés en faveur des personnes vivant avec un handicap, notamment, la réduction des tarifs, la priorité à l'embarquement et au débarquement, les places réservées. On peut bien remarquer qu'il y a un arsenal de textes qui donnent une part belle à l'accompagnement de la personne en situation de handicap donc la personne amputée d'un ou de ses deux membres inférieurs ou supérieurs dans les domaines de l'accès aux infrastructures, à l'habitat et aux transports.

Malheureusement, il n'existe pas de cadre légal contraignant permettant aux personnes amputées d'un ou de membres inférieurs ou supérieurs, de jouir de leur droit à un environnement sain et confortable tel que l'on peut l'observer dans les domaines de la construction des édifices, des routes qui ne tiennent absolument pas compte de la condition des ces personnes en situation handicap. L'implication du non-respect de la loi de 2010 se situe à plusieurs niveaux.

Njabo (2018) remarque que ; dans le domaine des transports, le problème le plus criant est celui du coût élevé de l'accès au transport : frais additionnels liés à la prise en charge de l'accompagnement et de l'appareillage (tricycle ou fauteuil roulant...). On note, aussi, l'inaccessibilité aux moyens de transport en commun (absence d'aménagement approprié tel que les rampes...). Les personnes en situation de handicap, même équipées de matériel adapté, ont accès aux seules routes goudronnées et aux rez-de-chaussée des bâtiments. Une difficulté de plus se produit en saison des pluies : les quartiers qui ne sont pas pourvus de routes goudronnées deviennent, durant cette saison, inaccessibles en fauteuil roulant, tricycles ou béquilles. Durant cette période, bon nombre de personnes vivant avec un handicap se retrouvent enfermées chez elles. Le transport en commun, dans la ville de Yaoundé, est assuré par 5 moyens : les bus de la société de transport et d'équipement collectifs de Yaoundé (STECY), les taxis, les minibus, les transporteurs clandestins encore appelés « OPEP » et les motocyclettes communément désignées par le vocable « ben skin (Njabo, 2018).

Cette description que Djabo (2018), est confirmée par Mbog-Mbog qui avoue qu'il ne sort pas de la maison quand il a plu car boue qu'il y a dans la route alors non goudronnée lui est un obstacle. Cet étudiant va donc par moment manquer ces cours juste pour ce problème d'accessibilité. Le problème d'accessibilité est dans la ville de Yaoundé est un véritable obstacle à la participation sociale de la personne amputée et par conséquent, un facteur important dans la construction sociale du handicap. Un de nos participant qui habite le Quartier Nkol-bisson derrière la gendarmerie, en a avoué que lorsqu'il pleut, ou quand il a plu, il n'y va pas à l'université car la route est impraticable pour quitter son domicile pour l'axe principale d'un, de deux, il arrivait parfois que lorsqu'il a exagérément plut, l'eau envahit l'axe principale qui se transforme une rivière.

En dehors de ce problème d'accessibilité, s'ajoute celui de l'embouteillage. Les temps d'embouteillage dans la ville de Yaoundé s'accompagnent par des accidents de voiture et de moto. Nous verrons donc que, toi l'étudiant, le travailleur, ou toute autre personne se trouvant

à cet endroit, si on met le chronomètre, pour évaluer le temps perdu, on obtiendra au moins 2h de temps pour une distance de 3km. Ainsi, un nouveau choix s'opère : si tu as emprunté le taxi, tu seras obligé de descendre de la voiture et faire ton sport à pied pour éviter l'AVC pour certains. D'autres par contre, ayant trop supporté et se rendant compte qu'ils sont trop en retard, préfèrent rentrer ou changer d'itinéraire.

D'autre route de la ville de Yaoundé en saison pluvieuse se transforme en rivière, en fleuve et en océan. Ces routes deviennent : inaccessibles, non abordables, inadaptées à la personne. Dans cette mesure, aucune personne ne se dira satisfaite de l'état de la route. Ici, l'on trouve des difficultés à réaliser ses tâches, on souligne un niveau d'effort physique, le temps mis est généralement long pour parcourir de petite distance, il faut nécessairement sortir avec des vêtements de rechange car, les plus courageux courent le risque et se disent la vie c'est devant. Même ce qui n'a pas l'habitude d'emprunter les motos sont obligés car, à cause de l'impraticabilité de la route, aucun chauffeur ne court le risque d'emprunter la route désormais océanique, fluviale, maritime. Ainsi, pour une distance de 500M, on se retrouve à effectuer un voyage d'une journée. Dans les autres secteurs peu accessibles, le tarif augmente. La distance qui jadis était à 100f, va désormais coûter 400 ou 500f avec le principe de non surcharge. Les personnels préfèrent trouver un endroit pour garer leurs véhicules et aller au travail soit en moto ou à pied quand c'est urgent à défaut, les plus paresseux trouvent l'occasion de remercier leur bon et disent trouver un temps de repos. Et si la personne valide à toutes ses difficultés, qu'en est-il de la personne en situation de handicap ?

En dehors du mauvais état des routes, les voitures de transports collectifs, les bus universitaires et autres véhicules ne sont pas adaptés aux besoins de la personne. Ils sont confectionnés pour un type d'homme : la personne valide. Il n'y a pas de rampe d'accessibilité pour que la personne en fauteuil puisse les emprunter sans recourir à une aide. La personne en situation de handicap sera donc toujours dépendante de la société qui la stigmatise et l'infantilise. Or, si ses moyens de transport étaient adaptés aux besoins de la personne sa situation de handicap aurait changé. Dans ces bus et autres voitures, aucune place n'est destinée à la personne en situation de handicap, la personne doit elle-même se battre pour se trouver une place. En dehors de cet aspect, il y a la surcharge. Ici, nul n'a le droit de se plaindre. Quiconque ose obtenir comme réponse couramment donnée dans nos gares routières « ah Didon bas toi là-bas, si tu veux mieux voyager achète-toi une personnelle ».

Figure 4 : Image d'une route inaccessible en saison pluvieuse dans un quartier de la ville de Yaoundé (station Meck)



Dans le domaine de l'habitat, ou du cadre bâti, les mesures préférentielles de promotion de l'habitat social (propriété foncière) sont complètement absentes tout comme des aménagements spécifiques dans les logements sociaux rendant l'accès difficile aux personnes en situation de handicap. L'expression « inaccessibilité aux services » fait référence à deux réalités : 1) l'absence d'un ou de plusieurs services requis ou 2) la présence de services inadéquats, insuffisants ou offerts après de longs délais d'attente. L'expression « inaccessibilité aux compensations financières » réfère à l'absence ou l'insuffisance de ressources financières pour compenser les coûts supplémentaires associés à la présence d'incapacité. Ces coûts [...] sont liés à des besoins spécifiques relatifs à l'existence d'une déficience, d'une incapacité ou d'une situation de handicap.

Ces besoins entraînent des dépenses spécifiques supplémentaires pour la personne, ou pour sa famille, qu'une autre personne n'ayant pas de déficience, d'incapacité et ne vivant pas de situation de handicap n'a pas à prendre en charge. Ces besoins peuvent aussi exiger un soutien financier non spécifique relié aux besoins particuliers de la personne, par exemple les services de maintien à domicile dont l'ampleur peut varier d'une personne à l'autre. (Fougeyrollas et al., 1999 : 6). Dans l'immense majorité des habitations, les portes et couloirs sont étroits. Ils n'ont pas une largeur qui permet à une personne en fauteuil roulant de passer aisément. À cet état des choses, s'ajoute une réelle difficulté d'accès aux toilettes et à la cuisine. Généralement, la personne est appelée à quitter son fauteuil roulant pour pouvoir accéder aux toilettes. L'utilisation de la salle de bain par exemple est une difficulté majeure.

Dans le domaine de l'accessibilité aux infrastructures publiques ou ouvertes au public, malgré certaines dispositions législatives prévues par les articles 34 et 35 de la loi de 2010, l'absence d'aménagements architecturaux spécifiques dans la plupart des infrastructures reste un obstacle pour les personnes vivant avec un handicap donc la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs fait référence ici. Ainsi que l'absence des parkings qui devraient leur être réservés et des trottoirs adaptés pour les personnes en fauteuil roulant. Les bâtiments publics ne sont pas adaptés aux personnes à besoins particuliers donc la personne amputée fait figure de représentation. On peut relever, à titre illustratif, le cas du bâtiment du Ministère des Affaires Sociales à Yaoundé qui demande de gravir 3 étages pour honorer un rendez-vous avec le Ministre ou de l'université de Yaoundé I donc le mode de construction des bâtiments est totalement inadapté sans tenir compte du fait que, partout où on s'y rend, il y a un problème d'escalier, de collines.

De même, pour les services du rez-de-chaussée, la largeur des portes ne permet pas toujours de laisser passer un fauteuil roulant. Les personnes en situation de handicap sont obligées, pour celles qui le peuvent, de descendre de leur fauteuil et d'accéder au bureau en rampant. Ou se faire aider par une personne. Pour ceux qui ont des prothèses et des béquilles, c'est au bout de l'effort qu'on finit par atteindre le cap. Ce qui nécessite du temps, de l'énergie et du courage. Dans l'ensemble, l'architecture des logements ne répond pas aux besoins de la personne en incapacité motrice mais à ceux des personnes valides. En effet, au moment de construire ces logements, les architectes ne prennent pas en compte la variabilité des problèmes, les préoccupations de la personne à mobilité réduite qui utilise un fauteuil roulant.

5.3. DISCUSSION

Peut-on parler du handicap, de la construction sociale du handicap, de la situation de handicap, de l'expérience du handicap ou son vécu en omettant volontairement la personne elle-même ou son contexte de vie ? Pourquoi parler de reprise de moi-peau chez la personne amputée ? Doit-on parler de la participation sociale, de l'exclusion, de l'inclusion, des aménagements et réaménagement des aspects publics et privés, de l'autonomisation de la personne vivant avec un handicap sans prendre en compte des bases éléments du processus de production de handicap ?

L'objectif général de la présente étude consistait à montrer que la construction sociale a une influence sur la reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieur. En d'autres termes, il était question de procéder à une évaluation des mécanismes intrinsèques et extrinsèques obstacles l'inclusion ou à l'exclusion sociale ou mieux à la participation sociale de la personne amputée soit d'un bras, soit d'une jambe ou les deux à la fois et les stratégies mises en œuvre pour reprendre à vivre normalement. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes inspirés des approches théoriques du handicap. Nous avons pris en compte l'individu porteur du handicap et l'environnement social et physique avec lequel il interagit. Ainsi, la problématique de la construction sociale et reprise du moi-peau est abordée par de nombreuses recherches mais sous des différents angles d'approche. Les travaux que nous trouvés et lus montre bien que, le handicap est le résultat d'une interaction entre les déterminants ou mécanismes personnels et les facteurs environnementaux.

Sur cette base, nous avons compris que le handicap est donc un construit social. La construction sociale dans le champ du handicap est une approche du handicap qui met l'accent sur le contexte de vie de la personne. Elle permet de comprendre que l'individu est un être social et que, le handicap ou la situation de handicap touche d'abord la personne et s'explique davantage sur la société handicapante. Le handicap est donc une situation dynamique de l'humain qui implique la prise en compte simultanée des interactions entre les dimensions biologique, sociale, culturelle, cognitive, langagière, affective, etc. Il s'agit donc d'une expérience sociale visant à réintroduire la déficience ou l'incapacité individuelle dans l'étude du handicap, pointant que celui-ci ne se réduit pas à son traitement social.

Selon Ravillard (2016), l'« expérience sociale du handicap », est la part sociale de l'expérience du handicap, qui renvoie à l'expérience de son traitement social, par distinction avec l'expérience des déficiences ou limitations fonctionnelles elles-mêmes. Il s'agit donc de

se placer du point de vue des personnes concernées pour étudier une dimension particulière de leur expérience du handicap, qui renvoie à son traitement social. Sans nier la réalité de l'expérience physique, sensorielle ou psychique de la déficience (ne pas voir, ne pas pouvoir marcher, avoir des douleurs chroniques...). Nous plaçons alors la focale sur une autre réalité, celle des effets, sur l'individu, du traitement social du handicap, et de la façon dont l'individu s'approprie celui-ci et y réagit. En effet, certaines dimensions de la condition de personne handicapée s'imposent aux individus comme des contraintes (manque d'accessibilité de l'environnement, discriminations à l'embauche...). Mais la notion d'expérience permet aussi de rendre compte des stratégies et de la réflexivité des acteurs par rapport à ce traitement social.

Les termes « handicap » et « handicapé.e » regroupent des personnes bien différentes et aux réalités diverses. L'amputation d'un membre inférieur ou supérieur est une figure emblématique du handicap. Pour comprendre ce que vit la personne, il ne suffit pas de définir la globalité et la complexité que représente le handicap. Il y a ainsi une nécessité de définir le handicap de manière adaptée si l'on souhaite comprendre les différentes réalités que vivent les personnes concernées. La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap donne une première définition du handicap, dans son Article 2 :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de son altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble invalidant » (CRDPH, 2005)

les personnes vivant avec un handicap constituent un « groupe social aux contours imprécis » (Felten & Lassourd, 2020). Le handicap est donc une question subjective puisqu'il représente un ressenti et un vécu qui dépendent des individus concernés. Cette nouvelle façon de penser le handicap est prise en compte par la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé, qui insiste sur une vision du handicap qui intègre la réduction ou l'aggravation des différents types de handicap, ainsi que des facteurs contextuels

et environnementaux. Cette vision permet une adaptation des traitements et des aides aux évolutions du handicap.

Les résultats de cette étude viennent de l'expérience de nos participants. Leur expérience sociale de l'amputation du bras ou de la jambe permet de comprendre la condition handicapée en contexte camerounais qui est « *à la fois une manière d'être situé dans la société et de l'habité, de vivre et réagir, de partager avec d'autres qui font la même, une manière d'être situé monde* » (Stiker, 2017). Par leur diversité, toutes les réponses données convergent vers une lecture du traitement social du handicap comme un traitement inégalitaire ou l'altération de la main ou du pied est avant une épreuve complexe pour la personne. De cette expérience des participants, découle découlent plusieurs stratégies de reprise du moi-peau, de reconstitution du sujet. Ces stratégies proviennent de la personne, du contexte social et environnemental.

Le terme « handicap » est lié au domaine de la santé, de par sa dimension individuelle et subjective, mais il est également lié au domaine législatif puisque c'est la loi qui définit qui peut avoir le statut de personne en situation de handicap ou non (Felten & Lassourd, 2020). Le mot « handicap » représente aussi bien les personnes atteintes de déficiences ou d'incapacités dans le domaine médical, que le niveau de contrainte, de difficulté ou de désavantage dans le domaine social. Concernant ce dernier domaine, au lieu de normaliser le handicap et sa représentation, la société les présente sous le jour de l'anormalité et de la marginalité. Ainsi, le terme « handicap » se définit dans une confrontation constante entre les domaines médical et social, mais aussi entre des notions de ce qui est normal et de ce qui est pathologique. Notre façon de penser le handicap ne se résume donc pas aux modes de pensée créés par les institutions et différentes organisations, mais doit aussi se créer dans un rapport entre personnes en situation de handicap et celle valide.

Des caractéristiques individuelle et subjectives sont non négligeable à la construction sociale et de la reprise du moi-peau. Ce constat vient du fait que, la survenue du handicap dans la trajectoire de vie d'une personne est un événement imprévisible et non envisageable, bien que l'accident et la maladie soient des éventualités plausibles. À la suite d'un accident ou d'une maladie, il arrive que certaines personnes s'en sortent avec des séquelles invalidantes qui conduisent à des situations qui vont de l'ordre d'une paralysie à une amputation des membres inférieurs ou supérieurs. En nous intéressant aux personnes amputées d'un ou de deux membres

inférieurs ou supérieur suite à un accident ou une maladie, nous avons constaté qu'il existe plusieurs caractéristiques personnelles de la construction sociale dans le champ du handicap.

Epreuve très complexe, la survenue d'un handicap au cours de la vie est un événement traumatisant les facteurs subjectifs sont classés en facteurs de protection et de risques (Fougeyrollas, 2010). Le handicap provoque une altération de l'image du corps, de l'identité, un manque ou une baisse d'estime de soi, un replis sur soi, un sentiment d'étrangeté, un manque de confiance en soi, de la honte, la colère, de la culpabilité, de l'angoisse, un sentiment de rejet de soi, de l'auto stigmatisation, du déni, et plus tard de l'acceptation, de la motivation, de la détermination et de la révolte. Les éléments subjectifs englobent l'identité de la personne, les sociodémographiques (l'âge, l'appartenance religieuse, l'ethnie, culturelle, le sexe, l'histoire de la vie, les croyances et les valeurs) ; les systèmes organiques ; les aptitudes possibles pour une personne à accomplir une activité physique ou mentale (aptitude éliées aux activités intellectuelle, aux langage, à la motricité, la réflexion) etc..(Fougeyrollas et al, 2010, Fougeyrollas, 2015 ; 2018, 2020). Les facteurs individuels de la construction sociale et de la reprise du moi-peau chez la personne amputée s'étendent aussi en facteurs de de protection.

Les l'étude du handicap son liées à la résilience. Tsala et al (2020), par exemple orientent leurs travaux sur les enjeux des représentations culturelles du handicap moteur et capacités de résilience chez l'adulte camerounais. Ils partent des travaux de Jolys (2009) et de Ville et Ravaud (1994) qui pensent que, la survenue brusque d'une altération ou d'une insuffisance significative et permanente de la fonction motrice a des conséquences sur la structure psychologique, anatomique et physiologique d'une personne (Joly, 2009; Ville et Raveaud, 1994). Cette personne doit alors mobiliser les ressources dont elle dispose pour envisager un épanouissement psychologique. Or, ces ressources doivent s'inscrire dans l'écosystème du sujet en termes d'aides susceptibles de prédire une évolution positive après un évènement traumatisant. Pris dans ce sens, Werner (1993), dans sa perspective transitionnelle mentionne les facteurs de protection internes de l'individu. Il s'agit du tempérament, de l'aptitude cognitive, de l'estime de soi, de l'autonomie, la capacité à résoudre un problème, de connaissance de soi, l'altruisme, de la sociabilité...

L'écosystème du sujet a donc une influence sur la personne amputée d'une part, et d'autre part sur la construction sociale du handicap et de la reprise du moi-peau. Pour YTsala et al (2020), l'environnement culturel peut favoriser et/ou entraver les capacités de résilience chez la personne en situation de handicap moteur acquis à l'âge adulte. Ces auteurs s'appuient

uniquement sur la dimension culturelle du handicap et de la reconstitution du sujet devenue en situation de handicap. Des études ont été menées sur la qualité de vie des personnes porteuses d'un handicap moteur, sensoriel et intellectuel au Cameroun. Ces études concernent les mécanismes de prise en charge et d'intégration des enfants handicapés visuels dans les écoles ordinaires au Cameroun, les droits des personnes en situation de handicap et les conditions de vie et de participation sociale des personnes en situation de handicap moteur. Chez l'enfant en situation de handicap moteur et sensoriel par exemple, il ressort que leur parcours est parsemé d'obstacles limitant leur intégration scolaire (Baleng, 2008; Fonkoua, 2002; Ondoua Abah, 2002).

Tout ceci conduit très souvent au découragement, à la marginalisation, au rejet de la personne en situation de handicap au sein de sa famille, et de la société camerounaise en général. Tsala et (2020), s'appuyant également des travaux de Djabea (2010) qui remarquait déjà que, certains facteurs ne permettaient pas à la personne en situation de handicap de valoriser son estime de soi à l'instar des préjugés, des discriminations, de l'exclusion sociale, de la stigmatisation et du regard malveillant des autres. Aussi, cette situation semble être beaucoup plus précaire pour les amputées d'un ou de ses membres inférieurs ou supérieurs qui deviennent subitement en situation de handicap à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Les interactionnistes (Goffman (1971 ; Derber, 1979) aident à comprendre l'exclusion sociale en éclairant au niveau microsocial, au niveau de la vie quotidienne, les manifestations et les contextes divers de l'inégalité et de l'exclusion. La recherche en interactionnisme symbolique met au jour les manifestations omniprésentes et, en grande partie, non reconnues, de l'inégalité et de l'exclusion dans une variété de formes et de processus sociaux. Elle le fait en allant au-delà des manifestations habituellement prises en compte de la stratification de classe (et plus récemment, de l'inégalité de genre) et de l'exclusion concomitante de segments de la population en termes économiques, en termes de scolarisation et d'autres avantages matériels ; elle le fait en allant au-delà ou en établissant des liens avec ces manifestations. Cette contribution est possible en raison de l'attention que les interactionnistes accordent à l'action située et, par conséquent, à ce que les gens font et vivent au cours de leurs contacts quotidiens.

Derber (1979), fait remarquer que *«la manière dont les gens cherchent et reçoivent de l'attention, la quantité d'attention qu'ils sont susceptibles de recevoir, sont significativement modulées par leur rôle social et par leur statut au sein des hiérarchies sociales importantes »* (1979). L'inclusion, ou l'exclusion, en tant qu'objet digne de retenir l'attention dans

l'interaction n'est pas simplement un reflet du statut social; elle joue plutôt un rôle très important dans la création et la reproduction de l'inégalité, elle en est même constitutive. En effet, les actions et les jugements que l'on porte sur la personne en situation de handicap moteur donc la personne amputée soit d'une partie inférieure ou supérieure voir des deux au Cameroun sont pour la plupart à connotation négative et contribuent à stigmatiser ces personnes.

Felten et Lassourd, (2020), vont aborder la construction sociale d'une manière plus particulière allant de la subjectivité à la collectivité. Ils traitent de l'objectivation d'expériences singulières pour créer une identité collective. Ils affirment : *les personnes en situation de handicap ne pouvant se rassembler autour de leur expérience qui est subjective, elles se rassemblent autour de l'expérience sociale qu'elles partagent toutes : l'exclusion de la société* ». Transformer une expérience unique en une expérience commune peut se faire en deux temps : d'abord par une socialisation et une politisation, puis une objectivation de cette expérience. L'objectivation marque une différence entre la subjectivité de l'expérience unique et l'expérience commune. Grâce à cette objectivation, le handicap est détaché de l'individu pour représenter une réalité sociale, politique et objective. Il ne s'agit plus de l'incapacité de l'individu à s'adapter à la société, mais de l'incapacité de la société à l'inclure. Elle permet aux personnes en situation de handicap de se libérer de la responsabilité de leur handicap et de devenir des acteurs politiques avec l'aspiration de changer la société.

La société a une influence sur la création d'une identité de handicap. Les personnes en situation de handicap sont mal incluses tant sur les aspects moraux que matériels. Elles souffrent de discriminations mais aussi du manque d'infrastructures adaptées à leur situation. Les résultats de la présente étude montrent bien que, le handicap est une construction sociale. Puisqu'il s'agit d'après nos participants d'une question de mentalité et d'un défaut d'accessibilité. Ils pensent qu'en dehors de leur propre souffrance interne, la société est peu accueillante, et ne prend pas en compte la personne en situation de handicap dans les décisions qui les concerne. Ils inculquent ici l'Etat à les négliger dans ces projets et du fait que la société les abandonne. Ils vont juste qu'à dire que, pour la société camerounaise, la personne en situation de handicap est un éternel assisté. Nous comprenons que la société ne leur donne pas la chance de s'exprimer, de montrer ou de prouver leur talent.

Sur la base des travaux antérieurs et de l'hypothèse faite sur l'influence de construction sociale et sur la reprise du moi-peau bien car, les résultats de nos répondants que handicap dépendant des éléments de contexte aussi personnels et socio-environnementaux. Nos

participants insistent même qu'avant de penser que la société est handicapante, il faut d'abord considérer que, le vrai handicap c'est la personne amputée elle-même car elle se sent déjà diminuée et se retrouve seule dans un complexe totale d'infériorité. La personne a des représentations futures incertaines, elle n'arrive plus à penser pour son lendemain, elle n'a plus une vision positive d'elle-même, ne croit plus en ses capacités physique et psychologique et s'isole d'elle-même. La personne n'arrive plus à se projeter, elle se sent différente des autres se doit qu'elle n'a plus d'avenir meilleur. Pour nos participant amputés d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs, la vraie souffrance est que, étant convalescent, on a espoir de reprendre normalement ses activités une fois sorti d'hôpital.

Mais, quand ce moment arrive, la personne se rend compte qu'elle n'est plus même, qu'elle ne peut plus agir normalement comme avant, qu'elle ne peut plus travailler avec tout son corps, qu'elle est devenue incompétente à cause de sa déficience. Ici, elle repense à ses moments forts, on les envie, on se dit hier, je pouvais faire X ou Y chose, mais me voici maintenant ! Que suis-je devenu : un handicapé incapable ? Nait alors, une nouvelle forme d'ébranlement psychologique. Notre hypothèse de recherche selon laquelle la construction sociale rendrait rendre compte de la reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs est sans doute confirmée. Ceci, du fait que notre hypothèse se justifie par nos théories. Ce qui coïncide avec les résultats de nos analyses. Notre hypothèse et les modalités théoriques de l'étude ainsi que nos résultats, permettent de comprendre que l'amputation ou le handicap est une véritable co-construction sociale qui ne laisse pas son porteur dans une position passive.

Toutefois, Felten et Lassourd, (2020), pensent que, certaines personnes en situation de handicap ne se considèrent pas comme « handicapées ». Ceci pour deux raisons possibles : la première est la conséquence d'une conformité que l'on peut qualifier de normalisation. Winance (2008) le dira en d'autre en disant les personnes en situation de handicap font « comme si elles étaient valide ». Il s'agit d'un processus d'assimilation à la norme sociale. Les personnes en situation de handicap essaient de vivre comme des personnes valides. Pour s'intégrer dans la société, elles négocient leur vie pour qu'elle soit la plus normale possible afin d'être acceptées. Mais les recherches sur l'identité, le moi et le handicap caractérisent cette normalisation comme une « perte de soi ». Ce déni serait oppressant et retirerait à la personne sa véritable identité.

La deuxième explication que Felten et Lassourd, (2020) proposent, pourrait être une acceptation du handicap comme une caractéristique qui ne couvre pas toute la personnalité de

la personne. Ce serait la meilleure position à adopter car elle permettrait de faire une distinction adéquate entre handicap et déficience. Avec ce raisonnement, la déficience ne peut justifier l'exclusion de quelqu'un ou la diminution de l'humanité de quelqu'un. Le choix d'intégrer la déficience comme partie intégrante de l'identité est en accord avec l'idée que l'expérience sociale objective doit être enrichie par l'expérience subjective. Ils s'appuient des travaux de French et Crow (1996), qui pensent que cette expérience subjective doit être réintroduite dans le modèle social. Cela est nécessaire afin de ne pas exclure certaines personnes du mouvement, ainsi que pour donner une réponse adéquate aux attentes intrinsèques au handicap. Par ailleurs, selon elles : « se connaître et connaître son handicap est le premier pas vers l'autonomisation ». Nos participants se sont clairement exprimés sur cet aspect, car pour eux, ils ne sont pas des « *personnes des handicapées* ».

C'est pourquoi Gardou (2011) affirme que, les personnes en situation de handicap déplorent que

Nous les réduisons à leur déficience, figeant leurs particularités, les enfermant dans une série de déterminismes et oblitérant l'infinité de leurs virtualités. Nous réagissons comme si leur identité était à jamais installée, irrémédiablement achevée, au lieu d'admettre que le handicap ne les affecte qu'à un certain degré, dans une certaine direction et que, par-delà le déficit », il reste une individualité qui désire la reconnaissance à laquelle chacun aspire. Il n'existe pas de « catégorie-handicapés, mais seulement des personnes en situation de handicap, avec des caractéristiques, des manières de réagir et des difficultés variables.

Ils seront incapables de produire. Nos participants disent que le handicap c'est plus un problème psychologique, il se manifeste quand la personne n'a pas encore accepté sa nouvelle situation donc quand elle n'a pas encore fait le deuil du membre amputé. La construction sociale dans le champ du handicap en général et chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs sous plusieurs angles d'approche. Subjective, sociale, culturelle, accessibilité... Une fois devenue en situation de handicap, la personne amputée pour se

reconstruire, doit d'abord s'accepter. Elle devrait respecter les étapes du deuil psychologique. En plus, la société a aussi sa part de responsabilité en développant les habitudes positives, en changeant de mentalités et rendre accessible les espace public et privé. La reprise du moi-peau c'est un processus d'autonomisation de la personne amputée et cette reprise peut mieux s'opérer par empowerment car, notre étude sur la construction sociale se veut interactive entre les facteurs individuels et les facteurs environnementaux.

5.4. SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES

5.4.1. Société

Le handicap, loin d'être un concept univoque, en lui-même une représentation sociale impressionnante d'un ensemble de phénomènes. Il recouvre une grande diversité de situations et par conséquent une réalité complexe. Cette notion combine de façon multidimensionnelle des interactions entre personnes atteintes de déficiences mais qui présente des aptitudes, et un environnement physique et social pouvant majorer ou minorer le handicap et la personne (Barreaud, 2012). L'approche du handicap comme sociale est à caractère inclusive voudrait que la société soit plus sensible, consciente afin de reconnaître la différence des personnes en situation de handicap. Car, la relation à nos semblables en situation de handicap se trouve comme le disait Gardou (2001), prise dans une tension entre le postulat d'égalité et de reconnaissance de leur singularité. La négation de la différence conduit au rejet par indifférenciation et à des formes d'égalitarisme béat.

La société devrait savoir qu'en se focalisant sur leur différence, cela constitue un des moteurs des pratiques d'exclusion et justifie la mise à l'écart des personnes « non-conforme ». Diffuser amène subrepticement, à étiqueter, puis, à cantonner dans un espace séparé les victimes du handicap et, finalement, à légitimer leur marginalisation ou leur enfermement. La société doit se débarrasser de tout préjugé et de toute forme de discrimination ou d'exclusion à l'égard de la personne en situation de handicap. Le fait de les désigner par leur marque donc de « personne en handicapée », non seulement les rassemble sous une étiquette commune, mais aussi le voue à un même destin, un groupe d'appartenance, ou à une communauté de sort.

En outre, la société devrait prendre conscience de l'influence de son regard à l'égard de la personne amputée ou en situation de handicap. Car, celui qui est touché par le handicap, vit dans la relation à l'autre et dans son regard en intériorisant la manière dont il est perçu. L'amputation d'une jambe ou de la main expose son porteur au regard social stigmatisant,

aliénant, inquiétant, étranger, apitoyant, frustrant. Cet aspect physique, de l'amputation s'éloigne de la norme admise et des canons esthétiques dominant inspire la peur et le rejet, parfois masquée par l'évitement pudique et la sollicitude affectée. Le respect de la singularité, de la dignité, l'évacuation des préjugés et des stéréotypes qui entravent sont des éléments qui entravent la reconnaissance d PSH.

Les préjugés consistent comme le note Gardou (2001), « *à croire savoir sans savoir vraiment, à prévoir sans indices suffisants et sûrs, à conclure sans posséder la certitude requise* ». La société doit se débarrasser des préjugés, stéréotypes et des fausses croyances selon lesquels, les personnes en situation de handicap sont des sorciers, génie, démon, faute, sanction, malédiction, vagabondage, agression, punition, transgression, péché, qui conduisent forcément à la peur et à la honte et qui émergent les différences négatives. La société doit développer de attitudes, des habitudes, de comportements positifs à l'égard de la personne en situation de handicap. En plus, le handicap souffre d'un manque de représentation. Nous observons rarement des personnalités télévisées en situation de handicap. La non représentation d'une minorité contribue à sa marginalisation. Le cinéma apporte une visibilité importante et permet notamment d'aborder de nombreux sujets sociétaux et le handicap ne fait pas exception à la règle. Les PSH doivent être représentées dans les masses médias, pour faire entendre leur voix.

5.4.2. Etat

Il est le premier le garant de droits et libertés individuelles et collectives, de la protection de la personne, de la citoyenneté ... La participation sociale de la personne en situation de handicap ou son exclusion est d'abord un problème de l'Etat. La population camerounaise souffre d'une pauvreté extrêmement mentale que le gouvernement camerounais devrait développer tous les stratégies et moyens efficaces pour la combattre et combattre aussi toutes ses formes de discrimination donc sont victimes les PSH. Toutes les lois concernant le handicap se sont presque pas applicables : la non-discrimination, la participation sociale, l'accessibilité, les aménagements... L'inclusion dont on parle au Cameroun est une utopie et non une réalité ? L'Etat camerounais agit à son propre intérêt et non pour le peuple que ce soit en matière d'éducation, de santé, d'emploi...La philosophie de l'Etat tient pas compte de vallonné du citoyen et de ses besoins. Il doit mettre les stratégies de déshierarchisation des structures, de dénormalisation des règles.

Il revient à l'Etat de prendre en charge ces personnes vulnérables que la société rejette. L'Etat devrait veiller à la qualité de prise en charge, de traitement réservé au PSH. Il doit tenir

compte des besoins de la personne en situation de handicap. Il doit rehausser la qualité d'accès à l'environnement qui devient un enjeu incontournable dans des sociétés. Cette perspective détermine les possibilités de participation sociale et d'exercice effectif des droits humains des personnes ayant des incapacités. Le Cameroun doit prendre des mesures nécessaires afin d'éliminer les obstacles environnementaux et ainsi assurer aux personnes en situation de handicap une participation sociale pleine et entière à la vie en société. L'Etat camerounais doit avoir une conception universelle qui se veut inclusive ayant pour objectif, la réduction des obstacles environnementaux ainsi que l'optimisation de la participation sociale et de l'exercice des droits humains tout en tenant compte des variabilités des caractéristiques de la population.

Le développement inclusif, la conception universelle au Cameroun doit s'inscrire également dans une approche participative reconnaissant l'utilisateur comme un expert de sa propre condition. La conception universelle ou pour tous est une approche inclusive qui vise la production d'aménagements, de technologie, d'infrastructures, de biens et de services répondant aux divers besoins du plus grand nombre de personnes possibles avec le plus grand éventail possible de capacités, dans le plus grand nombre possible de contexte (environnement, conditions, situation). Cette approche que devrait adopter le Cameroun en toute rigueur résulte d'une philosophie de conception égalitaire et non-discriminatoire qui a pour objectif la réduction des besoins d'adaptation.

Perspectives pratiques

L'étude sur la construction sociale et la reprise du moi-peau chez la personne amputée d'un ou de deux membres inférieurs ou supérieurs est inscrite dans le paradigme émancipatoire de la recherche scientifique. Le handicap est défini ou perçu comme un problème politique à inscrire, cette fois, au registre des droits sociaux, des droits de la personne. Il s'agit alors selon Oliver (1992), de transformer les conditions matérielles de production de la recherche et les conditions de vie des personnes en situation de handicap. Cette approche met en cause le contrôle des priorités de recherche par les organismes subventionnaires et par les responsables de l'élaboration des programmes et des politiques, ainsi que le rôle du chercheur et sa posture d'«expert porteur d'une objectivité et d'une neutralité», interprète d'une réalité exempte de représentations et saisissable par des outils appropriés.

Les chercheurs doivent adopter une posture qui se détourne des approches positiviste et interprétatives qui ne font en général, que renforcer l'exclusion et l'aliénation des personnes vivant avec un handicap, du fait qu'elles ne changent rien à la façon dont la recherche est faite,

organisée et financée, autrement dit rien à ses relations sociales et matérielles, qui orientent l'ensemble du processus. Les chercheurs doivent adopter diverses stratégies d'empowerment et la réciprocité comme principes fondamentaux. Car, la recherche émancipatoire ne suppose pas seulement une participation accrue des personnes en situation de handicap. Elles doivent aussi avoir le contrôle des différentes étapes de la réalisation des travaux. Les chercheurs doivent donc « apprendre à mettre leur science et leur savoir-faire à la disposition des personnes sur lesquelles porte la recherche et laisser celles-ci s'en servir à leur convenance » (Oliver, 1992). Ce qui revient à démystifier systématiquement des structures et des processus qui créent le handicap au Cameroun d'une part, de l'autre, à ouvrir entre la communauté des chercheurs et les personnes vivantes avec un handicap un "dialogue" qui pourra aider celles-ci à devenir autonomes.

Pour le chercheur, l'important demeure d'apprendre à mettre ses compétences et aptitudes au service de l'émancipation des personnes en situation de handicap. En d'autres termes, il doit exister un accord parfait entre le chercheur et la personne en situation de handicap. Les recherches doivent se réaliser avec et par les personnes en situation de handicap. C'est la personne qui vit le handicap qui devrait proposer les solutions appropriées à ses besoins et non au chercheur de le faire. Toute étude sur la situation de handicap doit tenir compte de :

- Soutien identique pour toutes les personnes (principe d'égalité).
- Un soutien individuel pour permettre la participation (principe d'intégration).
- Une façon différente d'aborder la conceptualisation de l'environnement (principe d'inclusion).
- Un accompagnement individualisé et collectif.
- L'accompagnement individualisé doit œuvrer à la responsabilité de l'ensemble des acteurs sociaux pour développer un environnement physique et social qui puisse s'adapter aux besoins de la diversité des individus qui présente une fragilité dont le handicap
- Inclure certaines catégories de personnes ayant des besoins tout aussi importants pour leur vie sociale
- L'étude vise une approche inclusive qui veut qu'on bouge les lignes pour tout le monde ; donc transformer la société ordinaire selon les principes de droits humains réaffirmés par CDPH
- Elle nécessite d'être attentif à ne pas créer des inégalités inter catégorielles sans discrimination.

- Toute étude sur le handicap doit être réalisée avec et sur la qualité de l'environnement.
- Elle vise la déhiérarchisation des structures ou la dénormalisation.
- L'adoption de nouveaux comportements et des nouveaux schèmes de pensée.

CONCLUSION

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment l'expérience sociale de la situation de handicap rend compte de la reprise de moi-peau chez la personne amputée. Ainsi, les facteurs personnels et environnementaux associés aux habitudes de vie de la personne sont des mécanismes importants du processus de production de handicap. En effet, le handicap ne se restreint pas uniquement à la personne, mais aussi au contexte qui le produit. L'étude permet de dépasser les points de vue tant médicaux que sociale du handicap et de s'inscrire dans une perspective interactive du handicap et des phénomènes handicapants. Cette approche se veut inclusive et s'appuie sur le caractère situationnel du handicap qui dépend du contexte environnemental de l'individu qui le porte.

L'étude résout comme problème, celui de la liminalité qui est le cadre d'analyse du handicap (Blanc, 2008). Ce problème permet de mieux comprendre la place qu'occupe la personne en situation de handicap dans la société. Il permet d'évaluer degré d'exclusion, de participation sociale et d'inclusion. La liminalité désigne la configuration sociale spécifique qui caractérise le handicap. Le problème renseigne sur la condition handicapée car, la personne en situation de handicap fait face à une socialisation introuvable. La liminalité constitue un cadre analytique permettant de penser et de situer l'altérité, jamais totalement aboutie, pas plus que définitivement niée. Le problème d'étude renseigne que l'identité de la personne amputée est dans un entre-deux : entre exclusion et inclusion.

Les perspectives théoriques qui constituent notre grille de lecture se fondent sur la théorie de la réaction sociale ou théorie de l'étiquetage modifié encore connue sous théorie de l'analyse stigmatisante de Link et de Phélan (2001) et du modèle de développement Humain du Processus de Production des Handicaps (MDH-PPH, 2018 ; Castelein, 2021). Le MDH-PPH est un modèle systémique qui illustre l'interaction personne-environnement et distingue les facteurs de risques (causes) des facteurs personnels qui sont des variables intrinsèques à la personne (âge, sexe, identité socioculturelle, type et degré de gravité des déficiences et incapacités), interagissant avec des variables environnementales, qui sont extrinsèques à la personne (régimes et programmes existants, lieu de résidence, sources de revenu, réseaux familial et social, conditions d'exercice des droits, etc.). Ces facteurs sont déterminants pour la qualité de la participation sociale de la personne. Ces deux approches théoriques permettent comprendre l'expérience sociale de la situation de handicap.

De cette adaptation théorique, nous nous sommes posés la question de recherche suivante : comment l'expérience sociale de la situation de handicap rend compte de la reprise de moi-

peau chez la personne amputée ? En d'autres termes, cette étude cherche à savoir : quels sont les facteurs ou les mécanismes importants du processus de production du handicap qui influence la reconstitution ou l'autonomisation de la personne amputée. A partir de cette question principale, d'autres questions spécifiques sont posées à savoir : comment les facteurs subjectifs ou individuels rendent compte de la reprise du moi-peau chez la personne amputée ? les déterminants environnementaux et les habitudes de vie expliquent-ils suffisamment la reprise du moi-peau chez la personne amputée ?

Pour répondre à cette question principale de recherche, l'hypothèse générale suivante est émise : l'expérience sociale de la situation de handicap rend compte de la reprise du moi-peau chez la personne. Certains facteurs ou mécanismes processus de production de handicap ont une influence sur la reconstitution ou l'autonomisation de la personne amputée. L'opérationnalisation de cette hypothèse générale donne lieu à deux hypothèses spécifiques :

HRS1 : les facteurs subjectifs ou individuels rendraient compte de la reprise du moi-corps chez la personne amputée.

HRS 2 : Les interactions avec l'environnement socioculturel rendent compte de la reprise du moi-corps

HRS 3 : les déterminants spatio-temporels ainsi que les habitudes de vie expliquent la reprise du moi-corps chez la personne amputée.

Ce travail de recherche est l'occasion de comprendre que le handicap est le résultat d'une co-construction sociale entre les facteurs endogènes et exogènes qui influencent la personne amputée de se redéfinir, de reprendre corps c'est-à-dire à revivre normalement sa vie comme avant. Il est possible de décrire la situation de handicap des personnes ayant des incapacités à partir des différentes enquêtes. Toutefois, ces données ne peuvent fournir l'ensemble des informations nécessaires à l'amélioration des politiques sociales. L'objectif principal de cette recherche est d'identifier et d'expliquer l'impact des facteurs agissant sur la situation de handicap chez les personnes amputées. Le but de l'étude est par conséquent d'identifier les facteurs associés à la construction sociale du handicap observée au Cameroun afin d'améliorer leur qualité de vie, leur participation sociale et d'envisager leur inclusion.

La collecte des données s'est faite sur la base d'une grille des entretiens confectionnée et administrée à un échantillon de cinq répondants tous de sexe masculin. Les données obtenues ont été analysées à l'aide de l'analyse thématique de contenu. Ce qui a permis après dépouillement, de soumettre nos hypothèses aux faits. Les résultats de cette recherche

permettent de comprendre que le handicap est d'abord personnel puis social, environnemental, culturel, politique... Les facteurs personnels du handicap sont les modifications corporelles, l'identité, les incapacités, le traumatisme et la limitation d'activité. Par contre, les facteurs environnementaux sont les éléments de contexte comme, la relation du pouvoir, le statut social, la distance sociale, ségrégation, la discrimination, la stigmatisation, les préjugés, les stéréotypes... Il s'agit généralement des facteurs sociaux, culturels, environnementaux, économiques qui entravent la participation sociale de la personne en situation de handicap.

C'est pour cette raison que cette étude sur la notion de situation de handicap. Car, la situation de handicap signifie qu'on ne peut à proprement parler de handicap que dans une situation donnée. Mais, il n'y a pas de situation sans un individu pour la vivre (et, en partie, la constituer). Cette notion permet de mieux prendre en compte les besoins de la personne, de favoriser le travail en équipe et le partenariat avec l'environnement, de contribuer à l'exercice de ses droits à décider de son projet de vie. Elle déduit une relation de cause à effet entre les facteurs personnels et les possibilités de réalisation d'activités et des rôles sociaux, en prenant en compte les variables environnementales. L'expérience sociale de la situation de handicap lève les obstacles contextuels pour favoriser la participation sociale de PSH. L'approche du handicap comme construit social explique les diverses influences des facteurs déterminants les inégalités au plan de la participation sociale, par rapport à la population n'ayant pas d'incapacités.

Le handicap constitue une épreuve qu'il soit présent à la naissance ou consécutif à une maladie. La place du corps, son vécu à la survenue d'une situation de handicap est important pour connaître l'impact d'une imputation traumatique dans la vie d'une personne, sa socialisation, puisque, le corps du sujet amputé oriente et mobilise un regard à soi et à l'autre qui connote une représentation du corps abîmé, déformé, impotent, blessé, unijambiste, rigide, dépendant, monstrueux et difficile à vivre ou à se socialiser. Le degré de difficulté rencontré par la personne amputée, dépend de la nature de la survenue de la situation de handicap et du soutien accordé à la personne dans une perspective écosystémique. L'amputation représente une effraction du corps et/ ou du psychisme de l'individu. Elle vient interroger le corps du sujet et l'inscrit dans son histoire, le confronte à une logique de l'évènement pouvant faire trauma. Le handicap provoque le traumatisme psychique qui correspond à un choc brutal, violent, inattendu, une effraction et une impossible d'anticipation de cette effraction.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abanda, F. (2014). Citoyenneté et vulnérabilité : le cas du citoyen handicapé et des politiques d'aménagement de l'espace immobilier au Cameroun.
- Desjeux, D. (2019). Les méthodes qualitatives. Que sais-je ? Paris, presse universitaire de France.
- Ancet P., (2011). Situation de handicap et normes sociales. Le Carnet Psy n°158, p.29-31.
- Anderson, L. et Snow, D. (2001). *Exclusion sociale et le soi : une perspective D'interactionnisme symbolique*. Les presses universitaires de Montréal volume 33, n°2.
- Anzieu D., (1995). *Le Moi-peau*. Paris, Dunod. Deuxième édition.
- Arneton, M. (2021). Regards croisés sur le handicap en contexte francophone et Au carrefour de l'altérité. Pratiques et représentations du handicap dans l'espace francophone, une recension en miroir]. *Alterstice*, 10(2), 75–79.
<https://doi.org/10.7202/1084915ar>.
- Aubertel, F. (2017). L'idéologie, contenant tyrannique de l'angoisse du future. In presse « le divan familial », n°39, p.27-38.
- Baba-Moussa, Laoual (2014). *Fondement et philosophie de l'éducation des adultes en Afrique*. Presses universitaires d'Afrique, Edition et service de AESsa, Bastos, Yaoundé.
- Campenhoudt et Quivy (2011). Manuel de recherche en sciences sociales. 4^e édition, Paris, Dunod.
- Stiker, H-J et al. (2003). La compréhension sociale du handicap. Crédoc, cahier de recherche N° 0182.
- Batty, M. (2012). [*L'insertion socioprofessionnelle des adultes seniors handicapés dans le milieu ordinaire de travail à la Réunion : état des lieux et perspectives*]. Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation. Université de La Réunion Faculté des Lettres et des Sciences Humaines.
- Bazié, I. (2005). *Corps perçu et corps figuré*. Volume 41, N° 2, 2005. Le corps dans les littératures francophones.
- Bebelli, Khalil, Arentsen & Faberon (2020). Handicap et espaces. UCA. Handicap et citoyenneté.

- Bergeron-Leclerc, C. & Simard, È. (2019). *Repenser l'accompagnement des stagiaires en travail social en situation de handicap*. Phronesis, 8(1-2), 96–110. <https://doi.org/10.7202/1066587ar>.
- Berton, C. (2004). Freud et l'« intuition cinégraphique » : psychanalyse, cinéma et épistémologie. *Cinémas*, 14(2-3), 53–73. <https://doi.org/10.7202/026004ar>.
- Billiez, J. (2015). Représentations sociales : trajets théoriques et méthodologiques.
- Blanc A. (2006). Les fables peintes du corps abimé : les images de l'infirmité du XVIe au XXe siècle.
- Blanc, C. (2008). Le handicap ou le désordre des représentations. Armand colen. 21 Rue du montparnasse. 75006.
- Bonicel, M-F., (2012). Le handicap au chevet de l'humain. Erès « VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA ». (2012/3 n° 115), p 60 – 66.
- Bonnet A, et al. (2014). Atteinte corporelle, altération fonctionnelle et altération de l'image du corps chez la personne âgée amputée. Le cas de Mme B., 85 ans. In M. Poussin, Anna Galiano, psychologie clinique du handicap : 13 études de cas. In Press, Concept psy, 309-340.
- Gaucher, M. et (2015). *Handicap et changement social*. RIIPH. Revue de développement humain, vol 21, n°2.
- Boucher, N. et al (2004). *Développement Humain, Handicap et changement social*. Revue internationale sur les concepts, les définitions et les applications, (Volume 13, numéros 1-2 Octobre 2004).
- Boucher, N. (2019). De manière singulière et d'usage inclusif. Représentations sociales, Transport collectif et interrelations entre handicap, territoire et environnement. *Recherches sociographiques*, 60(1), 139–168. <https://doi.org/10.7202/1066157ar>.
- Dumont, H. (2015). Handicap, territoire et environnement. Analyse des représentations sociales à l'égard des personnes ayant des différences fonctionnelles dans le développement d'un transport collectif inclusif dans la ville de Québec.
- Bourguignon. (2007). Au cœur des groupes de bas statut : la stigmatisation.
- Breton Y. (2005). Approche du trouble du comportement, l'enfance et l'adolescence par gros temps. Edition Champ social.
- Bron, C. (2008). *Intégration d'enfants en situation de handicap en classe enfantine ordinaire : quelles pratiques professionnelles ?* Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme HES d'éducatrice sociale.
- Bugeja-Bloch & Couto. (2021). Les méthodes quantitatives. Que sais-je ? Presse universitaire de France. Boulevard du Montparnasse.

- Calvez, M. (1994). Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité. *Sciences sociales et santé*, vol. XII, n° 1, mars 1994.
- Viaux-Savelon et al. (2017). *Handicap Moteur, Maladie rares et Marternalité* : une revue de la littérature. Dans *médecine et hygiène (devenir)*, vol 29. p.307-325.
- Charles-Fontaine (2005). [Stratégies pour l'emploi des personnes handicapées : construction du handicap dans les discours d'une entreprise]. Thèse de doctorat en Sciences du Langage. Université Sorbonne nouvelle, Paris III.
- Chenet (2013). Favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap moteur en créant une offre inclusive de logement. *Euro DIR*.
- Chiland, C. (2022). A propos de la négation (Freude, 1925).
- Chollet M., (2018). *Sorcières. La puissance des femmes*. Paris, la découverte.
- Cholley-Gomez, M. (2020). Évaluer la participation sociale de jeunes drépanocytaires. Recherche transdisciplinaire et adaptation des outils de recueil de données MHAVIE et MQE au contexte socioculturel de la Guadeloupe. *Aequitas*, 26(2), 43–64. <https://doi.org/10.7202/1075205ar>.
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. Presses Universitaires de France. « *Journal de la psychanalyse de l'enfant* » 2012/2 Vol. 2 p. 397 – 433
- Cloutier, N.(2019). Optimiser l'accès aux soins de santé dans les services d'urgences pédiatriques : une voie d'accès rapide pour les enfants présentant un problème respiratoire aigu. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 2(2), 1–14. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1041>.
- Collin, S.(2022). Accès aux services de santé en français et gouverne en réseau : différentes représentations et stratégies d'action. *Revue Gouvernance / Governance Review*, 19(2), 1–24. <https://doi.org/10.7202/1094074ar>.
- Consoli, F (2006). Le moi-peau. « Le moi-peau ». *M/S : médecine sciences*, 22(2), 197–200.
- Cooroman-Guittin (2020). Catéchèse et théologie du handicap. Ouvrir des chemins d'amitié au-delà des barrières de la déficience. Pub, presse universitaire de Louvain.
- Cormanski, A. (2015). *Oser le corps*.
- Dassa, S.K. (2009). Les perceptions collectives des enfants et adolescents handicapés mentaux en Afrique de l'Ouest. Le cas du Togo. Elsevier Masson, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.
- Suarez-Labat et al. (2019). Enjeux et travail de frontière : approche métapsychologique des limites

- Pachoud, B. (2017). Les accompagnants à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique au sein des ESAT de transition Messidor. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 155–171.
<https://doi.org/10.7202/1041921ar>.
- De Sardan O & Jaffré. (1999). *La construction sociale des maladies*. Paris, presse universitaire de France.
- De Viccenfo, M. (2017). Souffrances dans les liens et processus sans sujet. *Esprit du temps*. « Corps et psychisme », N° 71, p.97-108.
- Débordeaux, D. (1994). Désaffiliation, disqualification, désinsertion.
- Declercq E., (2018). [*Clinique de l'humanisation à l'épreuve des traumatismes extrêmes cumulés à l'exil. De la torture déshumanisante à une psychanalyse de la réhumanisation*]. Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation. *Université catholique de Louvain*.
- Dejours.(2009). Corps et psychanalyse. John Libbey Eurotext. « *L'information psychiatrique* » 2009/3 Volume 85 p.227-234
- Dejoux (2015). *Les difficultés d'accès à l'environnement. Un frein lors de la transition vers l'aga adulte des jeunes reconnus « handicapés »*. Edition presses de science po. Dans AGORA débats jeunes, n°71, p. 69-82.
- Delaporte (2002). *Le corps et la parole des mutilés de la grande guerre*. Presses Universitaires de France « *Guerres mondiales et conflits contemporains* » 2002/1 n° 205 | pages 5 à 14
- Deschamp,D. (1997). *Psychanalyse et cancer. Au fil des mots...un autre regard*. L'Harmanttan.
- Di méo (2010). Subjectivité, socialité, spatialité : le corps, cet impensé de la géographie. Armand Colin « *Annales de géographie* ». 2010/5 (n° 675). P. 466 à 491
- Diop, I. (2012). *Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale*.
- Dompnier B. & Pansu P. (2010). Norme d'internalité et unités d'analyse : pour une rédefinition de statut de la mesure dans l'étude des normes sociales de jugements. Presses universitaires de Grenoble « *Revue internationale de psychologie sociale* » Tome 23 p. 63 – 89
- Du Breucq (2020). [*Auto-stigmatisation dans les troubles psychiques sévères et persistants*]. Thèse de doctorat en psychologie et en biologie des organismes des organismes-population et interaction, université Claude Bernard-Lyon 1.
- Duffé, B-M. (2009). Le caractère insatisfaisant d'une approche strictement pathologique du handicap. Edition Cerf, « *revue d'éthique et de théologie morale* », n° 256, p. 95-109.

- Ebersold, S. (2002). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale.
- Ebersold, S. (2002). Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : Du désavantage à la participation sociale.
- Etienne M. (2010). La mondialisation d'accompagnement. Une démarche au développement durable. Québec, édition Quae.
- Falconer, J. & Quesnel-Vallée, A. (2014). Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*, 55(3), 511–529. <https://doi.org/10.7202/1028377ar>.
- Falzon et al (2014). Ergonomie Et développement pour tous. Actes du congrès à la 49 ème congrès de la société d'ergonomie de langue française.
- Finkielkraut & Hanus (2008). *Il y a quelque chose à dire en faveur de la honte*. Cahier d'Etudes Lévinassiennes, n°7.
- Fougeyrollas, P. (2015). Handicap, environnement, participation sociale et droits humains : du concept d'accès à la mesure.
- Fougeyrollas, P. (2006). Handicap et environnement : objets, espaces et territoires accessibles et utilisables pour tous. RIPPH.
- Fougeyrollas, P. & Dumont, C. (2009). Construction identitaire et résilience en réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), 22–26. <https://doi.org/10.7202/045023ar>.
- Fougeyrollas, P. & Roy, K. (1996). Regard sur la notion de rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 45(3), 31–54. <https://doi.org/10.7202/706736ar>.
- Fougeyrollas, P. (2011). Conjuguer ouverture des possibles au temps de l'incertitude. *Développement Humain, Handicap et Changement Social* 19(1), 15–24. <https://doi.org/10.7202/1087259ar>.
- Fougeyrollas, P. (2018). Pour finir avec le processus de production du handicap. Mettre en œuvre l'équité et vivre la vulnérabilité.
- Fougeyrollas, P. et Blouin, M. (1989). Handicaps et technologies. *Anthropologie et Sociétés*, 13(2), 103–113. <https://doi.org/10.7202/015079ar>.
- Fougeyrollas, P. (2015). Handicap, environnement, participation sociale et droits humains : du concept d'accès à sa mesure. *Développement Humain, Handicap et Changement Social*, 5–28. <https://doi.org/10.7202/1086792ar>.
- Fougeyrollas, P. (2019). Réflexion critique sur la notion d'accessibilité universelle et articulation conceptuelle pour le développement d'environnements inclusifs.

Développement Humain, Handicap et Changement Social, 25(1), 161–175.
<https://doi.org/10.7202/1085774ar>.

Fougeyrollas, P. (1986). Processus de production du handicap et lutte pour l'autonomie des personnes handicapées. *Anthropologie et société*, vol. 10, n°2, p. 183-186.

Fréchet, G & Lanctot, P. (2003). Pauvreté, inégalité et exclusion sociale au Québec. In. *Santé, société et solidarité*. N°1. p. 21-34.

Gardiula, M. (2016). Handicap, figure de stigmatisation. Ères, « *clinique méditerranéennes* », n°94, p.125-138.

Gardou C. (2005). Fragment sur le handicap et la vulnérabilité, pour une révolution de la pensée et de l'action.

Gardou C. (2001). Enjeux et dérives de la relation aux personnes en situation de handicap. *Spirale*. « *Revue de recherche en éducation* ».

Gardou C., (2011). *Dans une perspective inclusive, penser autrement le handicap*. Ères, dans *VST-vie sociale et traitement* (N°11), p. 18-25.

Gardou C., (2017). *Le handicap aux risques de cultures. Variation anthropologique*, édition ères.

Gardou C., 1997. Les personnes handicapées exilées sur le seuil. *Revue européenne du handicap mental*, vol4, n°14, p. 6-17.

Gardou C., 2006. Handicap, corps blessé et cultures. *Association recherches en psychanalyse*, n°6, p. 29-40. Assude et Calmet., 2014. *Handicaps simulés : un outil de formation*. Dans *Adresse/Cirnef*, vol.47, p.11-36.

Gardou C. (2001). Enjeux et dérives de la relation aux personnes en situation de handicap. In: *Spirale*. « *Revue de recherches en éducation* ». *Les enfants différents, une chance pour l'école ?* n°27, 2001. pp. 125-133;

Garnier B (2019). *Comment écrire une thèse de sciences de l'éducation ?* Doctorat France. Goffman (1963). *Stigmate, les usages sociaux du handicap*.

Goffman E., 1975, *Stigmates. Les usagers sociaux des handicaps*, dition de minuit, coll. *Le sens commun*.

Gori, R. (2006). La construction du trouble comme entreprise de normalisation. Ères : « *la lettre de l'enfance et de l'adolescence* ». Vol. n° 66, p.32-41.

Gourinat V., (2018). *Du corps reconstitué au corps reconfiguré. Pour une compréhension éthique de l'appareillage prothétiques à l'ère du techno-enchantement*. Thèse de doctorat ès Sciences de la vie, faculté de médecine de l'université de Lausanne.

- Gourinat V., 2015, le corps prothétique : un corps augmenté ? Edition de cerf « revue d'éthique et théologie morale », n° 286, p. 75-88 .
- Grenier, Y. et al. (2015). Participation des personnes en situation de handicap à la gouvernance locale. *Développement Humain, Handicap et Changement Social* / 29–65. <https://doi.org/10.7202/1086793ar>.
- Gronier G., (2007). Catégorisation et stéréotypes en psychologie sociale. Guillaumin, J. (1978). L'étayage et le désir d'objet dans la création. In: *Bulletin de psychologie*, tome 31 n°336, 1978. L'interprétation psychanalytique des oeuvres. pp. 796813;
- Hamlaoui & Kerbouche, (2021). Du corps à l'enveloppe psychique : l'itinéraire d'une genèse psychique. (Fondement historico-théorique). *Revue de sciences humaines*, vol 32, n°3, p. 741-751.
- Hamonet C. (1992). *Handicapologie et Anthropologie*. Thèse de doctorat, université Paris V, sciences sociales.
- Handicap International, 2011, Rapport provisoire de l'évaluation externe finale du projet sur la promotion du droit à l'éducation pour les enfants en situation de handicap, Lomé, Cabinet CEDES-Afrique.
- Hincant M., (2017). [*Le handicap physique au travail : évolutions, vécus et communication interne. Le cas des travailleurs sportifs et non sportifs*]. Thèse de doctorat en sciences techniques des activités physiques et sportives.
- Hirschauer-Rohmer (2016). [Réactions sociales et jugement social des personnes handicapées physiques. De la perception du handicap aux comportements d'embauche]. Thèse de doctorat en psychologie, université de Strasbourg 1.
- Hivar, C. (2021). Différences et monde commun ; le sujet éthique dans l'aide instituée. Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 14 décembre 2021.
- Jacquet, M-M.(2000). Figuration projective du moi-peau au test du village. Propositions d'ouvertures thérapeutiques. In: *Bulletin de psychologie*, tome 53 n°450, 2000. Didier Anzieu, une œuvre en héritage. pp. 733-744;
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. Vol, n°2, p. 185-194.
- Jésus S., 1992. Accessibilités, mobilités et handicaps : La construction sociale du champ du handicap.
- Jodelet (2003). Représentation sociale de la maladie mentale et insertion des malades mentaux. In. *Erès*, hors collection, p.97-113.
- Jourdan-Lonscu C. (2018). Résilience et culture, culture de la résilience. Québec, édition de Trois-Rivières.

- Junker-Tschopp. (2012). Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité ? Perspectives neuro-psycho-motrices. Entretien de psychomotricité.
- Kaës R. (1983). Identification multiple, personne conglomérat, moi groupal. Aspect de la pensée freudienne sur les groupes internes. In: Bulletin de psychologie, tome 37 n°363, 1983. Théorie psychanalytique des groupes. pp. 113-120;
- Karbachi R.. et al. (2009). Environnement et transports dans des contextes différents. Actes du colloque international.
- Korff-Sausse, S. (2005). Un exclu pas comme les autres. Handicap et exclusion. Erès, « *clinique méditerranéenne* », N°72, p.133-146.
- Korff-Sausse, S. (2017). Handicap : une identité entre-deux. Erès.
- Korff-Sausse, S. (2011). L'enfant monstrueux : un fantasme d'adulte, Erès « *Enfances & Psy* », 2011/2 (n° 51), p. 48 – 58.
- Korff-Sausse, S. (1996). Qu'est-ce qu'un handicapé ? Celui qui te fait croire que tu es normal... , Le miroir brisé, Calmann-Lévy, 1996.
- Korff-Sausse, S. (2009). La première demeure. Les traces du prénatal. L'Esprit du temps « *Champ psychosomatique* » 2009/4 (n° 56), p. 183 à 197.
- Korff-Sausse, S. (2011). Le sujet handicapé : un sujet hors-norme?, Martin Média « *Le Journal des psychologues* », 2011/8 (n° 291), p 29 -33.
- Korff-Sausse, S. (2016) *Les cliniques de l'extrême*. Erès (N° 88), pages 54 - 69. « Chimères »
- Laberon, S. (2017). Représentations du « trouble psychique » et adéquation à l'emploi perçue par des employeurs du milieu ordinaire de travail en France. Santé mentale au Québec, 42(2), 133–153. <https://doi.org/10.7202/1041920ar>.
- Laplanche (2014). La pulsion et son objet-source. Son destin dans le transfert. Presses Universitaires de France « *Annuel de l'APF* ». 2014/1 Annuel 2014 | pages 201 à 216
- Lascombes P & Nagels C., (2014). Sociologie des élites délinquants. De la criminalité en Col blanc à la corruption politique. Armand colin.
- Latzko-Toth & Proulx (2000). La virtualité comme catégorie pour penser le social : l'usage de la notion de communauté virtuelle.
- Laufer E., 2005. Le corps comme objet interne. Edition Greupp, n°2 p.2005.
- Ebersold, S. (2013). Construction sociale de la désignation des élèves à « besoins éducatifs particulier » : incidences sur leur scolarisation et sur la formation des enseignants. Elsevier Masson.

- Le Bossé, Y. (2008). L'empowerment : de quel pouvoir s'agit-il ? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. « *Nouvelles pratiques sociales* », 21(1), 137–149.
- Le Breton, D. (2008), *Anthropologie du corps et modernité*, PUF.
- Le Breton, D. (2002), *Signes d'identité : Tatouages, piercings et autres marques corporelles*,
- Le Breton, D. (1999), *L'Adieu au corps*, Paris, Métailié. Meidani, A. (2007), *Les fabriques du corps*, Presses universitaires du Mirail.
- Le Breton, D. (2010). Ingénieurs de soi : technique, politique et corps dans la production de l'apparence. *Sociologie et sociétés*, 42(2), 139–151.
<https://doi.org/10.7202/045359ar>.
- Le Goff, A. (2013). Identité, reconnaissance et ordre de l'interaction chez E. Goffman. Curapp, pub, p369-390.
- Le Roy, É. (1995). L'accès à l'universalisme par le dialogue interculturel. *Revue générale de droit*, 26(1), 5–26. <https://doi.org/10.7202/1035846ar>.
- Lebel, A. (2008). Lebel, A. (2008). Accroître la fonction contenante des psychothérapeutes par l'expérience de l'observation des nourrissons selon la méthode d'Esther Bick. *Filigrane*, 17(1), 105–120. <https://doi.org/10.7202/018792ar>.
- Lebugle (2018). Stéréotypes de genre et sexisme : principaux registres d'insulter dans les espaces publics. Association Féminin. Masculin recherches « *cahiers du genre* », n°65, p. 169-9-191.
- Leclerc, L. (2020). Le coenseignement et la différenciation pédagogique pour soutenir les besoins spécifiques des élèves à risque, en situation de handicap ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage à l'éducation préscolaire. *Éducation et francophonie*, 48(2), 59–77.
- Leconte, J-J. (2012). Il y a du transfert dans l'air. *Érès « Analyse Freudienne Presse »*. 2012/1 (n° 19), p 81 – 91.
- Lefebvre, H. (2011). Un accompagnement personnalisé d'intégration communautaire en soutien au développement de la résilience : vers un modèle. *Développement Humain, Handicap et Changement Social*, 19(1), 103–109..
- Lizotte, D. & Fougeyrollas, P. (1997). Du droit comme facteur déterminant de la participation sociale des personnes ayant des incapacités. *Les Cahiers de droit*, 38(2), 371–415..
- Lo Monaco & Lheureux (2007). Représentations sociales : théories du noyau central et méthodes d'études. *Revue électronique de psychologie sociale*, 2007, n°, 1, p55-64.
- Lombardi, R. (2009). Le corps dans la séance analytique : étude sur la relation corps/psychisme. In Press | « *L'Année psychanalytique internationale* », 2009/1 Volume 2009 p. 131-157.

- Loubet del Bayle (2000). *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. l'Harmatant.
- Maatouk D. (2016). *Le vécu déshumanisant et le conflit identitaire de sujets amputés à l'adolescence suite à un accident traumatique de guerre*. Thèse de doctorat en psychologie, université du Québec.
- Machado. (2013). *Le bien être subjectif des demandeurs d'emploi en situation de handicap : le rôle de l'estime de soi, du lieu de contrôle et de l'acceptation de leur handicap*.
- Marin C., 2013. *Penser la vulnérabilité*. Les apports de Robert Castel.
- Marquis, N. (2015). *Le handicap, révélateur des tensions de l'autonomie*. Université Saint-Louis. « *Revue interdisciplinaire d'études juridiques* ». Volume 74, p.109-130.
- Mohmoudi (2020). *Discrimination en raison du handicap moteur dans l'accès à l'emploi : une expérimentation en Ile de France* édition TEPP.
- Mouté (2021). *Handicap et vulnérabilités sociales et sexuelles en contexte urbain africain. Le ça de la ville de Yaoundé au Cameroun*. Thèse de doctorat en sociologie, démographique. Université de Paris.
- Ndjabo, M.C. (2018). *L'expérience de l'incapacité motrice à Yaoundé au Cameroun : une analyse des perturbations biographiques*. Thèse de doctorat, université catholique d'Afrique centrale.
- Ninacs, W. A. (1995). *Empowerment et service social : approches et enjeux*. Service social, 44(1), 69–93. <https://doi.org/10.7202/706681ar>
- Omolomo E. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité*. Thèse de doctorat, université du Québec à trois rivières.
- OMS, BM (2011). *Rapport mondiale sur le handicap*.
- OMS. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Genève: OMS; 2001.
- ONU (2006). *Outil sur le handicap pour l'Afrique*. Culture, croyance et handicap.
- Parron, A (2009). *Les trajectoires professionnelles de jeunes adultes en situation de handicap psychique : du milieu ordinaire aux filières adaptées*. Lien social et Politiques, (61), 207–216. <https://doi.org/10.7202/038484ar>
- Perret, et al. (2011). *Troubles des apprentissages et théories implicite de l'intelligence*. De Boeck Supérieur « *Développement* ». N° 8, p.35-42.
- Piché, G. & Hubert, J. (2007). *La construction sociale du handicap : regard sur la situation des jeunes sourds*. Nouvelles pratiques sociales, 20(1), 94–107.
- Pilard, M. (1992). *Les représentations de l'épilepsie*. Médecine d'Afrique Noire.

- Povencher, Y. (2015). La mesure de l'incapacité : un état des lieux. Université Laval.
- Ravaud (2014). Leçon inaugurale de la chaire « Participation sociale et situations de handicap ».
- Ravaud, J ;F. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : la question du sujet.
- Ravaud, J-F & Fougeyrollas, P. (2005). La convergence progressive des positions franco-québécoises. In : Santé, société et solidarité, Handicap et personnes handicapée n° 2. P. 13-27.
- Raynaud, J. (2013). *L'accès aux soins : des perspectives du territoire aux initiatives des acteurs. Concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durables*. Thèse de doctorat en géographie et aménagement du territoire. Université Paul Valéry, Montpellier 3.
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique. Dans John Libbey Eurotext, « l'information psychiatrique ». Volume 85, p.247-254.
- Revillard A., (2029). L'expérience sociale du handicap. OSC paper N° 2019-2.
- Richard (2022). *L'influence de l'amputation d'un ou deux membres inférieurs sur l'estime de soi et l'image corporelle des patients par rapport à ce qui est observé chez des individus non amputés*. Mémoire scolaire institut Régional de Formation aux Métiers de Rééducation et Réadaptation.
- Richard, R. (2012). L'expérience sportive du corps en situation de handicap : vers une phénoménologie du fauteuil roulant. De Boeck Supérieur « Staps ».2012/4 n°98 p. 127 – 142
- Richardier, J.-B. (2019). Intervention – 8 novembre 2016 : urbanisation généralisée : menaces et opportunités sur le « vivre ensemble ». Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change, 25(1), 11–15. <https://doi.org/10.7202/1085764ar>.
- Riedmatten, et al. (2003). Comprendre le handicap : du regard à l'action. Hommes et terre du monde.
- Rochat, L. (2008). Les conceptions et modèles principaux concernant le handicap.
- Roghe G., 2013. Le corps inachevé. Phénomène de la dépersonnalisation et psychanalyse de l'entre. Presses universitaires de France « *Revue française de psychanalyse* », vol. 77, p. 997-1007.
- Rondal & Compblain (2001). Manuel de psychologie des handicaps. Sémiologie et principes de remédiation. Mardaga.
- Rousseau. S. (2011). Les facteurs de protection individuels, familiaux et environnementaux qui favorisent la résilience. Erudit, vol n°1.

- Sauvageau, A.(2021). Analyse philosophique des ressemblances entre l’approche du rétablissement et le Modèle de développement humain et du Processus de production du handicap. *Aequitas*, 27(2), 9–28. <https://doi.org/10.7202/1083754ar>.
- Scelles R. et al. (2016). *Naitre, Grandir, Vieillir avec un handicap. Transition et remaniements psychiques*. Erès, Toulouse.
- Scelles R. et al. (2012). *Honte et culpabilité dans la clinique du handicap*. Toulouse, édition Erès.
- Scelles S. & Korff-Sausse S. (2011). Empathie, handicap et altérité. Martin Média « *Le Journal des psychologues* », (n° 286), p. 30 – 34.
- Schilder P. (2017). *L’image du corps*. Edition électronique.
- Schurman M-N. , (2000). Corps social, métaphore du corps humain. D’une perspective positiviste compréhensive. In perspectives soignantes. « *Prendre soin dans le monde* ». Arslan, p. 143-156.
- Smadja C., 2011. Le travail de psychisation du corps. « *revue française de psychosomatique* », n°39, p. 147-161.
- Sternis, C. (2014). Image du corps, handicap et symbolisation. Martin média : « *Le journal des psychologues* ». N°316, p.40-49.
- Fougeyrollas, P. (2008). Allier le soin infirmier et la réadaptation : un modèle de pratique caring-processus de production du handicap peut-il faire la différence ? Association de recherche en soins infirmiers. Vol (n° 95), p. 70-78.
- Stiker & Ravaud (2000). Modèles d’inclusion et d’exclusion à l’épreuve du handicap. 2^{ème} partie : topologie des différents régimes d’exclusions repérables dans le traitement social du handicap. « *Handicap-revue des sciences humaines et sociales* », p.1-17.
- Stiker, H-J (2011). Brèves réflexions sur anthropologie et psychanalyse dans le domaine du handicap. *Le Carnet PSY* « *Le Carnet PSY* ». 2011/9 (n° 158) p. 32 à 36.
- Stiker, H-J, (1982), *corps infirme et sociétés*.
- Stiker, H-J. (2007). Pour une nouvelle théorie du handicap. La liminalité comme double. *L’Esprit du temps* « *champ psychosomatique* », vol n° 45, p. 7-23.
- Stiker, H-J. (2017). *La condition handicapée*. La documentation française.
- Stricker H., C. (2001). Le corps et l’esprit : représentations sociales de la vieillesse. *Frontières*, 13(2), 27–30. <https://doi.org/10.7202/1074452ar>
- Tchokote, E. (2020). Handicap moteur et capacités de résilience chez l’adulte camerounais : enjeux des représentations culturelles. *Revue québécoise de psychologie*, 41(2), 27–44. <https://doi.org/10.7202/1072285ar>

- Tehel, A. (2021). (Re)construire un corps hors-normes: perspective communicationnelle de la fabrication Do It Yourself de soi. Thèse de doctorat, université de Rennes 2.
- Thiendella Fall, O. et al. (2019). Regard sur l'aspect « inclusif » d'une ville africaine : le cas de Dakar. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 25(1), 23–34.
<https://doi.org/10.7202/1085766ar>.
- Thomas, R. (2008). Les trajectoires de l'accessibilité. Edition, À la Croisée.
- Tremblay, S. & Loiselle, C. (2016). Handicap, éducation et inclusion : perspective sociologique. L'inclusion des étudiants en situation de handicap au postsecondaire : besoins, défis et enjeux. Vol 44, n°1, printemps.
- UNESCO, 2003, Vaincre l'exclusion par des approches intégratrices dans l'éducation : Un défi une vision, Paris, Division de l'éducation de base.
- Vanderstraeten (2015). Définir, c'est exclure ; le cas du handicap. Université Saint-Louis : « *revue interdisciplinaire d'études juridiques* ». Volume 74, p.91-108.
- Ville et al. (2003). Les désignations du handicap. Des incapacités déclarées à la renaissance administrative. « *revue française des affaires sociales* ». p.31-53.
- Virgoulay R., (1986). Phénoménologie du corps et théorie de la résurrection. In. « *Revue des sciences religieuses* ». Tome 54, fascicule, p. 323-336.
- Vollon, et al. (2015). Mise en groupe, psychose et porosité des enveloppes psychiques. *Eres «Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* ». Vol n°64, p.203-214.
- Wiancé, M. (2008). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001.
- Wiancé, M. (2019). Histoires de normes. Articuler récits biographiques et analyses des processus de normalisation par les sciences sociales.
- Wiancé, M. & Ravaud, J-F. (2010). Le handicap, positionnement politique et identité subjective. Le cas des pays anglo-saxons. Presses Universitaires de France. « *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* »
- Winnicott, 2016. Le destin de l'objet transitionnel. Presse universitaire de France, vol. 6, p.17-24.
- Wollast, et al. (2020). Percevoir son corps à travers le regard d'autrui : une revue de la littérature sur l'auto-objectivation. Presses universitaires de France « *L'Année psychologique* ». Vol. 120, p.321-347.
- Zarka (2016). La marchandisation du corps humain : réalité du corps fétichisé. Presses Universitaires de France « *Cités* » 2016/1 (N° 65), p. 33-40

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIAL
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...116...../22/UYI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **ZOBO ONONO Zachée**, Matricule 20V3439 est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, Option : *Handicap Social et Conseil*.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction de Pr. MGBWA Vandelin. Son sujet est intitulé : « *Construction sociale de la désignation des élèves à besoins éducatifs particuliers et incidence sur leur socialisation : cas des non ou malentendants* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le 17 JUIL 2022...

Pour le Doyen et par ordre

ANNEXE 2 : AUTORISATION DE STAGE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIAL
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...445.../22/U/YI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE STAGE

Je soussigné, Professeur BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant ZOBO ONONO Zachée, Matricule 20V3439 est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Éducation, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, Option : *Handicap Social et Conseil*.

L'intéressé doit effectuer son stage en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction de Pr. MGBWA Vandelin. Son sujet est intitulé : *« Construction sociale de la désignation des élèves à besoins éducatifs particuliers et incidence sur leur socialisation : cas des non ou malentendants »*.

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le... 27/11/2022...

Pour le Doyen et par ordre

ANNEXE 3 : AUTORISATION DE COLLECTE DES DONNEES



Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LÉGER
Cardinal Paul Emile LÉGER National Centre for the Rehabilitation of Persons with Disabilities
B. P. 1586 Yaoundé Tél. : (237) 262 62 70 43 P. O. Box Phone E mail
cnrhyaounde@yashos.fr - cnrh@cnrh.info Site Web : www.cnrh.cm Secdealpcnrph@gmail.com
Web Site



DIRECTION GENERALE

GENERAL DIRECTORATE

DIRECTION DE L'ÉDUCATION, DE L'APPRENTISSAGE
ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

DEPARTMENT OF EDUCATION, APPRENTICESHIP AND
PROFESSIONAL TRAINING

N°2023/296/CNRPH/DG/CT/gms

Yaoundé, le 20 MARS 2023

Réf : V/L n°416/22/UYI/FSE/VDSSE du 27 février 2023

LE DIRECTEUR GENERAL
THE GENERAL MANAGER

à/to

Monsieur ZOBO ONONO Zachée
Étudiant en Faculté des Sciences de l'Éducation
L'Université de Yaoundé I
Téléphone : 698 56 65 61

-YAOUNDE-

Objet: Votre demande de collecte de données

Monsieur,

En accusant réception de votre correspondance de référence dont l'objet est repris à la marge et eu égard à votre thème de recherche qui porte sur « **Construction sociale chez la personne en situation de handicap et reprise du Moi-peau.: cas de la personne en situation de handicap moteur** »,

J'ai l'honneur de vous faire connaître que je marque mon accord pour la réalisation de cette collecte de données au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LÉGER (CNRPH), pour la période d'un mois, allant du 20 mars au 20 avril 2023.

Sur le plan pratique, vous devrez vous acquitter au préalable des frais de recherches d'accompagnement et d'appui institutionnel de 5 000 (cinq mille) FCFA. Par ailleurs, à votre arrivée, vous prendrez l'attache de la Cellule de la Planification, de la Coopération et de la Recherche, au Bâtiment N°7, 1er étage, pour une meilleure organisation de votre séjour au sein du Centre.

Sur le plan technique, la collecte de données sera placée sous la coordination de la Direction de l'Éducation, de l'Apprentissage et de la Formation Professionnelle et le suivi proximité des Services SESI et SAFRP.

Sur le plan sanitaire, vous devez produire l'original de votre examen diagnostique récent à l'infection à la Covid-19 (document signé au plus 48 heures avant la date du début du stage). Durant votre séjour au Centre, vous êtes tenu au respect des mesures barrières édictées par le Gouvernement.

Veillez croire, *Monsieur*, à l'assurance de ma considération distinguée.

Copie :

- DGA
- CT
- CPCR
- SESI
- SAFRP



LE DIRECTEUR GENERAL
[Signature]
Zachée Onono Zobo

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
RESUME.....	iv
ABSTRACT	v
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	vi
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	viii
0. INTRODUCTION GENERALE.....	9
0.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE.....	9
0.1.1. <i>Contexte de l'étude</i>	9
0.1.2. <i>Justification de l'étude</i>	13
0.2. FORMULATION DU PROBLEME.....	15
0.2.1. <i>Constat théorique</i>	15
0.2.2. <i>Positionnement du problème</i>	17
0.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	18
0.3.1. <i>Question principale de recherche</i>	18
0.3.2. <i>Question de recherche secondaire</i>	18
0.4. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	19
0.4.1. <i>Objectif général</i> :.....	19
0.4.2. <i>Objectif spécifiques</i>	19
0.5.1. <i>Originalité</i>	19
0.5.2. <i>Pertinence de l'étude</i>	22
0.6. DELIMITAION CONCEPTUELLE DE L'ETUDE ET EMPIRIQUE.....	25
0.6.1. <i>Délimitation conceptuelle</i>	25
0.6.1.1. <i>Point de vue des auteurs</i>	25
0.6.1.2. <i>Délimitation spatiale</i>	27
0.6.1.3. <i>Délimitation conceptuelle</i>	27
0.6.1.3.1. <i>Expérience sociale du handicap</i>	27
0.6.1.3.2. <i>Moi-corps</i>	30
0.6.1.3.3. <i>Amputation/ effraction corporelle</i>	31
CHAPITRE I : SUBJECTIVITE ET HANDICAP	33
1.1. APPROCHE CORPS.....	33

1.1.1.	<i>Discours sur corps : une variation de contexte</i>	33
1.1.2.	<i>Phénoménologie du corps altéré</i>	35
1.1.3.	<i>Schéma corporel et image du corps</i>	37
1.2.	SURVENUE D'UN HANDICAP AU COURS DE LA VIE : UN EVENEMENT TRAUMATIQUE	39
1.2.1.	<i>Aperçue sur les notions de Traumatisme, trauma et traumatique</i>	39
a)	<i>Traumatisme comme effraction</i>	40
b)	<i>De l'effraction corporelle et psychique</i>	41
1.2.1.	<i>La douleur du handicap comme obstacle à la participation social</i>	43
1.2.2.	<i>L'auto-stigmatisation à l'épreuve du handicap</i>	44
1.2.3.	<i>Handicap et limitation de l'autonomie</i>	46
1.3.	DEVENIR EN SITUATION DE HANDICAP : UNE SOCIALISATION PROBLEMATIQUE	47
1.3.1.	<i>Stratégies de dissimulation à l'épreuve du handicap</i>	47
1.3.2.	<i>Statut spécifique de la personne amputée</i>	49
1.4.	LA REPRISE DU MOI-CORPS	51
1.4.1.	<i>Corps et psyché : un lien étroit</i>	51
1.4.2.	<i>Des enveloppes psychiques dans la figuration du Moi-corps</i>	54
1.4.3.	<i>Moi-corps et enveloppes psychiques : métaphores ou structures psychiques ?</i>	56
1.4.4.	<i>Handicap et symbolisation</i>	57
1.4.4.1.	<i>Le symbole</i>	57
1.4.4.2.	<i>Processus de symbolisation selon Roussillon(2014)</i>	58
	CHAPITRE 2 : HABITER SON CORPS ET INTERAGIR AVEC LE MONDE	61
2.1.	COMPRENDRE LA SITUATION DE HANDICAP	61
2.1.1.	<i>Handicap : de la course aux chevaux, à l'infirme puis à la situation de handicap</i>	61
2.1.2.	<i>Handicap entre nature et processus</i>	64
a)	<i>Approche biomédicale du handicap ou curatif des années 70</i>	64
b)	<i>Modèle social ou alternatif des années 80</i>	65
c)	<i>MDH-PPH une approche vers l'inclusion 2018</i>	68
2.1.3.	<i>La participation sociale des PSH, entre habitude de vie et facteurs environnementaux</i> ...	71
2.2.	HANDICAP ET SOCIETE	72
2.2.1.	<i>Normativité sociales comme facteurs de production des situations de handicap</i>	72
2.2.2.	<i>Handicap : inquiétante étrangeté ou miroir brisé !</i>	75
2.2.3.	<i>Altération du corps : un regard social problématique</i>	77
2.3.	HANDICAP ET MENTALITE	78

2.3.1. Pouvoir des insultes sur le vécu de la personne en situation de handicap.....	78
2.3.2. Chercher à comprendre ce qui étonne : handicap et culture	80
2.3.3. Désignations du handicap et stigmatisation.....	82
2.4. PENSER D'AUTRES FORMES DE PROCESSUS DE PRODUCTION DE HANDICAP	84
2.4.1. Handicap comme défaut d'accessibilité	84
2.4.2. Handicap et média	87
2.4.3. Théories du handicap	88
2.4.3.1. Goffman et le stigmaté.....	88
1.5.2. Murphy et la liminalité	90
2.5.3. Handicap, une double liminalité selon Stiker.....	95
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE	99
3.1. RAPPEL DU PROBLEME ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	99
3.1.3. Questions spécifiques	100
3.2. HYPOTHESE DE L'ETUDE.....	100
3.2.1. Variables de l'hypothèse générale	100
3.2.1. Hypothèse de recherche spécifique	105
3.3. TYPE DE RECHERCHE.....	105
3.4. CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION DE L'ETUDE	106
3.4.1. Participants à l'étude	106
3.4.1.1. Choix des participants	106
3.4.1.2. Critères d'inclusion	107
3.4.1.3. Critères d'exclusion.....	107
3.5. OUTILS DE ET TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES	108
3.5.1. Entretien semi-directif.....	108
3.5.2. Outil de collecte de données : le guide d'entretien.	109
3.5.3. Présentation du guide.....	109
3.6. SITE D'ETUDE	110
3.6.1. Le Ministère des Affaires Sociales	110
3.6.1. Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées : lieu d'origine.....	112
3.6.2. Justification du choix du site de l'étude	112
3.7. DEMARCHE DE COLLECTE DE DONNEES	113
3.7.1. Le recrutement de la population d'étude par les tiers.....	113
3.7.2. Déroulement des entretiens	114
3.7.2.1. Technique d'analyse des données.....	115

3.7.3. <i>L'analyse de contenu</i>	115
3.7.4 <i>Catégories d'analyse</i>	117
CHAPITRE 4 : PRESENTATION ET ANALYSES DES DONNEES	120
4.1. DONNEES IDIOGRAPHIQUES DES SUJETS	120
4.1.1. <i>Cas de Pasto</i>	120
4.1.2. <i>Cas Teacha</i>	123
4.1.3. <i>Cas du M. Sergent</i>	125
4.1.4. <i>Cas du Général</i>	127
4.1.5. <i>Cas de Mbog-Mbog.</i>	130
4.2. ANAYSE DES DONNEES DE L'ETUDE	132
4.2.1. <i>Les facteurs individuels ou personnels du PPH</i>	133
4.2.2. <i>Environnement socioculturel</i>	143
CHAPITRE 5 : INTERPRETATIONS DES RESULTATS, PERSPECTIVES ET DISCUSSION... 159	
5.1. RAPPEL DE THEORIQUES.....	159
5.2. INTERPRETATION DES DONNEES.	162
5.2.1. <i>Les facteurs personnels comme PPH</i>	168
5.2.2. <i>Déterminants socioculturels du PPH</i>	172
5.2.3. <i>HRS 3: Environnement physique comme PPH</i>	174
5.3. DISCUSSION	183
5.4. SUGGESTIONS ET PERSPECTIVES.....	191
5.4.1. <i>Société</i>	191
5.4.2. <i>Etat</i>	192
CONCLUSION	196
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	199
ANNEXES	212
TABLE DES MATIERES.....	216