

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

\*\*\*\*\*

LABORATOIRE DU DÉVELOPPEMENT  
ET DU MAL-DÉVELOPPEMENT



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

LABORATORY OF NORMAL AND  
ABNORMAL DEVELOPMENT

**LIEN ET SENTIMENT DE RÉIFICATION DANS  
L'INVESTISSEMENT D'UN CORPS FAMILIAL VICTIME  
D'UNE DÉFICIENCE MOTRICE ACQUISE**

**Mémoire rédigé et soutenu publiquement le 24 octobre en vue de l'obtention du Master  
en Psychologie**

**Spécialité : Psychopathologie et clinique**

*Par*

**TCHINDA SAMA JUDICAEL**

*Licencié en psychologie*

**16E877**

**JURY**

**Président** : MAYI MARC BRUNO (Pr), Université de Yaoundé 1

**Rapporteur** : NOUMBISSIE Claude Désiré (MC), Université de Yaoundé 1

**Membre** : BITOGO JOSEPH BLAISE (CC), Université de Yaoundé 1



**Octobre 2024**

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de l'Université de Yaoundé I n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À

**Ma Feu Mère LANDO DJEATSA Suzanne**

# SOMMAIRE

DEDICACE .....	II
REMERCIEMENTS .....	III
RESUME.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE .....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	6
CHAPITRE 2 : HANDICAPE, ET INSTITUTION MEDICALE .....	29
CHAPITRE 3 : ANCRAGE THÉORIQUE .....	63
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE .....	89
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	90
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	116
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	149
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	163
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	168
ANNEXE .....	vii
TABLE DES MATIÈRES .....	XXXIV

## REMERCIEMENTS

Par ces lignes nous tenons à manifester notre profonde gratitude :

Au Pr Claude Désiré NOUMBISSIE, pour nous avoir guidés et soutenu tout au long de cette recherche. Nous vous remercions particulièrement pour votre disponibilité, votre écoute, votre patience et vos encouragements ;

Au Pr Chandel EBALE MONEZE, Chef de Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, pour avoir donné son autorisation à cette recherche ;

À toutes les familles qui ont accepté de participer à cette recherche, en témoignage de leur accueil et du temps qu'elles nous ont consacré ;

À monsieur Alexandre Manga, Directeur Général du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) Cardinal Paul Emile Leger pour nous avoir permis de collecter les données auprès de son institution ;

Au Dr Guy-Bertrand Ovambe Mbarga, pour ses encouragements et multiples soutiens tout au long de cette recherche ;

À Mr Serge Mengue Assila Mari pour ses encouragements et multiples soutiens tout au long de cette recherche ;

À Mr Boris Goula Tojuin pour son regard critique ;

À Eléonor Watio Tatsa, Christelle Dores Watio Djatsa, Pauline Tessa, Djoua Leyenou, Gaberdine, ainsi que le groupe Solidarité Sans Frontière pour le soutien qualitatif apporté ;

À tous ceux qui de près ou de loin ont apporté une idée à la réalisation de ce travail ;

## LISTE D'ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

- ACVC** : Accident de la Vie Courante ;
- APSYFA** : Association Psychanalytique des Thérapeutes Familiaux d'Aquitaine ;
- AVP** : Accident de la Voie Publique ;
- CIF** : Classification Internationale du fonctionnement du Handicap et de la Santé ;
- CNRPH** : Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées ;
- DMA** : Déficience Motrice Acquise ;
- EDS-MICS** : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples ;
- NASDAB** : National Amputee Statistical Data base ;
- OCDE** : Organisation des Coopération et de Développement Économique ;
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé ;
- PUF** : Presse Universitaire de France
- PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- UNICEF** : Fond des Nation Unies pour l'Enfant.
- UYI** : Université De Yaoundé I ;
- CNRH** : Centre National de Réhabilitation des Handicapées ;
- CRY** : Centre de Rééducation de Yaoundé ;

## RÉSUMÉ

Ce travail, s'intitule : « Lien et sentiment de réification dans l'investissement d'un corps familial victime d'une déficience motrice acquise ». Il part du fait que les personnes victimes de handicap en générale et de déficience motrice acquise en particulier, font l'objet d'un sentiment d'instrumentalisation, de négligence, et de souffrance psychique marquée qui altère leur intégrité psychique et l'espace de relation auquel ils appartiennent, pour dégager le constat selon lequel face à la souffrance générée par l'atteinte et le vécu de l'atteinte du corps, les personnes victimes de déficiences vivent un choc, de la détresse, éprouvent des douleurs corporelles, répriment leurs émotions, utilisent des logiques positives pour faire face à la situation et surtout rassemble autour d'eux les membres de leur famille et les personnes avec qui ils partagent des affinités, pour établir un espace de réassurance. Or d'après les approches théoriques sur l'image du corps familial des personnes en souffrance, cet espace face à la détresse puise dans l'espace du corps familial les ressources nécessaires pour palier au sentiment de désêtre qui y survient, limitant ainsi le sujet et ses espaces à son seul espace familial or il est également l'auteur et le produit des multiples liens inter et intrapsychiques, inter et intra-groupale ; soulevant par là le problème de la participation de l'autre du lien au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial victime de déficience motrice acquise. Ce qui nous amène à savoir comment, dans un contexte marqué par le sentiment de réification et la déficience motrice acquise le corps familial est-il investi ?

Cette interrogation, nous a fait parvenir à l'hypothèse selon laquelle, dans un contexte marqué par un sentiment de réification du corps et par une déficience motrice acquise, le corps familial fait l'objet d'un surinvestissement libidinal étayé sur l'autre de la relation au corps familial. Ainsi, notre objectif a été de comprendre à partir du lien, la participation de l'autre de la relation au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial.

Pour atteindre cet objectif, nous avons fait appel à la méthode clinique pour investigation. Par cette méthode, les données ont été collectées sur la base des entretiens semi-directifs et du test de dessin de la maison de rêve auprès d'une population déficiente motrice acquise du CNRPH. Les données ont été traitées par analyse de contenu thématique.

Les résultats nous montrent que dans l'expérience du corps amputé l'espace du corps familial des personnes victimes noue et surinvestissent le lien du corps familial et les liens à l'autre au corps familial, pour éviter un éclatement du noyau, un morcellement du noyau familial. Ils s'appuient sur les retours vécus comme commun, partagé et différent.

**Mots clés** : lien, réification, investissement du corps familial, déficience motrice acquise.

## ABSTRACT

This work is titled: "Link and feeling of reification in the investment of a family body affected by acquired motor deficiency". It starts from the fact that people who are victims of disability in general and acquired motor deficiency in particular, are subject to a feeling of instrumentalization, neglect, and marked psychological suffering which alters their psychic integrity and the relational space to which they belong, to make the observation that in the face of the suffering generated by the attack and the experience of the attack on the body, victims of deficiencies live a shock, distress, experience bodily pains, repress their emotions, use positive logic to cope with the situation and above all rally around them members of their family and people with whom they share affinities, to establish a space of reassurance. However, according to theoretical approaches on the image of the family body, this space in the face of distress draws from the space of the family body the necessary resources to cope with the feeling of disbeing which arises there, thus limiting the subject and their spaces to their sole family space. However, they are also a product of their multiple links, raising the problem of the participation of the other of the link in the family body in the process of overinvestment of the family body affected by acquired motor deficiency. This leads us to question: How, in a context marked by the feeling of reification and acquired motor deficiency, is the family body invested?

This question has led us to the hypothesis that, in a context marked by a feeling of reification of the body and acquired motor deficiency; the family body is the object of an overinvestment of libido based on the other of the relation to the family body. Thus, our objective has been to understand, from the link, the participation of the other of the relation to the family body in the process of overinvestment of the family body.

To achieve this objective, we have used the clinical method for investigation. Through this method, data was collected on the basis of semi-directive interviews and the test of drawing the dream house among the population with acquired motor deficiency of the CNRPH. The data was processed by thematic content analysis.

The results show us that in the experience of the amputated body, the family space of the victim's knots and overinvests the link of the family body and the links to the other in the family body, to avoid a bursting of the nucleus, a fragmentation of the family nucleus. They rely on returns experienced as common, shared and different.

**Keywords** : link, reification, investment of the family body, acquired motor deficiency

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

La capacité à marcher de manière normale est considérée comme l'une des compétences motrices les plus importantes pour l'être humain, car elle est favorable au maintien de la mobilité et de l'indépendance. Dolto (1984), en parlait comme étant la base même de la sublimation, car elle favorise la mobilité et l'autonomie. Cependant, des facteurs tels qu'une déformation fonctionnelle des tissus, une faiblesse musculaire, une perte de sensibilité, la douleur et un contrôle moteur altéré peuvent entraîner des anomalies de la marche et favoriser l'adoption de stratégies compensatoires qui, à long terme, peuvent conduire à une perte d'autonomie Beausoleil (2019). Cette perte d'autonomie peut constituer un handicap qui au Cameroun, fait référence à : « *toute personne dont le développement et l'épanouissement sont entravés par une incapacité physique, psychique ou sensorielle, innée ou acquise, totale ou partielle, temporaire ou définitive* » (Demain, 2007 p.14). Selon (OMS, 2001 p.223) qui elle emploie la notion de déficience pour désigner cette situation, c'est : « *une perte ou une anomalie d'une structure anatomique ou d'une fonction organique. Les fonctions physiologiques incluent les fonctions mentales. Dans ce contexte, le terme d'anomalie est strictement utilisé pour désigner un écart important par rapport à des normes statistiques établies* ». Elle se reconnaît sous plusieurs formes parmi lesquelles la déficience motrice congénitale et/ou acquise. Son impacte réside dans sa capacité à limiter d'un point de vue fonctionnel, viscéral, économique, professionnel la vie des personnes qui en sont atteintes. Au Cameroun, il apparaît que les personnes handicapées soient désignées ou représentées par leurs incapacités avant d'être considérées comme des personnes, des êtres humains souligne Demain (2007), ce qui traduit une forme de réduction, de réification de la personne en situation de handicap. En tant que sujet abordé au Cameroun, cette population est bien présente quand on se fie aux publications du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat RGPH de 2005, à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2011, à celle de INS Cameroun & ICF International, 2020, etc. ce qui explique un effort gouvernemental et scientifique à offrir un cadre à ces populations Demain (2007).

Être un handicapé, c'est être privé de nombreux rapports à la vie sociétale, familiale, professionnelle et psychique dans son ensemble, car un handicapé, vit dans un environnement où la plupart des sujets du groupe se présentent sous un état normal Demain (2007). Face à cet état normal, une déstructuration de soi, une atteinte de l'estime peut s'installer, car les assises narcissiques sont atteintes. Il s'agit surtout d'une situation dans laquelle le patient se sent

démuni, passif, abandonné à son sort et sujet à une souffrance grave qui connaîtra une modularité dépendant de son réseau de lien.

En effet face à la souffrance psychique induite par la situation de déficience motrice acquise, les auteurs comme Cuynet (2005) nous font comprendre que, c'est le tapi narcissique, socle du travail de liaison intra et interpsychique qui est touché, au point de souffrir d'une angoisse de morcellement, d'éclatement du noyau familial ; puisque comme le souligne Kaës, (2013) le sujet est un groupe et pour le cas de Cuynet il est aussi un groupe spécifique, notamment familial. Le groupe familial n'a pas de corps réel, et emprunte à ses membres leurs corps pour alimenter son narcissisme et celui de ses membres. Chaque membre représente un prolongement de ce tapi narcissique et est investi de certitude d'appartenir à un grand corps commun infailible qu'il traîne comme un arrière fond psychique qu'il investit et dont il est investi. Par ce que ce noyau souffre, il tentera de restreindre ses investissements vers le monde extérieur, pour les concentrer sur son corps familial afin de faire face à la froideur de la situation. Se procéder est fait pour renforcer les lignes de sécurité du corps familial, et de palier à l'angoisse de morcellement. Toutefois, le corps familial ne travaille pas uniquement l'énergie intrafamilial, mais également du lien avec l'altérité. Ce que nous tentons d'explorer dans ce travail. C'est-à-dire explorer l'apport du lien à l'autre de la relation au corps familial au surinvestissement de ce corps. D'où notre sujet : « *Lien et sentiment réification dans l'investissement d'un corps familial victime d'une déficience motrice acquise* » dont l'objectif est de comprendre à partir du lien, la participation de l'autre de la relation au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial sujet à une déficience motrice acquise et un sentiment de réification.

La violence que représente une DMA, ainsi que le fait de catégorisation sociale qui vient avec, font d'elle une situation porteuse de représentation douloureuse, qui porte atteinte à la dynamique psychique, en termes de rapport, tant du patient, que de son groupe d'affiliation et de filiation. Alors, il sera question dans ce travail d'apporter les ressources fondamentale et empirique nécessaire à la compréhension de ce sujet. Ce qui, passera par des articulations autour de deux grandes parties constituées de trois chapitres chacune. La première partie qui traite du cadre théorique comprend : la problématique, la revue de la littérature et l'insertion théorique. La seconde partie intitulée cadre méthodologique, est constituée de la méthodologie, de la présentation et l'analyse des résultats et de l'interprétation et la discussion des résultats.

**PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL  
ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE**

Cette partie de notre travail, est construite dans le but de mettre en configuration les différents contenus et leurs représentations ayant servi d'organisateur conceptuel et donc de structure ayant servi de jalon au raisonnement dans ce travail. Nous sommes passé par une démarche inductive pour dégager le problème à l'étude, ce qui a impliqué de passer par une littérature en vue d'obtention des construits théoriques y afférent et capables de mise en sens explicative du phénomène à l'étude. Les concepts issus de ces construit théoriques exigent de procéder par clarification des plus petites unités sémantiques essentiels jalonnant l'objet à l'étude. La clarification de ces concepts, permettra une orientation en ce qui concerne l'entendement qui devra découler de ce travail, ainsi que de l'axe théorique nécessaire à cet entendement. De façon structurée, il sera question, de passer premièrement par une problématique au Chapitre 1, deuxièmement par un cadre conceptuel en lien avec l'enchaînement des idées aux Chapitre 2 et troisièmement par l'insertion théorique sur le problème au Chapitre 3.

**CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE  
L'ÉTUDE**

## Contexte empirique

Quand on se fie aux données statistiques sur la question du handicap dans le monde en générale, le constat le plus manifeste est celui selon lequel il est représenté par plus de 1 milliard de personnes d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette proportion, représente environ 15% de la population mondiale, avec 40% des adultes âgés de 60 ans contre moins de 5% des enfants de moins de 18 ans. Pour note, le handicap est extrêmement varié. Tout comme certaines affections associées au handicap conduisent vers une santé fragile et des besoins de soins de santé importants, soulignons que certaines maladies entraînent au handicap. Au Cameroun, la maladie serait la cause principale du handicap (INS, 2012).

Chez Agefiph (2023), le handicap traduit : *« toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*. Pour sa part et dans le même sens, l'OMS emploiera la notion de déficience pour désigner cette situation comme étant *« une perte ou une anomalie d'une structure anatomique ou d'une fonction organique. Les fonctions physiologiques incluent les fonctions mentales. Dans ce contexte, le terme d'anomalie est strictement utilisé pour désigner un écart important par rapport à des normes statistiques établies »* (OMS, 2001 p.223).

Pour l'OMS, l'INS, c'est un problème de santé publique mondiale car de nombreux obstacles empêchent les personnes handicapées d'accéder aux services de santé et services connexes comme la réadaptation. C'est un problème universel susceptible de toucher tout le monde et qui induit des limitations fonctionnelles avec pour conséquence la pauvreté par faute d'accès à l'éducation. Dans la plupart des cas, elle conduit à une baisse du niveau de vie, particulièrement en âge avancé. En plus, d'après les pronostics, *« Pratiquement tout le monde, à un moment ou un autre de la vie, a une déficience temporaire ou permanente et ceux qui parviennent à un âge avancé connaissent des difficultés fonctionnelles croissantes »* (World Health Organization & World Bank, 2011, p. 1). Ce qui fait du handicap une réalité susceptible d'atteindre toute personne.

En s'intéressant de près à ce qui constitue la prise en charge sanitaire de ces personnes, on constate que, malgré la très grande importance accordée à la santé, nombreuses sont les personnes handicapées dans le monde qui expriment une insatisfaction en terme rapport à la

santé, aux soins bénéficiés Mvodo (2015). Elles trouvent, leurs besoins en santé insatisfaits. D'après l'OMS, les personnes handicapées soulignent rechercher de plus en plus de soins de santé que les autres et avoir davantage de besoins non satisfaits. Les publications d'une enquête récente portant sur les personnes ayant des troubles mentaux sévères ont montré qu'entre 35% et 50% d'entre elles dans les pays développés et entre 76% et 85% d'entre elles dans les pays en développement n'ont bénéficié d'aucun traitement au cours de l'année avant l'enquête. En plus de cela, le processus de vieillissement de certains groupes de handicapés commence plus tôt que la normale, amplifiant d'avantage leur situation. D'après un rapport publié par (l'INS, 2012) les personnes handicapées constitueraient les groupes de personnes ayant des taux de comportement à risque plus élevés : tabagisme, mauvaise hygiène alimentaire et inactivité physique. A côté du vieillissement et des maladies chroniques, la progression du handicap pourrait également être liée aux conflits armés survenant de plus en plus dans certaines régions du monde et du fait des accidents de circulation qui font de nombreuses victimes sur les routes dans les pays en développement.

Pour le cas échéant, les personnes en situation de handicap dans les régions anglophones du Cameroun très souvent impliquées dans les violences territoriales, se battent pour s'enfuir vers des lieux plus sécurisés lorsque leurs communautés sont victimes d'attaques. Elles rencontrent aussi des difficultés pour obtenir l'aide dont elles ont besoin ; ce qui fait dire à Cérimovic cité par Human Rights Watch (HRW, 2019) que, : « *Les personnes handicapées figurent parmi les populations les plus marginalisées et les plus à risque dans tout pays affecté par des crises et le Cameroun n'y fait pas exception* » ; ainsi que : « *La réponse humanitaire des Nations Unies largement sous-financée ne fait qu'exacerber leurs risques, car de nombreuses personnes handicapées ne parviennent même pas à satisfaire leurs besoins essentiels.* » mettant clairement en exergue le fait selon lequel ces personnes seraient pour la plus part délaissées à elles-mêmes, parfois même instrumentalisées.

Il faut préciser que, dans les situations de violence, les personnes handicapées sont pour la plupart victimes d'abus et d'attaque, comme le souligne le rapport du HRW (2019) en révélant que celles-ci ont subi des attaques et des abus de la part des belligérants, à cause des tensions qui régnaient sur les territoires anglophones, ceci parce qu'elles ne pouvaient pas s'enfuir. C'est le cas d'un homme de 43 ans atteint de déficience auditive et de handicap mental, dans le village de Ntamru, qui a été tué par le corps militaire ; de cet homme de 41 ans atteint de handicap physique ayant perdu son fauteuil roulant après que des soldats aient brûlé sa maison à Kumbo, de cette femme de 27 ans, paralysée de la jambe gauche suite

à une poliomyélite contractée pendant l'enfance qui s'est trouvée abandonnée par sa famille lors d'une situation d'agression ; ainsi que de cet homme de 27 ans avec un handicap mental qui a été abattu dans une station d'essence par des gendarmes à Ndu, dans la région du Nord-Ouest HRW (2019).

Quand on se fie aux témoignages enregistrés des personnes en situation de handicap, celui de cette femme de 28 ans rapporté par HRW (2019) souligne : « *Ils m'ont regardée ramper et ont ri. Ils m'ont demandé où vivaient les Amba boys [séparatistes] et j'ai répondu que je ne savais pas. Comme ils ont emporté mes médicaments, j'ai été malade.* ». Une telle attitude à l'égard des personnes victimes de handicap remet en question la dignité de ses personnes et possiblement porte un coup sur les raisons d'être et de continuer d'être de ces personnes. Elles se trouvent réduite à des moyens d'expression du conflit, comme si elles n'avaient pas de conscience et n'étaient pas digne de reconnaissance. Dans son rapport, HRW (2019) fait comprendre que, la plupart des personnes handicapées en situation de crise constituent un poids pour leurs proches, ceux-ci devant s'en séparer pour augmenter leurs chances de survie.

Par ailleurs, la dégradation du niveau de vie des populations malgré la volonté affichée des autorités politiques de lutter contre la pauvreté, touchant près de 40 % de la population camerounaise (INS, 2008), ne permet pas d'accéder à des soins de santé de qualité dans un environnement où l'offre de soins en termes de quantité et de qualité laisse à désirer (INS, 2010). Du fait de la stigmatisation dont souvent sont victimes les personnes handicapées (Mvodo, 2014, Demain, 2007), l'accès aux moyens de prise en charge et de sensibilisations sont pour la plupart difficile voire impossible. A cet effet, les obstacles qui empêcheraient d'accéder aux services de santé sont notamment les obstacles physiques liés à la conception architecturale des établissements de santé qui ne prévoient pas des voies de déplacement faciles pour ces personnes, au matériel médical et aux transports pour des déplacements adaptés ; le manque de connaissances et de compétences des dispensateurs de soins ; les idées fausses quant à la santé des personnes handicapées, qui incitent à croire qu'elles n'ont pas besoin des services et des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies ; le manque de respect pour les personnes handicapées ou les attitudes et les comportements négatifs à leur égard ; les difficultés d'accès à l'information et les problèmes de communication ; et le fait que les personnes handicapées sont mal informées sur leur droit d'accès aux services de soins de santé (OMS, 2014 ; Anctil H. et al, 2012 ; ODISSEE, 2012)

Quand bien même des propositions d'initiatives sont parfois mis en place pour les personnes en situation de handicap, notamment en termes de : représentation politique, droit au travail élargi en termes de participation et une vision spécifique du handicap, Schnitzler (2019) ; ce qui est à noter, c'est un laxisme conséquent dans la mise en application de ces initiatives : on se demanderait bien pourquoi ? Schnitzler (2019). C'est le cas par exemple en Afrique du sud avec Le Programme de Reconstruction et de Développement (RDP) adopté en 1990 par le Congrès national africain (ANC) qui plaçait l'idée *d'empowerment* au centre des priorités gouvernementales. Le but était celui de reconnaître sans discrimination la place de tous les citoyens, y compris les handicapés, dans le développement du pays ; ce qui a dû attendre l'arrivée de la pression du *White Paper for the Rights of People with Disabilities* (WPRPD). Confirmant par-là l'idée d'un laxisme, d'une instrumentalisation qui renforce la mise en marge et la réification de ses populations.

En tant que population abandonnée, instrumentalisée, et comme si la situation de handicap ne leur suffisait pas, la récente enquête démographique et de santé du Cameroun (INS Cameroun & ICF International, 2020), principale source statistique du pays pour la prise de décision en matière de santé sexuelle et reproductive, n'a rapporté aucune donnée relative aux personnes handicapées alors que ces données étaient présentes dans l'enquête précédente (INS Cameroun & ICF International, 2012). Au Cameroun, comme dans le cas de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, les programmes visant à améliorer l'éducation, la santé et les moyens de subsistance des personnes handicapées sont dans la majeure partie du temps des programmes à petite échelle dont la responsabilité revient à des organisations confessionnelles ou caritatives (Jolley, Lynch, Virendrakumar, Rowe, & Schmidt, 2018).

Au Cameroun, le même problème persiste puisque, ce n'est qu'après 8 ans de la signature par la CDPH en 2010, d'une nouvelle loi portant protection et promotion des personnes handicapées (République du Cameroun, 2010), que le décret d'application a pu voir le jour, avec une prise en compte du handicap très partielle. D'après les données du dernier recensement du Cameroun, les personnes en situation de handicap représentent une proportion de personnes moins scolarisées et plus souvent inactives d'un point de vue professionnel comparément au reste de la population du même âge (Mbouyap Kamtcha & Ahanda, 2010).

Le troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat 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) dans lequel les femmes représentent 127 381 profils et les

hommes 134 738. Ainsi, cela constitue des taux de prévalence du handicap de 1,5 % pour l'ensemble, dans lequel pris séparément on a 1,5 % pour les femmes et 1,6 % pour les hommes dans la population résidente du Cameroun. Le milieu rural quant à lui, a une prévalence plus élevée de 1,7 % par rapport aux milieux urbains qui sont de 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 a une prévalence de 1% tandis que celle de plus de 60 ans porte un taux de 5,7 %. Sur le temps et conformément aux prédictions de l'OMS (2015), il semblerait 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. On relève aussi que, 0,5 % de la population souffrirait de troubles du comportement et 0,4 % de la perte de certaines extrémités du corps. Dans son ensemble, le handicap modéré est dominant, il concerne 87 % des personnes, soit 4,7 % de la population.

Pour le cas du handicap moteur spécifiquement, Tchokote, Tsala Tsala et Scelles (2020), rapportent que dans le cas spécifique du handicap moteur, l'Institut National des Statistiques (INS, 2006) à travers l'Enquête de Consommation Auprès des Ménages (ECAM III, 2006) dénombre 4773 cas dans la ville de Douala et 5869 cas dans la ville de Yaoundé, sans considération pour les autres localités du Cameroun. Ils soulèvent que, très peu d'études ont été menées sur cette catégorie de la population et que l'enquête de l'INS ne précise pas le contexte d'acquisition des différents types de handicaps.

Complété à ce qui précède, il existe peu d'études sur le handicap au Cameroun, pire encore sur le handicap moteur, la déficience motrice (la participation des hommes et des femmes handicapés à la vie politique au Cameroun, 2020 ; Tchokote, Tsala Tsala et Scelles 2020). Une étude menée dans la région du Nord-Ouest par le International Center for Evidence in Disability (ICED) et Sightsavers a proportionné la représentativité du handicap à 10,5 %, contrairement à une autre étude dans la province de l'Ouest qui a suggéré que de nombreux handicaps dans le pays sont dus à des accidents de la circulation et à des interventions médicales inadéquates. De plus, les travaux sur les répercussions du handicap

sur la santé, l'éducation et la participation sociale au Cameroun suggèrent que les personnes handicapées courent un risque accru de problèmes de santé graves, tels que les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida. Elles sont moins susceptibles d'être éduquées ou employées et sont souvent confrontées à des attitudes sociales négatives et à la stigmatisation.

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 (Mvodo, 2014). Pour la majorité des cas de paralysie des membres inférieurs, la déficience motrice est irréversible. Dès lors que l'institution existe, le passage par celle-ci devient inévitable dans la perspective d'une éventuelle adaptation à la modification corporelle ; d'abord, à l'hôpital, pour un traitement médico-chirurgical, ensuite, au Centre de rééducation en vue d'une réparation et d'une rééducation du ou des membres (Nazou, 2015). La sortie du Centre se fait dans la plupart du temps dans un fauteuil roulant. Chacune de ces institutions de prise en charge du handicap a un objet qui fait sa spécificité. Si l'objet de l'institution hospitalière dans la prise en charge de la personne en incapacité motrice est la maladie ou le traumatisme à l'origine de la déficience motrice, l'institution de rééducation, quant à elle, a pour objet la réparation du corps et la réadaptation de la personne (Nazou, 2015).

Or, il se trouve que, aucune des deux ne prend en compte les conséquences psychologiques du handicap (Nazou, 2015). La spécialisation médicale de l'une et de l'autre, ainsi que le but visé par chacune d'entre elle, rend difficile et même inaccessible une prise en compte de la globalité du problème de l'incapacité motrice. Pourtant, l'incapacité motrice entraîne tout un ensemble de modifications physiologiques et fonctionnelles qui, au-delà de la personne même, posent des questions psychologiques (Association Vaincre le Handicap, 2019).

L'incontinence urinaire et fécale par exemple, ainsi que l'incapacité sexuelle, jouent un rôle déterminant dans la représentation que le sujet se fait de lui et dans l'interaction avec autrui, induisant une réorientation et une requalification des relations avec la société (Rapport mondial sur le handicap, 2011). Pour Dolto (1984), l'atteinte de la motricité, remet en question le travail de sublimation, de dépassement des pulsions archaïques, des relations symboligènes à l'altérité. Cette modification, qui influe sur la trajectoire psychologique de la

personne, va, à la longue, influencer la trajectoire familiale, sociale, scolaire, professionnelle et même religieuse de celle-ci. Ainsi, l'incapacité motrice entraîne une rupture, une interruption soudaine, une immédiateté du changement, qui n'est pas simplement une rupture du corps, mais toute une rupture des liens psychiques groupal (Kaës, 1979) avec la vie passée sur le plan personnel, familial et socioprofessionnel (Association Vaincre le Handicap, 2019).

Il ne s'agit donc plus, : « *d'un phénomène énoncé, avancé ou tout simplement relayé par les médias. Cette situation est réelle et n'a guère laissé indifférent des acteurs sociaux aux rangs desquels l'Etat (pouvoirs publics), les organismes, les médecins et les psychologues.* » pour compléter un tel propos, il est ajouté que : « *Il est un fait de société et par conséquent un problème d'hommes, et in fine, du point de vue du sujet, le handicap est ce qui limite la réalisation, tant de ses désirs que de ce que font ses pairs, mais il prend un sens par rapport à son histoire et son vécu se construit différemment selon le contexte. Il doit donc être géré tant collectivement qu'individuellement.* » (Ongolo, 2020, p.3).

La perte d'un membre inférieur modifie la marche et les aptitudes physiques et psychomoteur du sujet (Dolto, 1984), ce qui peut l'obliger à changer de métier, à reconsidérer ses relations affectives avec ce corps mutilé et même de faire avec la catégorisation sociale qui en découle, notamment celle du handicap, d'handicapé.

Face à tout ce que la situation de handicap inflige, les législateurs Camerounais ont élaboré un code de lois relatif aux droits des Personnes en situation de Handicaps, parmi lesquelles les personnes déficientes motrice acquises. Pour elles, la personne handicapée se définit comme : « *toute personne frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou accidentelle et qui éprouve des difficultés à s'acquitter des fonctions normales, réservées aux personnes valides* » ; ils prescrivent dans le préambule de la Constitution de la République du Cameroun (1996, p.2) que l'État « *protège la femme, les jeunes, les personnes âgées et les personnes handicapées* ». Ce code de lois est la loi N°83/013 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées.

Cette loi est complétée par un décret d'application N°90/1516 pris en date du 26 novembre 1990 par le Président de la République (Ondoua, 2007, p.3). C'est donc en application de cette convention que la loi de 2005 par le biais de son article 3 portant sur la convention relative aux droits des personnes handicapées constitue les principes généraux suivants : le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes ; la non-discrimination ; la

participation et l'intégration pleines et effectives à la société ; le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité ; l'égalité des chances, l'accessibilité ; l'égalité entre hommes et femmes ; le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité. Par ce moyen, ce qui est mis en avant, c'est la considération équitable des droits réservés à tous.

Tout ce qui précède nous fait parvenir au fait que, la situation de handicap est une situation qui préoccupe malgré le fait qu'on note que très peu d'études ont été menées en lien avec cette situation Tchokote et al. (2020), surtout au Cameroun. En tant que phénomène qui bouscule l'intégrité du sujet, et dont la cause peut être la survenue brusque d'une altération ou d'une insuffisance significative et permanente de la fonction motrice, voire même une maladie grave, il a des conséquences sur la structure psychologique, l'anatomique et la physiologique d'une personne (Joly, 2009 ; Ville & Raveaud, 1994). Non loin de ses altérations, la nouvelle nature qui est attribuée au sujet conduit très souvent à la marginalisation de celui-ci, à un rejet de sa personne tant en société qu'au sein de sa famille. Tchokoté et al. (2020).

En tant que drame humain, Curelli (2004) déclare que la perte acquise du membre inférieur est une situation qui porte un impact assez déstabilisant dans la vie du sujet. Dans ce même sens Parratte et al. (1932) rapportent que, l'amputation crée elle-même un nouvel état pathologique pour lequel aucune guérison n'est à espérer. Le traitement ne peut alors être que palliatif, ne satisfaisant jamais complètement le patient, le laissant souvent dans un état douloureux, face auquel le médecin peut être impuissant.

C'est une situation qui modifie les aptitudes physiques et porte un coût significatif dans la vie du sujet. Curelli (2004) parlera également de formation de problème en lien avec l'identité dont l'origine est la modification corporelle. Et par modification corporelle Dufour (2015) souligne que, l'image de soi est reliée à l'image corporelle. La modification de l'une modifie l'autre, le tout étant vécu par rapport à soi-même et par rapport aux autres avec lesquels on est en relation humaine, affective. Ainsi, les conséquences physiques et psychologiques de la déficience motrice acquise sont dramatiques et à vie, et ses réalités peuvent avoir un impact profond sur l'adaptation du déficient à son handicap (Almås, 2002) ainsi que sur ses différentes relations (Cuynet, 2012).

Ce qui se confirme, semble d'avantage être que, les personnes en situation de handicap physique en général et les personnes victimes d'une déficience motrice acquise en particulier font montre d'une situation suffisamment déstabilisante, douloureuse et marquée de réelle souffrance physique et psychique, qu'Anzieu (1985) reconnaît comme étant une atteinte ou déchirure physique réelle de la peau (soma), une effraction de ce contenant qui est à l'origine de la blessure narcissique et par ricochet, la peau commune, peau figurative de l'union symbiotique du sujet avec son groupe. L'amputation d'un membre inférieur renvoie, pour la personne qui la subit, à une épreuve à la fois physique et psychologique majeure semblable à un vécu chaotique avec perte de repères narcissique, désillusion, déliaison et désobjectalisation. Le caractère évident de la déficience, associée à l'idée de la perte corporelle, est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage Fernandez et al. (2012).

Ainsi, la perte acquise de la motricité, quelles que soient son déterminant, touche douloureusement le sujet dans son intégrité physique (déficiences dans le fonctionnement physique). Elle bouleverse ses habitudes de vie quotidiennes (activités de la vie quotidienne : soins personnels, habillage, transferts, déplacements). Dans la mesure où elle est le résultat d'un accident ou d'une maladie, elle pose tout aussi le problème de la remise en question de l'identité par la modification de l'image corporelle et l'acceptation d'une nouvelle identité (Desmond, 2007). En effet, ce type de handicap met le sujet en face d'une immense difficulté, notamment celle de faire face au choc psychologique induite par la réalité même de la situation et ses conséquences, notamment une incapacité rééducable en postopératoire (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).

Pour Tchokote et al. (2020), l'un des espaces les plus atteints de la réalité de la personne en situation de handicap, est celui psychique, pour Kaës (2012) celui du lien et Cuynet (2012) celui de l'image du corps familial. En effet, ils le justifient par le fait que, ce qui définit le sujet c'est l'ensemble des expériences vécues et partagées à la fois par le corps du désir et le corps du besoin Dolto (1984). Ces expériences prennent la forme des déterminants et des organisateurs psychiques par lesquels le sujet passera pour se faire un sens du réel et/ou de la réalité. Ainsi, la survenue du handicap, vient avec l'insertion dans la réalité et l'espace psychique du sujet, du caractère réel d'une incapacité subite à réaliser des habitudes de vie autre fois réalisées, elle 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 Tchokote et al. (2020). C'est donc une atteinte de l'investissement des lignes narcissiques autre fois empruntées par le sujet pour atteindre une certaine réalisation. La réalisation des habitudes de vie concernant aussi bien ses activités courantes (déplacement, soins personnels, conditions corporelles, habitation, communication), ainsi que ses rôles sociaux (responsabilité, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation, travail, loisirs) deviennent le point de départ d'une formation de pensées non pensées.

La réaction à la perte d'une partie de soi (qui entraîne une diminution d'une partie de l'activité physique) est vécue comme une atteinte généralisée et se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement Fernandez et al. (2012). Le sujet, manifeste un effondrement, souvent une dépression et une anxiété. Détaché d'une partie de son corps désormais mutilé, il est privé d'une image de lui-même qui lui apportait satisfaction ou du moins qu'il avait fait sien et qu'il avait intégré. Il ne peut plus trouver dans le regard porté sur son corps et donc sur lui-même des raisons de s'admirer, de s'aimer ou de s'accepter. De plus, Fernandez et al. (2012) affirment 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. 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. (Flannery, 1999 ; Tatar, 2010).

Avoir une jambe amputée, voir déficiente, inscrit le sujet dans le cadre non pas seulement de la blessure narcissique (Anzieu, 1983) et de la perte d'objet réel, poussant à un effondrement de l'appareil psychique (Bokanowski, 2010), mais aussi à la mise en place d'un processus de réification en vue de maintenir l'équilibre du noyau qui organise l'espace psychique du sujet Nicola (2009). Le processus de réification est un mécanisme psychologique dans lequel le psychisme mobilise fortement le pulsionnel vers tout ce qui lui évite l'accès à la souffrance éprouvée par le sujet. C'est, le processus par lequel la souffrance subjective liée à un événement traumatogène se retrouve réduite à l'état de chose et même traité comme une chose. Ce fonctionnement surinvestit le corps amputé, le corps DMA au détriment du rapport du sujet à ce corps. Le sujet est constamment mis sur le côté de la scène au profit de tout ce qui ne le concerne pas ou du moins ne le concerne pas directement. Nicola (2009)

Pour Cuynet (2010), il ne faudrait pas dissocier l'espace du corps somatique et l'espace du corps psychique. Une fois que l'un est atteint, l'autre suit. Il précise même que

l'espace du corps psychique du sujet est constitué de l'espace inconscient du corps familial ; ce qui rejoint l'idée de Kaës (1974) d'un psychisme structuré comme un groupe. Suite à cette configuration, l'atteinte de l'espace du corps du sujet ou alors au moment de toute crise liée à un changement positif ou négatif dans cet espace, à l'exemple de la DMA Cuynet (2010) souligne que, l'image du corps qui en soi détient la groupalité psychique et qui aussi est liée à l'espace de regroupement intersubjectif, permet une régression psychique, sorte de rêve ou de holding onirique selon Didier Anzieu (1984) ou André Ruffiot (1985, 1990) dans laquelle une répétitions de conflit des générations antérieures se laissent lire. Les familles rejouent à leur insu des secrets, du non pensable légué au niveau du corporel, où seule l'interaction ou la somatisation reste une voie de décharge des affects sans nom (Cuynet, 2010, p.11).

Dans l'espace du corps familial, l'atteinte du soma par un handicap ou une maladie grave induit une perte de repères dont la conséquence est le blocage du processus de projection narcissique d'appropriation du groupe familial Cuynet (2010). Puisque le groupe est condamné à investir selon Piera Aulagnier, car si chaque membre de l'espace familial est tributaire de sa famille pour vivre, celle-ci doit aussi s'en remettre à ses membres pour perpétuer sa lignée et son idéal dans le futur. Ce qui, implique une sorte d'ambivalence inconsciente présente face au corps dénaturé qui incarne des enjeux de l'ordre de l'idéal.

Il serait donc question pour nous de comprendre, dans un contexte plus large, comment le corps familial est investi dans un contexte marqué par la trahison du support du narcissisme familial.

### **Identification et formulation du problème**

L'état de déficience motrice acquise est une situation rangée dans la catégorie des situations vécues comme blessure narcissique, traumatisme psychologique, au même titre que le choc émotionnel Ari (2020). En effet, elle se définit par une déchirure de la peau, une fracture de l'os, une perte totale ou partielle de la motricité qui comme la maladie grave remet en question le tapis narcissique qui organise l'image du corps Cuynet (2005). En tant que choc physique, il induit un choc psychologique qui porte atteinte à la peau figurative de l'union symbiotique qui servait de base d'appui pour l'organisation de l'espace du corps familial, le regroupement familial et pour la perpétuation du fantasme d'un corps commun Cuynet (2010).

En tant que choc émotionnel qui résulte d'un événement traumatogène, il submerge la capacité de contenance psychique du sujet (Selye, 1954, p.22). Non pris suffisamment en

charge, la situation de déficience motrice acquise entraîne une blessure narcissique, et une formation des symptômes capables de se maintenir dans le temps et former les non-dits transgénérationnels et générationnels Cuynet (2010). Le Breton (2010, p.51), parlera de douleur aiguë, de modification drastique du sens de l'existence, de mise en marge due à une perception de soi comme dépourvu des bases solides impliquées dans le processus d'identification : le corps, support des projections du groupe familial en guise de filiation et d'affiliation Cuynet (2005). Le corps est de ce fait mis à mal, car comme le dit Maté (1993), quand le corps ne donne pas son approbation dans un contexte de souffrance, l'impact physiologique des émotions reste encore loin d'une reconnaissance certaine. En effet, la déficience motrice acquise, impose de sévère modification à la vie du sujet, de manière à porter une atteinte à la représentation que celui-ci a de son corps. Face à cette représentation douloureuse, Freud soulignera que le sujet pour se défendre du caractère douloureusement archaïque de la souffrance, mettra sur pied un mécanisme de séparation entre le corporel et le psychique.

Febo (2004) rapportera le caractère remarquable du fait que ce soit le sujet lui-même, qui opère cette scissure entre psychique et corporel, dès lors qu'il est soumis à une situation qui outrepassé ses capacités de mise en sens, ses capacités de contenance. En effet, Les sujets qui sont préoccupés par les dommages physiques, qu'ils subissent, à l'exemple des déficients moteurs acquis, essaient de ne pas être affectés subjectivement par ce qu'ils traversent comme épreuve. Ils se concentrent sur une pensée positive et essaient de ne pas laisser la réalité physique contaminer leur vie psychique Febo (2004). Ils chercheront à se restaurer narcissiquement et à garder étanche la frontière entre le dedans et le dehors.

Ainsi, lorsque les sujets souffrent de douleurs physiques intenses, ils cherchent souvent à se tenir à l'écart de ce qui pourrait les affecter en tant que sujet. Ils se concentrent sur une logique positive, raisonnable et opérationnelle pour rester psychiquement "sains" comme le souligne Febo (2004). Cependant, cette distanciation maximale entre le Corps de besoin et le corps du désir peut entraîner une rupture de la liaison entre les représentants du pulsionnel, et mettre le corps pulsionnel à mal, en souffrance. Les mécanismes de défense les plus souvent mobilisés pour y faire face de manière à très vite garantir une certaine intégrité du Moi, sont l'isolation et l'évitement, qui conduisent à une désaffectabilité et/ou à une décérébralisation Febo (2004). Cette déliaison intrapsychique s'adjoint à une manière de se couper du monde, ce qui conduit à penser que même les liens interpersonnels s'interrompent par et dans la traversée de l'épreuve de la douleur. À ce propos, (Freud, 1929, p.88-89) disait

que : « *celui qui est affligé de douleur organique et de maladies abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur, pour autant qu'elles n'ont pas de rapport avec sa souffrance. (...) une observation plus précise nous apprend qu'il retire aussi son intérêt libidinal de ses objets d'amour, qu'il cesse d'aimer aussi longtemps qu'il souffre* ».

Les personnes victimes d'une déficience motrice acquise, comme nous le disions sont pour une part très souvent obsédées par leur douleur, par la présence du membre absent, que ce soit dans l'espace du lien, dans l'espace familial ou même dans l'espace intrapsychique ; ce qui les rend peu disponibles pour entretenir des relations interpersonnelles ; car cela implique, une transmission dans l'espace intersubjectif et transgénérationnel des objets psychiques configurés, munis de leurs liens, éventuellement marqués par une économie du négatif relatif à la faute, à la maladie, la honte, le refoulé (Kaës, 1997). Pour Rissone (2011) il s'agit également d'une implication d'objets perdus, endeuillés ou par ailleurs idéalisés et surreprésenté, qui représentent inconsciemment un ancêtre et peuvent conduire à un désinvestissement des relations amoureuses actuelles. Cependant, elles cherchent également à "accrocher" les autres selon un mode de lien archaïque tel celui qu'un nourrisson entretient avec son environnement maternel ce qui fait dire à (Rissone, 2011, p.166) que : « *Les contenus projetés deviennent de vrais corps étrangers intrapsychiques, qui transforment le sujet et se transmettent non modifiés de génération en génération, avec un effet traumatique, et aliénant sur le sujet* ». Les modalités de cette recherche dépendant des formations lésionnelles groupales inscrit dans l'histoire de vie et transgénérationnelle du sujet.

Pour Febo (2004) qui accorde une importance particulière aux modalités de relation que les personnes adoptent lorsqu'elles souffrent d'une atteinte physique comme la déficience motrice, considère que cette manière régressive de se rapporter à autrui, en d'autres termes une manière qui part des matériaux psychiques archaïques, est une issue trouvée pour tenter de supporter la douleur et offrir une solution psychique aux pulsions douloureuses et destructrices qu'elle ne manque pas de susciter. Cette situation peut réduire à l'impuissance celui qui la subit. De manière générale, Freud a choisi les exemples de la douleur physique intense, du choc traumatique et du besoin pulsionnel vital inassouvi pour illustrer la manière dont le fonctionnement de l'appareil psychique peut être mis en péril. Plus spécifiquement, Freud explique que l'excitation excessive suscitée par une douleur physique intense peut produire une effraction limitée dans le système de pare-excitations et s'infiltrer dans les couches les plus profondes du psychisme selon le mode d'un flux continu et non lié. Cette

situation provoque un déplaisir intense dont il n'est plus possible de se débarrasser par une pure décharge. En des concepts plus simples, le sujet se trouve affligé.

De manière peut-être conceptuelle, Febo (2004) rend compte d'une des fonctions du part excitation, notamment la fonction protectrice et de mise en sens, qui travaille à réguler les excitations tant externes qu'internes au psychisme par un travail de scénarisation. Pour cet auteur, le sous-système S, qui doit traiter et/ou maîtriser les excitations, aurait du mal à remplir cette fonction, dans la mesure où l'excès d'excitations que la situation de déficience motrice acquise suscite, provoque une confusion entre les deux registres de la réalité interne et externe. On comprendrait donc de Febo (2004) que, face à l'effraction psychique, l'économie psychique est dirigée vers les parois de mise en sécurité afin de renforcer ce sentiment de sécurité et améliorer le rapport aux représentations du corps.

Eiguer (2010), abordait déjà la question des représentations du corps et même du groupe familial, ceci aux prises avec les réalités qui s'y trouvaient. Pour lui, le corps est une entité autonome, délimité dans le temps et séparé du monde, qui se laisse représenter dans le psychisme, sous la forme de l'image du corps. C'est, l'organisateur des multiples rapports au soma ; c'est-à-dire de la somme des expériences qu'ont connues le soma avec le monde intra et extra-psychique. Il rassure la stabilité de celui-ci, son ordre, le fait que chaque partie tient ferme et que nous pouvons maîtriser l'ensemble dans une certaine mesure.

Dans un exercice de mise en sens, Eiguer (2010) permet de comprendre que, « image du corps » évoque l'idée de modèle ; c'est à dire que l'image du corps reproduit graphiquement le corps, comme un « modèle réduit », comme une représentation en termes analogiques, il rejoint l'idée de Dolto (1984) d'une image du corps structurée sur la base des voies érogènes. En soi, les voies érogènes sont le propre de chaque singularité, car elles sont régies par des modalités de jouissance idiomatique. Toute fois pour qu'elles parviennent à donner lieu à l'image du corps, il y'a nécessité d'une entrée en communication par résonance avec l'autre de la relation, avec les surfaces extrapsychiques ; ce qui, pousse à considérer l'image du corps comme une membrane externalisable. Ainsi, les rapports entre notre image du corps et celle des personnes de notre entourage s'inscrivent dans notre inconscient en contribuant à la représentation que nous nous forgeons d'eux. Ceci justifie les raisons pour lesquelles, Schilder place le corps dans une perspective de lien groupal intersubjectif, auquel Eiguer (2010) ajoutera que « *Les traces mnésiques des contacts physiques entre nous et les autres sujets contribuent à l'intégration de notre capacité à nous percevoir* ». L'image du corps serait donc le produit d'un enrichissement depuis les liens.

En prenant en compte le lien dans la formation et la définition de l'image du corps, Eiguer (2010) en vient à parler de l'image du corps familial. À ce sujet, en famille, le rapport entre les corps et l'implication des liens sont vécus de façon plus intense, plus marquée et notablement surdéterminé par la fonction de chacun sur l'échiquier de la parenté. Ainsi donc, la corporéité familiale est le résultat d'une synthèse de l'ensemble des images du corps individuel de la famille, forgée dès l'instauration des liens premiers. (Eiguer, 2010, p.34) dira à propos de sa formation que, : « *Je me représente mon corps en lien avec le regard que ma mère porte sur lui et avec la manière dont elle le traite, le tient, l'investit et réciproquement. Son plaisir rejoint et stimule le mien* ». Ainsi, l'image du corps n'a de place que dans un contexte où l'autre de la relation a servi de miroir. En tant que miroir associé aux actes de sensorialité, les sensations de l'un parlent à l'autres, suivant un mécanisme de résonance qui procure du plaisir ou du déplaisir, du bien-être ou du mal être, au sein du groupe familial.

L'une des bases sur lesquels s'appuie le corps familial pour fonctionner, est le sensoriel, qui en soi constitue le pilier de l'affiliation et de la filiation dans le groupe en général et dans la famille en particulier. Dans le cadre de la famille, Cuyenet, (2005) nous fait comprendre que c'est même le tapi narcissique née du corps sémaphorique sur lequel la famille spéculé ses assises narcissiques et les raisons de son unicité. Lorsque ces assises sont remises en question, par un handicap par exemple, la famille en tant que groupe vie une remise en question de son idéal ; ce qui réinterpelle les sensorialités primaires qui ont servie à établir les liens et favoriser la formation de l'espace du corps. À ce propos, Aubertel (1999), Fustier et Grange-Ségéral (1994), y compris André-Fustier (2009), soulignent que la sensorialité dans le cadre des familles victimes d'un drame, à l'exemple des familles ayant un membre déficient moteur acquis, se manifeste avec beaucoup d'intensité, de fracas afin de contenir cette défaillance fantasmatique présente. Au sein de ces familles, la dynamique relationnelle est telle que, les mots manquent, les images se délitent, on se renifle, se palpe, se frotte, se pince ou se blesse facilement. On privilégie les bruits du corps au langage verbal, puisque celui-ci paraît peu sûr à leurs membres. Les odeurs deviennent acceptation ou rejet ; la respiration, expression émotionnelle ; les sueurs, états d'âme Eiguer (2010).

Toujours dans cet espace familial, il s'inscrit une relation non différenciée, dans laquelle la ligne entre soi-même et autrui sont confondus. Dans les familles incestueuses ou à forte connotation perverse, la sensorialité tourne à la sensualité, l'excitation est à son acné, à la fois pour calmer un besoin impérieux de satisfaction et pour certifier que les distances sont effacées entre les générations (Savin, 2000). Face à la souffrance, le corps familial procède

donc par resserrement des liens entre ses membres, effacement des lignes identitaires et confusion de rôle afin de sauver le noyau organisateur des liens familiaux.

Dans le même contexte en ce qui concerne le corps familial marqué par la blessure narcissique, Sanahuja et Cuynet (2011) soulignent en termes d'économie et de dynamique psychique une mobilisation des données sensorielles non élaborées qui ont été transmis d'une génération à une autre dans les moments de regroupement familial autour d'un évènement heureux ou malheureux, et qui ont structuré la nature de la dynamique et de l'économie familial. Face aux situations de crise, le corps de ses familles réinvestit ses lignes reconnus sous le terme de souffrance non-dites, mais pourtant significative Sanahuja et Cuynet (2011). Position qui souligne une organisation du corps familial autour de l'actualisation du conflit transgénérationnel. Dans le même ordre d'idée, on retrouve Rubin (1997) ; Sanahuja et Cuynet (2011) ; Abraham et Torok (1978) ; Féres-Carneiro et Almeida-Prado (2009).

Selon Benghozi (2007) quand l'un des membres de la famille est touché sur ses dimensions psychologiques et somatiques, c'est le corps familial qui se trouve affecté dans son ensemble par et dans les processus qui s'y manifesteront. En subissant une modification involontaire du corps, comme dans le cas de la perte du membre inférieur, le sujet perd une partie de ce qui le liait au corps familial et faisait son appartenance au groupe ; rompant par là un consensus sacrificiel implicite (Sanahuja & Cuynet, 2011, p.90) qui modifie de manière conséquente l'économie psychique familiale et donc le travail d'investissement.

Chez André-Fustier (2001) on note qu'en cas d'effraction psychique, marquée par une remise en question des assises narcissiques familiales, le corps familial reste immobilisé dans la position narcissique paradoxale car comme le souligne Caillot & Decherf, 1982, p.18) : « *Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel* ». Le corps familial face aux coups, s'organise non seulement psychiquement pour se protéger contre la détresse issue des angoisses d'effondrement ainsi suscitées et voir réactivées, mais aussi contre le vécu du sexuel en tension latent. Cette réaction du corps familial renvoie à une mobilisation de l'économie psychique pour garantir les défenses familiales. Aubertel (1984) citera deux axes défensifs fondamentaux qui sont une façon vitale de s'adapter au handicap d'un membre de la famille, notamment :

- Celle du recours à des modalités fusionnelles du lien définit par une économie familiale allant dans le sens du renforcement du lien fusionnel avec le déficient,

car tant que le vécu d'accordage avec celui-ci ne permet pas de vivre une sécurité de base suffisante, une réelle séparation psychique n'est pas possible.

- Celle de l'identification au corps malade du sujet, du fait du non accordage satisfaisant avec le sujet, *car il est difficile de s'identifier à sa vie psychique, y compris de s'en séparer totalement*. Pour rester en contact avec lui, les parents vont tellement soutenir son être déficitaire qu'ils vont perdre de vue sa vie psychique.

Pour illustrer son propos, Fustier (2001) soulignera que, dans un cadre qui donne libre cours à l'acte de verbaliser, les sujets du corps familial s'engagent très souvent sur une voix qui consiste à ne pas communiquer ce qu'il ressent, afin de ne pas porter atteinte aux organisations défensives familiales ; à propos de ces organisations défensive familiales Kaës (2012, p.212) soulignera que, : « *lorsque le dérèglement, les défaillances – par excès ou par défaut – des cadres et des garants métapsychologiques se produisent, les processus et les contenus de transmission de la vie psychique en sont directement modifiés et, par conséquent, la structuration et le développement de la vie psychique de chacun* ». Tout ce qui est dit ou produit par chacun, est considéré comme venant de l'ensemble de la famille ; ceci d'autant plus que l'on se trouve dans les familles à organisation isomorphique. Cette gestion de l'économie psychique groupale, traduit une paradoxalité certaine, dont le but est de garantir la survie psychique familiale et de préserver le lien avec le sujet déficient moteur acquis, mais en même temps de bloquer la possibilité d'une existence psychique autonome des membres de l'espace familial et du sujet déficient moteur. Le corps familial lutte alors contre des angoisses de mort et se défend contre toutes tentatives intra et extra psychique visant à les réactiver au lieu de les contenir de pouvoir y parvenir.

Pour rendre compte de l'économie psychique du corps familial sujet à une blessure narcissique, les débats se rangent soit dans l'hypothèse de l'investissement narcissique paradoxal Fustier (2011), d'un surinvestissement de la paroi externe du Moi-peau Pasteur (2010), d'un surinvestissement de l'image du corps familial Biloa (2021) ; ceci en vue de penser les moyens mis sur pieds pour réguler le sentiment de désêtre et d'instabilité du sexuel éprouvé depuis la survenu d'un évènement traumatique à l'exemple de la déficience motrice acquise.

Lorsque nous nous rapprochons de Cuynet (2010), sur la fonction du corps familial, celui-ci souligne que, l'image du corps familial agit sur l'énergie psychique de ses membres en les rassemblant autour d'un élément commun, le pôle isomorphique, pour former un moi

psychique collectif. Ce moi collectif est basé sur une origine commune, un même corps ancestral, qui agit comme un axe de gravité. En retour, l'image du corps familial renforce la libido, c'est-à-dire l'énergie vitale, de chacun de ses membres. Cela leur donne une plus grande force et confiance en eux-mêmes face aux menaces et aux étrangers extérieurs à la famille. L'image du corps familial investit également de manière excessive le lien d'attachement au groupe familial, ce qui peut déplacer les conflits dans l'espace intersubjectif, c'est-à-dire dans les relations entre les membres de la famille. Or, contrairement à ce que Cuynet souligne d'un point de vue économique et dynamique, nous avons observé durant nos expériences de terrain, au travers des entretiens semis-directifs que, pour certains cas cliniques face à la situation de déficience motrice acquise, le corps familial travaillait l'énergie psychique de ses membres autour de l'expérience du lien avec l'autre de la relation à l'espace du corps familial. Ce travail, favoriserait un processus de sélectivité basé sur ce même vécu du lien, dans lequel l'expérience de l'autre de la relation à la famille participait à recharger libidinalement le corps familial et ses membres. Il surinvestissait de certitude le lien d'attachement au groupe familial, de l'espace du lien de l'autre de la relation à la famille et de la conflictualité. De manière plus précise les familles s'appuyaient sur l'expérience des retours positifs et négatifs des relations qu'avait le sujet DMA de la famille avec les personnes externes à la famille pour d'avantage mener la prise en charge et surtout organiser les regroupements de la famille autour du DMA.

Dès lors, et contrairement à cette position de Cuynet (2010), qui d'un point de vue dynamique et économique, envisage le corps familial comme une organisation de liens psychiques qui serait dynamisée par les forces pulsionnelles centripètes, favorisant un mouvement de rétractation par la condensation autour de la corporéité commune, notre constat se fonde sur la non prise en compte du lien à l'autre de la relation au corps familial comme source d'alimentation du narcissisme familial, comme base du travail d'investissement de l'espace du corps familial. Ce manquement interroge ainsi la question de la participation du lien à l'autre au corps familial dans l'investissement pulsionnel de celui-ci. Ainsi, quand Cuynet (2010, p.22) admet que, « *la famille est un groupe spécifique par les liens psychiques qui le structurent : à savoir le lien d'alliance, le lien de consanguinité, le lien de filiation et le lien avunculaire dans le système matrilineaire* », il se passe du lien du corps familial à l'altérité extrafamilial qui implique cette fois l'espace du lien du corps familial au groupe externe à la famille ou même à l'autre de la relation à la famille, susceptible de

participer au travail d'investissement qui organisent l'économie de l'espace du corps familial ; ce qui ici fonde notre problème d'étude.

## **Question de recherche et hypothèse de recherche**

### **1.1 Question de recherche**

Sur la base du problème déterminé ci-dessus, il se dégage une question de recherche notamment celle de savoir : Comment, dans un contexte marqué par le sentiment de réification et la déficience motrice acquise le corps familial est-il investi ?

### **1.2 Hypothèse de recherche**

Sur la question de la dynamique et de l'économie psychique familiale Cuynet (2010) qui souligne que d'un point de vue dynamique, le corps familial peut être envisagé comme une structure de liens psychiques, qui serait dynamisée par une conflictualité entre des forces centrifuges et centripètes, et qu'en situation de crise ou d'atteinte de ce corps, la tension pulsionnelle entre le corps individuel et le corps familial selon une dynamique de forces centrifuges et centripètes, génèrent une pulsation rythmique de l'enveloppe familiale entre dilatation et rétractation. Les forces pulsionnelles centripètes favorisent un mouvement de rétractation par la condensation autour de la corporéité commune ; c'est-à-dire que, les forces pulsionnelles centripètes sont celles qui poussent les membres de la famille à se rapprocher les uns des autres et à se concentrer sur leur corps commun. Ces forces favorisent un mouvement de rétractation, c'est-à-dire un repli sur soi, et de condensation autour de la corporéité commune. Les forces pulsionnelles centrifuges, quant à elles, poussent les membres de la famille à se tourner vers l'extérieur et à chercher à conquérir des objets extérieurs. Ces forces peuvent être associées à un narcissisme excessif. Ainsi, selon Cuynet (2010) ces deux types de forces pulsionnelles trouvent leur source au sein même du corps familial. Cela signifie que la dynamique psychique du corps familial est influencée par les interactions et les relations entre ses membres. Il est rejoint sur ce point de vue par (Sanahuja et Cuynet 2011 ; Cuynet, Sanahuja et Bernard 2012 ; Sanahuja, Schwaibold et Cuynet 2014 ; Loncan 2015).

Or pour Kaës (2005), il y'a une nécessité fondamentale, épistémologique et clinique dans la définition du symptôme, et la conception de l'objet de la psychanalyse, de procéder par un dépassement de l'approche psychanalytique classique, qui conçoit le sujet quelque part comme étant à lui-même sa propre fin, ainsi que le dépassement de la conception de l'objet de

la psychanalyse groupale pris dans un réseau groupal restreint pour cette fois le conceptualiser comme étant une configuration complexe à trois dimensions inter-correspondantes, formant un/des groupe(s) dont le lien en est le socle : le lien, le groupe et le sujet. Selon Kaës, le lien dans un groupe, mais aussi dans d'autres configurations de lien, est une combinaison variable entre trois éléments : le Commun, le Partagé et le Différent. Appliqué à notre étude, le sujet victime de DMA n'est pas à considérer uniquement comme un sujet singulier mais comme une complexité trilogique qui répond à cette conception de Kaës (2010). Cette conception nous permet de formuler l'hypothèse selon laquelle : *dans un contexte marqué par un sentiment de réification du corps et d'une déficience motrice acquise, le corps familial fait l'objet d'un surinvestissement libidinal étayé sur l'autre de la relation au corps familial.*

### **Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude est de comprendre à partir du lien, la participation de l'autre de la relation au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial sujet à une déficience motrice acquise et un sentiment de réification.

### **Intérêts de l'étude**

Les intérêts de ce travail seront présentés sur les plans épistémologique, clinique, social et personnel.

### **Intérêt scientifique**

Dans la littérature sur l'image du corps Cuynet (2005, p.43) souligne que, : « *depuis une vingtaine d'années, des travaux sur l'image du corps dans différentes pathologies ont été effectués (vingt thèses en France depuis 1980). Rares sont les articles au niveau international qui utilisent l'image du corps dans une perspective psychanalytique familiale.* ». Cette lecture de Cuynet marque une mouvance conceptuelle encore peut explorée et aux fondations peut solide ; renchérir sur sa théorie via de nouvelle base permettra d'élargir la toile conceptuelle du corps familial pris dans le cadre de la groupalité psychique. Nos observations, ont permis d'étendre le cadre du corps familial à des réseau de lien extrafamiliaux qui participe au travail d'investissement du corps familial. De plus elle permettra d'interroger la participation du cadre réifiant institutionnelle à la souffrance du sujet.

### **1..3 Intérêt clinique**

Sur le plan clinique, les résultats de cette recherche pourront permettre de comprendre et mieux appréhender l'organisation économique groupal et familial face à la situation de déficience motrice acquise ; ceci suivant une approche psychanalytique groupale, et d'envisager un modèle de prise en charge adapté.

### **Définition des concepts clés de l'étude**

#### **1..4 La réification**

Pour Marx (2002), « *la réification désigne d'abord en son sens le plus obvie, une réduction de l'humanité à sa force de travail, à une chose, il s'agit d'une suspension réelle représenté par la formalité marchande.* » quant à Quessy (2020) c'est un concept qui réfère à la relation d'un sujet à un autre. Elle est une notion qui renvoie toujours à une altérité, à un autre, entre le sujet et une autre, entre le sujet et un objet. C'est un processus qui nécessite une transformation du sentiment originel en une forme déshumanisé, proche de la chose. La réification est sous la plume d'Honneth cité par Malkoun-Henrion (2010) le processus par lequel, dans notre savoir sur les autres hommes et la connaissance que nous en avons, la conscience se perd de tout ce qui résulte de la participation engagée et de la reconnaissance.

#### **1..5 La famille**

Apporter une définition à un concept aussi plurisémiotique reste une tâche peu aisée. En effet pour Castellan (1996), la famille s'apparente à une réunion d'individus unis par les modalités telles que les liens du sang ; l'organisation d'une vie sous un habitat partagé et dans une communauté de services. Sa définition, dans une approche explicative, couvre une série importante de configurations ; notamment : *Les liens du sang* définis en fonction du contexte culturel et du cadre juridique qui institue la primauté des statuts en tant que patriarcale ou matriarcal, tantôt quant aux deux parents, dans la famille conjugale. Chez Gambini (2005) citant Kaës (1976) la famille est un groupe, un espace de vie psychique et de transformation, dont le fonctionnement et la structuration est opéré à travers l'affiliation et la filiation. C'est le lieu par essence de la fantasmatisation et de la transmission de la vie psychique familiale.

Chez Binet (1983), malgré la difficulté à donner un sens précis à la notion de famille, il la définit comme le regroupement de ceux qui sont liées par une parenté biologique. Et également comme, la cellule où sont vécues les relations de parentés avec intensités. Il ne manquera pas de préciser que, le sens attribué à la famille, serait fonction de l'institution

juridique qui d'ailleurs est très diversifiée, ainsi que, des données biologiques. Non loin des conceptions précédentes, la famille, pour l'appréhender, il faudrait à la base, partir des modalités constitutives du lien telles que : le lien de couple, la consanguinité, de filiation, avunculaire, généalogique, du groupe extérieur avec la famille Joubert (2004). Ce lien détermine la relation que les différents sujets du groupe familiale entretiennent avec une fonction plutôt qu'avec l'objet qui le favorise. Il est lui aussi identifiable sous deux grandes modalités, celle intrapsychique, et celle interpsychique.

#### **1..6 Personne en situation de déficience motrice acquise**

La déficience motrice est un groupe de concept dont l'utilisation varie en fonction de plusieurs paramètres caractériels qui portent sur le type et l'intensité de la perte de mobilité. Les personnes ayant une déficience motrice ont pour la plupart une perte, une anomalie ou une malformation qui réduit la motricité du corps. L'état des systèmes musculaires, neurologiques ou squelettiques sont ainsi atteints. Elle est d'avantage rencontrées dans les cas comme : la dystrophie musculaire, l'ataxie, la sclérose en plaques, la paralysie, la paralysie cérébrale, les spina-bifida, le traumatisme crânien, l'amputation, etc.

En ce qui concerne la personne en situation de déficience motrice acquise il s'agit d'une atteinte de sa capacité du corps (ou d'une partie de son corps) réduisant ainsi son pouvoir de mobilité. Sujet à la suppression involontaire d'un membre ou d'un segment de membre, le patient vit une situation réductrice de ses capacités fonctionnelles.

#### **1..7 Image inconsciente du corps familial**

Si l'image inconsciente du corps renvoie à l'ensemble des représentations née du vécu des sensations produites depuis le vécu du schéma corporel, des résonances d'organe, l'image inconsciente du corps familiale elle, renvoie depuis (Loncan, 2015) à une représentation de la vie psychique familiale dont la source première serait les supports transmetteurs d'informations kinesthésiques. C'est une construction métaphorique, sur la base des analogies supposées d'un corps même, dont le rapport est une conjonction fonctionnel maintenue et dirigé par des liens intersubjectifs, intrafamiliale. Si définir c'est ressortir les éléments essentiels d'une notion, d'un concept ou d'un phénomène, celle-ci ne pourrait pleinement être abordée ici, mais dans le deuxième chapitre de notre travail.

**CHAPITRE 2 : HANDICAPE, ET  
INSTITUTION MEDICALE**

Dans ce chapitre nous abordons fondamentalement la notion de handicap et d'institution médicale.

## 2. Le handicap/ la déficience

### 2.1. Histoire et terminologie

Le concept de handicap est un concept qui suscite encore nombre de controverse dans les communautés scientifiques par rapport à ce qui devrait référer à son contenu. C'est déjà, un terme qui vient de l'anglais « *hand-in-cap* » dont la signification renvoie à une main dans le chapeau (Hamonet, 1990) utilisée au 19ème siècle en Grande Bretagne pour désigner un jeu de hasard dans lequel les concurrents échangeaient des objets et pariaient dans un chapeau (Guidetti & Tourette, 2011). Par la suite, ce terme a connu une utilisation courante du côté des champs de course, dans un contexte de répartition à part égale des chances entre les concurrents en pénalisant les plus forts en leur imposant un poids ou une distance supplémentaire (Deschamps et al., 1981). Le handicap remplace donc la notion de possible compensation d'une différence.

A la suite d'une longue évolution, la perception du terme handicap a connu une importante modification en 1980. Ainsi, Philippe Wood a élaboré sous l'égide de l'OMS (1980), la célèbre « classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps » (CIDH) Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1980). La version française appelée « classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages » (CIH) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 1988) a permis un accordage entre les professionnels sur le sens du terme de handicap, qui englobe trois dimensions nous conférant la possibilité de procéder par attribution synonymique dans lesquelles on retrouve :

- **Déficience** : correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. (INSERM, 1988)
- **Incapacité** : désigne toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité considérée comme normale pour un être humain. (INSERM, 1988)
- **Désavantage** : le résultat de la déficience ou de l'incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. (INSERM, 1988)

Pour le cas du désavantage particulièrement, celui-ci est le produit de l'interaction entre l'individu ayant une incapacité et son environnement. L'intensité liée au vécu de ce désavantage dépend de la nature des matériaux psychiques retrouvées dans l'environnement, qui peut soit le réduire, soit l'augmenter (Chabrol & Haddad 2006).

Selon l'OMS, une personne handicapée est un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises (INSERM, 1988). Cependant, la définition du handicap selon le modèle CIH a été critiquée pour s'être focalisé sur l'aspect fonctionnel du handicap et ignoré son aspect social (Fougeyrolla, 2002 ; Tchirkov & Tchirkov, 2012). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, CIH-2), qui a remplacé la CIH en 2001, prend en considération les facteurs environnementaux. Elle remplace le terme de la déficience par l'activité et le terme de handicap par la participation (Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation (COFMER), 2012).

### **2.1.1. Définition du handicap**

Le handicap est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *toute situation d'une personne dont l'intégrité physique ou mentale est réduite de façon temporaire ou permanente, soit de naissance, soit du fait de l'âge ou d'un accident, de manière à compromettre son autonomie, sa capacité à aller à l'école ou à exercer un emploi* ». Dans un élan de complétion, la CIF donne dans sa définition qu'il s'agit de « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant* » (Journal officiel n°36 du 12 février 2005). Cette définition de la CIF (2001), distingue cinq dimensions qui entrent en jeu dans le handicap : les fonctions organiques, les structures anatomiques, les activités, les participations et les facteurs environnementaux.

- **Les fonctions organiques définissent** : « les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) » (CIF, 2001).
- **Les structures anatomiques indiquent** : « les parties du corps humain telles que les organes, les membres et leurs composantes ». (CIF, 2001)

- **L'activité significatif** : « l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne » (CIF, 2001).
- **La participation désigne** : « l'implication dans une situation de la vie réelle » (CIF, 2001).
- **Les limitations d'activité significatif** : « les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour réaliser une activité » (CIF, 2001).
- **Les restrictions de participation définissent** : « les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle » (CIF, 2001).
- **Les facteurs environnementaux** : « englobent l'environnement physique, attitudinal et social dans lequel les individus vivent et mènent leur vie ». (CIF, 2001). Les facteurs environnementaux de par le fait qu'ils soient externes à la personne, se peuvent d'avoir un impact conséquent sur la capacité, la performance des personnes en situation de handicap, participante au sein de la société, ou sur une de ses fonctions organiques ou structures anatomiques. (Chabrol et al. 2009)

En résumé, la classification internationale du fonctionnement du handicap permet de passer d'un modèle de classification du handicap étroit à un modèle plus large qui prend en compte les différentes conditions de vie des personnes porteuses d'un handicap. Offrant par la même occasion plus de droits à la personne handicapée. Le handicap désigne donc la limitation des possibilités d'interaction d'une personne avec son environnement, causée par une déficience entraînant une incapacité, permanente ou non. Il exprime une situation de désavantage par rapport à un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. Il s'agit donc davantage d'une notion sociale que d'une notion médicale. On estime aujourd'hui plus d'un milliard le nombre de personnes dans le monde touchés par un handicap. Toutes ces personnes ne sont évidemment pas égales face au handicap, qui peut se décliner en plusieurs types.

## 2.1.2. Différents types de handicap

D'après les données de la CIF (2001), on distingue quatre types de handicap : Les handicaps psychiques (déficience intellectuelle et autisme), handicaps sensoriels (déficience visuelle et auditive), handicap moteur en particulier le déficit moteur cérébral et les maladies invalidantes (maladies chroniques et maladies aiguës). Pour notre travail, nous sommes particulièrement intéressés au handicap moteur.

### 2.1.2.1. Le Handicap moteur

Un handicap moteur (ou déficience motrice) renvoie à l'ensemble des troubles (troubles de la dextérité, paralysie, ...) qui affectent partiellement ou totalement la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés à se déplacer, à maintenir ou à changer de position, à prendre et à manipuler des objets, à réaliser certains gestes). Les causes peuvent être très diverses : maladie acquise ou génétique, malformation congénitale, traumatisme lié à un accident, vieillissement. Précisons que nous prendrons la peine de faire un tour sur les causes dans les prochaines lignes de ce travail.

Dans la l'ensemble des IM, on distingue une catégorie spécifique qui est celle liée à l'infirmité motrice cérébrale (IMC). En effet, il s'agit d'une infirmité motrice due à des lésions survenues pendant la période périnatale. C'est un état pathologique (non évolutif) non héréditaire comportant diverses atteintes neurologiques. À ce jour, aucune cause exacte n'a pu être identifiée ; toutefois, elle est liée à la prématurité, à l'hypoxie périnatale, aux traumatismes cérébraux et à l'ictère néonatal. Le degré d'atteinte neurologique est sévère dans un tiers des cas et modéré dans un sixième des cas.

Le handicap moteur englobe des handicaps plus ou moins graves, d'une étiologie très différente, innée ou acquise, stabilisée ou évolutive. On classe les handicaps physiques en identifiant les causes de ces derniers :

- **Handicaps d'origine non cérébrale** : handicaps moteurs temporaires, définitifs et évolutifs.
- **Handicap d'origine cérébrale** : déficience motrice cérébrale appelée aussi infirmité motrice cérébrale (Guidetti & Tourette, 2011).

### 2.1.2.1.1. Les types de handicap moteur

Suivant la nature leur étiologie, la classification du handicap peut être fait sur la base de trois catégories :

#### a. Déficiences motrices d'origine cérébral

Elles sont dues à des lésions très précoces des structures du système nerveux supérieur et se manifestent par des déficiences motrices localisées au niveau cérébral en d'autres termes les (IMC ou IMOC). C'est par ailleurs le cas des atteintes plus tardives par traumatisme crâniens, accident vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales. Dans le cadre des atteintes neurologiques marquées par une fixation, la possibilité d'évolutivité devient quasi nul. Dans le système nerveux supérieur, seules la commandes et la régulation nerveuse sont lésées à l'origine pouvant de ce fait entraines des perturbations de tonus musculaire de la régulation automatique des mouvements et leur commande volontaire paralysies mouvement involontaires. Dans cette catégorie, il se distingue trois principaux types cliniques : syndrome spastique, le syndrome athétosique et le syndrome atoxique. Qui sont le résultat d'une classification de la DMC selon la nature du trouble dominant

- **Syndrome spastique** : il se caractérise par la libération d'activité motrice reflexe normalement inhibées par le contexte pyramidal. Elle est la déficience la plus répandue parmi les déficiences motrices cérébrales. Elle se caractérise par des mouvements lents, contractés et rigides qui rendent la personne atteinte incapable de relâcher et de contracter les groupes musculaires participant à la réalisation du mouvement. Les troubles sont dus à une atteinte du système nerveux pyramidal qui contrôle la motricité volontaire (Rondal & al. 2001 ; Guidetti & Tourette, 2011).
- **Syndrome ataxique** : il est dû à l'atteinte du cervelet, et se caractérise par des troubles de la coordination des mouvements. C'est la moins fréquente des trois types de DMC. Les mouvements sont incoordonnés, l'équilibre dans la marche est perturbé et la tension musculaire est limitée (hypotonie). L'atteinte est due à une lésion des voies cérébelleuses (Rondal & al, 2001 ; Kutscher & al 2009 ; Guidetti & Tourette, 2011).
- **Syndrome athétosique** : qui se produit suite à des lésions dans les noyaux gris centraux les formes lésionnelles du handicap moteur sont rarement pures. Très

souvent c'est le résultat d'une manifestation mixtes. (Puell, 2010, p.169). Les mouvements sont incoordonnés, incontrôlés et involontaires en raison de changements brusques et inattendus de la tension musculaire. L'agitation se produit aux niveaux des membres inférieurs, de la tête de la face et de la langue. Elle peut s'associer d'une sialorrhée. L'autonomie varie d'un sujet à l'autre passant d'une situation grabataire à des états très discrets. L'athétose est le résultat d'une atteinte du système nerveux extrapyramidal en particulier des noyaux gris centraux.

En fonction de la localisation de l'atteinte, la DMC se segmente une classification en trois types :

- **La diplégie ou maladie de Little ou diplégie cérébrale infantile** : majoritairement fréquente, elle est caractérisée par une atteinte des deux membres inférieurs.
- **L'hémiplégie (ou hémiparésie)** : est définie par une atteinte du membre supérieur et inférieur du même côté.
- **La tétraplégie (ou quadriplégie)** : est caractérisée par une atteinte des quatre membres et parfois même une atteinte du tronc (Guidetti & Tourette, 2011).

Deux suffixes sont utilisés dans les formes de la DMC selon la localisation de l'atteinte : *parésie* (hémiparésie) et *plégie* (hémiplégie). Ils sont employés dans le jargon médical pour distinguer entre une atteinte grave (plégie) et une atteinte bénigne ou incomplète (parésie) (Kutscher & al. 2009). Ces troubles n'existent pas à l'état "pur". La nature de l'atteinte est souvent associée à une atteinte des membres particulières. On trouve ainsi une diplégie ou une tétraplégie spastique et une dystonie athétose.

#### **b. Les déficiences motrices d'origine médullaire et /ou neuromusculaire**

On retrouve dans cette catégorie :

- **Les lésions médullaires dues à un traumatisme ou à une maladie** : Les déficiences motrices d'origine médullaire et/ou neuromusculaire peuvent résulter d'un traumatisme de la moelle épinière ou d'une lésion due à des causes infectieuses vasculaires tumorales. Les déficits sont liés à des troubles de la conduction de l'influx nerveux moteur et sensitif.

- **Une lésion médullaire due à une malformation congénitale** : Une malformation congénitale de la gouttière neurale (ensemble rachis-moelle épinière) se traduit par une malformation osseuse caractérisée par un défaut de fermeture de la partie arrière d'une vertèbre dorsale ou lombaire.
- **Maladies neuromusculaires** : Les causes du handicap moteur peuvent être classées en deux facteurs principaux : les maladies et les déficits moteurs qu'elles entraînent sont liés à des perturbations de l'unité motrice associant le neurone moteur, la synapse et la fibre musculaire. On distingue des atteintes de la fibre musculaire telles que les myopathies et la myasthénie.

### c. Les déficiences motrices d'origine ostéo-articulaire

Celles-ci peuvent survenir à la suite d'une malformation, d'un trouble de la formation de l'os, de lésions rhumatismales, de lésion infectieuse, de déviation rachidienne, d'accidents etc.

#### 2.1.2.1.1. Les facteurs du handicap moteur

Les formations d'origine génétique et les facteurs non génétiques induits par le milieu de vie de l'individu sont des facteurs importants qui peuvent causer des déficiences motrices.

#### 2.1.2.1.2. Les facteurs génétiques

Les facteurs génétiques déterminent en grande partie la nature définitive des anomalies chromosomiques qui peuvent causer des déficiences graves.

#### 2.1.2.1.3. Les facteurs non génétiques

Avec les mariages consanguins fréquents retrouvés dans les sociétés arabes sont également une cause importante d'handicap moteur, notamment dans les pays en voie de développement.

#### a. Les facteurs d'origine prénatale

La grossesse est une phase très importante pour le fœtus car toute atteinte de la maman peut entraîner une atteinte à la santé du fœtus et risque d'être handicapé. Parmi les maladies

qui touchent la femme enceinte, on peut citer l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication (car elle peut causer l'atteinte de l'œil ou du cœur du fœtus), la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme et les troubles émotionnels (joie, peur, stress...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal et par conséquent une fragilité osseuse.

#### **b. Les facteurs relatifs à l'accouchement**

L'accouchement est souvent accompagné de plusieurs risques, notamment l'accouchement prématuré, car certains troubles peuvent augmenter le risque d'handicap. L'accouchement sans assistance médicale peut également être dangereux. Seulement 8% des enfants sont nés à l'hôpital dans la société traditionnelle. À partir de cela, on peut remarquer la relation entre le lieu de naissance et le handicap.

#### **c. Les facteurs d'origine post-natale**

Dès la naissance, toute personne est exposée à des facteurs induits par son milieu de vie qui peuvent entraîner un handicap ; à ce sujet, nous avons :

#### **d. La malnutrition**

La malnutrition est considérée comme l'un des plus grands problèmes de santé mondiale car elle touche environ 500 millions de personnes dans les pays en voie de développement. Elle a des conséquences néfastes, notamment sur les enfants. L'Organisation mondiale de la santé a montré l'importance d'une planification des besoins de l'enfant, en particulier au cours des cinq premières années de sa vie. La malnutrition selon l'OMS peut rendre l'atteinte de l'enfant mortelle ou entraîner une invalidité allant jusqu'au handicap permanent. D'autres maladies telles que la spasticité et le manque de vitamine D et de calcium dans la croissance peuvent également causer divers handicaps.

#### **e. La maladie**

Les diverses déficiences permanentes qui touchent l'individu et la chronicité de la maladie elle-même peuvent être considérées comme un handicap. Certaines maladies (infectieuses, tumorales ou traumatiques) qui touchent la maman ou le bébé directement après l'accouchement sont également des facteurs majeurs d'handicap.

## **f. Les accidents routiers**

Ils sont responsables de 8,5 % des handicapés dans le monde, estimés à 30 millions. Ce taux est directement lié au degré d'urbanisation, à la productivité et à la situation économique. C'est pourquoi les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

## **g. Les accidents de travail**

Les accidents sont également dangereux et contribuent d'environ 4,5 % du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être le résultat de circonstances générales liées au travail ou le résultat de négligences personnelles (Brahimi & Bounab, 2007, p18-20).

### **2.1.3. La survenue du handicap : un événement déstabilisant**

Selon Adam et Herzlich (2014), un événement majeur dans l'existence humaine nécessite une explication. La personne cherche alors presque toujours à en savoir l'origine et la raison. L'apparition du handicap, considérée comme un événement majeur et significatif. Dans la vie de l'individu, il n'échappe pas à cette exigence à laquelle les personnes concernées, ainsi que leur entourage, doivent répondre inévitablement. Cependant, cette expérience est caractérisée par trois événements clés : le moment de l'accident ou de la maladie, le moment de l'annonce du handicap et le moment de l'adaptation au Centre de rééducation. Ces trois moments sont les premières interrogations de la personne et de son entourage, c'est-à-dire la période qui va de l'accident ou de la maladie à la réhabilitation Ndjabo (2018).

#### **2.1.3.1. L'annonce du handicap**

Le premier environnement auquel la personne se retrouve après l'apparition du handicap est le milieu hospitalier Ndjabo (2018). Elle est dans l'incapacité motrice, ce qui est une limite de la médecine dont l'objectif principal est la réadaptation. Arrive alors le moment. Lorsque les professionnels de santé doivent établir le diagnostic du handicap. L'annonce du handicap a pour objectif de permettre à la personne handicapée de s'intégrer dans sa nouvelle vie en évoquant dès le départ les opportunités à côté des pertes Chavarro (2001). Cependant, il est possible que différents enjeux soient pris en considération, la façon dont l'annonce est réalisée pouvant avoir un impact durable sur la perception du handicap par la personne

concernée. Il est donc pertinent de se demander quelles sont les possibilités d'une annonce du handicap et de se questionner sur les modalités quelles peuvent induire chez le patient Ndjabo (2018).

### **2.1.3.2. Les circonstances de l'annonce du handicap**

Selon Bury (1982), repris par Carricaburu et Ménoret (2012), le handicap est considéré comme un événement majeur dans la trajectoire de vie, ce qui entraîne des changements dans la vie quotidienne. Le handicap n'est pas annoncé. Il ne se limite pas à l'information fournie à quelqu'un. Elle représente un moment d'émotion, de choc et de souffrance pour la personne en situation de handicap. Lorsque le handicap survient au cours de la vie, cela perturbe sa vie et engendre une série de questions, de ruptures de perspective et d'effets ou d'implications tout au long de sa vie Ndjabo (2018). L'annonce marque donc un tournant dans la vie de l'individu. Fainzang (2006) a théorisé les conditions de son opérationnalisation en examinant trois options possibles : le report, le retard ou le mensonge au sujet de l'annonce.

En effet, il est essentiel de prendre en compte la façon dont le diagnostic de handicap est communiqué à la personne ou à la famille. Le handicap est déclaré à l'hôpital suite à une intervention chirurgicale à la suite d'une maladie ou d'un accident Ndjabo (2018). Elle peut également se faire lorsque la personne arrive au centre de réhabilitation des personnes handicapées ou après des séances de rééducation fonctionnelle Ndjabo (2018). Lorsqu'il s'agit d'un adulte ou d'un adolescent, le diagnostic de handicap est communiqué à la personne elle-même ou aux parents de l'adolescent ou de l'enfant. Ces individus, tout comme leurs proches, font face à un choc imprévu, un moment traumatisant qui est souvent accompagné de sentiments de désespoir, de déception Ndjabo (2018).

Ces émotions sont amplifiées lorsque l'annonce se limite à fournir des informations sans éducation sur les conséquences que le handicap entraîne dans la nouvelle réalité de vie et sur les possibilités d'amélioration des difficultés possibles Ndjabo (2018). Il arrive que le personnel soignant utilise des termes qui ne facilitent pas toujours la compréhension de ce qui arrive à la personne handicapée et à sa famille lorsqu'il annonce le handicap. Selon cette réalité, des comportements sont guidés et influencés par la perception que la personne a un handicap. De cette manière, elle la plonge dans de « *longues périodes de doute et d'abandon, ponctuées parfois de perspectives sombres et d'idées les plus sombres lorsque se laisser mourir devient une option à la vie difficile qui se présente* » (Chavarro, p.2) car « *un adulte*

*qui se réveille paralysé, c'est brusquement le passage à une « non-vie », avec des limites et des impossibilités qu'il n'avait ni imaginées ni prévues » (Salbreux, 2013, p.72).*

#### **2.1.4. Les effets de la survenue du handicap et ses implications dans la vie personnelle et familiale**

Le handicap entraîne des conséquences sur la vie personnelle et familiale. C'est ce qui se traduit par des changements qui commencent dans la plupart des cas au moment de l'accident ou de la maladie Ndjabo (2018). L'individu malade se rend à l'hôpital dans l'espoir de trouver une solution au problème engendré par un accident ou une maladie, tout en espérant trouver une guérison qui se manifeste par la réapparition de la mobilité. Dans la mesure du possible, l'hôpital tente de réparer le corps physique en utilisant des méthodes médicales et chirurgicales Ndjabo (2018). Les résultats obtenus lors de ces interventions ne sont pas toujours satisfaisants et la personne en sort avec des difficultés motrices. Un sentiment d'inefficacité de la médecine en découle d'autant plus fort que la personne concernée avait été admise à l'hôpital avec ses deux jambes, seulement pour traiter une blessure. Après son arrivée au Centre de rééducation, elle est rééduquée de manière fonctionnelle afin de lui rendre une certaine autonomie. Ndjabo (2018).

Dans le cas où le séjour se poursuit sans amélioration, la personne se rend compte de sa nouvelle condition de handicapée. Il en va de même pour les membres de la famille, qui commencent à prendre conscience de la nouvelle situation Ndjabo (2018). Une situation comme celle-ci induit, à ce moment précis de la trajectoire et à la sortie du centre, des changements chez l'individu et au sein de la famille en général. Le handicap est principalement marqué par des altérations corporelles et un dysfonctionnement physiologique caractérisés par des problèmes de déplacement, l'incontinence urinaire et fécale, une érection non contrôlée Ndjabo (2018). Ces changements continuent chez certains et s'accroissent non seulement pendant le séjour au Centre, mais aussi après le retour chez soi. Cela entraîne une transformation des perceptions de soi et des autres dans la société. Selon Bozon (2013), la famille et la vie conjugale ne peuvent plus être considérées comme normales en raison de l'arrêt de l'activité sexuelle entre les conjoints.

#### **2.1.4.1. Les modifications traumatiques du corps**

Au quotidien, la personne en situation de handicap rencontre de nombreux obstacles. D'une part, la manière dont elle perçoit son propre corps est modifiée, tant dans l'image qu'elle en a que par les actions corporelles telles que la gestion des excréments Ndjabo (2018). Par ailleurs, il existe une diminution de la mobilité. Les modifications et les représentations qui en résultent sont abordées par Murphy (1990) en ce qui concerne le naufrage du corps et de l'identité.

#### **2.1.4.2. La mobilité réduite**

La transformation du corps physique entraîne une diminution importante de la mobilité qui restreint les possibilités de déplacement de la personne. Cette diminution nécessite, pour le sujet victime, à la fois l'utilisation du fauteuil roulant afin de faciliter une transition Ndjabo (2018). Certaines mesures permettent de les déplacer et de réorganiser leur espace de vie. Ainsi, elles se limitent à l'espace domestique et rencontrent de grandes difficultés de déplacement, en particulier lorsqu'elles doivent utiliser les transports en commun Ndjabo (2018).

Désormais, la personne handicapée ne peut se déplacer qu'en cas de nécessité absolue, son déplacement nécessite d'elle davantage d'efforts et la demande d'une assistance matérielle et/ou humaine Ndjabo (2018). Elle est alors obligée de vivre en famille. Par peur de croiser des obstacles susceptibles de provoquer des chutes suivies de complications la personne handicapée est poussée à augmenter sa sédentarité et à éviter les obstacles au déplacement dans son secteur.

#### **2.1.4.3. L'incontinence urinaire et fécale : saleté-désordre**

Les changements causés par le handicap ont également un impact sur les aspects physiologiques du fonctionnement du corps, car ils impactent le fonctionnement de certains systèmes tels que les systèmes nerveux, digestif, urinaire, menstruel et sensoriel. La personne est alors exposée à des problèmes d'urine, d'intestin, de peau et de système génitosexuel. D'après Douglas (2001), il n'y a rien de dérangeant en lui-même. « *Ce qui ne respecte pas les règles de la classification propres à un système symbolique donné est effrayant* » (p. 55). La plupart des individus rencontrés ont un manque de contrôle des sphincters, ce qui se traduit

par une miction involontaire des urines et des selles, ce qui les expose aux infections urinaires en raison de leur port d'une sonde urinaire.

Les répercussions de cette situation sont désagréables tant pour la personne que pour son entourage. Le terme "miction" et "défécation" fait référence à la sortie des déchets produites par l'organisme Douglas (2001). Selon Douglas (2001), ces déchets sont considérés comme une souillure en raison de leur saleté corporelle, ce qui constitue une violation des normes sociales et une violation de la notion de pureté.

#### **2.1.4.4. La place du pied dans la représentation du corps**

Le pied joue un rôle central dans l'identité humaine, comme en témoigne l'énigme du sphinx dans le mythe d'Œdipe : « *Qu'est-ce qui, demeurant toujours le même, est à deux, trois, quatre pieds ?* » Benichou et Libotte (2002, p.240). Deloison partage cet avis, affirmant que « *le pied, qui assure l'équilibre statique et dynamique, possède une anatomie unique à l'être humain et est exclusivement utilisé pour la marche bipède* ». Le pied peut être décrit selon trois niveaux d'observation : culturel, anatomique et psychomoteur Beaupère (2014). Le psychomoteur étant la base du mécanisme de sublimation.

## **2.2. L'institution médicale : socle de l'objectivation**

Il semble essentiel pour mener à bien ce travail, de retracer brièvement l'histoire de la médecine, et précisément de la médecine scientifique pour mieux comprendre le cadre de notre étude. En effet, les méthodes de traitement pour les cas d'urgence comme la DMF ont connu beaucoup d'évolution scientifique et culturelle Letrecher (2024).

### **2.2.2. Une médecine scientifique**

#### **2.2.2.1. Le modèle anatomo-pathologique**

Quand on parcourt la littérature, on constate que, l'hôpital est un pilier central de la pratique médicale, combinant deux aspects fondamentaux : la guérison et les soins (*medicus*) ainsi que l'accueil et l'hospitalité pour les plus démunis (*hospitalia*) Letrecher (2024). Ce lieu de soins, ancré dans les valeurs de charité et de bienfaisance issues de l'Antiquité et de son héritage religieux, a subi d'importantes transformations avec l'avancée scientifique de la médecine au XIXe siècle. Il est ainsi devenu un lieu de traitements basés sur la connaissance scientifique.

Historiquement associée à la magie et à la sorcellerie dans sa lutte contre le destin humain (Laplantine, 1986), la médecine s'est progressivement éloignée de ces pratiques populaires pour entamer un tournant épistémologique. La guérison ne repose plus sur la preuve et le charlatan est désormais considéré comme « celui qui revendique ses guérisons comme preuves » (Nathan & Stengers, 2016). Si l'objectif du médecin est devenu moins de guérir que de soigner (Canguilhem, 1978), il doit avant tout identifier les causes de la maladie et les méthodes d'action du traitement.

Soulignons que, cette révolution passe par une double filiation révélatrice de la tension entre art et technique apparue au travers de la révolution industrielle pour ce faire connaître (Lamy, 2007).

La première approche est celle de la méthode anatomo-clinique, élaborée par Bichat (1771-1802) puis Laennec (1781-1826). Cette méthode a permis de remplacer une médecine basée sur les symptômes par une médecine des tissus, en faisant coïncider l'observation clinique et l'anatomie pathologique. Bien que ces deux méthodes existassent déjà auparavant, l'École de Paris les a réunies pour la première fois en une seule, permettant ainsi d'associer les symptômes observés chez les patients aux lésions d'organes observées lors des dissections de cadavres. Cette approche repose donc sur l'utilisation paradoxale de la mort pour révéler la vérité sur le vivant, en rejetant toute forme de préjugés doctrinaux.

Comme le note Foucault (2005), la constitution de l'homme occidental en objet de science n'a été possible qu'en se référant à sa propre destruction. Ainsi, la prise en compte de la mort dans la pensée médicale a donné naissance à une médecine qui se veut une science de l'individu. Cependant, il convient de souligner que la médecine est ici comprise comme un art, dans le sens que les Grecs de l'Antiquité donnaient à ce terme, c'est-à-dire une compétence en matière d'observation et de pratique (Lamy, 2007). Ces deux postulats fondamentaux, à savoir la mort comme condition préalable de la médecine et le médecin en tant qu'homme de l'art, seront remis en question par la médecine scientifique contemporaine, comme nous le verrons par la suite.

La deuxième approche est celle de Claude Bernard (1813-1878), qui considère le corps et la maladie comme des objets de la démarche scientifique. En s'inspirant du doute expérimental pascalien, il développe une méthode dite "hypothético-déductive", qu'il divise en trois étapes : l'émergence d'une intuition à partir de l'observation, l'utilisation de la raison pour formuler une hypothèse rationnelle, et enfin la vérification de cette hypothèse par

l'expérience. Pour Bernard, une simple observation n'est jamais objective, car elle suppose toujours une hypothèse, même implicite, de la part du scientifique. La méthode expérimentale, en partant de l'hypothèse, anticipe donc l'apparition d'un fait contredisant la théorie établie. Elle s'oppose ainsi à l'empirisme, que Bernard critique pour ses expériences visant à valider plutôt qu'à réfuter ses théories. « *L'empirisme est un donjon étroit et abject d'où l'esprit emprisonné ne peut s'échapper que sur les ailes d'une hypothèse* » (Bernard, 1865/1989, p. 77).

Bernard ne rejette cependant pas l'observation clinique effectuée à l'hôpital, qu'il considère comme le point de départ de la démarche médicale. Il la complète plutôt par un passage obligé par le laboratoire de physiologie expérimentale, afin d'interpréter les faits cliniques observés et d'orienter ainsi la thérapie. Dans la conception physiologique héritée du principe de Broussais, ce passage est possible car la maladie est considérée comme une variation quantitative d'une fonction physiologique, par excès ou par défaut. En défendant l'idée d'un principe général et absolu de déterminisme valable aussi bien pour le vivant que pour l'inerte, Bernard affirme pouvoir déterminer expérimentalement les normes physiologiques et en déduire quantitativement le pathologique.

Cependant, comme le souligne Dubas (2007), ce passage par la physiologie sera source de confusion, car si « *le problème, en fin de compte, c'est le malade* » (Bernard, 1865), cette affirmation peut être comprise comme la reconnaissance du fait que le malade échappe à la totalité de ce qui peut être expérimenté. Cette constatation confirme que la médecine ne peut être entièrement définie par la physiologie et qu'il subsiste une part importante : l'expression du sujet.

Bachelard appelle "*phénoménotechnique*" cette création de l'objet scientifique par le biais de la technique. Selon lui, les sciences modernes dépendent de la technique car leurs objets ne sont plus donnés par l'expérience ordinaire, mais créés en mettant de côté la réalité au sens classique (Bachelard, 1940, p. 34). Les entités ultra-microscopiques étudiées ne peuvent être isolées et comprises par l'empirisme. Pour Bachelard, cet objet infiniment petit est désindividualisé et nécessite de mettre de côté « *les parasites, les perturbations, les mélanges, les impuretés qui abondent dans les phénomènes bruts et désordonnés* » (Bachelard, 1937, p. 140). La technique permet donc de rendre observables des phénomènes à l'aide de dispositifs expérimentaux sophistiqués, qui ont été identifiés dans un premier temps par spéculation théorique et qui ne peuvent être compris directement. Par exemple, le microscope à effet tunnel permet d'observer indirectement les atomes.

L'imagerie médicale a déplacé l'intervention du médecin du toucher et de l'ouïe vers la vue. Le corps du patient est ainsi maintenu à distance du contact physique et surexposé au regard, mais à travers le prisme de l'écran, qui scrute l'intérieur du corps et le retranscrit via un logiciel. Selon Dagognet (1984), l'utilisation de techniques morphologiques telles que l'IRM ou le scanner a conduit à une prise en charge de la maladie "sans malade", une "médecine sans le corps" selon Sicard (2002), où l'émergence d'images numériques et de chiffres efface le corps dans sa vulnérabilité et sa souffrance, tout en désobjectivant le patient.

Cependant, plus l'image cherche à montrer, plus elle cache. L'écran lui-même devient ce qui dissimule, car toute représentation mentale se fonde sur une absence, un manque. Si rien ne manque, le processus de représentation ne se produit pas. L'image s'impose comme la réalité, tout est dit ou plutôt tout est visible, et il n'y a plus rien à en dire. Assoun (2009) critique cette autorité aveugle de l'image au détriment du regard, qui engage un processus subjectif. Ce sacrifice du regard aliène le médecin à l'image, le privant ainsi de sa double inscription dans le regard et le langage. Le risque est alors d'abandonner les fonctions d'écoute et de transfert.

En outre, la technicisation des soins entraîne une séparation entre le geste thérapeutique et le geste de soin. Soigner (to cure) ne signifie plus nécessairement prendre soin (to care), et la recherche d'une plus grande *rationalité* dans les pratiques peut entraîner une *déshumanisation* des prises en charge. Il existe une confusion croissante entre « *le recours à un univers technique qui crée une nouvelle relation au corps fondée sur la visualisation biologique et imagée, et la persistance d'un moi souffrant toujours irréductible à l'investigation technique* » (Sicard, 2002, p.76).

Le philosophe Bernard Stiegler (2016), en référence à Alfred Lotka (1880-1949), développe les concepts d'organes endo et exo-somatiques, et considère la technique comme un exo-organe, c'est-à-dire un organe artificiel, extérieur au corps, mais aussi un organe entre les corps, formant ainsi un corps social. Il insiste donc sur la nécessité de réfléchir à ses utilisations, de constituer un savoir autour de son utilisation, dans une perspective éthique, car sa médiation comporte un risque de dérives technicistes, de pulsions brutes, incitant à une surenchère (Montévil & al., 2020). Tout en reconnaissant les avantages des nouvelles technologies et leurs conséquences sur l'allongement de l'espérance de vie, il appelle à garder à l'esprit que, tout en résolvant des problèmes, les utilisations de la technique, comme tout pharmakon, en créent également de nouveaux que nous découvrons a posteriori. Cependant, il convient de nuancer ces propos dans la mesure où l'imagerie, bien qu'utilisée à son initiative,

n'est pas directement produite par le médecin et n'est donc pas centrale dans sa relation au patient. Il arrive même que, par ses paroles, il réinterprète les diagnostics des radiologues.

#### **2.2.2.2. Le modèle épidémiologique**

À la même époque, l'épidémiologie fait son apparition et connaît un véritable essor à partir de la seconde moitié du XXe siècle. Tout d'abord axée sur l'étude des maladies infectieuses et des épidémies, elle s'oriente vers l'étude des cancers et des maladies cardiovasculaires.

Le dépassement du modèle biomédical est effectif et déplace la préoccupation des politiques du paradigme de la maladie vers celui de la santé (Golse, 2001). En 1946, l'OMS, lors de sa création, définit la santé comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). La médecine n'est donc plus la seule à faire face à la maladie : elle sollicite également les domaines sociaux et psychologiques pour expliquer le biologique (Golse, 2001).

L'épidémiologie dans cette lancée prend à son compte une dimension prédictive à l'échelle collective et rend cette démarche possible grâce aux outils mathématiques et statistiques. Ainsi, on observe un déplacement de l'objet de la médecine du patient vers la collectivité. Il s'agit d'identifier les problèmes de santé, de les caractériser et d'en rechercher les causes. Pour ce faire, l'épidémiologie s'appuie sur les déterminants de santé, qui sont « *les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations* » (Bourdillon, 2009, p.27). Cette conception de la santé, issue de la technique assurantielle (Ewald, 1986), repose sur la notion de risque, calculé à partir de probabilités. La médecine ne s'intéresse plus à des phénomènes concrets, mais à des probabilités de survenue au sein d'une population (Golse, 2001).

Une autre acception de l'épidémiologie, c'est qu'elle se veut préventive en s'adressant à des personnes en bonne santé, « *pour rechercher d'éventuels facteurs de risque d'apparition d'une maladie, s'assurer de la présence ou non de comportements dangereux, bref, dépister pour prévenir* » (Sicard, 2005, p.82). C'est donc, mettre en place des actions permettant de lutter contre les facteurs de risque ou les comportements inadaptés, que ce soit par la prévention ou la promotion de la santé (Golse, 2001). Ces campagnes reposent sur l'information, la pédagogie, mais aussi l'éducation (Ibid.).

Selon Sicard (2005), le dépistage technique et l'indemnisation tendent à remplacer de plus en plus une véritable médecine préventive, qui devrait plutôt se concentrer sur des conseils médicaux simples. Dans le domaine de la maladie grave et chronique, il parle même « *d'acharnement à demander des marqueurs tumoraux ou des scanners* » (2005, p.122). La prédiction génétique soulève une question éthique fondamentale : celle de l'information au patient une fois les examens effectués. « *Affronter cette prédiction est d'une extrême complexité et suppose un environnement psychologique attentif et adapté à chaque cas. Vaut-il mieux savoir ou non ?* » (Sicard, 2005, p.124). En clinique de l'extrême, les marqueurs extrêmes, s'ils sont positifs, ne répondent pas à la question de savoir s'il est plus préjudiciable d'intervenir ou non sur cet indicateur détecté à un moment ou un autre. Certains professionnels dénoncent les ravages des dépistages systématiques d'une médecine "de masse", comme c'est le cas pour le cancer du sein (Boukris, 2013). Ainsi, Sfez critique, dès 1995, le mythe d'une santé parfaite, qui conduit à des excès, comme des femmes porteuses de facteurs de risque de cancer du sein ou de l'utérus qui subissent des mutilations par anticipation.

À l'échelle individuelle, les recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé, aussi nobles soient-elles, peuvent parfois ressembler à des « *prédictions astrologiques* » (Sicard, 2005). Sicard (Ibid.) questionne plus particulièrement l'efficacité de la prévention dans les cas de comportements addictifs, car la connaissance du risque n'élimine pas les conditions de son apparition. Golse (2001) rappelle que l'être humain est un être d'excès et qu'il n'existe pas de pulsion de santé. La jouissance motive ses comportements plus que la prévoyance ou la rationalité. Si la maladie n'est plus une fatalité et que les déterminants peuvent la prédire, une pression supplémentaire est exercée sur l'individu pour la prévenir. Ainsi à cet aspect culpabilisant, s'ajoute une volonté de normativité comportementale. « *Le discours de la médecine de la santé marque une rupture avec celui de la médecine curative : l'homme n'est plus le terrain de la maladie, il en devient l'auteur* » (Golse, 2001, p. 288).

### **2.2.2.3. Le modèle normatif**

On ne peut parler de maladie qu'en fonction d'un seuil, et par rapport à cela, la médecine scientifique vise à normaliser le vivant en déterminant la frontière entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, c'est-à-dire en établissant le seuil d'intervention du médecin (Corvol, 2014). Bernard lui-même soulignait que la santé et la maladie ne sont pas deux états distincts, mais plutôt un continuum, une idée qui sera reprise quelques décennies plus tard par Freud dans le

domaine de la psychopathologie. Il est donc important de se pencher sur la question du seuil entre normal et pathologique, en s'appuyant sur les travaux de Canguilhem.

Canguilhem joue un rôle particulier dans l'histoire de la médecine. Dans sa thèse de 1943, en pleine guerre, Canguilhem remet en question la médecine scientifique, que ce soit dans sa définition physiologique et expérimentale telle que défendue par Claude Bernard ou dans sa définition statistique de la maladie.

Selon Canguilhem, la conception de la santé défendue par Bernard a des conséquences sur les relations entre physiologie, pathologie et clinique : la priorité face à la pathologie, est donnée à la physiologie, mais aussi à la physiopathologie sur la clinique, qui en devient la simple application pratique. En voulant faire de la médecine une science fondée sur l'expérimentation, Canguilhem reproche à Bernard son réductionnisme excessif qui nie la valeur négative de toute maladie pour l'individu, c'est-à-dire la valeur et l'impact de l'expérience vécue par le sujet malade. Bernard par cette conception, fait disparaître l'objet même de la « *pathologie* » (Canguilhem, 1966/1978, p. 49) en assimilant le pathologique au normal, « *à quelques écarts quantitatifs près* » (Giroux, 2010), des écarts liés à la calculabilité et à l'objectivation. Pour lui, la science s'est développée à partir d'expériences subjectives de sujets souffrants. Elle a mis en œuvre des techniques pour résoudre les problèmes posés par les maladies, mais ces techniques dépassent largement leur but initial et acquièrent ainsi une certaine autonomie, indépendamment du sujet lui-même.

Cependant, tout comme Bernard, Canguilhem critique également la définition statistique de la normalité qui repose sur une réduction erronée de la notion de norme à la fréquence statistique ou à la moyenne, un héritage de la statistique d'Adolphe Quételet (1796-1874). La représentation graphique de la variation des caractéristiques individuelles correspond à une courbe en forme de cloche, c'est-à-dire la courbe des erreurs de mesure définie par le mathématicien Carl F. Gauss (1777-1855). Dans cette distribution, les écarts sont d'autant plus rares qu'ils sont plus importants. L'interprétation médicale de ce phénomène conduit donc à associer les écarts à la pathologie et la moyenne à la norme, à la santé. Ainsi, la démarcation entre le normal et le pathologique pourrait être quantitativement déterminée.

Dans ces deux tentatives d'objectivation de la pathologie, la négativité associée à l'expérience de la maladie est niée. Canguilhem propose un changement radical de perspective en se basant sur le qualitatif. Il replace l'être humain et l'expérience subjective au centre des priorités médicales : « *c'est [...] parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades qu'il y a*

*une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies* » (1966/1978, p. 53). Ce qui distingue le physiologique du pathologique, « *ce n'est pas une réalité objective de type physico-chimique, c'est une valeur biologique* » (Ibid., p. 148), une norme intrinsèque à la vie.

La notion de normativité biologique chez Canguilhem est ancrée dans ce fait qu'il juge irréductible et indépassable : le vivant préfère la vie à la mort, la santé à la maladie, et à ce titre, il choisit, il sélectionne. La santé n'est donc pas un état normal, mais une adaptation, non pas d'un organe, mais de la relation d'un organisme à son environnement, par la recherche d'un équilibre constant, négocié en fonction de l'environnement. « *Nous pensons avec Leriche que la santé, c'est la vie dans le silence des organes, que par conséquent le normal biologique n'est, comme nous l'avons déjà dit, révélé que par les infractions à la norme et qu'il n'y a de conscience concrète ou scientifique de la vie que par la maladie* » (Ibid., p. 121).

Le médecin doit adopter une "pédagogie de la guérison", c'est-à-dire négocier avec le patient pour comprendre quel type de vie il souhaite mener Letrecher (2024). En effet, l'expérience de la maladie change fondamentalement le patient, qui ne revient pas à son état antérieur une fois l'équilibre rétabli Letrecher (2024). « *Aucune guérison n'est un retour à l'innocence biologique* » (Ibid., p. 67). D'ailleurs, la notion de guérison attendue par le patient est rarement utilisée par le médecin : « *Un médecin qui ne guérirait personne ne cesserait pas, en droit, d'être un médecin – habilité qu'il serait, par un diplôme sanctionnant un savoir conventionnellement reconnu, à traiter des malades* » (Ibid., p. 67). En cela, il se distingue du guérisseur traditionnel, dont le patient attend des résultats et non des connaissances Letrecher (2024).

Contrairement à Bernard, Canguilhem accorde la priorité et l'irréductibilité du pathologique au physiologique, mais aussi de la clinique à la physiopathologie. Par conséquent, c'est tout le statut épistémologique de la médecine qui est modifié : la médecine est « *une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences, plutôt qu'une science proprement dite* » (Ibid., p. 7). Canguilhem préconise donc, dans la continuité de la tradition antique, une médecine clinique, individualisée, au chevet du patient, s'appuyant sur des études de cas concrets. Son objectif ultime est de replacer le patient au centre des préoccupations de la médecine scientifique, d'humaniser la maladie. Bien que la science ne soit pas la destination première, elle n'en demeure pas moins indispensable à l'Homme, mais en tant que moyen. D'ailleurs « *science sans conscience n'est que ruine de l'âme* », nous disait Rabelais (1483).

Dans ses travaux, Foucault soutient que l'objectif de l'institution hospitalière est de produire un savoir sur la maladie, en utilisant les patients pour participer à la recherche et ainsi rembourser inconsciemment la gratuité des soins. Il critique l'hypocrisie de la médecine qui utilise le soin pour étayer son savoir et conclut que le regard du médecin est d'une épargne bien serrée dans les échanges comptables d'un monde libéral. La connaissance clinique est obtenue à la lumière de la mort, par exemple par la dissection de cadavres, et ce que certains considèrent comme une transgression médicale, telle que l'expérimentation sur les patients, n'est pour Foucault qu'une tendance de la médecine moderne.

Dans la version révisée de sa thèse en 1966, Canguilhem répond aux objections de Foucault, en élargissant sa réflexion sur le concept de norme aux domaines social et psychique. L'ajout, permet de considérer l'hôpital non seulement comme un instrument technique, mais aussi comme une institution sociale, abordant ainsi la question de la normalisation par le biais de réformes. Canguilhem développe une nouvelle philosophie de la société à partir de l'expérience de la maladie, dans laquelle la subjectivité de la maladie offre une boussole humaine pour expérimenter la politique par le biais du soin.

Le concept de normalité chez Canguilhem ne se limite plus à un concept médical, mais devient également social, faisant référence à une population donnée et à des normes statistiques. Le concept de *normal* est entré dans le langage courant grâce à deux institutions : l'école et l'hôpital. Ainsi, pour Canguilhem, comme pour Foucault, l'institution change notre conception de la norme, chaque individu étant pris dans un jeu de normes sociales et de normalisation générale.

Canguilhem critique l'identification entre la norme et la moyenne, affirmant que la moyenne est plutôt un indice d'une normativité sous-jacente au sein d'un groupe. Les constantes dans un groupe donné ne sont pas des normes fixes, mais plutôt l'indice d'une adaptation provisoirement réussie entre une espèce particulière et son environnement. La vie doit donc être qualifiée de *normative*, car chaque organisme instaure ses propres normes individuelles.

Canguilhem établit une analogie entre la biologie et le politique, en subjectivant le groupe humain comme un groupe vivant qui organise son milieu avec une part de liberté dans une dimension écologique. Dans ses écrits, il fait le lien entre la connaissance et l'action, en s'opposant à la tradition philosophique inspirée de Comte qui positionne la connaissance en antériorité par rapport à l'action. Canguilhem réaffirme que la condition de l'action n'est pas

seulement l'ignorance, mais l'ignorance qui s'ignore elle-même. Pour agir, l'homme ne peut pas se passer d'anticiper à travers ses connaissances, mais ce qui rend possible l'issue de l'action, ce n'est pas tant l'anticipation, mais bien plus l'action elle-même.

Une société crée ses propres normes sociales à travers la possibilité de réformes. Le sentiment d'injustice suscite la résistance politique et la volonté de réforme. L'institution médicale demeure humaine pour Canguilhem, car elle répond aux besoins d'une communauté. La singularité de Canguilhem réside dans le fait qu'il souligne ce que le biologique contient d'indétermination, de subjectivité et donc de liberté, et qu'il peut être en cela un modèle. Le médecin, par sa position, serait donc un modèle de *résistant*, pouvant critiquer l'idéologie dominante. Le rôle du médecin dans la normativité est capital : il joue le jeu de la norme, en tient compte, tout en révélant sans cesse ses limites. Pour Canguilhem, soigner ne signifie pas obéir à la norme, mais s'y référer en la démythifiant.

#### **2.2.2.4. Le modèle par la preuve**

Après la Seconde Guerre mondiale, la révolution médicale a été marquée par l'essor de l'industrie pharmaceutique, avec l'arrivée d'antibactériens, d'anti-inflammatoires, d'anticancéreux et de psychotropes. La santé a également été touchée par la mondialisation, et en un demi-siècle, les grands groupes pharmaceutiques sont devenus des acteurs majeurs du système de santé, en raison des molécules qu'ils commercialisent et de leur poids financier dans l'économie de la santé. À la fin des années 70, la rigueur économique a entraîné une critique de l'efficacité des pratiques et prescriptions médicales, portée par Archibald. Cet auteur a largement contribué à l'établissement de la médecine factuelle et à l'évaluation scientifique des systèmes de santé Letrecher (2024).

La fin des Trente Glorieuses et l'utilisation importante de médicaments ont soulevé des questions sur la preuve de leur efficacité dans la balance bénéfice-risque, en raison des effets iatrogènes inhérents à tout médicament. L'Evidence-based medicine (EBM) est alors apparue comme une méthode infaillible pour prouver cette efficacité, et est devenue la référence scientifique internationale en médecine. Selon Guyatt et al. (1992), les créateurs de l'expression EBM, cette méthode consiste en « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* ». Ce concept de la médecine fondée sur les

preuves est apparu en 1980 au sein de la faculté de McMaster et a été initialement utilisé à des fins pédagogiques.

Il convient de noter que l'EBM ne représente qu'une partie de l'activité médicale et qu'il serait plus exact de parler de thérapeutique basée sur les preuves. L'EBM puise ses origines dans la volonté de la médecine scientifique d'établir la vérité face aux risques de charlatanisme, remontant à 1784. La première étude clinique randomisée a été dirigée par Austin Bradford Hill en 1948 pour évaluer un antibiotique, la streptomycine, chez des patients atteints de tuberculose pulmonaire.

La pratique de l'EBM comprend cinq étapes : la formulation d'une question clinique, la recherche des meilleures données disponibles, la réalisation d'une analyse critique de ces données, la confrontation des meilleures données au jugement clinique et aux valeurs du patient, et enfin, l'évaluation de ses propres performances. Les méta-analyses sont souvent utilisées par les professionnels pour gagner du temps en leur fournissant une synthèse des articles publiés. Des bases de données telles que Medline et Cochrane Library permettent d'identifier, de localiser et de consulter des études à haut niveau de preuve. Les progrès technologiques ont récemment entraîné une explosion de la quantité d'informations recueillies et stockées dans des big data.

L'Evidence-Based Medicine fait l'objet de nombreuses critiques, éthiques et méthodologiques, malgré ses nombreux avantages. Dans les années 70, les associations de malades du SIDA ont milité pour l'abandon de la randomisation et de l'essai contre placebo, arguant qu'il n'était pas éthiquement concevable de ne pas proposer des molécules actives à tous les malades inclus dans des essais, compte tenu de la gravité de la pandémie et de l'absence de traitement (Lecourt, 2004). Les critères de sélectivité des essais sont également critiqués, car ils excluent une partie de la population, notamment les personnes âgées et les minorités socio-professionnelles ou ethniques.

Certains auteurs dénoncent également les risques d'instrumentalisation de la personne malade, qui serait au service du protocole et non l'inverse. Le vocabulaire employé est révélateur de cette dérive : les patients deviennent « *éligibles* », « *inclus* », « *exclus* » (Bauchetet et al., 2011, p.243). Il existe également des risques de confusion entre recherche et soin, quant à la nature de l'intervention des personnels auprès des patients inclus dans les essais cliniques randomisés (ECR) Derbez (2016, 2018). Les patients inclus dans un protocole peuvent être victimes d'un « *malentendu thérapeutique* », c'est-à-dire qu'ils peuvent

considérer que les essais cliniques sont conçus pour les soigner, alors même que leur but est de produire une connaissance généralisable (Henderson et al., 2007).

Sur le plan méthodologique, l'essai clinique est critiqué pour requérir un groupe de sujets supposés homogènes, ce qui est en fait une illusion, la comorbidité étant de règle en clinique. Dans de nombreux cas pratiques, il manque des données scientifiques, ce que Naylor nomme « *Les zones grises de la pratique clinique* » (Perron, dans Brun et al., 2016 ; Falissard, 2010). Il est alors difficile d'appliquer à un patient singulier les conclusions d'une étude généraliste. L'ECR discrédite tout ce qui ne peut être évaluable en dehors de la méthode de traitement en double insu. Dans le cas d'une thérapie par la parole, il est inenvisageable de constituer un groupe placebo de patients pensant bénéficier de ladite thérapie. Stengers reproche à la médecine fondée sur les preuves de discréditer l'effet « *que la fiction semble avoir sur les corps* » et rappelle que le corps vivant est sensible aux magnétiseurs charlatans et autres effets placebo et fait donc obstacle à la démarche expérimentale » (Nathan, Stengers, 2016). Enfin, certains auteurs pointent du doigt le changement de mode de pensée qui s'opère quand ce qui est mis au premier plan n'est plus l'hypothèse, qui était au fondement de l'activité scientifique traditionnelle, mais la recherche aveugle de corrélation. L'établissement d'un lien causal nécessite la mise en place d'une démarche longue et coûteuse, alors qu'une analyse de corrélation est rapide et économique, mais amène des erreurs de raisonnement entre corrélation et causalité.

### **2.2.3. Une rationalité devenue mortifère et réifiante**

Nous nous proposons maintenant de voir en quoi les excès de rationalisation scientifique en médecine peuvent devenir mortifères.

#### **2.2.3.1. Un rêve d'absolu**

L'impact cumulatif d'une médecine épidémiologique prédictive et d'une imagerie médicale qui permet de visualiser ce qui n'est pas encore présent mais pourrait l'être, conduit le médecin à être constamment dans une anticipation temporelle (Alric, 2015b). Cette situation peut avoir un effet potentiellement traumatisant sur le patient, qui se retrouve alors contraint d'entendre passivement la prédiction des semaines et des mois à venir, y compris celle de son espérance de vie, répondant ainsi aux exigences de planification (Sicard, 2005). Cette approche a donné lieu à l'émergence d'une nouvelle catégorie nosographique, celle du mourant (Higgins, 2003), séparant ainsi les mortels en deux catégories : les vivants et les mourants. Les mourants sont

exclus de la communauté des vivants et sont aliénés au temps présent, subissant une véritable ségrégation qui protège les vivants de la pensée de leur propre mort.

Bruit et Thomas (2013) soulignent que la médecine est devenue la nouvelle religion de la modernité, distinguant ainsi une médecine qui accompagne et tente de restaurer la santé, et une médecine qui se pense comme une maîtrise du vivant, niant ainsi la mort et prolongeant la durée du mourir. Ce « *changement de maître* » (Raimbault, 1982) ne change cependant pas la place de serviteur du médecin, qui reste « *dépossédé de sa propre vérité* ». Cette dépossession de sa subjectivité, via la technicité et le discours objectivant de la science, ne lui permet plus de reconnaître en l'autre « *le lieu d'un discours spécifique* » à écouter et à valoriser (Raimbault, 1982, p.207).

La science moderne se caractérise par la promotion d'un savoir certain, mathématisé et dégagé de l'emprise du sens. Si elle dénonce les erreurs de la science antique (Sauret & al., 2015), elle tombe parfois dans l'excès et la démesure. L'attente messianique à l'égard de la religion s'est déplacée vers la médecine scientifique, avec l'espoir fou que celle-ci guérisse toutes les maladies (Laplantine, 1986), voire même qu'elle augmente les capacités humaines initiales, allant jusqu'à envisager de faire disparaître la mort, comme le préconise le transhumanisme (Lindenmeyer, 2019). La réduction scientiste du modèle de Bernard est significative d'une folle espérance que la part restante inhérente au sujet pourrait être progressivement réduite par le progrès. Le développement excessif des neurosciences en serait le symptôme (Lebrun, 2009).

Cependant, cette approche comporte un effet pervers de grande ampleur : les effets iatrogènes de traitements administrés dans le cadre d'une première pathologie peuvent en déclencher de nouvelles. En radiothérapie, par exemple, les rayonnements ionisants perturbent les différents processus biologiques qui se produisent dans les cellules des tissus ou des organes exposés, et sont susceptibles de provoquer des anomalies génétiques et des cancers qui peuvent se manifester plusieurs années après l'irradiation, du fait de l'allongement de l'espérance de vie des patients traités. Les médecins se retrouvent souvent seuls face à la culpabilité d'avoir administré en première intention un traitement autrefois salvateur, devenu au fil du temps destructeur pour leur patient.

Le risque pour une médecine scientifique qui ne se préoccupe plus de la maladie mais de la santé, est qu'elle perde paradoxalement une part de sa sacralité et qu'elle devienne un objet de consommation comme un autre. La santé consommée est promue en style de vie du citoyen

moderne, et comme tout objet de consommation, elle est par essence insatisfaisante et ne fait qu'amener de la frustration reconduite par les promesses qu'elle laisse entrevoir, laissant peu de places au manque et à la finitude, et provoquant un accroissement des demandes ne relevant pas du médical. Golse (2001) émet l'hypothèse que la médecine de la santé suscite « *une maladie obsessionnelle de la santé* ». En référence à Canguilhem, Golse se demande si « *rêver de remèdes absolus, n'est-ce pas rêver de remèdes pires que le mal ?* » (p.292). Car à reculer toujours plus loin les limites du possible, « *le système de soin va devoir gérer ses propres excès et ses propres manques, ainsi que les différents avatars de la médecine de la santé* » (p.293).

### **2.2.3.2. Une pensée contre le penser**

La médecine moderne a tendance à nier la pulsionnalité et à traiter le patient comme un adulte rationnel, en ignorant sa part d'infantile. Selon Kaës (2012), le pulsionnel est cette excitation créée par l'objet, que ce soit par son absence, symbole d'abandon et de déréliction, ou par son excès de présence, symbole d'envahissement et de sidération. La psychanalyse révèle que le sujet humain n'est pas *maître* de son monde et que la réalité du lien social est débordée et divisée par le pulsionnel, et donc par le sexuel (Assoun, 2011).

De plus, la médecine moderne nie la dépendance constitutive de l'être humain et valorise son autonomie. Elle demande souvent au patient de choisir entre plusieurs options thérapeutiques au nom de ses droits, de se former à l'éducation thérapeutique et de rédiger ses directives anticipées, anticipant ainsi ce qui par essence ne l'est pas : sa propre mort. Bien informé et éclairé, l'homo medicus ne peut que se soumettre librement aux injonctions de la santé publique et accepter les soins. Certains neurobiologistes vont même jusqu'à parler de "neurones de la raison" (Changeux, 1992). Cependant, Green (1992) critique ces propos simplificateurs qui réduisent la vie psychique à une simple activité cérébrale et rappelle que, bien que l'activité psychique ne soit pas indépendante de l'activité cérébrale, la causalité psychique ne peut être réduite aux structures du cerveau.

Foucault (1963/2015) souligne un changement de perspective dans la médecine, passant de la question du "qu'avez-vous ?" à celle du "où avez-vous mal ?". Cette évolution a conduit à une médecine de plus en plus scientifique, basée sur des données objectives, soutenue par « *une armée de techniciens n'ayant plus qu'un rapport abstrait, impersonnel à la personne soignée* » (Lagrée, 2004). Cette approche opératoire et hygiéniste, qui vise uniquement à faire

disparaître rapidement le symptôme physique sans tenir compte de sa place dans le discours du patient, peut paradoxalement conduire à une amplification des symptômes.

Le risque encouru est qu'à l'excès, ce savoir qui s'exprime via le discours médical et la science, ne fonctionne que sur le mode de ce que Kaës appelle « *une pensée contre le penser* » (2016). Ainsi, au niveau collectif, « *L'abstraction ne résulte pas, dans le penser idéologique, d'une élaboration des caractères particuliers de l'expérience, mais d'une coupure d'avec l'expérience et de sa répudiation* » (Kaës, 2016, p. 201). Green (1969) partage cet avis, quand il analyse l'idéologie comme agent opérant le refoulement des pulsions de destruction. Il dira à ce propos, « *elle déplace le sens des conflits qui ne seront plus conflit entre pulsions de vie et pulsions de mort, mais conflit entre la chair et l'esprit, l'organisme et le milieu, ou entre forces antagonistes de la réalité sociale* » (p. 216). Selon Green, l'idéologie est un quasi déni de la pulsion. En faisant l'économie de l'élaboration de la persécution interne, l'idéologie maintient donc la persécution comme venant de l'extérieur.

### **2.2.3.3. La rationalité de la puissance**

La civilisation requiert un abandon des pulsions et une adhésion à des idéaux collectifs tels que la santé, instaurant un surmoi collectif strict qui engendre un sentiment de culpabilité croissant chez les individus s'ils n'adhèrent pas à ces normes. Selon Enriquez (2003), la pulsion de mort s'exprime à travers cette éthique cruelle qui force les individus à se conformer aux exigences normatives de la civilisation pour préserver leur "*capital santé*".

Le *Malaise* évoqué par Freud se réfère au travail de sape de la pulsion de mort au cœur de la culture. Bien qu'il n'existe pas de pulsion de perfectionnement chez l'homme (Assoun, 2010), il y a néanmoins du progrès à l'échelle collective. Cependant, plus ce progrès s'intensifie, plus les effets du refoulement s'amplifient, et plus la pulsion de mort s'intériorise et risque de s'exprimer violemment. En effet, le surmoi culturel, qui encourage la sublimation, est également influencé par la pulsion de mort : plus il renonce, plus il exige de renoncement.

Freud a mis en lumière ce travail de sape grâce à l'étude de la névrose, qui menace cette soumission aux exigences culturelles imposées à l'individu. La névrose place la civilisation en conflit avec sa propre finalité, à savoir réguler les pulsions. La civilisation ne peut admettre que le sexuel perturbe structurellement la régulation des pulsions et que la pulsion de mort est toujours présente, même au cœur de la culture.

Dans les Trois essais sur la théorie sexuelle, Freud (1905) décrit la sublimation comme un processus de transformation de l'énergie sexuelle en d'autres activités socialement valorisées, telles que les activités artistiques. Cependant, dans sa seconde topique, Freud élargit cette perspective en incluant la transposition du caractère agressif de la pulsion. Mijola-Mellor (2005) et Kahn (Bombarde et al., 2020) soulignent que la sublimation a également un axe narcissique, réalisé par l'intermédiaire du Moi dans le sillage du deuil objectal, avec des conséquences telles que le Moi attire sur lui la libido du Ça au prix de la double opération d'identification et de déssexualisation. Cet Eros déssexualisé est caractérisé par sa plasticité, le rendant apte à être utilisé quel que soit l'objet.

La médecine scientifique n'est pas à l'abri de cette pulsion de mort. Bernet (2016), s'appuyant sur la pensée de Leibniz, oppose le désir de connaissance à la puissance du rationnel, qui a été mise en avant par Janicaud (1985). Cette puissance du rationnel est l'alliance de la science et de la technique réalisée au nom de la rationalité, qui substitue ce rationnel aux mythes, aux rites et aux cultures traditionnelles, devenant ainsi le modèle de l'ordre universel et même du sens de la vie. L'Evidence-based medicine, dans un souci de rationalité poussé à l'extrême, semble oublier que la médecine a été le fruit d'un long processus de rationalisation scientifique, avec des avancées et des reculs qui se sont accentués au XIX<sup>ème</sup> siècle. Perino (2013) rappelle que la méthode numérique a donné raison, a posteriori, à ce que le bon sens clinique avait déjà observé.

Bernet (2016) affirme que « *la puissance du rationnel est devenue la rationalité de la puissance* », c'est-à-dire que la recherche a pour objectif principal l'augmentation de sa propre puissance. Les domaines de recherche sont consensuels et concurrentiels, et la médecine n'y échappe pas. La science est normalisée comme un fonds de gestion avec pour objectif un rendement maximal. La technoscience actuelle, grisée par ses succès, cherche à augmenter son emprise dans une sorte d'ivresse de toute-puissance. Pour Bernet (2016), cette potentialisation de la puissance est l'expression de la pulsion de mort. Cette affirmation peut être mise en relation avec la volonté médicale d'inclure les patients en fin de vie dans des protocoles de phase 1, que Derbez (2018) interprète comme une volonté de ne pas abandonner le patient, mais aussi comme une expression de cette même pulsion de mort.

#### 2.2.3.4. L'idée d'une prise en charge à domicile

L'un des constats effectués par Letrecher (2024), réside dans le fait que, l'aménagement progressif de l'environnement médicale n'a fait que s'orienter vers une réification de l'humain comme expérience, via la modification continue de la philosophie de base de la médecine, l'application des logiques gestionnaires, et la volonté absurde d'étendre des procédés rationalisants à la fois dans l'environnement médicale, dans la relation aux patients et dans la société de façon générale.

Ces remaniements, à la fois scientifiques et gestionnaires, s'associe d'une revue dans la répartition de l'activité de soins. En référence aux travaux de Gilbert (2004) sur les fonctions de production des organisations publiques, Angelé-Halgard et Garrot (2015) analysent que l'intra-hospitalier devient le lieu de l'output, c'est-à-dire le lieu du *produit*, dissocié en cela de l'outcome, c'est-à-dire de son « *impact* » (p. 46). Letrecher (2024) ajoutera que le domicile et la sphère privée deviennent majoritairement le lieu de cet impact. Ainsi, le domicile du patient serait, sur le modèle de la délocalisation économique en référence au modèle gestionnaire pensée par eux, le lieu de la stase et de la chronicité. Or ce lieu n'est pas un espace anodin.

Le domicile est un espace qui reflète la subjectivité du patient. Selon Dreyer (2017), suivant les idées d'Heidegger, bien que l'être humain soit fondamentalement temporel, il a besoin de s'ancrer dans des lieux qui lui permettent de faire une pause à toutes les étapes de sa vie, ce qui donne au logement une dimension spatiale et temporelle. Dans la mythologie grecque du foyer, Vernant (1974) souligne que Hestia, symbole de permanence, est liée à Hermès, symbole d'impulsion et de mouvement, ce qui donne au foyer une double temporalité de durée et d'instantanéité.

L'intérieur est le lieu de l'intimité, comme le précise Serfaty-Garzon (2003), avec une différence de degré entre l'intime (*intimus*), qui est le superlatif, et l'intérieur, qui est le comparatif. L'intérieur évoque ce qui est à l'intérieur, dans l'espace compris entre les limites d'une maison ou d'un corps, ce qui renvoie à l'homologie entre l'intérieur domestique et l'intérieur de la personne. La première topique freudienne est localisatrice, et en écho au Moi-peau d'Anzieu (1984), Eiguer (2004) compare le lieu de vie à une "peau psychique entre le dedans et le dehors", qui peut protéger mais aussi enfermer et emprisonner. Cette peau protectrice peut être un "coin où se nicher" comme chez Bachelard (1974), tel un cocon protecteur, ou au contraire rappeler les terreurs enfantines et d'éventuels fantômes.

L'espace a un fort pouvoir d'évocation, suscitant des images et des représentations dans un réseau de chaînes associatives, dont les scénarios, fantaisies, rêveries et fantasmes sont les diverses expressions (Djaoui, 2014). Pour Bachelard, la maison n'est pas seulement un habitat, mais le lieu du rêve, où "par les songes, les diverses demeures de notre vie se compénètrent et gardent les trésors des jours anciens" (Bachelard, 1974, p. 39). Cependant, cette fonction créatrice de l'espace dépend de la capacité onirique de celui qui l'habite. Le domicile peut devenir un entre-soi, un huis clos aux conséquences dramatiques, lorsque les espaces se resserrent autour de l'habitat (Dreyer, 2017). Le vécu traumatique et la compulsion de répétition peuvent le faire basculer dans une dimension enfermante, bien loin de la vision poétique de Bachelard. Le travail des aides à domicile chez les personnes psychotiques témoigne de ce risque d'enfermement (Crété, 2014).

Djaoui (2014) souligne le lien entre la relation qu'un individu entretient avec le monde en général, ses modes d'appropriation de l'espace, dont le domicile, et ses expériences précoces dans la relation mère-enfant. Les vécus corporels, les expériences gratifiantes ou au contraire traumatisantes structurent l'individu dans une dialectique interne-externe. "Pendant cette période cruciale, l'identité de l'individu se construit par une confrontation aux objets, aux autres, à lui-même. Il apprend ainsi à distinguer les multiples espaces : l'extérieur-objectif, l'intérieur des autres, son propre corps, son espace 'subjectif-interne'. Ce travail de construction identitaire est perpétuellement enrichi, réajusté, infléchi, réélaboré lors des multiples expérimentations que le sujet est amené à faire tout au long de sa vie" (Djaoui, 2014b, p. 109).

Le concept de lieu de vie est étroitement lié au premier environnement expérimenté par l'enfant, à savoir le ventre maternel. En se référant à l'espace transitionnel de Winnicott, le domicile peut être considéré comme une représentation typique de cet espace, servant de point de connexion et d'articulation entre soi et les autres (Djaoui, 2014b). Il suscite des sentiments de sécurité ou d'insécurité, et peut être le lieu où s'épanouissent des expressions créatives, propres à l'espace potentiel, un lieu d'innovation et d'imagination dans les modes de vie, l'aménagement des espaces et l'expression des loisirs. Cependant, il soulève également la question de la capacité à être seul et de la perception de la solitude.

Djaoui (2014b) suggère que "l'appropriation et l'investissement créatif de l'espace du domicile relèvent de la mise en place de cette aire transitionnelle" (p. 120). Les individus ayant un rapport troublé avec ce lieu auraient rencontré de nombreux obstacles dans leur cheminement vers l'individuation, n'ayant pas ressenti un sentiment de confiance et de

fiabilité d'un environnement stable et protecteur, et ce, au moment critique de la séparation entre le moi et le non-moi, aux premiers stades de l'autonomisation.

Le domicile est un marqueur de l'identité de l'individu, révélant des indices de son histoire (objets auxquels il tient) et de son évolution dans le temps (photographies de famille), ainsi que de l'image de soi qu'il véhicule (décoration). Selon Djaoui (2014b), il joue le rôle d'une prothèse psychique en permettant « *l'étayage et la structuration de la formation identitaire en jouant un rôle d'appui, de soutien, de protection (...) contre les fragilisations et remises en question* » (p. 121). Les sources de perturbation peuvent être les conflits intra ou inter-psychiques, menant à la mise en place de mécanismes défensifs, allant de l'affirmation de soi par l'ouverture et la mobilité de l'espace, au repli sur le domicile, voire à la forclusion.

À l'abri des regards et du rythme imposé par la société, l'occupant peut être lui-même, libéré des masques que la vie en société impose de porter. Cette intimité peut lui permettre d'intégrer des expériences discordantes ou difficiles dans sa relation avec autrui. En effet, le domicile est aussi le lieu où est réfléchi le lien avec l'extérieur : la relation avec l'intérieur, dans son aspect contenant, appelle à questionner l'extérieur. Ainsi, les maisons d'écrivains sont par essence le lieu qui permet de déployer par l'écriture un imaginaire intime et sa relation aux autres. Duras, questionne son lien à sa maison de Neauphles-le-château, mais aussi, à travers elle, son lien aux autres, à l'humanité, en observant, entre autres, sa passivité face à la mort d'une mouche sur le sol de sa demeure.

Cependant, le lien avec l'extérieur doit également être envisagé en termes d'hospitalité. Le lieu de vie est aussi l'endroit où l'on peut accueillir autrui. Dufourmantelle (2012) souligne que l'hospitalité est une question de seuil. Un seuil qui sépare un dedans d'un dehors, et invite donc à réfléchir sur son franchissement, à travers l'invitation, l'échange, mais aussi l'agression, tout ce qui peut se produire autour de cette frontière. La racine latine *hostis* signifie l'hôte, dans toute l'ambivalence du terme : l'invité comme l'invitant. L'hospitalité et l'hostilité ont une racine commune et l'hôte est donc, par conséquent, potentiellement un ennemi. Derrida (1999) a créé le néologisme *hosti-pitalité* pour souligner cette ambivalence.

Les espaces intermédiaires entre le cercle privé et le voisinage permettent de construire les liens, de relier, « *par des rues, des venelles, des chemins, des places, des cours, des jardins, des vides, des paysages ; constituant de la sorte des vecteurs potentiellement propices aux rapports à autrui et à une certaine qualité de vie* » (Serfaty-Garzon, 2003, p.37).

Cependant, la connexion de l'intime et du commun est une figure des plus fragiles : « être à même d'être en lien avec autrui tout en préservant son intimité » (p.37), est un travail constant, fragile, qui permet de faire cohabiter les différentes histoires, personnelles, familiales mais aussi collectives.

La chambre est plus particulièrement le lieu de l'intimité avec soi, de l'intimité avec les autres. Perrot, l'historienne (Barnier & Grais, 2011), montres-en quoi, pour autant, ce lieu sera investi différemment en fonction des époques de la vie : enfant, sa chambre n'était pas un lieu de jeu mais un lieu disciplinaire, où elle devait se rendre en cas de punition maternelle. Elle est pour elle un objet-limite, en référence à la philosophie de Foucault, du fait du peu d'archives qui la documentent, mais aussi parce qu'elle est « au cœur de l'intime, le nœud des secrets que les gens confient peu » (Barnier, Grais, 2011, p.161). Elle sépare, en marquant une frontière entre intérieur et extérieur, c'est le lieu « des mystères du sexe et de l'engendrement » (p.165). Le seuil, en ce sens est le lieu de l'Autre, et la limite du droit, comme le rappelait Lacan.

Berenstein et Purget, dans leur psychanalyse du lien (2008), soulignent que l'intérieur de la maison familiale est aussi le témoin de la représentation symbolique des alliances inconscientes tissées entre ses habitants, toutes générations confondues. En ce sens, en tant qu'espace, la maison est une « manifestation concrète et immatérielle des liens tissés de soi à soi, de soi avec les autres et avec le monde » (Dreyer, 2017). Ce point est sans doute d'autant plus important, nous semble-t-il, dans les cas de transmission intergénérationnelle d'un lieu de vie, qui devient alors porteur de souvenirs d'enfance. En cela, le lieu de vie est une métaphore du corps maternel, mais aussi du corps propre, s'il est pensable comme séparé de celui de la mère, et également une métaphore du corps groupal.

Eiguer (2004) lui reconnaît cinq fonctions essentielles : la contenance, l'identification, la continuité historique, mais aussi une fonction créatrice, et une fonction esthétique. Pour lui, l'image du corps est projetée sur l'habitat mais aussi introjectée par ses habitants.

Ainsi, on comprend bien en quoi l'irruption de la maladie dans ce lieu, bouleverse radicalement le lieu de vie, avec l'arrivée d'une altérité qui n'est pas anodine : celle du médical. Perrot (Barnier, Grais, 2011), rappelle que la maladie est une instance de séparation très ancienne dans l'espace domestique : historiquement on sépare les mourants et les porteurs d'épidémie.

Elle impose d'autorité ses règles, l'asepsie, sa technicité, ses odeurs, qui viennent importer à domicile des échos sensoriels rappelant le monde hospitalier. Le lit même, pour plus de commodité, peut être échangé contre un lit médicalisé individuel (Barnier, Grais, 2011, p. 165). Par cette effraction, non pas de la maladie mais du médical dans l'espace domestique, le patient et ses proches risquent de se retrouver en partie dépossédés de ce lieu qui pouvait faire office de refuge, hors du contrôle de la norme hospitalière et hors de son regard. La rêverie, l'esthétique et leur irrationalité, si elles étaient présentes, devront céder le pas à une organisation pratique de l'espace. Mais le domicile comme lieu de soin impose aussi d'accueillir chez soi le personnel de santé. Le patient risque à la fois de se sentir comme expatrié de chez lui et, dans un effet de miroir, de s'identifier à cet univers médical impersonnel.

## **CHAPITRE 3 : ANCRAGE THÉORIQUE**

Dans le chapitre précédant, nous avons abordé la revue de la littérature en décrivant un aperçu global de ce qu'est la DMA, ses conséquences et le caractère de plus en plus réifiant du cadre institutionnel médical. Pour ce chapitre qui suit, il sera question pour nous d'aborder le cadre théorique de notre sujet dont le thème est celui du lien dans processus de surinvestissement du corps familial sujet à déficience motrice acquise et le sentiment de réification. Cette approche nous permet d'analyser à la fois les structures sociétales ou le méta-cadre social et institutionnel, les relations de groupe et familiales, ainsi que les fondements individuels de la psyché.

### **3.1.Approche théorique du lien**

Déjà, Kaës distingue le lien de la relation d'objet afin de rendre compte de la spécificité du lien. Le lien, est le lieu d'une réalité psychique spécifique, commune, partagée et différente pour ses sujets. Toutefois, Kaës, souligne que, ne prendre en compte que le rapport du sujet à l'autre dans le lien qu'il forme avec lui à travers leurs identifications croisées ou à partir de leurs relations d'objet constitue une erreur fondamentale. Ainsi, pour sa conception du lien, Kaës prend en compte la relation d'objet (ainsi que d'autres formation intrapsychiques) dans la consistance psychique du lien.

Pour être plus explicite sur ce qui fonde la nature complexe du lien, Kaës (2005) rapporte que, le commun fait allusion à la substance psychique qui unit les membres du lien, c'est-à-dire un trait, un espace, un désir, un fantasme et aussi des identifications, des espaces oniriques, des idéaux, des signifiants communs. C'est un concept qui exige la perte des limites de ses membres, un processus d'identification. Bien évidemment, tout ceci ne se fait pas sans contrat narcissique Castoriadis-Aulagnier (1975). Le concept de partagé se réfère à la portion ou à la position complémentaire que chaque individu occupe dans un fantasme collectif, une alliance, un accord ou un mécanisme de défense commun. Cela signifie que les individus sont désormais interconnectés les uns aux autres dans un espace, une structure ou un processus psychique commun. En d'autres termes, ils partagent une expérience, une compréhension ou un objectif commun qui les unit et les relie les uns aux autres. Enfin le différent quant à lui, prend en compte les écarts ou les divergences qui existent dans les liens entre les individus. Il s'agit des différences individuelles qui révèlent ce qui ne peut pas être commun ou partagé entre eux. Cela peut inclure des différences de perspective, d'expérience, de croyance ou d'objectif qui peuvent créer des tensions ou des conflits dans les relations interpersonnelles.

### **3.1.1. La question du lien et la psychanalyse**

#### **3.1.1.1. Préalables épistémologiques**

Selon Kaës (2005), la première étape à franchir lorsque l'on réfléchit à la nature du lien entre les individus à partir de la pratique clinique est de se demander si cette question a une importance et une pertinence suffisantes pour être considérée comme un objet de connaissance et de pratique psychanalytique. En d'autres termes, est-ce que la question du lien est suffisamment fondamentale et significative pour être étudiée et comprise dans le cadre de la psychanalyse ?

#### **3.1.1.2. L'enjeu épistémologique de la question du lien**

Pour Kaës (2005), la question de savoir en quoi le lien est pertinent pour la psychanalyse est complexe et comporte de nombreux enjeux. Afin de contribuer à ce débat, Kaës a proposé trois axes de réflexion. Le premier axe est épistémologique et vise à établir la question du lien dans le champ de la psychanalyse. Pour ce faire, Kaës propose de distinguer quatre notions : le lien en tant que lieu d'une réalité psychique spécifique, la configuration du lien dans un ensemble particulier (comme un couple, une famille, un groupe ou une institution), le sujet dans le lien (c'est-à-dire la façon dont le sujet est affecté par le lien), et le sujet du lien en tant que sujet de l'inconscient.

Pour comprendre ces quatre notions, Kaës soulève plusieurs questions notamment : comment qualifier la consistance de la matière psychique de chacun de ces espaces ? Comment décrire leur structure, leur processus et leur fonctionnement ? Comment comprendre leurs articulations et leurs interférences ? Plus spécifiquement, avec quels concepts psychanalytiques éprouvés ou à construire, la connaissance de la réalité psychique du lien est-elle possible ? Enfin, comment construire une métapsychologie du lien intersubjectif et quelle intelligibilité peut en résulter quant au sujet de l'inconscient, dans sa structuration et sa singularité subjective ?

#### **3.1.1.3. Les conditions méthodologiques de l'analyse du lien**

Pour Kaës (2005), la connaissance et la transformation de la réalité psychique inconsciente ne sont possibles que grâce à un dispositif approprié pour le travail de l'analyse. En d'autres termes, la connaissance et la transformation de l'inconscient dépendent de la

méthode utilisée pour accéder aux processus et aux formations de l'inconscient, ainsi que des dispositifs particuliers que cette méthode soutient.

Dans ce contexte, Kaës souligne qu'il est important de qualifier les dispositifs appropriés pour la connaissance psychanalytique du lien, en tenant compte des critères de la méthode psychanalytique. Cependant, Kaës note qu'il ne sera pas possible d'entrer dans l'analyse des conditions méthodologiques qui spécifient un dispositif plurisubjectif dans le cadre de cette discussion. Kaës et J. Puget ont des pratiques psychanalytiques différentes et rencontrent donc la question du lien dans des configurations différentes : chez Puget, celle du couple et de la famille, et chez Kaës, celle du groupe. Ces points d'ancrage ont probablement des conséquences sur la façon dont la question du lien est abordée et comprise.

Selon Kaës (2005), J. Puget considère la question de l'Un et du Deux comme l'un des paradigmes de sa réflexion sur le lien. Cette proposition est productive, mais Kaës a tendance à penser que la question de l'altérité et de la différence est commune à Puget et à lui-même, dans la mesure où elle est irréductible à la représentation que nous avons de l'autre et où l'autre nous précède et nous convoque dans la rencontre avec une radicalité inassimilable à l'Un. Cependant, Kaës pense que lui et Puget modulent différemment la question de l'altérité et de la différence. Dans le lien, l'altérité de l'autre et de soi comme un autre pour l'autre est une découverte qui ne se donne pas d'emblée. Elle se donne dans l'expérience de la recherche de ce qui d'abord expulse l'altérité. Le concept du Deux est à la fois une donnée qui nous préexiste et que nous réduisons sans cesse, jusqu'au moment où elle s'impose.

### **3.2.1. Le groupe : une altérité plurielle ou encore le rapport à plus d'un autre.**

Cela complique le problème, mais ce n'est pas nécessairement un inconvénient, car les alliances, les contrats et les pactes multilatéraux qui rendent possible l'établissement du lien entre plusieurs sujets y apparaissent de manière centrale. En outre, l'approche de Kaës du lien dans le groupe fait intervenir le Trois comme facteur qui fait tenir ensemble le lien. Bien que le Trois soit un facteur commun à tout lien, dans la mesure où il inclut la fonction du tiers, il revêt dans le lien de groupe un caractère décisif. Chacun est en mesure de se positionner comme tiers.

### **3.2.1.1. La clinique psychanalytique du lien**

Le travail psychique qui se produit dans les dispositifs de lien n'est pas identique à celui qui se produit dans la cure psychanalytique classique ; ce travail, constitue le troisième axe de réflexion chez Kaës (2005). Cependant, il est probable que des processus transversaux soient à l'œuvre dans chacun d'entre eux. Kaës note que ce problème est d'une grande importance, mais qu'il sera laissé en arrière-plan pour le moment.

Kaës se limite à formuler quelques propositions sur le premier axe de réflexion, qui concerne la pertinence de l'étude du lien dans le champ de la psychanalyse. Il souligne que la pertinence de cette entreprise doit être démontrée en fonction de la consistance de l'objet fondamental de la psychanalyse, à savoir l'inconscient ou la réalité psychique inconsciente. Le fantasme, le symptôme et le rêve en sont les paradigmes dans l'espace intrapsychique.

Toute tentative de constituer le lien dans le champ de la psychanalyse doit donc qualifier la réalité psychique propre à cet objet et en rendre compte. Kaës note que l'enjeu de ce débat est important, car il ne porte pas seulement sur les limites et les frontières qui unissent et séparent les espaces intrapsychiques, interpsychiques et trans-psychiques, mais aussi sur les limites et les frontières de la psychanalyse elle-même. En effet, l'étude du lien peut conduire à reconnaître de nouveaux champs de connaissance de l'inconscient et à étendre la pratique psychanalytique au-delà de la cure classique, tout en respectant sa méthode.

### **3.2.1.2. Penser le lien : le commun, le partagé, le différent**

Kaës explique que le modèle de l'appareil psychique groupal qu'il a développé comprend les trois niveaux d'analyse qu'il a mentionnés précédemment. Le premier niveau est celui du sujet singulier dans le groupe, c'est-à-dire l'étude de la façon dont chaque individu se comporte et se sent dans le groupe, ainsi que la manière dont il contribue à son fonctionnement. Le deuxième niveau est celui des liens de groupe, qui se réfère à l'étude des relations interpersonnelles entre les membres du groupe, ainsi que des dynamiques de groupe qui émergent de ces relations. Le troisième niveau est celui du groupe comme ensemble, qui implique l'étude du groupe en tant qu'entité distincte avec ses propres caractéristiques et propriétés.

Selon Kaës, le lien dans un groupe, mais aussi dans d'autres configurations de lien, est une combinaison variable entre trois éléments : le Commun, le Partagé et le Différent. Il affirme qu'il n'y a pas de lien sans le Commun, qui peut se manifester sous différentes formes dans le lien. L'une de ces formes est l'illusion unaire, c'est-à-dire le sentiment d'être un avec

l'autre ou avec le groupe, une modalité décrite par Didier Anzieu dans l'illusion groupale. L'illusion transitionnelle, également décrite par Anzieu, est une autre forme de Commun dans le lien. Le contrat narcissique, qui est un accord implicite entre les membres d'un groupe pour maintenir l'estime de soi de chacun, contient également du Commun, du Partagé et du Différent. Ces trois éléments coexistent ou prédominent dans le lien de groupe.

Si l'un des objectifs du travail psychanalytique est de révéler l'altérité et de libérer le sujet des alliances qui le maintiennent dans la nécessité de l'Un pour faire lien, Kaës pense qu'il est important de mettre en tension le Commun, le Partagé et le Différent, plutôt que de les opposer. Cela signifie qu'il faut reconnaître l'importance de chacun de ces éléments dans le lien et chercher à les équilibrer plutôt que de privilégier l'un au détriment des autres.

Dans le cadre de son étude sur le lien dans le groupe, Kaës (2005), a décrit différentes modalités variables de ce lien, en distinguant les polarités isomorphique et homomorphique de l'appareillage des psychés dans le groupe. Récemment, il a ajouté une troisième modalité, qu'il décrit comme celle du tourbillon ou du chaos. Cette troisième modalité correspond cliniquement à une organisation maniaque de l'appareillage des psychés dans le groupe. Alors que le mode isomorphique établit une correspondance imaginaire globale entre l'espace du groupe et l'espace intrapsychique, et que le mode homomorphique s'établit sur la différence entre les espaces psychiques, cette troisième modalité est caractérisée par une instabilité chaotique des identifications.

Les participants ne parviennent pas à s'accorder entre eux sur un mode stable, et ne parviennent donc pas à établir une relation stable entre l'espace interne et l'espace du groupe. Cette modalité correspond à un traitement paradoxal de l'appareillage : les participants établissent en effet un accordage sur le mode du non-accordage, un lien non-lien sans cesse attaqué et déplacé, à la manière d'un tourbillon.

Kaës a décrit différentes modalités d'appareillage du groupe, c'est-à-dire les différentes façons dont les membres d'un groupe peuvent se connecter et interagir les uns avec les autres. Ces modalités ne sont pas limitées aux groupes formels tels que les équipes de travail ou les associations, mais peuvent également s'appliquer à d'autres configurations de liens, telles que les relations interpersonnelles dans un contexte social plus large.

Kaës a distingué deux polarités dans l'appareillage du groupe : la polarité isomorphique et la polarité homomorphique. La polarité isomorphique se caractérise par une correspondance imaginaire globale entre l'espace du groupe et l'espace intrapsychique de

chaque membre. Dans ce cas, les membres du groupe ont tendance à se percevoir comme étant similaires les uns aux autres et à partager une vision commune du monde. La polarité homomorphique, en revanche, s'établit sur la différence entre les espaces psychiques des membres du groupe. Dans ce cas, les membres du groupe sont plus susceptibles de reconnaître et de valoriser leurs différences, et de travailler ensemble pour atteindre des objectifs communs tout en préservant leur singularité.

Kaës a également ajouté une troisième modalité d'appareillage du groupe, qu'il décrit comme celle du tourbillon ou du chaos. Cette modalité se caractérise par une instabilité chaotique des identifications, ce qui signifie que les membres du groupe ont du mal à s'accorder les uns avec les autres sur un mode stable de relation. Cette modalité peut correspondre à une organisation maniaque de l'appareillage, où les membres du groupe sont constamment en mouvement et en recherche de nouvelles connexions, sans jamais parvenir à établir une relation stable et durable.

Kaës souligne que sa théorie du groupe et du lien ne privilégie pas les formations imaginaires ou la recherche de l'unité. Au contraire, il considère que la relation dialogique entre le commun et sa dérive imaginaire d'une part, et le différent et sa dérive sectaire d'autre part, est au cœur de son modèle. Cette tension entre le besoin de partager un espace commun et la nécessité de préserver sa singularité est l'un de ses soucis majeurs dans son travail sur le lien et le groupe.

### **3.2.2. Trois critères pour une définition du lien**

#### **3.2.2.1. Définition par le contenu**

Kaës (2005), définit le lien comme une réalité psychique inconsciente spécifique qui est construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets. Pour lui, il est important de prendre en compte la réalité psychique inconsciente dans la compréhension du lien. Le lien ne peut pas être considéré comme la simple addition de deux ou plusieurs sujets. Il s'agit plutôt d'un espace de réalité psychique spécifique qui est construit à partir de la matière psychique impliquée dans les relations entre ces sujets. Ces liens peuvent être de nature libidinale, narcissique ou thanatique.

Le lien n'est pas seulement un connecteur d'objets subjectifs qui interagissent, il a sa propre consistance. Dans un lien, les sujets sont dans des relations d'accordage, de conflit, d'écho et de miroir, de résonance avec leurs propres objets internes inconscients et avec ceux

des autres. Le fondement essentiel du lien est les alliances inconscientes nouées entre les sujets. C'est pour cette raison que le lien est défini comme la réalité psychique inconsciente spécifique construite par la rencontre de deux ou plusieurs sujets.

#### **3.2.2.2.Définition en termes de processus**

Le lien est un mouvement plus ou moins stable des investissements, des représentations et des actions qui associent deux ou plusieurs sujets pour certaines réalisations psychiques. Ces réalisations peuvent être l'accomplissement de désirs, la protection et la défense, la levée d'interdits ou encore des actions communes telles que faire, jouer, jouir, aimer ensemble, etc.

Kaës insiste sur le fait que cette définition inclut l'instabilité des investissements, des représentations et des actions comme un des termes de la tension qui organise le lien. Il fait référence à l'expression "les intermittences du cœur" de Proust pour illustrer cette idée d'une fluctuation constante des sentiments et des émotions dans le lien.

#### **3.2.2.3.Définition en termes de la logique du lien**

En ce qui concerne la logique du lien, notons que celle-ci est distincte de celle qui organise l'espace intrapsychique. Pour illustrer cette idée, Kaës (2005, p.82) propose la formule suivante : « *pas l'un sans l'autre et sans l'ensemble qui les contient* ». Cette formule implique que le lien, en tant qu'intersection d'espaces psychiques, comporte des relations d'inclusion et d'exclusion, de conjonction et de disjonction. Elle soulève également la question de savoir ce qui est commun, partagé et différent dans le lien. Kaës (2005) insiste sur le fait que ces trois catégories sont étroitement liées et ne peuvent être considérées isolément.

### **3.2.3. Concepts pour penser la matière psychique du lien**

#### **3.2.3.1.La consistance de la matière psychique dans l'espace psychique du lien**

Pour Kaës (2005), la matière psychique est à la fois commune, partagée et différente entre les sujets d'un lien, et la consistance du lien en est affectée. Il insiste sur le fait qu'il n'y a pas de liens sans une matière commune aux sujets d'un lien. Il note que de nombreux concepts ont été développés pour rendre compte des espaces psychiques communs aux sujets d'un lien, tels que la psyché de groupe de Freud, la mentalité de groupe et la culture de groupe de Bion, la matrice des communications inconscientes de Foulkes, l'illusion groupale et l'enveloppe psychique du couple et du groupe d'Anzieu, le socle inconscient du couple de Puget et

Berenstein, le champ du groupe de Neri, et l'appareil psychique du groupe, les alliances inconscientes et l'espace onirique commun de Kaës lui-même.

Il précise que tous ces concepts font partie de modèles qui incluent d'autres processus et formations, tels que les processus d'appartenance et les identifications, les idéaux et les signifiants communs, les mécanismes de métadéfense, les instances ou les systèmes de représentation, ainsi que les fonctions phoriques accomplies par les porte-parole, les porte-rêve, les porte-symptôme, les porte-idéaux et les boucs émissaires.

### **3.2.3.2. Les organisateurs du lien**

Dans les années 1960, Kaës a proposé le concept d'organisateur psychique pour répondre à la question suivante : existe-t-il un principe général qui régit l'organisation des processus et des formations psychiques mobilisés pour établir des liens entre les membres d'un groupe et le groupe lui-même ? en absence de données fondamentales qui répondaient à cette question, il a décrit l'organisation, la structure et la transformation des processus et des formations psychiques inconscients dans les groupes. Selon lui, les groupes internes accomplissent une fonction d'organisateur psychique dans la formation de l'appareil psychique groupal. Il est important de noter que les groupes internes ne se réduisent pas à l'introjection des structures de relations dans lesquelles le sujet s'est constitué. Ils ne sont pas une simple réplique des groupes « externes ». Ils sont une organisation de la matière psychique, dont les paradigmes sont les groupes psychiques séparés qui forment l'inconscient, les fantasmes originaires et le groupe des pulsions.

Kaës ne cherche pas à comprendre le groupe et les liens qui s'y développent en utilisant un psychomorphisme. Au lieu de cela, il cherche à identifier les éléments psychiques sollicités chez chaque sujet pour rendre compte de la réalité psychique du groupe et des liens de groupe. Les organisateurs psychiques structuraux qu'il a identifiés sont des formations psychiques transversales.

### **3.2.4. Les facteurs de liaison du lien**

Il est possible de définir les liants du lien comme les processus qui assurent la connexion entre les individus impliqués dans un lien et qui constituent ainsi la matière psychique de ce lien Kaës (2005). Certains de ces liants ont déjà été décrits, tels que les organisateurs structuraux et les alliances inconscientes. Cependant, il est important de considérer également les liants fantasmatiques, qui peuvent être décrits en termes de

résonance fantasmatique et d'inter-fantasmatisation. Les liants représentationnels, tels que les signifiants communs, doivent également être pris en compte, ainsi que les liants formés par les identifications et les idéaux communs. Enfin, il est nécessaire de considérer les liants pulsionnels et de souligner l'importance de la rythmicité inter-pulsionnelle dans les liens de groupe, comme l'a fait O. Avron.

### **3.2.5. Les liants pulsionnels**

Il est nécessaire d'inclure la dimension de la pulsion dans la construction d'une problématique du lien, car elle joue un rôle important dans ses manifestations et ses effets Kaës (2005). Les pulsions d'autoconservation du lien, les pulsions narcissiques, les pulsions d'emprise (structurantes et aliénantes), ainsi que l'intrication ou la désintrication des pulsions libidinales et des pulsions thanatiques (y compris la pulsion anarchique) sont toutes des composantes importantes de l'économie des pulsions dans les liens. Ces pulsions peuvent être observées dans les liens formés par l'emprise et dans l'emprise du lien sur les sujets du lien, ainsi que dans les associations de l'emprise avec d'autres formations pulsionnelles dans les couples, les familles, les groupes et les institutions Kaës (2005).

Une métapsychologie du lien nécessite de repenser l'économie des investissements pulsionnels, en prenant en compte les modalités spécifiques de la diffraction, du déplacement et de la condensation des charges pulsionnelles dans le lien. Bien que les points de vue sur cette question puissent différer, il est important de reconnaître que la pulsion est le moteur du lien, soutenant à la fois la poussée du désir et le travail de la mort dans le lien.

### **3.3. Freud anthropologue**

Du point de vue de la psychanalyse, Sigmund Freud a encouragé dès 1913 une collaboration entre les sciences sociales et la psychanalyse. Dans la préface de "Totem et tabou", il propose « *d'appliquer à certains phénomènes encore obscurs de la psychologie collective, les points de vue et les données de la psychanalyse* » en créant un lien entre les ethnologues, les linguistes, les folkloristes et les psychanalystes (Freud, 1913/1993, p.3). Il s'intéresse particulièrement à la prohibition de l'inceste, qui est la base du processus d'humanisation et ouvre la voie à la filiation et à l'organisation sociale. Il établit également un lien entre la névrose obsessionnelle et le tabou, qui serait son équivalent sociétal.

Dans "Psychologie des masses et analyse du moi" (1921/1991), Freud souligne que les institutions et les lois sont à la base de la structuration sociale, à la fois dans une dimension

verticale et horizontale. Il écrit que « *dans la vie psychique de l'individu pris isolément, l'Autre intervient très régulièrement en tant que modèle, soutien et adversaire, et de ce fait la psychologie individuelle est aussi d'emblée et simultanément, une psychologie sociale* » (p. 63). En s'appuyant sur les travaux de Gustave Le Bon, il note que l'individu en foule acquiert, par le seul fait du nombre, un sentiment de puissance qui l'autorise à céder à des instincts qu'il aurait fortement réprimés seul. La contagion mentale intervient au niveau de la foule pour déterminer la manifestation de caractères spéciaux et leur orientation, ce qui signifie que l'individu est fondamentalement soumis à la suggestibilité.

La cohésion sociale est rendue possible grâce aux identifications secondaires, selon Freud. Bien que la société soit une source de répression pulsionnelle pour l'individu (*L'avenir d'une illusion*, 1927/2019), Freud définit la condition humaine dans "Malaise dans la civilisation" (1929/1992) comme étant prise entre la satisfaction pulsionnelle et le besoin de faire partie de la société. Cela amène l'homme à renoncer à la satisfaction immédiate et à apprendre à différer sa satisfaction. La solution de compromis qui s'offre à lui est alors le mécanisme de la sublimation. Le collectif, tout comme l'individu, a un surmoi, représenté par la religion, la morale et l'éthique. Cependant, Freud pense que cela ne suffit pas à maîtriser la pulsion d'agression et de destruction inhérente au renoncement pulsionnel. Il s'interroge sur l'avenir de l'humanité et se demande si la culture réussira à maîtriser complètement la pulsion de destruction qui l'habite. « *Les hommes d'aujourd'hui ont poussé si loin la maîtrise des forces de la nature qu'avec leur aide, il leur est possible de s'exterminer jusqu'au dernier* » (Freud, 1929/1992, p. 77). La mort n'est donc pas seulement la fin ultime de la vie, elle est au cœur du sexuel et des processus vitaux et de la vie en communauté.

Le pessimisme qui traverse cet ouvrage n'est pas sans lien avec son contexte socio-économique : au lendemain du krach boursier de New York et de la crise économique de 1929 qui a suivi, la société industrielle a connu une rupture de son illusion de progrès positiviste. Cette crise est en quelque sorte une métaphore de la précarité constitutive de l'homme. Le risque de cette confrontation nécessaire avec le culturel, revendiqué par le père même de la psychanalyse, est un déni du sexuel, qui a mené Jung à l'idée d'un inconscient collectif. Le débat autour du concept de libido qui a eu lieu en 1912, à propos du cas célèbre du président Schreber, a mis le feu aux poudres entre les deux hommes. Il est intervenu justement au début de cette période où Freud a amorcé un virage anthropologique dans ses écrits. Ce désaccord épistémologique a en partie provoqué la rupture. Ce n'est pas un hasard si le déni du sexuel et l'anthropologisation du collectif vont de pair. Assoun (2011) rappelle que toute anthropologie

sociale, si critique soit-elle, comporte ce risque de déssexualisation. Or, si la psychanalyse ne peut pas se passer des ressources de l'anthropologie sociale, les sciences sociales de leur côté ne peuvent que « *s'enliser à reproduire la méconnaissance de l'inconscient, inclus dans leur objet même* » (Assoun, 2011, p. 74). Il est donc impératif de repasser par le "petit" sujet pour rencontrer le collectif, au lieu de l'immerger dans un bain de mythes, comme le fait Jung.

Les résistances persistantes contre la psychanalyse sont en partie dues au fait qu'elle attire l'attention de la société sur un aspect de sa fondation culturelle que celle-ci préfère ignorer. La névrose remet en question la *Kultur* dans son essence même, c'est-à-dire son *intention* : « *La névrose, partout où elle se porte et quel que soit celui chez qui elle se trouve, sait rendre vaine (vereiteln) l'intention de la civilisation (Kulturabsicht)* » (Freud, 1908/1977). Ainsi, la Civilisation entre en conflit avec sa propre "intention", qui est de réguler les pulsions. « *C'est cela même qu'elle ne peut (s') avouer. (...) Le sexuel vient diviser la culture et c'est ce qui donne son tour psychanalytique - subversif - à l'anthropologie freudienne* » (Assoun, 2011, p. 76).

Le névrosé ne se remet pas de l'interdit de l'inceste et le renoncement culturel qu'il requiert à un coût psychique. En ce sens, il est un opérateur anthropologique à l'échelle individuelle, car « *le « ver » du symptôme se découvre au cœur du fruit de la Culture* » (Assoun 2011, p. 77).

### **3.4. Kaës : le sujet, l'institution et la question du lien**

La pensée de Kaës est fondamentale pour réfléchir à la prise en charge de la souffrance psychique en institution et pour examiner plus particulièrement la question du lien. Bien que Douville (2000) ait souligné le risque de psychologisation auquel la psychanalyse s'expose lorsqu'elle utilise des termes tels que fantasme ou désir pour rendre compte de productions psychiques de groupe en institution, il n'a pas rejeté cette approche et a plutôt précisé l'objet de sa critique : « *Il n'est pas impossible que ce soit dans cette réduction de l'inter-psychique à l'intra-psychique que se joue la seconde forme de psychologisation de la psychanalyse* » (2000, p. 47).

Selon Kaës (2012), la souffrance psychique dans le monde moderne est en réalité une souffrance des formations intermédiaires, des processus de liaison intrapsychique et des configurations de liens intersubjectifs. Ne pas prendre en compte cette dimension exposerait à une médicalisation du mal-être, source de surconsommation de diagnostics et de

médicaments, en raison d'une réduction simpliste du sujet malade à un objet partiel, à savoir son symptôme et/ou son comportement.

Kaës s'inscrit dans une filiation freudienne qui, dès 1908, a établi un lien entre les souffrances psychiques, l'intersubjectivité et le fonctionnement social des institutions, ainsi que les exigences de la culture. Cependant, la pratique de la psychanalyse à l'époque de Freud est restée centrée sur le sujet singulier, malgré des travaux moins connus comme ceux de Devereux (1956) sur la Grèce antique, qui montrent, par l'étude de Thersite par exemple, les conséquences psychopathologiques des normes sociales.

Tout le travail de Kaës repose sur l'hypothèse que la réalité psychique est soutenue par les liens et les objets de la culture, et que la psyché y trouve une issue sublimatoire. Lorsque ces fondements métapsychologiques sont ébranlés, la vie psychique elle-même est transformée dans son cours, voire même remise en question.

Kaës (2012) distingue trois espaces. Le premier est intrapsychique, c'est-à-dire celui du sujet singulier, exploré par la psychanalyse à travers la cure individuelle. Le second espace est inter-psychique, c'est-à-dire celui du lien que des sujets établissent entre eux dans le cadre d'un couple, d'une famille ou d'un groupe. Le troisième espace est celui, transpsychique, qui se forme dans les ensembles synchroniques ou diachroniques, tels que les groupes, les familles, les couples et les institutions. Le groupe est en effet le lieu où s'articulent, se lient, se transforment ou même se figent ces espaces de réalité psychique.

Trois dimensions caractérisent le lien. La première est liée à l'espace et au contenu. « *Le lien est un espace de réalité psychique spécifique construit à partir de la matière psychique engagée dans les relations entre deux sujets ou plus ; ces liens sont de nature libidinale, narcissique et thanatique. Un lien n'est donc pas seulement un connecteur d'objets subjectifs qui interagissent entre eux, il possède sa consistance propre* » (2012, p. 104). Le lien se fonde essentiellement sur les alliances inconscientes qui se sont nouées entre les sujets et assure par son action un intérêt commun, il permet d'atteindre un but précis, qui ne pourrait être atteint par chaque sujet isolé. L'alliance est donc à la fois un processus et un moyen d'accomplissement de ces buts inconscients. L'ensemble ainsi lié (le groupe, la famille, le couple), tient sa réalité psychique des alliances que ses sujets concluent et que leur place dans l'ensemble les oblige donc à maintenir.

La deuxième dimension est celle du processus : le lien est aussi un mouvement des investissements, des représentations et des actions de plusieurs sujets dans le but d'accomplir

certaines réalisations psychiques qu'ils ne pourraient pas obtenir seuls : réalisation de désirs, constructions de représentations, mise en place de défenses. Ainsi la fonction est importante dans le lien : « *par la fonction phorique, un sujet peut porter, pour lui-même et pour un ou pour plusieurs autres, un signe, une pensée, un rêve, une parole, un symptôme, un idéal* » (Ibid.p.104).

La troisième dimension du lien, telle que décrite par Kaës, se réfère à sa logique de corrélation des subjectivités, où « *pas l'un sans l'autre, sans les alliances qui soutiennent leur lien, sans l'ensemble qui les contient et qu'ils construisent, qui les lie mutuellement et qui les identifie l'un par rapport à l'autre* » (Ibid.p.104). L'idée d'alliance inconsciente implique un engagement et une soumission des sujets au collectif avec lequel cette alliance est établie. Cet engagement est un organisateur métapsychique, car toute psyché est également influencée par son environnement qui la structure sur un axe narcissique et objectal. Cependant, cet engagement peut devenir défensif, pathogène ou aliénant, comme dans le cas d'un pacte dénégatif ou d'un contrat pervers.

Ces formations et ces processus intermédiaires sont particulièrement menacés par les défauts ou les défaillances des garants métapsychiques. L'une des conséquences majeures de ces défaillances est la mise hors circuit du préconscient, ce qui entraîne l'effondrement de la capacité de penser avec des représentations verbales. Or, le travail du préconscient est étroitement lié à l'activité de symbolisation et à la construction du sens dans le lien intersubjectif. L'affaiblissement des cadres et des garants méta-sociaux entraîne donc des attaques contre les processus de pensée, de rêve, de jeu, d'amour sans dépendance à l'objet, et contre tout dispositif de transformation ou de médiation, tant au niveau individuel que collectif.

Kaës (2012) reprend le concept de fonction alpha, inauguré par Bion, et l'applique à l'institution. Il décrit la contenance comme « *la capacité d'héberger en soi (soi pouvant être un sujet ou un groupe, une famille ou une institution) des formations psychiques appartenant à un autre sujet ou à plusieurs autres sujets* » (p. 164). Cela suppose une certaine disponibilité psychique pour accueillir en soi, sans être endommagé, intoxiqué ou détruit, les objets et les processus non contenus par la psyché d'un autre ou d'un ensemble d'autres sujets : éléments bruts chargés de violence ou de confusion, objets abîmés, comme l'image de soi.

Kaës souligne que la contenance seule ne suffit pas, il faut que le dépositaire, à travers la fonction conteneur, transforme les contenus avec l'aide de sa fonction alpha. Cela suppose

que sa capacité de penser ce qui n'a pas encore été pensé repose activement sur sa capacité de rêverie ou d'imagination. Il est important de noter que la contenance et la fonction conteneur sont elles-mêmes activement contenues par des formations qui, en position méta, leur apportent un soutien et une instance tierce. En ce sens, l'institution fait office de chaînon manquant entre le sujet et les autres. Cependant, pour que ce chaînon fonctionne, les membres d'une institution doivent pouvoir utiliser leurs capacités de rêverie et d'imagination et le co-construire. Dans une certaine mesure, l'institution est un objet transitionnel qui met en relation le sujet et les autres, un objet doté de capacités d'adaptation *suffisamment bonnes*, mais aussi de pérennisation sans destruction possible, jusqu'à ce que des représentations internes du patient lui permettent de s'en passer.

### **3.5. Théorie de la groupalité psychique**

Selon Morin (2008), il est impossible de séparer les sciences et la religion, les sciences et la politique. Les progrès scientifiques et technologiques ont des implications éthiques incontournables, notamment en ce qui concerne la prolifération nucléaire, les manipulations génétiques et biochimiques sur le cerveau, qui menacent la survie même de l'espèce humaine. C'est pourquoi il est nécessaire de développer une pensée complexe qui relie, globalise et contextualise tout ce que l'existence de la science et de la technologie implique. Cette pensée complexe s'appuie sur le concept de tiers inclus de Lupasco, créé en 1951, qui constitue une transgression logique nécessaire pour notre monde. Le principe du tiers inclus signifie que l'on peut être à la fois le Même et l'Autre, comme dans l'exemple de l'identité. Cette approche permet de relier des thèmes qui semblent s'exclure mutuellement.

Le principe du tiers inclus de Lupasco n'écarte pas le tiers exclu de la logique classique, qui reste un "puissant garde-fou", mais l'englobe. La logique classique repose sur trois axiomes : l'axiome d'identité ( $A \text{ est } A$ ), l'axiome de non-contradiction ( $A \text{ n'est pas non-}A$ ) et l'axiome du tiers exclu (il n'existe pas de troisième terme  $T$  qui est à la fois  $A$  et non- $A$ ). Dans l'axiome du tiers inclus, il existe un troisième terme qui est à la fois  $A$  et non- $A$ , et qui peut être compris grâce à la notion de "niveaux de Réalité". Contrairement à la triade hégélienne, dans laquelle les trois termes se succèdent dans le temps, les trois termes de la triade de tiers inclus coexistent au même moment du temps, ce qui permet de réaliser la conciliation des opposés.

La logique dynamique du contradictoire se présente comme la logique même de l'expérience : le sujet connaissant est impliqué lui-même dans la logique qu'il formule. Cette

logique s'inscrit dans une volonté d'unité du monde et de sa non-séparabilité, selon laquelle "tout est lié dans le monde". Cette logique du lien est commune à l'épistémologie psychanalytique, qui lutte contre le clivage et le déni. Repensée dans le cadre d'une approche narrative, elle permet non seulement de penser le contradictoire, mais aussi de rendre compte de la manière dont le sujet (ou les sujets en coprésence) le traite. Nous faisons référence aux travaux d'Ecco sur les mondes possibles, de Martin sur les univers de croyance et de la façon dont Proia (1995) les a utilisés dans l'analyse des processus discursifs psychothérapeutiques.

### 3.5.1. Historique

Pour Millier (2005), il arrive de voir certains psychanalystes travailler en groupe, mais il rappelle que le groupe reste une réalité sociale avec sa propre identité. De plus, la conceptualisation partielle de la groupalité psychique dépend de la prise en compte de ces deux entités distinctes.

Certains auteurs s'appuient particulièrement sur une connaissance sociologique des groupes, comme Foulkes, qui écrit : « *L'analyse de groupe considère que la nature sociale de l'homme lui est fondamentale et les individus apparaissent comme le résultat de développements dans la communauté, tout comme en psychanalyse la personnalité d'un individu apparaît comme se dégageant de la famille et formée par elle* » (1964, p.171). Pour Foulkes, le groupe ne provient pas des interactions des individus, mais appartient au registre social. La dimension proprement dite sociale ne se confond pas avec la problématique pulsionnelle, qui reste l'apanage de la psychanalyse et de la cure individuelle.

Le sociologue Norbert Elias (1984) était un proche de Foulkes. Analysé et formé à la groupe-analyse, il a participé avec lui à la fondation de la Group Analytic Society à Londres. Il avait déjà rédigé deux des trois textes de *La société des individus* (publié plus tard en 1987 en Allemagne) et critique la conception solipsiste de l'individu. Elias montre l'émergence historique de la notion d'individu en fonction du « processus de civilisation ». Selon lui, l'individu et la société ne s'opposent pas, ce sont deux niveaux d'observation différents d'une même « configuration ». En refusant cette coupure, il analyse la civilisation comme un ensemble ordonné de modifications affectant les individus et les structures sociales. Au sein même de la « group analysis », il existe une tendance à radicaliser l'apport sociologique en insistant sur l'apport initial de Elias.

Enrique Pichon-Rivière (1971) a également recours à la psychosociologie (Lewin) et au marxisme (le matérialisme et la dialectique) pour analyser les réseaux de communication dans les groupes et l'importance de la praxis pour l'individu et le groupe.

Cette compréhension du fonctionnement des groupes sociaux « *externes* » a permis de développer l'idée d'une intériorisation de ces groupes. Les notions de « *groupes internes* » (Pichon-Rivière) ou de « *groupalités internes* » (Napolitani, cité par Neri, 1995, p. 156) en découlent. L'individu ne peut être compris sans prendre en compte le réseau auquel il appartient et ce qu'il a pu intérioriser. La maladie résulte d'un dysfonctionnement dans ce réseau, dans ces relations.

Il existe donc un lien étroit entre le groupe en tant que réalité sociale et le groupe en tant que réalité psychique. La notion de « *groupe d'appartenance* » illustre bien cette conception : la réalité psychique d'un individu ne peut être comprise sans tenir compte de sa place dans le groupe social. Jean Claude Rouchy (2003, 2005) maintient ainsi le lien entre psychanalyse et psychosociologie. Le groupe est un espace intermédiaire, "transitionnel" entre l'individu et le social.

Didier Anzieu (1968) s'est également appuyé sur la connaissance du groupe social et de la psychosociologie des groupes, mais on pourrait dire qu'il a en quelque sorte converti ces données pour ne retenir que le groupe de la réalité psychique (1972). René Kaës, qui avait initialement étudié les représentations sociales, s'est directement inscrit dans cette optique. Ses premiers travaux sur l'appareil psychique groupal (1976) portent cependant la marque de la prise en compte de la réalité sociale du groupe. Le couple isomorphie/homomorphie traduit le degré de différenciation entre les appareils psychiques individuels et celui du groupe, perçu comme réalité externe, tandis que la notion d'organisateur socioculturel est liée à celle d'organisateur psychique. Ses travaux ultérieurs mettront toujours l'accent sur cette "logique croisée" entre le sujet et l'ensemble intersubjectif, mais il s'agit alors de deux niveaux d'une même réalité, la réalité psychique.

### **3.5.2. Les organisateurs psychiques du groupe**

Les travaux de Kaës (2013) montrent que, le groupe pour se constituer et faire l'objet d'un investissement, passe par une série de représentation : l'une dans laquelle le groupe fonctionne comme représentant-représentation de la pulsion et l'autre dans laquelle il est figuré comme modèle de relation et d'expression. Chacune de ces représentations ou systèmes

de représentations, comportent en leur sein des organisateurs spécifiques interprétables comme étant un ensemble de schèmes de base qui organisent la construction du groupe en tant qu'objet de représentation. Ces organisateurs, tout comme le rêve, sont constitués par des objets plus ou moins scénarisés (représentation de chose et représentation des mots.) de la relation primordiale, ainsi que des désires infantiles. Une des particularités de ces organisateurs psychiques, est le fait qu'ils ne sont pas que le propre du sujet de l'inconscient, mais également et possiblement celui du groupe. C'est la configuration de l'ensemble des expériences tirées du quotidien, ainsi que des relations maintenues avec les modèles de représentation du groupe de base, par l'appareil psychique groupal qui donne lieu aux organisateurs psychiques inconscients, préconscients et conscients du groupe. Le travail groupal est l'acte par lequel le groupe met en scène les modèles internes et les modèles externes de ses expériences de vie, la vie étant l'équivalent scénarisée de pulsion, la dynamisation, la manifestation de l'existence.

Les organisateurs psychiques définis par Kaës sont communs aux membres partageant un espace historique commun (la maison familiale, l'institution, le groupe sociale). Ils fonctionnent d'une façon à rendre possible le travail psychique ou encore l'élaboration symbolique du noyau inconscient. Au nombre de quatre, notamment : l'image du corps, les fantasmes originaires, les complexes familiaux et les imagos, l'image globale de notre fonctionnement psychique, les organisateurs psychiques participent à la configuration inconsciente des matériaux psychiques inconscients, ceci dans le but de former une structure groupale cohérente, ordonnée dont le fond est un produit spécifique aux relations entre les objets. Leurs propriétés pour la plupart, sont figurabilités, scénarisation et proactivité ce qui fait deux des correspondant directe en termes de métapsychologie d'une dynamique et d'une économie psychique. Ces organisateurs entretiennent entre eux, des relations particulières qui fondent la scénarisation ; pour le cas du fantasme originaire par exemple, il n'Est, que par configuration de l'image du corps dans son rapport au corps de l'Autre, ainsi que la figuration du Moi psychique qui elle implique l'image du corps dans ses consignations dont la référence est l'image dynamique du corps. Aussi, ces quatre organisateurs constituent les modalités dominantes de la structure psychique groupale d'un individu ou d'un ensemble d'individu.

*Le concept d'illusion, ainsi que celui de résonance fantasmatique, le premier traduisant un état psychique collectif que les membres du groupe énoncent ainsi : « on est bien ensemble, on est un bon groupe » traduisant par-là l'illusion de partager un même corps, un corps infaillible, parfait. Pour le deuxième, il renvoie à une manifestation pulsionnelle*

individuelle qui se donne à voir et à entendre par les groupements de la relation, ceci à travers ses actes et ses propos. Plus explicitement, la résonance fantasmatique consiste en ce qu'une formation fantasmatique quelconque, consciente ou inconsciente, exprimée d'une façon patente ou implicite par un membre du groupe stimule, chez les autres participants, le surgissement de formations fantasmatiques en relation métaphorique ou métonymique avec la formation initiale de sorte que celle-ci devient la préoccupation centrale du groupe pendant une période de temps de durée variable (Anzieu, 1984).

Kaës ne manquera pas de faire appel à ces propositions pour théoriser ce qui dans la relation au sujet ou au groupe, fait objet de mise et de maintien de la relation ; ce qu'il associera directement aux organisateurs psychiques du groupe. En psychanalyse donc, l'étude du groupe comme objet de représentation met en travail le dénominateur des produits psychiques inconscients des membres du groupe ou même les mécanismes de défenses collectifs mobilisés contre les angoisses et les agressions dans le groupe. On distingue dans l'ensemble, cinq organisateurs psychiques inconscients du groupe, fondamentalement intervenant dans l'acte d'appareillage psychique de groupe. Et, petite différence, les organisateurs psychiques du groupe, ne sont pas les organisateurs psychiques du sujet de l'inconscient. Ceux du sujet, sont à l'intérieur du sujet et ceux du groupe dans l'appareil psychique groupal, résultat du langage dans le groupe base des liens intersubjectifs. De ces organisateurs nous pouvons de manière moins implicite énoncer :

- ***Le fantasme individuel*** : il traduit l'acte de mise en scène imaginaire, de fantasmatisation qui se met en place de façon inconsciente dans la communication entre plusieurs personnes. Lors de cette scénarisation, il arrive très souvent pour le sujet de l'inconscient, que celui-ci se positionne en spectateur.
- ***Les imagos*** : elles renvoient à une représentation inconsciente statique qui agit comme une instance, une autorité régulatrice et instauratrice de sentiment d'angoisse. Elle participe de la régularisation du Moi ainsi que de l'idéal du Moi. Elle est une représentation inconsciente qui supporte la notion d'image primitive mais symbolisée et constituée d'éléments signifiants. Elle est l'équivalent d'un schème imaginaire acquis, capable de devenir manifeste dans l'expression des affectes et résolution du conflit par voie comportementale.
- ***Les fantasmes originaires*** : ce sont des constructions issues d'une scénarisation primaire des relations avec la réalité maternante première. Ils sont pour la plupart en

lien avec les angoisses de séparation, de perte de l'objet primaire de la relation, de l'origine de la vie, de la sexualité et de la différence des sexes.

- ***Pour les fantasmes qui mettent en question les origines de la vie*** : ils sont d'ordre prénatale, intra-utérins, ainsi que de la scène primitive, mise en sens par le sujet du rapport sexuel entre les parents, vécu comme une énigme.
  - ***Les fantasmes qui interrogent la différence des sexes*** : ils rentrent en jeu dès l'œdipe comme travail de l'appareil psychique pour se débarrasser du conflit qui fait place à l'angoisse de castration. C'est une scénarisation, une mise en fantasme des statuts symbolique du sexe ; notamment en ce qui concerne la présence ou l'absence : le pénis en particulier.
  - ***Les fantasmes qui interrogent l'origine de la sexualité*** : ceux-ci donnent lieu à un fantasme de la relation d'objet structurée autour du génital. Dans ce modèle relationnel, ou d'investissement pulsionnel, le fantasme se décrit comme celui de séduction et du couple ; ce qui fait également un modèle explicatif de la nature des affects manifestés par le sujet, qui sont la résultante de l'acte de séduction exercé à son endroit par l'objet désiré.
- ***L'image du corps*** : alors que l'image du corps du sujet repose sur la représentation inconsciente des émissions du soma, qui ici constitue un support concret direct dont l'appareil psychique ne représente que la projection plus ou moins exact, l'image du corps groupal est une représentation fantasmatique qui part d'un corps imaginaire comme reconnu dans les travaux de (Anzieu, 1987, p.103) sur l'illusion groupale quand il note que : « *Nous sommes bien ensemble. Nous constituons un bon groupe. Notre chef est un bon chef. Notre moniteur un bon moniteur.* » ce corps imaginaire contient tous les membres du groupe et donne lieu à l' "*esprit corps* " qui se traduit par le sentiment de mêmeté d'être. Ce fantasme de mêmeté d'être s'efforcera de prendre dans le réel extra-psychique les supports d'étayages (scarifications, type de vêtement, territoire, tatouages) nécessaires pour rassembler, ressembler et donner le sentiment d'appartenance aux groupes.

### **3.5.3. La famille comme un groupe**

Ce qui fait de la famille un particulier parmi tant de groupe, c'est le fait qu'elle soit structurée autour d'une configuration de lien et d'alliance étayées sur l'idée de consanguinité, de filiation. Bien que nous ayons déjà apporté quelques définitions plus haut, rappelée quelques-unes permettraient de circonscrire tant bien que mal cette partie.

Suivant l'entendement de (Granjon, 2001) la famille bien qu'étant une configuration des liens intrafamiliales, prend le sens d'une coexistence, une conjonction, une articulation d'espace psychiques hétérogènes dans les liens de filiation, d'alliance et de consanguinité, tenus ensemble dans une culture, et organisés par un projet d'héritage, de transmission et de perpétuation, qui définissent la famille. L'espace psychique ainsi constitué, délimité et tenu par le lien familial, permet différenciation et organisation des espaces psychiques hétérogènes qui le composent (intra, inter, et trans-subjectifs), favorise relation, échanges, autorise évolution et transformation. En effet, ce qui permet de reconnaître à un membre son appartenance au groupe familial, c'est le contrat narcissique familiale qui a servi de base de mise en configuration par le travail de liaison l'appareil psychique groupal avec stockage des matériaux psychiques inconscients.

### **3.5.4. L'Appareil psychique familial**

Pour (Ruffiot, 1981) l'appareil psychique familiale est à appréhender comme l'ensemble des parties primitives du Moi des individus ou des parties Non-Moi du Moi. Ces parties, définies comme syncrétiques se structurent à partir des toutes premières expériences de la vie psychique ; en effet, il existe dans le Moi deux entités dont la plus grande serait celle inconsciente, primitive et c'est dans cette partie primitive que se trouve les organisateurs familiaux. Pour le groupe ou encore l'appareil psychique groupal, c'est un espace intermédiaire, ternaire et médiateur, ayant les caractéristiques d'un espace transitionnel, entre la réalité psychique interne et la réalité sociale externe. On pourrait par-là définir des similitudes entre les organisateurs de base de l'appareil psychique individuel et ceux de l'appareil psychique groupal du groupe primaire qu'est la famille.

C'est donc les parties syncrétiques qui s'unissent entre elles grâce au phénomène de résonance et forment par ce fait l'appareil psychique familial. Pour Ruffiot, le noyau inconscient primaire est ce qui fonde le lien familial inconscient et qui est mis en contribution dans les groupes par union des parties syncrétiques ; « *la psyché familiale résulte de la*

*possibilité de chacun des membres de mettre en commun la partie de la psyché pure individuelle telle qu'elle existe au départ de la vie, avant que l'ancrage corporel individuel ne fût réalisé » (Ruffiot, 1981, p.29).*

À la naissance la psyché encore primaire du nourrisson conduit son entourage à régresser de manière à lui apporter les soins les plus nécessaires et communiquer inconsciemment avec lui. Cette régression est de telle sorte que, sur le principe de la communication des inconscients, les parents et l'enfant se fondent chacun dans la psyché de l'autre, réduisant ainsi la considération ou l'importance du corps à ce moment dans l'acte de la communication. C'est cette régression qui donnera à l'entourage et particulièrement à la figure maternante, les facultés de déduction plus ou moins nette des besoins de l'enfant car il y'a là une fusion des psychés individuelles comme si le corps n'existait pas, et formation d'un. Ce lien nature primaire constituera la toile de fond groupale sur laquelle va se constituer l'appareil psychique familial et surtout la communication inconsciente des matériaux psychiques.

Le lien familial de Ruffiot se forge sur une série d'organiseurs, notamment trois : l'illusion groupale, l'imgo et les fantasmes originaires. En ce qui concerne l'illusion groupale, la dynamique psychique groupale est organisée de telle sorte que, les membres du groupe tendent à organiser une fusion des appareils psychiques individuels autour d'un même fantasme. Il renonce à leurs psychismes individuels aux profits de celui du groupe. Cet acte de fusion met en scène une angoisse qui est celle de morcellement et que réfère au groupe un fonctionnement psychotique.

En famille, ce qui fait la dynamique processuelle, et l'économie relationnelle, c'est la mise en communication des matériaux psychiques inconscients des appareils de chaque membre de la filiation et de l'affiliation familiale. Aussi, d'un point de vue phantasmatique, ce qui fait le contenu des fantasmes familiaux, c'est l'ensemble des caractères de l'activité onirique dominée par les processus primaires.

#### **3.5.4.1. Eigner et les organisateurs familiaux**

Les travaux de Eigner (1983) présentent une série de trois organisateurs psychiques déterminantes pour la formation du psychisme familiale, ainsi que pour la nature de la dynamique relationnelle. En effet, il identifie comme organisateurs psychiques : le choix du partenaire, le Soi familial, l'inter-fantasmatisation. Nous prendrons la peine de présenter chacun de ces organisateurs.

- **Le choix du partenaire** : c'est l'organisateur qui sert de base à partir de quoi le couple se configure. Il inaugure le couple et son contrat inconscient. Il met en image ce que seront les investissements narcissiques et objectaux qui jalonnent l'idéologie familiale. Ainsi une typologie structurale se dégagera suivant la dominance des liens narcissiques ou objectaux ; de même que, une catégorie nosographique clinique sera appliquée selon la nature du conflit propre à chacune des structures du psychisme familial. En d'autres termes, Eiguer repère des familles narcissiques avec des manifestations pathologiques plutôt psychotique, la famille anaclitique favorisant la symptomatologie dépressive et la symptomatologie œdipienne, où s'expriment des formes de névrose et des troubles.
- **Le Soi familial** : il se caractérise par le fait d'une distribution de quantum d'énergie sur chaque membre de la famille, de manière à ce que chaque membre se sente appartenir à cette famille. Cette distribution quantique par d'un principe, celui issue du sentiment de partager quelque chose de commun entre eux qui ne saurait faire l'objet d'une discussion. Une des particularités de ce fantasme, est qu'il ne peut être remis en question. C'est un sentiment de continuum temporo-spatial du groupe familial qui est marqué par :
  - **Le sentiment de familiarité** : il s'agit d'un sentiment de proximité, de complicité qui s'éprouve dans l'intercommunication avec les membres de sa famille. Chaque membre de la famille est reconnu comme appartenant à cette famille et admis dans le lien de filiation, avec identité sexuelle reconnue.
  - **L'habitat intérieur** : pour (Eiguer, 1983), l'habitat est comme une peau réelle et fantasmée de la famille. Tout comme la fonction de contenance joué par la peau, la famille assume une fonction tout aussi pareille ; car tout groupe, est hanté par l'angoisse de démembrement, d'éclatement et pour faire face au réel de cette angoisse, la famille mobilise une économie psychique sur un lieu réel qui s'apparente à la peau, et qui attribution, est capable de les contenir. Ce lieu va créer une limite, une frontière dedans/dehors. Par cette frontière, la famille parvient à s'installer psychiquement et à organiser l'espace suivant la disposition en lien avec les organisateurs psychiques interne et familiaux. L'habit psychique, va s'étayer sur l'habit réel, il va agir sur l'habitat réel, qui va se manifester par attribution au lieu sous une forme organiser proche de la réalité psychique groupale. Ce lieu va agir sur le psychisme, car il y'a une intégration de l'habitat réel et psychique, ce qui sera

à la base du sentiment personnel d'intégrité : c'est l'enceinte corporelle du Soi familial.

- **Les idéaux familiaux :** ici, la familiarité et l'habitat portent un discours tourner vers l'avenir. La famille ici met en scène le fantasme de perfectibilité du groupe, d'infailibilité. Elle fonctionne de manière à donner un sens à l'avenir de la famille ; ceci sur la base du type d'idéal organisateur de la famille : pour le premier, il renvoie au type narcissique, manifesté par le fait que la famille pense que la façon dont elle fonctionne est parfaite. Les messages donnés aux membres de la famille sont que rien ne doit changer dans la famille puisque nous sommes parfaits. L'avenir est craint et tout changement implique des crises. Ce modèle organisateur a retrouvé la marque du même de génération en génération ; par ailleurs, nous avons les idéaux de type anaclitique, marqué par l'impératif de la réussite comme garant du narcissisme familial ; en fin nous avons ceux de type paranoïaque, suivit de l'idée de descendre d'une figure emblématique, les signifiant générationnels très souvent peu ou pas accessible pour l'illustrer.
- **L'interfantasmatisation :** c'est le lieu de mise en scène des fantasmes individuels de chaque membre de la famille qui sont proches par leur contenu et qui va créer la mythologie familiale. Elle passe par l'accès aux processus primaires de chaque membre pour être effectif. Et c'est sur la base de la nature ses matériaux, qui sont primaires, que va se fonder une communication inconsciente dans la famille, ainsi qu'une illusion narcissique d'être à l'unisson des autres. C'est donc le mythe, qui est organisateur de la dynamique groupale familiale.

### 3.5.5. Image inconsciente du corps familial

La théorisation de l'image du corps familial a été faite par Cuyenet en 1999. En effet, il reprend l'idée que l'image du corps est un organisateur de la famille, comme Didier Anzieu (1984) l'avait pensé pour le groupe. Cependant, la famille, le précise-t-il est un groupe spécifique structuré par des liens psychiques particuliers : le lien d'alliance, le lien de consanguinité, le lien de filiation et le lien avunculaire dans le système matrilinéaire.

L'interdit de l'inceste s'est installé depuis longtemps sur les liens de consanguinité et de filiation. Bien que le droit juridique actuel s'appuie sur des tests génétiques pour prouver un lien de parenté, la fonction et la place symbolique de père peuvent également s'installer

psychologiquement dans les relations de soins et de permanence auprès de celui qui n'est pas nécessairement sa propre progéniture.

Cuynet (2005) propose une grille de lecture de l'image du corps familial qui s'appuie sur les registres du réel, de l'imaginaire et du symbolique.

Au niveau du réel, la famille souffre d'un surplus de corps biologique réel en raison des liens de consanguinité et des ressemblances morphologiques qui génèrent la certitude du lien. Nous sommes alors dans une filiation narcissique de corps pour corps dans l'ordre de l'identique et d'une pure reproduction filiative. De plus, le regroupement dans l'espace sur un lieu déterminé et bien délimité que représente la maison favorise la contiguïté des corps individuels pour redonner un moi-peau familial enveloppant. Une enveloppe groupale délimite alors un espace d'intimité familiale, qui peut s'appuyer sur des éprouvés sensoriels peu mentalisés tels que l'odeur corporelle, la couleur ou le grain de peau, une sonorité de voix ou un accent particulier, ainsi que toutes sortes de signes tangibles spécifiques à la famille, que nous percevons intuitivement et qui s'imposent à nous lorsque nous la rencontrons.

Dans le registre de l'imaginaire, la production fantasmatique tourne autour d'un vécu de corps commun, qui serait une élaboration métaphoro-métonymique de l'organisme individuel, que nous retrouvons illustrées dans les expressions telles que « *Il est la tête pensante de la famille, c'est mon bras droit* ». Selon l'approche de Gisela Pankow (1977), il y aurait un rapport dialectique entre la partie et le tout. Dans la tyrannie des collusions inconscientes, nous pouvons retrouver des effets d'hystérisation de certains membres qui se mettent en scène au nom du groupe familial et qui se font porte-symptômes de la problématique des autres. Ce que René Kaës (1993) appelle la fonction phoriques dans les groupes.

Enfin, dans la dimension symbolique, l'accès à la parole permet un discours de la famille sur elle-même, qui trouve son identité selon sa propre mythologie en respect avec la loi de sa culture. La présence du corporel y est sublimée à travers des rites de passage encore très vivaces dans les sociétés traditionnelles. Ainsi, les scarifications, les tatouages sur la peau des individus signent leur appartenance identitaire au grand corps familial clanique.

### **3.5.5.1.Fonctionnalité de l'image du corps**

- *Du point de vue topique*, l'image du corps fluctue entre deux pôles de tension groupale : le but isomorphique où tout se fige dans une même identité, et le but homomorphique où tous les éléments se différencient jusqu'au risque du chaos. L'image du corps est l'organisateur qui relie ces deux extrêmes dans un mouvement de liaison changeant.

Elle a une structure groupale car elle maintient ensemble des éléments malgré leur conflictualité. Comme l'a souligné Gisela Pankow, elle remplit une double fonction : localiser les parties dans le tout d'une part, mais aussi être porteuse de contenu de sens qui donne à la représentation une signification symbolique. Comme le souligne très bien René Kaës (1993, p. 139), « *l'image du corps est le lexique premier de tous les énoncés du lien groupal* ».

- *En termes économiques*, l'image du corps familial mobilise l'énergie psychique de ses membres autour du pôle isomorphique pour créer un moi psychique groupal dont l'axe central serait l'origine commune d'un même corps ancestral. En retour, l'image du corps familial recharge libidinalement le Moi de chacun de ses membres, leur procurant ainsi une plus grande force et confiance en eux face aux dangers de la réalité extérieure et de l'étranger. Elle surinvestit le lien d'attachement au groupe familial de certitude et déplace la conflictualité dans l'espace intersubjectif. Cuynet (2005).
- *La dynamique du corps familial* peut être examinée aux moyens de la rythmicité et la mouvance figurative, c'est-à-dire les modifications et les déformations répertoriées au niveau de son enveloppe groupale. On peut souligner la capacité de résilience ou de mémoire de forme de base du corps groupal à partir du moment où les familles font l'expérience des accidents ou des traumatismes dans la vie et sont suffisamment fonctionnelles pour résister à l'hémorragie ou à l'éclatement. La résistance et la flexibilité du « *moi-peau* » familial (Anzieu D., 1985), ainsi que les capacités de sublimation de l'appareil psychique groupal, empêchent la perte de contenu psychique à l'extérieur. Par ailleurs, le corps familial peut être considéré comme une structure de liens psychiques, dynamisée par une conflictualité entre des forces centrifuges et centripètes, faisant ainsi subir des variations de configuration à l'enveloppe familiale en fonction des conflits Cuynet (2005).

Ainsi, Cuynet (2005) conçoit la tension pulsionnelle entre le corps individuel et le corps familial en termes de dynamique de forces centrifuges et centripètes, qui créent une pulsation rythmique de l'enveloppe familiale entre dilatation et rétractation. Les forces pulsionnelles centripètes encouragent un mouvement de rétractation en condensant autour de la corporéité commune, tandis que les forces centrifuges poussent le narcissisme vers la conquête d'objets extérieurs, dilatant et exportant l'image du corps familial. Cuynet (2005).

**DEUXIÈME PARTIE : CADRE  
MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE**

**CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE  
L'ÉTUDE**

Cette partie de notre travail, est celle qui met en configuration l'orientation méthodologique choisie sur la base de l'objet d'étude, du domaine d'étude et de l'objectif de l'étude. Elle est celle-là qui permet d'apporter des considérations plus ou moins soutenues par les orientations théoriques mentionnées plus haut. Elle vise, en la description la plus orientée possible de la démarche permettant de catégoriser le champ de la recherche. Pour se faire, elle demande de modéliser ses axes constitutifs mis en scènes, ainsi que les techniques qui permettent de mieux les saisir. En effet, étant reconnue comme un ensemble de procédés et de techniques mis en association pour apporter à une question de recherche des propositions de réponses, tester les hypothèses et rendre compte des résultats (Corbière & Larivière, 2014) ; la méthodologie est un élément qui justifie le caractère scientifique d'une étude. Elle consiste à rendre compte du réel de la manière la plus vraie et valide possible en mettant le travail de la raison au service du réel (l'observation suivi d'une déduction ou une induction). Étant donné que toute méthodologie est un outil au service d'une ou plusieurs études particulières, son usage nous amène à présenter et à justifier successivement le choix de notre site de recherche, celui de la population à l'étude, de la méthode utilisée et des outils de collecte des données, ainsi que la technique d'analyse et de la présentation des résultats obtenus.

#### **4.1. Rappel de la problématique**

#### **4.2. Problème**

Lorsque nous nous rapprochons de Cuynet (2010), sur la fonction du corps familial, celui-ci souligne que, l'image du corps familial agit sur l'énergie psychique de ses membres en les rassemblant autour d'un élément commun, le pôle isomorphe, pour former un moi psychique collectif. Ce moi collectif est basé sur une origine commune, un même corps ancestral, qui agit comme un axe de gravité. En retour, l'image du corps familial renforce la libido, c'est-à-dire l'énergie vitale, de chacun de ses membres. Cela leur donne une plus grande force et confiance en eux-mêmes face aux menaces et aux étrangers extérieurs à la famille. L'image du corps familial investit également de manière excessive le lien d'attachement au groupe familial, ce qui peut déplacer les conflits dans l'espace intersubjectif, c'est-à-dire dans les relations entre les membres de la famille. Or, contrairement à ce que Cuynet souligne d'un point de vue économique et dynamique, nous avons observé durant nos expériences de terrain, au travers des entretiens semis-directifs que, pour certains cas

cliniques face à la situation de déficience motrice acquise, le corps familial travaillait l'énergie psychique de ses membres autour de l'expérience du lien avec l'autre de la relation à l'espace du corps familial. Ce travail, favorisait un processus de sélectivité basé sur ce même vécu du lien, dans lequel l'expérience de l'autre de la relation à la famille participait à recharger libidinalement le corps familial et ses membres. Il surinvestissait de certitude le lien d'attachement au groupe familial, de l'espace du lien de l'autre de la relation à la famille et de la conflictualité. De manière plus précise les familles s'appuyaient sur l'expérience des retours positifs et négatifs des relations qu'avait le sujet DMA de la famille avec les personnes externes à la famille pour d'avantage mener la prise en charge et surtout organiser les regroupements de la famille autour du DMA.

Dès lors, et contrairement à cette position de Cuynet (2010), qui d'un point de vue dynamique et économique, envisage le corps familial comme une organisation de liens psychiques qui serait dynamisée par les forces pulsionnelles centripètes, favorisant un mouvement de rétractation par la condensation autour de la corporéité commune, notre constat se fonde sur la non prise en compte des liens à l'autre de la relation au corps familial comme source d'alimentation du narcissisme familial, comme base du travail d'investissement de l'espace du corps familial. Ce manquement interroge ainsi la question de la participation du lien à l'autre au corps familial dans l'investissement pulsionnel de celui-ci. Ainsi, quand Cuynet (2010, p.22) admet que, « *la famille est un groupe spécifique par les liens psychiques qui le structurent : à savoir le lien d'alliance, le lien de consanguinité, le lien de filiation et le lien avunculaire dans le système matrilineaire* », il se passe du lien du corps familial à l'altérité extrafamilial qui implique cette fois l'espace du lien du corps familial au groupe externe à la famille ou même à l'autre de la relation à la famille dans le travail d'investissement, ce qui ici fonde notre problème d'étude.

### **4.3. Question de recherche et hypothèse de recherche**

#### **4.3.1. Question de recherche**

Sur la base du problème déterminé ci-dessus, il se dégage une question de recherche notamment celle de savoir : Comment, dans un contexte marqué par le sentiment de réification et la déficience motrice acquise le corps familial est-il investi ?

#### 4.3.2. Hypothèse de recherche

Sur la question de la dynamique et de l'économie psychique familiale Cuynet (2010) qui souligne que d'un point de vue dynamique, le corps familial peut être envisagé comme une structure de liens psychiques, qui serait dynamisée par une conflictualité entre des forces centrifuges et centripètes, et qu'en situation de crise ou d'atteinte de ce corps, la tension pulsionnelle entre le corps individuel et le corps familial selon une dynamique de forces centrifuges et centripètes, génèrent une pulsation rythmique de l'enveloppe familiale entre dilatation et rétractation. Les forces pulsionnelles centripètes favorisent un mouvement de rétractation par la condensation autour de la corporéité commune ; c'est-à-dire que, les forces pulsionnelles centripètes sont celles qui poussent les membres de la famille à se rapprocher les uns des autres et à se concentrer sur leur corps commun. Ces forces favorisent un mouvement de rétractation, c'est-à-dire un repli sur soi, et de condensation autour de la corporéité commune. Les forces pulsionnelles centrifuges, quant à elles, poussent les membres de la famille à se tourner vers l'extérieur et à chercher à conquérir des objets extérieurs. Ces forces peuvent être associées à un narcissisme excessif. Ainsi, selon Cuynet (2010) ces deux types de forces pulsionnelles trouvent leur source au sein même du corps familial. Cela signifie que la dynamique psychique du corps familial est influencée par les interactions et les relations entre ses membres. Il est rejoint sur ce point de vue par (Sanahuja et Cuynet, 2011 ; Cuynet, Sanahuja et Bernard, 2012 ; Sanahuja, Schwailbold et Cuynet, 2014 ; Loncan 2015 ; Bilowa, 2020).

Or pour Kaës (2005), il y'a une nécessité fondamentale, épistémologique et clinique dans la définition du symptôme, et la conception de l'objet de la psychanalyse, de procéder par un dépassement de l'approche psychanalytique classique, qui conçoit le sujet quelque part comme étant à lui-même sa propre fin, ainsi que le dépassement de la conception de l'objet de la psychanalyse groupale pris dans un réseau groupal restreint pour cette fois le conceptualiser comme étant une configuration complexe à trois dimensions inter-correspondantes et formant un/des groupe(s) dont le lien en est le socle : le lien, le groupe et le sujet. Selon Kaës, le lien dans un groupe, mais aussi dans d'autres configurations de lien, est une combinaison variable entre trois éléments : le Commun, le Partagé et le Différent. Appliqué à notre étude, le sujet victime de DMA n'est pas à considérer uniquement comme un sujet singulier mais comme une complexité trilogique qui répond à cette conception de Kaës (2010). Cette conception nous permet de formuler l'hypothèse selon laquelle : *dans un contexte marqué par un*

*sentiment de réification du corps et à une déficience motrice acquise, le corps familial fait l'objet d'un surinvestissement libidinal étayé sur l'autre de la relation au corps familial.*

#### **4.4. Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude est de comprendre à partir du lien, la participation de l'autre de la relation au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial sujet à une déficience motrice acquise et un sentiment de réification.

#### **4.5. Site de l'étude**

Nous avons mené cette recherche au sein du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées cardinal Paul Emile Leger (CNRPH). Le CNRPH est une institution publique régie par une personnalité juridique et une autonomie financière. Géographiquement, il est localisé dans la région du centre et plus particulièrement à la périphérie Ouest de la ville de Yaoundé, Département du Mfoundi, Arrondissement de Yaoundé VIe quartier Etoug-Ebé ici pris comme siège.

##### **4.5.1. Présentation du site de l'étude**

Pour mener à bien cette étude, nous avons choisi le CNRPH de Yaoundé. Ce choix pour la collecte des données utile à notre étude se justifie par le fait que, les activités qui s'y trouvent sont pour la plupart menées sur la personne handicapée. Ceci par le moyen de ses ateliers destinés à la production du matériel thérapeutique, concourant ainsi à l'insertion sociale de ces personnes. Parler d'insertion ou de réhabilitation revient à dire que le CNRPH de par ses activités participe à la réduction des incapacités et du désavantage dont sont confrontées les personnes en situation de handicap. Nous verrons donc par la suite, les services de l'éducation spécialisée et inclusive ; d'admission et d'accompagnement psychosocial des personnes handicapées et leur famille et de réhabilitation font du CNRPH un cadre propice pour notre étude.

##### **4.5.2. Historique du CNRPH**

Le CNRPH fut créé en 1971 par un prélat Canadien, le Cardinal Paul Emile Leger et inauguré le 15 janvier 1972 par son excellence El HADJ HAMADOU AHIDJO, le président de la république fédérale du Cameroun comme œuvre sociale privée nommée « Centre de Rééducation de Yaoundé » (CRY). En 1978, cette œuvre sera alors cédée à l'Etat Camerounais sous la dénomination de « Centre National de Réhabilitation des Handicapés »

(CNRH), institution tutélaire du Ministère des Affaires Sociales. Après 37 ans d'existence et au service des personnes handicapées physiques et moteurs, le centre est érigé en établissement public et administratif le 16 Mars 2009 avec une extension de ses missions à la prise en charge globale de tous les autres types de handicaps. C'est par ce biais qu'il s'inscrit dans la nouvelle dénomination de « Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER » (CNRPH).

Situé à Etoug-Ebé, dans la ville de Yaoundé, le CNRPH est une œuvre sociale historique née de l'initiative du Cardinal Leger en 1971. Devenu public par décret N° 77/056 du 23/02/1978, le CNRH a officiellement été transféré à l'État camerounais en 1978 ; date à laquelle il passera de CNRPH pour Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées. Initialement créé pour les enfants poliomyélitiques, il s'est élargi pour une population plus large. Ce centre s'intéresse à des problématiques en lien avec le handicap physique, le rachitisme, la goutte, le rhumatisme, la lombalgie, les problèmes osseux et musculaires etc.

#### **4.5.3. Les missions du CNRPH**

Le CNRPH a pour mission principale la réhabilitation et la reconversion des personnes handicapées. En outre, il est chargé de :

- La coopération technique avec d'autres centres nationaux ou étrangers de réhabilitation des personnes handicapées, ainsi qu'avec les organisations ou associations à but humanitaire ;
- Participer à toutes les activités ou opération en rapport susceptibles d'assurer le développement de la personne en situation de handicap ;
- Animer de façon permanente des programmes socioculturels, comprenant : le cinéma, les excursions, le théâtre, les concerts, les sports et les jeux. Cet ensemble d'activités est conçu dans le but de faciliter au maximum la socialisation et le développement de la personne porteuse d'un ou plusieurs handicaps ; ce qui lui confère une réinsertion sociale de choix et de qualité ;
- C'est un centre dont le caractère socio-économique et humanitaire ouvre une nouvelle dimension à la lutte contre la pauvreté, interpellant ainsi la bienveillance de certaines âmes de bonnes volontés ;

- Son autonomie financière permet d'étendre son action et de s'ouvrir aux déficients mentaux, auditifs et aux malvoyants.

#### 4.5.4. Type de public accueilli par le CNRPH

Le CNRPH œuvre à l'endroit de personnes handicapés, que le handicap soit acquis ou congénital, ainsi qu'aux familles de ces patients et dans une certaine mesure aux personnes sans handicap, mais souffrant d'une maladie somatique qui peut être invalidante à des degrés diversifiés. Parlant des personnes en situation de handicap, nous pouvons noter :

- a. **Des handicapés physiques et moteurs (*déficiences du système locomoteur*) :** paralysie flasque ou spastique d'un ou de plusieurs membres( monoplégie, quadriplégie, hémiplégie...), absence des membres, malformations congénitales ou acquises des membres, amputation des membres, allongement ou raccourcissement congénitales ou acquis des membres, faiblesse d'un ou de plusieurs membres associée ou non à des mouvements anormaux (tremblement du genre Parkinson, infirmités motrices cérébrales, épilepsie, mouvements stéréotypés).
  - b. **Des handicapés sensoriels** (déficiences des organes de sens) comme :
  - c. **Les troubles de l'audition :** hypoacousie, acouphènes, surdité, malentendants, sourds, bourdonnement d'oreille ;
- **Les troubles visuels :** diplopie, myopie, presbytie, amblyopie, cécité, baisse de l'acuité visuelle, malvoyants ;
  - **Des handicapés mentaux :** souffrant de déficiences intellectuelles (imbécilité, idiotie, débilité légère moyenne ou profonde, trisomie 21 ou mongolisme) et des troubles de comportement de type isolement, isolement actif, ostracisme, hystérique, obsessionnel, traumatique, psychotique, autistique etc.) ;
  - **Les troubles de langage et de la parole :** langage parlé, écrit, mimé, le mutisme, les aphasies, les dysarthries, dysphasie bégaiement.
  - **Des polyhandicapés :** il s'agit des personnes porteuses de plus d'un handicap, comme peut être un handicapé physique ayant une déficience visuelle ;
  - **Des familles des personnes handicapées :** Il a été constaté que le handicap entraîne le plus souvent des incidences malheureuses aussi bien sur la personne handicapée que

sa famille. Ainsi toute la structure familiale éprouve des difficultés d'ordre social, économique, psychologique et même culturel, difficultés liées.

#### **4.5.4.1. Les activités menées au CNRPH**

On relève au CNRPH les activités orientées médico-sociales et religieuses d'appui. Elles sont réservées à toutes les personnes handicapées, leurs familles et les populations environnantes. De ces activités, nous pouvons avoir :

- Les consultations en médecine générale, les activités de la PMI
- Les activités de laboratoire, les activités d'infirmier, la radiologie, la pharmacie,
- L'école spéciale et l'unité d'alphabétisation
- Les hospitalisations en chirurgie,
- L'internat (uniquement réservé aux pensionnaires)
- Le foyer pour les apprenants,
- Les conférences, les séminaires et les réunions

#### **4.5.4.1. Présentation des différents départements du CNRPH**

Le CNRPH comprend 03 départements et une division des affaires financières :

##### **➤ Le département des interventions sociales.**

Il comprend trois services :

- Service de l'éducation spéciale et inclusive ;
- Le service d'admission et d'accompagnement psychosocial des personnes handicapées et leur famille ;
- Service de réhabilitation à base communautaire : consiste à aider les personnes handicapées en tenant compte de leur milieu de vie. Dans le but d'une prise en charge, d'une formation professionnelle, d'une réinsertion sociale à fin d'être autonome dans la vie ainsi que dans la société.

##### **➤ Le département de la prise en charge médico-sanitaire** qui est constitué de quatre services à savoir :

- Le service de chirurgie fonctionnelle polyvalente du handicap et d'anesthésie ;

- Le service de rééducation fonctionnelle polyvalente et appareillage ;
- Le service de médecine générale, de pharmacie et des examens para clinique ;
- La surveillance générale.

➤ **Le département de l'apprentissage, de la formation et la réinsertion socioprofessionnelle** qui comprend pour sa part deux services :

- Le service de l'apprentissage, de la formation et de la reconversion professionnelle ;
- Le service de la réinsertion, de l'insertion et de la posture des anciens pensionnaires.

Nous avons travaillé précisément dans le service de rééducation fonctionnelle polyvalente et appareillage et service d'admission et d'accompagnement psychosocial des personnes handicapées et leur famille.

#### **4.6. Population, Échantillonnage et échantillon.**

L'une des étapes les plus importantes d'une investigation de terrain, est de définir au préalable le champ visé, c'est-à-dire la population que l'on souhaite soumettre à l'étude. Elle représente un ensemble fini ou infini d'éléments définis à l'avance sur lesquels portent l'observation Grawitz (1988). De cette population, devra suivre l'identification d'un échantillon représentant les participants à l'étude.

##### **4.6.1. Population à l'étude**

Nous nous centrons dans cette étude, sur le cas des sujets et familles ayant au moins un membre déficient moteur acquis, bénéficiant ou ayant bénéficié d'une prise en charge au près des services du CNRPH de la ville de Yaoundé. Bien qu'au CNRPH il y'ait une variété de cas ayant un membre déficient moteur acquis, elles ne sauraient toutes prendre part à l'étude, car prendre part implique de répondre à un certain nombre de conditions, ce dont nous prendrons la peine de présenter sous forme de critère de sélection obtenu par échantillonnage.

##### **4.6.2. Technique d'échantillonnage**

Nous avons opté pour notre étude, à un échantillonnage par choix raisonné, car le choix des participants sera apprécié sur la base de notre jugement si oui ou non il regroupe les

caractéristiques définit pour participer à la recherche. De plus c'est une technique favorable à l'étude des phénomènes peu manifestes et que l'on pourrait provoquer ; c'est également : « *une procédure qui peut être utilisée quand le nombre d'unités à sélectionner est si faible que la variabilité avec sélection aléatoire sera excessivement importante, et potentiellement plus dommageable que la distorsion inhérente à la sélection sur jugement* » (Mengue, 2021, p.81).

Aux vues du fait selon lequel notre recherche s'inscrit dans une ligné appréhensive, portant sur le sens que produira chacun des participants par rapport à la situation de leur membre DMA, l'enjeu de notre travail ne vise à être généralisé à d'autres populations appartenant ou non à la même catégorie.

Cet échantillonnage est favorable à notre étude car elle s'appuie sur une approche descriptive et catégorielle de la population à l'étude, notre étude portant sur la catégorie des familles de personnes déficientes motrices acquises, plus susceptible de rendre compte d'une dynamique psychique en lien avec l'investissement du corps familial.

Dans la logique de l'échantillonnage par choix raisonné, ou encore de tri orienté nous avons dû définir les critères d'inclusions et les critères d'exclusions propre à cette étude et aux théorisations empirique antérieurs.

#### **4.6.3. Les participants de l'étude**

Sur six (12) participants qui ont donné leur accord à la participation, ce n'est qu'avec (03) cas que nous avons finalement pu mener notre entretien. Voici donc les critères sur lesquels nous nous sommes appuyés pour sélectionner nos participants.

#### **4.6.4. Critères d'inclusion**

Sont concernées par cette étude :

- Tout sujet victime d'une déficience motrice acquise, sans distinction d'âge, d'obédience religieuse, de groupe ethnique, de profession, de couche sociale, de niveau intellectuel ;
- Tout sujet ayant au moins un membre atteint d'une déficience motrice acquise non associée à une pathologie congénitale ;
- Tout sujet disposé à participer ;

- Tout sujet ayant donné son consentement libre et éclairé ;

#### **4.6.5. Critères d'exclusion**

Ne sont pas concernées par cette étude :

- Tout sujet non victime d'une déficience motrice acquise, sans distinction d'âge, d'obédience religieuse, de groupe ethnique, de profession, de couche sociale, de niveau intellectuel ;
- Tout sujet ayant au moins un membre atteint d'une déficience motrice acquise associée à une pathologie congénitale ;
- Tout sujet non disposé à participer ;
- Tout sujet n'ayant pas donné son consentement libre et éclairé ;

### **4.7. Présentation et justification de la méthode de recherche retenue**

#### **4.7.1. Type de recherche**

Notre étude se focalise sur les modes d'action sociale, l'expérience subjective et les conditions qui influencent l'action et l'expérience, dans le but de mieux comprendre et expliquer ces phénomènes. Pour ce faire, nous avons opté pour une recherche qualitative, qui permet d'explorer le sens profond et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Selon Fernandez et Catteuw (2001 : 35), cette approche se caractérise par « *sa vision compréhensive, une approche ouverte de l'objet, le recours à des méthodes qualitatives pour le recueil et l'analyse des données ainsi que l'élaboration d'un récit ou d'une théorie pour organiser et interpréter les phénomènes* ».

Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte (2000 : 57) soulignent également que dans la recherche qualitative, « *l'accent est placé sur les perceptions et les expériences des personnes ; leurs croyances, leurs émotions et leurs explications des événements sont considérées comme autant de réalités significatives* ». Dans le cadre de notre étude, nous cherchons comprendre comment le corps familial est investi dans un contexte marqué par la réification et la déficience motrice acquise. Autrement dit il s'agit pour nous, d'appréhender la manière dont l'espace du corps familial s'organise économiquement et dynamiquement pour

faire face à la réification et à la survenue d'une réalité comme la déficience motrice acquise. Ainsi, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à notre objet d'étude.

Il convient de noter que la recherche qualitative comprend de nombreuses méthodes, qui travaillent directement sur les objets étudiés (réalités). Parmi ces méthodes qualitatives, nous avons choisi la méthode clinique.

#### **4.7.2. Méthode de recherche : méthode clinique**

La méthode clinique est une approche historique qui vise à recueillir des données sur des événements passés ou actuels en fonction de leur contexte historique. Elle cherche à répondre à la question : pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, en tant que résultat de mon passé ? Selon Yelnik (2005, p.134), l'approche clinique vise à comprendre en profondeur le sens que prennent pour des individus singuliers les situations et les événements. Cette méthode se concentre sur le vécu, les points de vue subjectifs, les ressentis et le rapport à quelque chose.

Les objectifs de la recherche clinique sont d'accroître les connaissances sur un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui. Elle cherche à obtenir beaucoup d'informations sur un individu, contrairement à la recherche expérimentale qui se concentre sur peu d'aspects sur un grand nombre de personnes. La méthode clinique prend en compte l'individu dans sa totalité et sa singularité, ainsi que dans la totalité et la singularité de sa situation. C'est une approche féconde et nécessaire pour la construction d'hypothèses.

Dans notre étude, nous avons choisi la méthode clinique car elle semble la plus appropriée pour l'exploitation de variables nominales (la réification et l'image du corps familial) plutôt que numériques. La psychologie clinique se préoccupe de la signification, de l'implication et de la totalité, et ne souhaite pas dé-subjectiviser la situation. La méthode clinique vise à établir une situation de faible contrainte pour recueillir des informations de manière large et naturelle, en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

Cependant, la méthode clinique présente des limites, notamment en ce qui concerne la quantité et le tri d'informations nécessaires, ainsi que le biais apporté par le tiers qui ne peut être totalement neutre. Pour plus d'efficacité dans notre travail, nous avons choisi la méthode de l'étude de cas, qui se base sur l'étude intensive de cas singuliers pour former un savoir sur

un cas individuel par accumulation de données et de références à des types, comme le souligne Widlöcher (1999, cité par Fernandez & Catteuw, 2001, p.46).

#### **4.7.3. L'étude de cas**

L'étude de cas est une méthode d'analyse qui permet de découper une unité d'analyse dans la réalité tout en prenant en compte son contexte, comme l'a souligné Hamel (1997). Cette méthode consiste à singulariser un cas pour étudier sa problématique de manière approfondie et prolongée, dans le but d'obtenir une étude exhaustive des caractéristiques associées à sa condition et de leurs relations. Elle est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, qu'ils soient individuels, de groupe ou d'une organisation.

L'objectif principal de l'étude de cas est de décrire aussi fidèlement que possible des phénomènes normaux, anormaux, typiques, fréquents ou rares, de faire des hypothèses sur la personnalité du sujet et de chercher à infirmer ces hypothèses. Elle constitue un document synthétisé des données collectées par les entretiens, les observations et les tests. Cette méthode est donc particulièrement adaptée à notre étude sur la réification et le corps familial victime d'une déficience motrice acquise.

Fernandez et Catteuw (2001) affirment que l'étude de cas est une méthode d'analyse cohérente avec le projet de la psychologie clinique, tant dans la pratique que dans la recherche. Pedinielli (1999) ajoute que l'étude de cas peut informer, illustrer et problématiser, c'est-à-dire dégager et étayer des hypothèses en rapport avec une problématique et des référents explicites et implicites, ainsi qu'étayer des résultats ou des conceptions théoriques. Cependant, il est important de noter que cette méthode présente également des limites.

Bien que la méthode de recherche de l'étude de cas présente des faiblesses, il est important d'en être conscient lors de son utilisation. Tout d'abord, elle est coûteuse en temps pour le chercheur et les sujets. Ensuite, la validité externe de ses résultats est problématique car il est difficile pour un autre chercheur de reproduire l'étude de cas. Enfin, elle présente des lacunes importantes en ce qui concerne la généralisation des résultats obtenus.

Cependant, ces limites n'enlèvent rien au potentiel extrêmement riche de l'étude de cas en tant qu'outil pour la recherche clinique. Comme le souligne Jacobi (1995, cité par Yelnik, 2005, p.134), « *Si on admet que le langage et la parole sont les moyens les plus adéquats pour un sujet de représenter son expérience, il est logique que tous ceux qui se préoccupent*

*du fonctionnement psychique, social et collectif des sujets soient avides de leurs discours ».* L'entretien permet d'y accéder.

En somme, bien que l'étude de cas comporte des limites, elle reste une méthode de recherche précieuse pour comprendre les expériences subjectives et les processus complexes en jeu dans les situations cliniques.

#### **4.8. Technique et outil de collecte**

L'entretien clinique est une technique de choix pour accéder à des contenus d'ordre expérientiel (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) scénarisant le caractère singulier et complexe de ce que représente le sujet, le cas. Sa spécificité réside dans la mise en place d'une relation asymétrique Chiland (1989) où un chercheur adresse une demande à un participant, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Cette position dite « *clinique* » est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non-directivité Rogers (1942), la neutralité bienveillante et l'empathie. L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents : *diagnostic, thérapeutique, recherche*. Nous avons opté pour ce niveau de l'entretien clinique de recherche, utilisé en référence à la méthode clinique Blanchet (1991) et en référence au modèle psychanalytique (Cyssau, 1998).

##### **4.8.1. Instruments de mesure**

Pour cette étude, nous avons fait recours au test familial de la maison de rêve et à l'entretien clinique à visée de recherche, et particulièrement l'entretien clinique de recherche semi-structurée pour la collecte des données. Ce type d'entretien est applicable et faisable au moyen d'un guide d'entretien, qui lui sert d'outil de collecte de données. Nous allons donc dans la suite de ce travail, faire une présentation de ces outils.

##### **4.8.1.1. L'entretien semi-directif**

Bourdieu (1993) définit l'entretien comme une forme d'exercice spirituel, visant à obtenir, par l'oubli de soi, une véritable conversion du regard que nous portons sur les autres dans les circonstances ordinaires de la vie.

C'est un procédé d'investigation scientifique qui passe par un processus d'échange verbal et non verbal pour accueillir des informations en rapport avec un but fixé. Il est une suite discursive logique structurée autour d'une liberté d'expression plus ou moins admise suivant un objectif. Il demande un contact direct (visuel/verbal) ainsi qu'une faible directivité de la part du chercheur afin d'encourager l'interviewé à construire sa pensée. Son objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens. Nous comprenons par-là que, la recherche en science humaine et sociales se fonde pour la plupart sur la parole, la gestuelle et leur exploitation. À ce titre, l'entretien de recherche de type semi-directif se présente comme un outil favorisant une interaction entre le chercheur et le participant. Notre choix est motivé par le fait qu'il est en mesure de nous donner accès aux réponses libres et par conséquent, des réponses riches et complexes permettant une meilleure exploration de la dynamique du fonctionnement psychique familiale.

Selon Combessie (2007), le guide d'entretien est un mémento, établi avant l'entretien et comportant la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien. Comme tout mémento, il doit permettre une consultation facile et rapide grâce à son caractère détaillé et précis, ce qui fait la motivation du choix de cet outil pour notre recherche. L'ordre des thèmes de la liste est construit pour préfigurer un possible déroulement de l'entretien. Par contre, la liste n'a pas pour objectif de déterminer ces cheminements, ni la formulation des questions en cours d'entretien (uniquement les mots peuvent être repris), tout en gardant à l'esprit que, l'entretien devra suivre sa dynamique propre.

#### **4.8.1.2. Guide d'entretien**

- **Consigne ;**
- **Présentation ;**
- **Identification de la famille ;**
- **Thème 1 :** Représentations du corps familial ;
- **Thème 2 :** Représentation familiale de l'état amputé du corps et connaissances à propos de la DMA : avant la situation, à l'annonce du diagnostic de la DMA et actuellement ;
- **Thème 3 :** Représentation familiale de l'expérience médicale ;
- **Thème 4 :** Identification au corps familial ;
- **Thème 5 :** Investissement du corps familial ;

#### 4.8.1.3. L'épreuve projective du dessin familial de la maison de rêve

Les techniques projectives sont des approches dynamiques et globales de la personnalité caractérisée par leur côté ambigu depuis la consigne, et par la liberté totale des réponses accordée au sujet. Elles sollicitent donc le mécanisme de projection de la part du sujet soumis au test.

Pour les auteurs comme Anzieu et Chabert (1987) le test projectif est comme un rayon X qui, traversant l'intérieur de la personnalité, fixe l'image du noyau secret de celle-ci sur un révélateur (passation du test) et en permet ensuite une lecture facile par agrandissement ou projection, sur un écran. Ce qui est caché est mis en lumière, le latent devient manifeste ; ce qui est stable et noué se trouve dévoilé. Ce mécanisme de projection permet un renseignement approfondi sur le mode de fonctionnement psychique des sujets dans une perspective dynamique.

À la base, l'image du corps fonctionne comme un pilote qui nous guide dans l'espace environnant ; elle est une représentation, une impression qui implique l'appropriation subjective de ce qui est perçue et du travail de liaison de celle-ci avec les affects et les pensées Eiguer (2010). Afin de montrer le caractère dynamique de l'image du corps, Schilder (1923) souligne que, l'image du corps tend à s'investir sur les réalités du monde extérieur. En effet, en tant que groupe interne et support narcissique, l'image du corps n'est jamais seule, elle implique les liens à l'autre, à l'environnement ; elle prend en considération tout ce qui situé à l'extérieur aurait permis de construire une représentation du groupe interne. En famille cette relation est affectivement plus intense ; c'est pourquoi, chaque membre de la famille projette sur la maison l'image de son corps propre en lui conférant ses qualités de contenance et de solidité, et favorise son aménagement pour la transformer en espace de rêve et de créativité Eiguer (2010). La construction même de la maison, l'aménagement de son espace interne sont déterminés par le vécu corporel. Ainsi, Pour pouvoir s'installer et se représenter son "*être ensemble*", la famille a besoin d'habiter un espace bien délimité comme sa peau groupale. De ce fait, le domicile pour la famille est l'expression concrète de la manière de vivre ses relations conscientes et inconscientes.

Par la distribution des lieux et la façon familiale de les investir, le groupe familial révèle sa structure inconsciente du corps commun familial et les possibilités qu'il laisse à l'individu de se singulariser pour construire son identité. Mais à côté de cette maison réelle, existe une perspective fantasmatique à laquelle il s'attache (Cuynet, 2015). Cet outil original

investigue les dimensions diachroniques et synchronique de la psyché familiale afin de mieux saisir les niveaux de conflictualité qui donne corps à l'image du corps familial.

D'un point de vue topologique, l'individu a un espace et une identité propre, dont une partie est commune au groupe familial, sur lequel il s'étaye pour alimenter son narcissisme et alimenter le narcissisme familial. Son fonctionnement peut donc osciller entre deux pôles : le pôle isomorphique, où les espaces psychiques individuels coïncident totalement avec l'espace du corps familial. Dans ce cas, l'on est dans l'indifférenciation et le pôle homomorphique où on trouve juste une partie de l'espace individuel commune au groupe familial marqué par une relation différenciée ; c'est le pôle du symbolique, des rôles, des places identitaires de chacun dans la famille. Bref, c'est le pôle de différenciation (Cuynet, 2005).

À travers ce test, les éléments de la dynamique psychique en lien avec la théorisation kaërcienne de la groupalité psychique (lien, sujet groupe) se retrouvent dans une interrelation de contenants : espace intime/espace privé, dedans/dehors, contenant/contenu, enveloppe psychique et Moi-peau (Cuynet, 2017). Aussi, ce dessin, permettra d'obtenir les données issues de représentations inconscientes de l'image du corps familial : l'habitat assurant une fonction psychique d'enveloppe contenant à double feuillet, protectrice, réfléchissante de l'idéal familial, de son Soi.

Par ailleurs, à travers l'organisation de l'espace familial, nous pourrions savoir si le corps familial laisse à chacun la possibilité de constituer son propre espace psychique et donc d'avoir sa place en tant que sujet différentiel du groupe et membre du groupe familial. Nous nous appuyerons pour cela sur les indices comme la présence d'espaces intimes propres à chacun, d'espace commun.

#### **4.8.1.4. Description du matériel**

Pour l'utilisation du test familial de la maison de rêve, nous nous sommes servis du matériel suivant :

- Des feuilles blanches de type format A4
- Un crayon ordinaire
- Des chaises et une table à la disposition des familles
- Une caméra vidéo
- Un support cahier et stylo à bille pour noter les observations remarquer durant la construction du dessin ainsi que les réponses aux questions de l'enquête.

#### 4.8.1.5. La passation

##### i. Consigne :

Pour passer le test, nous serons appelés à placer la feuille blanche A4 à la verticale sur le milieu de la table, suivi d'un crayon, pour inciter, de façon neutre, la personne à dessiner. Une fois tout prêt nous donnons la consigne suivante : « *Dessinez ensemble sous forme d'un plan intérieur, une maison idéale, de rêve, conçue par toute la famille* » sans plus intervenir.

##### ii. Questions de l'enquête

Une fois que la famille donnera le signal d'avoir fini sa réalisation, il s'agira pour nous de formuler une suite de questions structurées sur la base des indications du test :

- ***Quel est l'endroit le plus important ?*** : elle permet de savoir les pièces qui comptent plus pour la famille, entre les pièces communes et celles individuelles, et repérer l'endroit le plus investi inconsciemment par la famille.
- ***Que pensez-vous de votre dessin ?*** : pour savoir dans l'après coup, les sentiments des membres de la famille par rapport à ce qu'ils ont construit ensemble.
- ***Dans cette maison, qu'est-ce qui caractérise la famille ?*** : elle interroge surtout l'identité particulière de chaque famille. Il s'agit concrètement de savoir l'endroit, ou l'objet qui symbolise l'originalité de la famille.
- ***Quelles sont les qualités de cette maison ?*** : Cette question complète et apporte des éléments supplémentaires à leurs représentations. Le type de qualité évoqué par la famille révèle sa représentation inconsciente et les investissements du corps.
- ***En quels matériaux serait faite cette maison et pourquoi ?*** : Cette question renseigne sur la représentation de l'enveloppe familiale qui contient et délimite.
- ***Quelles sont les couleurs de cette maison à l'intérieur et à l'extérieur ?*** : Les couleurs ici renvoient à la représentation de l'enveloppe et aux affects. Elles possèdent une symbolique différente (les couleurs renforcées font référence aux affects dépressifs, à la tristesse et à la dépression ; les couleurs vives aux affects positifs, le blanc au vide).

#### 4.8.1.6. Technique de traitement et d'analyse des données formelles

L'analyse formelle consiste à repérer et à quantifier les caractéristiques précises du dessin familial : Nous avons opté pour des grilles de cotations spécifiques afin de quantifier des données précises issues des dessins produit.

**a. Analyse de la distribution des pièces**

Cette analyse se basera sur l'hypothèse selon laquelle, dans un contexte marqué par une réification du corps et à une déficience motrice acquise, le corps familial fait l'objet d'un surinvestissement libidinal ; autrement dit, nous partirons de l'hypothèse que, l'espace du corps familial de personnes DMA projettera un dessin à moindre contenu de représentation de mots et de capacité de scénarisation, avec une insistance sur le recours aux espaces communs contrairement aux espaces différenciés. Dans l'organisation de l'espace de la maison familiale, nous pensons qu'elle dépendra de la nature de l'investissement narcissique du corps familial prédominant.

➤ **Les pièces personnelles (PP)**

Ce sont les pièces destinées à l'activité de la mère, du père ou des enfants. Il s'agit par exemple de l'atelier de couture de maman, un bureau pour papa, une salle de jeux pour les enfants. Ce sont soit des espaces identitaires individuels, soit des lieux fonctionnels mais dont l'utilité est spécifiquement maternelle ou paternelle. Ces espaces personnels témoignent de la possibilité d'avoir son propre espace individuel. Ils témoignent également des rôles spécifiques liés à la différence de sexes et des générations.

➤ **Les pièces communes (PC)**

Ce sont des pièces de fonctionnalité commune, et qui ne sont donc pas spécifiques d'une activité maternelle ou paternelle. Dans le discours, ce qui devra ressortir, c'est le fait que la famille ne précise pas explicitement si elles sont destinées à l'activité de la mère, du père ou des enfants, elles ne sont attribuées à personne. Il peut donc s'agir soit de lieux de rencontre, soit de lieux d'activité de plaisir commun, soit de lieux fonctionnels non sexués, c'est-à-dire dont l'activité spécifiquement maternelle ou paternelle n'est pas spécifiée à l'instar de la cuisine. Elles renvoient au fantasme de corps commun, à la zone indifférenciée des appareils psychiques individuels.

➤ **Les pièces d'intimité corporelle (PIC)**

Ce sont des pièces intimes réservées aux soins du corps et à l'intimité du corps (salle de bain, WC).

➤ **Les pièces intimes (PI)**

Elles renvoient aux chambres individuelles (chambre du couple, chambres des enfants et chambres d'amis)

Les pièces communes et personnelles seront cotées différemment suivant le discours de la famille : par exemple la chambre à lessive ou le bureau peuvent être cotés comme pièces communes lorsque la famille, dans son discours, ne les qualifie pas comme spécifiques à l'activité d'une personne. Une pièce est définie comme telle lorsqu'il existe un trait qui la délimite et qui la différencie des autres, c'est un espace avec un dedans et un dehors. Grâce à cet indicateur, nous pourrions analyser l'investissement pulsionnel de chaque type de pièce dans le groupe et sa structure. D'après notre hypothèse, nous nous attendons à avoir la maison avec soit moins d'espaces individuels et donc plus d'espace commun, soit moins d'espace commun et donc plus d'espace individuel dans ces familles ayant un membre déficient moteur acquis.

**b. Analyse qualitative des pièces intimes (PI)**

Cette analyse est celle de la différenciation des pièces intimes qui marque la différence de sexes et de générations. Par son inscription, elle donne à chacun une identité singulière. Il sera question de savoir ici si les pièces intimes sont aménagées ou nommées de manières singulière pour un membre précis de la famille, l'objectif étant de mettre en évidence la possibilité pour chacun des membres de la famille d'avoir un espace intime. On obtiendra en fonction du modèle relationnel familial deux types de chambres : différenciées et indifférenciées.

**c. Analyse qualitative des pièces communes (PC)**

Nous optons ici pour l'analyse des fréquences des différentes pièces communes présentes dans le dessin des familles. En fonction des familles, leur importance peut varier. Il peut s'agir des lieux de rassemblement, de réception des personnes venant d'ailleurs...

**d. Analyse qualitative des pièces personnelles (PP)**

Ces pièces marquent la différence des sexes, des générations et par ricochet, l'identité singulière de chacun des membres de la famille. Il s'agit concrètement des pièces suivant leur appartenance paternelle, maternelle ou aux enfants.

**e. Analyse de la circulation intérieure**

Nous avons établi la grille de cotation dans le but de ressortir la présence ou non de portes intérieures. Ces dernières permettent l'accès aux différentes pièces de la maison et leurs communications. Elles permettent de faire des liens entre les différents espaces et donc

entre les différentes images du corps qui leur sont associées. Elles traduisent des indicateurs de souplesse interne, de la circulation fantasmatique familiale et de la communication.

#### **f. Analyse de la représentation de l'enveloppe familiale**

En vue d'observer la présence ou non de l'indifférenciation au sein des familles de personnes déficientes motrices acquises, nous nous appuyons sur l'hypothèse de Pasteur (2009) selon laquelle, dans les familles victime d'atteinte somatique grave, comme la DMA, la représentation inconsciente de l'enveloppe de pare-excitation serait surinvestie au détriment de celle de signification, ceci dans le but de maintenir l'indifférenciation dans le groupe familial. Nous prenons appui sur l'idée que la capacité familiale à fournir des éléments signifiants grâce à la fonction alpha, conditionne la capacité d'autonomie psychique des sujets et donc un fonctionnement plutôt de type homomorphique.

Par ailleurs, (Anzieu, 1990, cité par Pasteur, 2009, p.114) apporte que le groupe familial s'étaye sur les Moi-peaux des individus mais aussi sur l'habitat réel pour constituer une peau psychique groupale qui va déterminer « *le corps familial* » puis le sentiment de familiarité, et le protéger des agressions extérieures tout en assurant un rôle de filtre et d'échanges : c'est la fonction de pare-excitation. Cette représentation comprend aussi un deuxième feuillet, l'enveloppe de signification. C'est une enveloppe de sens, servant la *fonction alpha familiale* pour la symbolisation de l'identité familiale et individuelle.

#### **g. Analyse de la représentation de l'enveloppe de pare-excitation**

Dans la structure du dessin de la maison de nos participants, nous nous attendons à trouver la représentation de l'enveloppe de pare-excitation soit moins souple, c'est-à-dire qu'elle soit plus étanche et rigide dans son rôle de protection et d'échange avec l'extérieur. On s'attend alors à un espace familial plus fermé, avec moins d'ouvertures sur l'extérieur. Pour cela nous avons des indicateurs tels :

- Les types de procédés de construction du dessin (centrifuge, centripète et façade) ;
- Les ouvertures sur l'extérieur (portes d'entrée, fenêtres, étrangers) ;
- Les doublures et les épaisseurs du contour (doubles traits, noircissures).

#### **➤ Analyse des procédés de construction du dessin**

Pour chaque dessin, nous allons déterminer à partir de Cuynet (1999) le type de procédé de construction qui définit la dynamique familiale ; celui-ci en distingue trois :

**Maison centripète** : lorsque la famille commence par dessiner l'enceinte de la maison, le plus souvent représenté par un rectangle, un carré, ou même un cercle. Ce procédé indique l'urgence pour le groupe familial de se donner une enveloppe contenant. La famille commence donc par dessiner la limite entre l'intérieur et l'extérieur de leur maison. Cuynet (1999) en thérapie familiale trouve ce procédé dans des familles où les lieux d'échanges avec l'extérieur sont sujets aux craintes. L'idéologie est la solidarité familiale, la crainte de l'autre domine, ce qui veut dire que le pare-excitation est surinvesti pour contenir un Moi groupal.

**Maison centrifuge** : ici, lorsque la famille commence par dessiner un objet ou une pièce à partir duquel sont construites toutes les autres pièces. Parfois, la maison peut croître de manière anarchique pour atteindre une taille plus ou moins importante selon la richesse imaginaire de la famille. Généralement, il n'y a pas d'enceinte et les annexes de la maison se confondent avec l'environnement. Il y a donc peu de limites entre l'intérieur et l'extérieur, l'espace d'intimité est parasité par l'intrusion des étrangers.

**Maison façade** : le procédé de construction ici révèle que, la maison n'a pas d'intériorité, ce qui l'amène à investir sur la décoration. C'est lorsque la famille est incapable d'imaginer une intériorité dans leur maison. L'accent, est mis sur la construction de la façade extérieure. Pour Cuynet (2016), le contenu serait dans le contenant et réciproquement. Cela illustrerait le sentiment d'ennui, de factuel que ressentent ces familles. La maison familiale n'a pas de profondeur, elle reste une couche superficielle ou une enveloppe vide. Ce sont des familles qui sont particulièrement sensibles à leur image et au jugement des autres

#### **h. Analyse des ouvertures de la maison sur l'extérieur**

Cette partie portera respectivement sur : la présence des fenêtres (lorsque toutes les pièces de la maison ont au moins une fenêtre) ; l'absence des fenêtres (lorsqu'aucune pièce n'est munie de fenêtre) ; et leur présence partielle (lorsque certaines pièces seulement ont des fenêtres). De plus, nous coterons aussi la porte d'entrée suivant sa présence ou non.

##### **➤ Double et épaisseur du contour**

Elle fait référence à des doubles traits qui entourent la maison et l'épaisseur particulière du trait qui donne une protection supplémentaire à l'enceinte extérieure de la maison.

#### **i. Analyse de la représentation de l'enveloppe de signification**

C'est l'analyse de l'aménagement de l'espace et de chaque pièce de la maison. Cet aménagement correspond à une enveloppe de sens qui résulte de la transformation active des

éléments représentables. Elle donne des éléments symboliques de l'identité familiale et individuelle et permet le sentiment d'être chez soi, dans ses meubles. Pour y parvenir, nous avons défini les types de maison suivants :

- Maison aménagée : lorsqu'elle comporte au moins la moitié des pièces aménagées intérieurement ;
- Maison partiellement aménagée : lorsqu'il y a moins de la moitié des pièces aménagées ;
- Maison vide : lorsqu'aucune pièce de la maison n'est aménagée.

#### **j. Analyse clinique des questions de l'enquête**

Il sera question à ce niveau de porter une analyse sur les protocoles aux questions qui accompagnent le dessin. Ces questions permettent une meilleure compréhension sur les éléments constitutifs du graphique produit par le groupe familial.

#### **❖ Technique d'analyse des données**

Notre étude, est une étude qualitative qui vise la recherche du sens donné par les cas de familles ayant un membre en situation de déficience motrice acquise et soumise au sentiment de réification. En visant une compréhension fondée sur une analyse descriptive inférentielle, cette analyse, permet par son caractère inductif, de faire naître des régularités et de découvrir des liens entre les faits accumulés. C'est grâce à elle que nous parviendrons à justifier l'atteinte de nos objectifs. Dès lors selon le type de données à collecter nous avons choisi d'utiliser dans cette étude, l'analyse de contenu, notamment celle appliquée à la recherche qualitative et l'analyse thématique.

#### **4.8.2. L'analyse qualitative de contenu**

Par analyse de contenu, nous tenterons une identification d'unités de signification, de développer le contenu de ces unités de significations et de ressortir une synthèse renseignant sur la dynamique psychique et l'organisation pulsionnelle qui est en jeu dans le champ de l'espace du corps familial du déficient moteur acquis.

Par cette technique d'analyse, nous nous attacherons à examiner les aspects formels en tant qu'ils sont des indicateurs des investissements familiaux en lien réalité de la déficience motrice acquise d'un des membres de la famille, ainsi que l'organisation familiale mis en place

depuis la parution de la situation déchirante pour la famille, ceci à partir des thématiques que nous avons pu formuler sur la base des théorisations de Kaës (1976-2013) et Cuynet (2005).

En se référant à Miles et Huberman (2003), on retient que l'analyse des données qualitatives se compose de trois principaux flux concourants d'activités que nous nous devons de suivre : la condensation ou réduction des données, la présentation des données, la généralisation ou la vérification des conclusions.

#### 4.8.3. Analyse thématique

À fin de mener à bien cette analyse, nous avons procédé par la construction d'une grille d'analyse permettant de mieux saisir les variables impliquées dans la recherche. Si l'on en croit Pedinielli (1994), l'analyse thématique consiste principalement à complexifier la question simple qui se ramène à : de quoi parle le sujet ? Elle implique de découper le discours en segments et d'identifier les thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes en fonction des questions et des objectifs de recherche. Cela nous permet de vérifier et de dégager le sens des associations des mots. Pour le cas de notre sujet de recherche nous avons procédé à une modélisation des variables qui permettront de comprendre la participation du lien à l'autre au corps familial, au travail de surinvestissement de celui-ci.

Concept	Indicateur	Indice
Vécu de la DMA	Vécu du corps à l'annonce de la DMA	Déni, hallucination, détresse, résiliation,
	Éprouvés du corps pendant la prise en charge	Gêne du corps étranger, honte, douleur, hallucination, sentiment de réification, frustration, résiliation...
Sentiment de réification	Rationalisation, chosification, objectivation, déshumanisation, quantification	Rationalisation, chosification, objectivation, déshumanisation, quantification ;
Corps familial	Isomorphique	Fantasme de reproduction de l'identique et fractal, correspondance imaginaire globale entre l'espace du corps familial et l'intrapsychique,

		identification projective,
	Homomorphique	Différence entre les espaces,
Lien à l'autre de la relation au corps familial	Commun	Un trait, un espace, un désir, un fantasme, et aussi des identifications, des espaces oniriques, des idéaux, des signifiants communs
	Partagé	Part ou à la place complémentaire de chaque sujet dans un fantasme, une alliance, un contrat, un système défensif qui désormais les lie entre eux dans un espace, une formation, un processus psychique partagé
	Différent	L'écart dans le lien entre les sujets au point où leur différence révèle ce qui ne peut être entre eux commun ou partagé.

#### 4.8.4. Considérations éthiques

Dans sa partie 01 portant sur le respect des droits fondamentaux de la personne, le code de déontologie des psychologues nous appelle à reconnaître le droit de participer ou non à notre étude de la part des populations désirées. En effet, à travers ce code de déontologie, chaque psychologue est appelé à jouer d'une certaine responsabilité dès lors qu'il entre en contact avec la personne biopsychosociale, c'est-à-dire son patient, son participant, le grand public et les autres acteurs professionnels. Dans cet ordre d'idées, le chercheur en psychologie est contraint d'adopter certaines attitudes vis-à-vis des personnes qui se prêtent à son étude, notamment :

Le respect et à la protection des personnes ayant pris part à sa recherche, et au-delà du respect de l'espèce humaine et de la vie en général. Pour ce faire, le code de (Nuremberg, 1947, cité par Goula, 2019, p.99) prévoyait qu'aucune recherche ne pouvait être poursuivie sans un accord conscient de participation de ces personnes. C'est la raison pour laquelle chaque participant après avoir présenté les objectifs de notre étude, manifestait librement son

consentement par la signature du formulaire de consentement que nous avons présenté aux annexes.

Par ailleurs, le code de déontologie des psychologues de (2021, p.4) prévoit que : « *La-le psychologue est soumis/e à une obligation de discrétion. Elle/il s'astreint au secret professionnel et à la confidentialité qui doivent être garantis dans ses conditions d'exercice. En toutes circonstances, elle/il en informe les personnes concernées et recherche leur consentement éclairé. Elle/il respecte le principe fondamental que nul ne peut être contraint de révéler quoi que ce soit sur lui-même.* » En d'autres termes, préalablement à toute participation à une recherche, les personnes sollicitées doivent exprimer leur consentement éclairé et libre ; ceci, passe par la nécessité d'information suffisamment clarifiée. Dans le but de reconnaître la valeur de ce principe nous avons opté pour l'anonymat des participants en choisissant le pseudonyme pour désigner chacun.

Dans la mesure d'une incapacité juridique ou mentale, le consentement éclairé ne prend effet que par l'acte de la reconnaissance obtenu du tuteur légal conformément à la législation nationale. À cet effet, tous les participants à cette étude jouissaient de leurs facultés mentales et les mineurs y ont participé avec l'accord de leurs parents.

En fin, les sujets ayant pris part à cette étude ont été informés des avantages et des risques liés à leur participation. Pour ce qui est des avantages de cette recherche, elles permettaient aux familles d'approfondir leurs connaissances sur les répercussions psychologiques familiales de la situation de déficience motrice acquise. Pour ce qui est des risques, ils étaient possibles que les thèmes abordés au cours de l'entretien fassent ressortir des émotions négatives comme la tristesse, de la culpabilité.

**CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET  
ANALYSE DES DONNÉES**

Ce chapitre portera essentiellement sur la présentation et l'analyse des données de l'entretien. Ainsi, après la présentation des données, on analysera par la suite, ce qui du discours et des productions des participants font le lien avec notre problème de recherche, notamment : la participation de l'autre de la relation au corps familial, au processus de surinvestissement du corps familial. En d'autres termes, la tâche qui nous incombe ici, est celle d'ordonner, classer ou regrouper pour pouvoir faire une analyse à proprement parler.

De la nature des données de notre travail, (Nd'a, 2015) souligne que les informations qualitatives sont recueillies et traitées par l'analyse documentaire ou par l'analyse de contenu. En effet rappelons que, notre recherche s'inscrit dans une rangé idiomatique, fondée particulièrement sur l'étude de cas, ce qui implique de nous une analyse des données collectés avec description détaillées de celles-ci. Nous visons donc mettre en évidence le sens global des données, d'identifier des unités de significations, de développer le contenu des unités de significations et de synthétiser l'ensemble des unités de significations.

### **5.1. Présentation des participants**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, 03 familles ayant au moins un membre victime d'une amputation motrice acquise à volontairement pris part à cette étude. Dans le respect du code de déontologie de la recherche scientifique, nous nous sommes arrangés à reconnaître l'anonymat de nos participant, ceci par la modification des noms qui leurs sont propres : famille Aphda, famille Fobo et famille Rom.

### **5.2. Cas de la famille Aphda**

La famille Aphda est une famille biparentale de régime monogamique, dont les origines sont celles de la région du Centre. Le père est un fonctionnaire âgé de 47 ans et la mère âgée de 38 ans est femme au foyer. D'orientation religieuse catholique cette famille se constitue de 03 enfants, dont deux (02) garçons et une (01) fille tous scolarisés. Pour le premier des garçons, celui-ci est âgé de 16 ans, son petit frère de 8 ans et pour l'unique fille qui ici est l'aînée, elle est âgée de 19 ans. Entre les membres de cette famille, la personne qui répond à la réalité d'amputée, est la mère de la maison, amputé depuis plus de cinq (05) mois déjà, notamment de ses deux jambes suite à un grave accident de voiture depuis le Moi Mars 2022. Elles résident dans les locaux de Mimboman terminus, et ce fait suivre pour cette situation de déficience motrice acquise au CNRPH pour des raisons de rééducation et prothèse. La situation de déficience, est survenue suite à un accident de voiture qui a laissé

celle-ci sans ses deux jambes. Elle en perdra connaissance et vivra la situation avec beaucoup de douleurs dit-elle.

### **5.3. Cas de la famille Fobo**

FoBo est un jeune homme de 23 ans. Il est né à Bafoussam, une ville située dans la région du grand Ouest Cameroun. En tant que deuxième d'une fratrie de quatre enfants, il n'a pas grandi aux côtés de ses sœurs et de son frère, tous deux également originaires de Bafoussam. Il grandi, précisément auprès de sa grand-mère jusqu'à l'âge de 5ans, âge auquel elle décède. En ce qui concerne sa vie personnelle, FoBo est célibataire et se décrit comme un traditionaliste pratiquant et initié. Bien qu'il ait été élevé dans la foi chrétienne catholique, il ne pratique pas activement cette religion. Actuellement, FoBo est étudiant mais ne peut pas poursuivre ses études pour atteindre ses objectifs professionnels à cause de son handicap. Il a été référé sur la ville de Yaoundé pour la rééducation après son hospitalisation à l'hôpital de Bafoussam. Les parents de FoBo sont tous les deux originaires de Bafoussam. il se décrit comme un traditionaliste pratiquant et initié.

### **5.4. Cas de la famille Rom**

Rom est un homme de 31 ans, originaire de Bafoussam, dans la région de l'Ouest du Cameroun. Il est Bamiléké, un groupe ethnique présent dans cette région. Rom est marié et a deux enfants. Il travaille à son propre compte en tant qu'électricien et plombier. Il est catholique pratiquant. En février dernier, Rom a eu un accident de travail qui a nécessité une hospitalisation de trois mois à l'hôpital général, ceci après avoir été référé depuis les centres de santé de Foumban. Il est actuellement en rééducation au CNRPH pour retrouver ses capacités physiques. Il est né dans une famille monogamique. Il a perdu son père en 2017.

## **5.5. Analyse thématique des données de l'entretien**

### **5.5.1. Vécu du corps à l'annonce de la DMA et éprouvé du corps**

Cet axe a été exploré sur la base des éprouvés du corps à l'annonce du diagnostic et pendant la prise en charge.

#### **5.5.1.1. Vécu du corps à l'annonce de la DMA**

La souffrance est un état émotionnel douloureux et désagréable qui peut être causée par une variété de facteurs, tels que la douleur physique, la perte, le stress, l'anxiété, la dépression et autres. C'est, l'expression d'un ensemble de ressenti dû à l'atteinte du corps. La souffrance peut être aiguë ou chronique et peut affecter la qualité de vie d'une personne, ses

relations et sa capacité à fonctionner au quotidien. En effet, les personnes victimes de DMA, témoignent en générale d'une souffrance en lien à l'effraction, à la blessure subite qui apparaît et modifie brusquement le rythme de vie en y inscrivant le manque, la perte etc. c'est ce que nous avons noté durant les entretiens avec nos participants. Pour Fobo nous avons noté un déni, un choc :

*Si je suis tombé ou pas... donc je me rappelle seulement la partie où je me suis réveillé à l'hôpital on me dit que je suis tombé, et là moi je ne croyais pas. Mins après je vois un peu j'essaie de me lever je ne parviens pas, je ne parviens même pas à bouger le bas du corps... les membres inférieurs... c'est là que ça a commencé.*

Chez Rom, on notera des paramètres presque similaires notamment quand il dit :

*Suis monté là j'ai connecté et l'eau à commencer à couler ; c'est moi qui a proposé que les panneaux étaient sales, qu'il fallait nettoyer, j'ai commencé à nettoyer et c'est la fin je me suis retrouvé peut-être deux semaines après à l'hôpital général. C'est là où dès que je me suis levé là on m'a dit que j'ai fait un accident, que je suis tombé, que je suis tombé d'où je travaillais, et les gens là aussi dramatisait la situation parce qu'ils ont inventé que je travaillais sur une maison en étage, j'étais au troisième niveau je travaillais sur le cubitenair, au troisième niveau d'une dalle nooh ! oui, oui je suis tombé à près de 10 m. oui c'est ce qu'ils ont raconté à la famille. Ainsi que : On m'a dit que j'ai perdu connaissance, je suis entré dans un coma et j'ai fait presque deux semaines jusqu'à ce qu'on m'opère*

Par la suite, Fobo soulève un point sur les douleurs qu'il éprouvait, ainsi que sur la confusion et la perte de son identité pendant les débuts de sa souffrance, tout en insistant sur l'état de choc qu'il a ressenti, avec un rire démotivé :

*oui, je me vois avec les appareils sur moi, des trucs, on me, dès que, j'avais d'abord trop mal on m'a injecté des antidouleurs, dès que ça s'est un peu calmé là on n'a commencé... bon quand on m'a opéré là, ça faisait toujours mal, s'était toujours presque les mêmes sensations que je sentais quand je suis tombé, puisque je n'ai même pas vécu l'opération là ! je me suis seulement réveillé encore seulement, on m'avait déjà opéré ; je vivais encore une autre douleur... merde ! la douleur et, la douleur faisait très mal...*

*Non ! on ne m'avait pas expliqué, je demande on me dit que je suis en réanimation, là j'avais même oublié mon non. Peut-être on m'appelait là je pensais que c'était quelqu'un d'autre qu'on appelle, que c'est la personne derrière moi qu'on appelle. A ce moment-là*

*j'avais très mal et on m'injectait des antidouleurs... en tout cas à ce moment-là aussi je ne connaissais pas que c'était grave comme ça... oui ! c'est quelque chose de nouveau, au fait parce que je n'en revenais pas... comment tu peux être lucide aujourd'hui là, tu te portes bien après tu commences à entrer dans un autre monde ? ça c'est un autre monde hein ! une autre version de la vie ! rire...*

On notera également l'expérience d'une hallucination, d'une difficulté à intégrer la situation du corps actuelle, une rupture entre l'image du corps et le schéma corporel : *« oui une expérience traumatisante c'est... regarder ces pieds là et ne pas connaître que tu as les pieds... mins si je n'ouvrais pas mes yeux c'est que je n'allais pas connaître que j'ai les pieds »*. Chez Rom on retrouve *je me suis réveillé la première des choses j'ai cru que j'étais dans un rêve, je t'assure je ne croyais pas, j'étais perdu, j'étais perdu, j'étais totalement perdu, je ne comprenais même pas, déjà je ne comprenais même pas ce qui c'était passé pour que je sois dans cette situation-là, oui ! je ne comprenais, j'étais perdu.*

Puis, on notera un sentiment d'impuissance consubstantiel au fait de n'avoir rien vu venir et rien pu faire avec une scénarisation dans laquelle Fobo se donne les moyens, il visualise avec regret ce qu'il aurait pu faire pour se sortir du moment de la chute : *« ce qui m'a dérangé dans tout ça c'est que je n'ai pas vécu, je n'ai pas vu comment je tombais, je ne me suis pas vu en train de tomber »* et *« j'aurais peut-être atterri sur mes pieds ! je pouvais au moins éviter parce que ce n'était pas quand même trop hot ! c'était même la hauteur du plafond ci pour le sol, je pouvais peut-être essayer d'éviter... mais rien, je n'ai pas... et aucune branche, je ne sais même pas si j'ai glissé, donc je ne sais en fait rien, rien, comme-ci, seulement que j'ai subi seulement quelque chose sans pouvoir éviter, rien... »*.

Dans cette expérience Fobo souligne le fait de s'être senti comme un objet, une chose qui subit sans moyen de riposte ce qui lui est arrivé : *j'ai seulement subi comme si j'étais un objet sur qui le sort tombe sans rien faire. Hmmm la mal chance c'est quelque chose... »* ; *« c'est pourquoi je dis que c'est comme un sort, comme une malchance que je subis seulement comme si je n'étais personne, comme si je n'étais rien massa.*

Chez Aphda, la situation est marquée par un choc, de la tristesse, de l'inhibition, de la peur, de la répression et de l'évitement par rapport à ce qui s'est passé. La première fille dira à propos que : *« j'ai trouvé papa il était avec notre oncle. Il m'a dit ! ça a été... euh... au départ je me suis dit... tsuipss bref mon cerveau amis du temps pour assumer la nouvelle »* ; ainsi que : *« je ne voulais même pas ! c'est je ne savais pas si je devais réussir à ne pas*

*pleurer devant elle, par ce que le but c'était de ne pas pleurer devant elle » de manière commune, c'est le sentiment dominant retrouvé dans la famille aphda, couplé à la détresse, la douleur somatique, un déni de la réalité, : « cela a été sérieusement pénible pour moi, je me suis réveillée juste après mon coma, pour constater grâce aux autres que quelque chose n'allait pas. Ce qui a été fait avec beaucoup de mal, par ce que je ne comprenais pas grand-chose au début et j'avais très mal ! » elle rajoutera l'espoir de revoir ses jambes malgré la réalité amputées de celle-ci : « chaque jour qui passait j'étais toujours dans l'espoir de voir mes jambes, j'avais mal au début hmmm ».*

Chez l'aînée de la fratrie, on note une nécessité constante de réprimer ses ressentis et de tenter de projeter cette répression chez les autres membres de la famille, tout en promulguant une vision positive par rapport à ce que vit la famille à ce moment :

*Ne pleure pas laisse... maman est vivante au moins... (elle se rapproche de lui)*

*Ce n'est pas vraiment la peine parce que maintenant ce qu'on veut c'est être comme avant... maintenant on essaie d'aider maman beaucoup même*

*La vie n'a pas changé hein... c'est toujours comme c'était avant, c'est juste qu'il y'a moins de sorties... mais sinon au début ça m'a beaucoup affecté par ce que j'étais consciente de la chose et j'étais sensée un peu... ne pas montrer ma faiblesse par rapport à mes petits frères. Mais avec le soutien... vraiment aussi notre père nous a beaucoup remonté le moral. Parce que le premier jour moi j'ai, j'avais trop pleuré je me cachais souvent pour pleurer. Chaque jour je pleurais. Et... avec le temps j'ai compris que c'est mieux parce qu'elle est toujours en vie elle est avec nous. Et après c'est passé ! bon je peux dire ça comme ça... et mes amis, mes amis aussi, elle particulièrement elle m'a beaucoup soutenu hein...*

Ainsi qu'une rationalisation et un déni comme nous le disions déjà :

*euh...et personnellement, euh personnellement je ne pense pas grand-chose. Bref Moi je vois que... je vois ça comme si... ce n'est rien, ce n'est rien dans la vie, autant mieux vivre noooh, avoir le souffle de vie, parce que les, j'ai entendu il y'a les prothèses, il y'a les prothèses corticales normalement, à défaut de... que de mourir en tout cas autant mieux avoir les jambes amputées.*

Dans la même famille, notons que le deuxième de la fratrie est celui qui avait le plus de mal à aborder la question, avec des hésitations, du mal à se faire entendre ; il prendra donc sur le discours de sa sœur les éléments d'appui et restera dans une vision

positive de la situation en abordant la question avec de nervosité, les larmes presque au bord des yeux mais pour paradoxalement dire que cela n'est pas un problème :

*eah 'sa sœur lui reprend la question tout doucement quelqu'un qui a été amputé (il demande de reformuler la question 'sa sœur nous propose un rire tout bas') la question c'était quoi ? l'idée comment ? comment nous devons vivre avec elle ? sa sœur lui reprend (non !) comment tu vois la personne et je reprends la question... quand il répond je vais d'abord me po tuijss je ne sais vraiment pas hein... mais c'est mieux que la mort quand même. Et... je... et... s'il y'avait une autre solution à part amputer je devais préférer qu'on, qu'on, qu'on prend cette ... s'il y'avait une autre possibilité de sauver la personne de l'amputation j'aurais préféré que cette possibilité, qu'on, qu'on, qu'on développe cette possibilité.*

Cette tendance sera maintenue jusqu'au dernier de la fratrie :

*'il demande si on peut reposer la question'' Je vois que la personne peut avoir vraiment mal, mais... c'est mieux que la mort. Moi : et comment fais-tu pour percevoir que la personne peut avoir mal ? Il répond la personne n'est plus gaie, n'a plus de gaieté, n'est plus gaie...*

L'évitement est un des mécanismes que nous avons relevé dans les entretiens avec les sujets DMA, pour le cas de la famille Aphda elle s'est exprimée de la manière suivante : « *en fait...(silence) c'est quelque chose de déjà passé... (le premier de la fratrie ayant la tête pointant vers le sol, la fille aînée et le dernier de la fratrie regarde leur mère) je pense que... que c'est passé en tout cas en parler encore...c'est pas vraiment la peine* »

Nous retenons donc de l'analyse de ces témoignages que le vécu de la déficience motrice acquise chez nos participants est marqué par un choc au début, une cassure ; une désorientation, une hallucination, un sentiment d'impuissance, des douleurs intenses. Cela les plonge alors dans une souffrance psychique certaine. Cette souffrance est également liée à la difficulté à vivre la situation, à la difficulté de reconnaissance et d'acceptation de la situation, qui engendre des remaniements identitaires nécessaires pour composer avec la maladie. Ce qui fait du sujet un objet de la situation qu'il traverse.

### 5.5.1.2. Éprouvés du corps pendant la prise en charge

La prise en charge en cas de corps victime d'une atteinte comme c'est le cas avec la DMA, est une étape marquée au préalable par la confirmation du diagnostic de DMA, qui témoigne au patient le caractère réel de sa situation. On le comprend quand on écoute Fobo lorsqu'il se rend compte des invalidités liées à sa situation, ainsi que le ressenti gênant et intrusif d'un corps étranger : *« on me mets les sondes urinaires, on me met les trucs ; je ne sentais même pas même quand les selles sortaient là ! (Gêne, agitation du corps et détour du regard), je portais la couche tout ça ! hmmm ça me dépassait seulement... »*

On notera par la suite l'expression du caractère pénible de la situation, un désespoir, une attitude passive : *« C'est pénible, c'est un genre... Je me sens complètement perdu et dépassé depuis que je suis dans cet état. J'étais une personne active et indépendante, et maintenant regarde-moi (rire) je me retrouve à dépendre des autres pour les tâches les plus simples de la vie (rire, caaac). Tu veux même te plaindre tu vas te plaindre chez qui ? le genre si tu regardes seulement »*. Nous avons des inquiétudes liées à sa sexualité et le ressenti intrusif des produits médicaux :

*Oui ! à moi ce n'était pas normal en fait de se retrouver dans ce genre de situation... même la sonde urinaire m'a donnée les infections urinaires encore... (silence) or ça m'a... et à cause des infections urinaires on m'a encore fait la radio. Je regardais seulement »* et *« Oui ! à moi ce n'était pas normal en fait de se retrouver dans ce genre de situation... C'était traumatisant, et l'infection me faisait penser, du genre j'imaginai si jamais ça crée quelque chose de bizarre là-bas, peut-être une blessure ou....*

*Haaac pour moi honnêtement ce n'était pas normal, c'était un genre, comment je peux porter la couche ? c'est pas normal ! c'est pas normal qu'un jeune comme moi porte quand même la couche... moi j'étais dépassé, non je ne sais même pas ce qui se passe... que je fais un truc je ne sens pas, je fais les selles sur moi je ne sens pas, je ne sais même pas si ça veut sortir, je sais rien, je constate même seulement avec les odeurs, hmmm !*

*Oui puisqu'avant je contrôlais tout ça, mais la maladie ci, le handicap ci m'a vraiment affecté cette fonctionnalité-là... En plus moi je vois que les gens qui portent la couche généralement les pédés. Oui c'est généralement les pédés. Rien qu'à penser ça je ne supportais pas. Ces gens-là massa yeuh... je ne pouvais même pas et j'ajoute même que le pu sortait déjà sur la partie où on avait mis la sonde... hmmm caaaa !*

Pour le cas de Rom, on notera un état d'absence pendant son opération, et un état de choc lié à la perte de la motricité et aux représentations du discours tenu par ses collègues de travail : *non ! on m'a opéré je n'étais pas conscient, je t'assure ! je n'étais pas conscient, c'est lorsqu'on m'opère et puis euh l'anesthésie finie même, quand je me réveille c'est comme-ci j'étais dans un rêve. Je bouge le pied rien, c'est où on me dit que j'ai fait l'accident, je suis tombé là où je travaillais.*

*non ! moi j'étais scandalisé ! et puis j'ai même manqué de courage de les appeler, de les contacter encore, parce que là c'était terrible, tels que, qu'on m'a dit qu'ils se sont comportés c'était qu'ils avaient peut-être, je ne sais pas comment dire ça, comme-ci ils avaient une certitude que je devais mourir.*

Par ailleurs, Rom fait comprendre les répercussions de sa situation sur sa vie professionnelle, précisément avec la perte des contrats de travail :

*Déjà que même mes contacts, tu sais que quand tu es dans ce genre de situation, c'est compliqué et de toutes les façons tu vas perdre certains contacts. Et notre travail c'est les contacts, je travaille à mon propre compte, ce n'est pas comme-ci je travaille pour une entreprise où je vais rentrer et aller directement m'asseoir. Et plus la maladie dure, plus tu perdras des contacts.*

Le malaise lié au fait que Fobo assimile porter des couches à une appartenance sexuelle de type homosexuel, ainsi que la présence d'un corps vécu comme étranger vont être un point d'appui pour lui pour retrouver ses moyens de contrôle sphinctérien, et de regain d'autonomie :

*J'ai c'est moi qui ai provoqué ! j'ai même demandé qu'on me retire la sonde urinaire là par ce que je ne supportais plus ça et je voulais faire les choses par moi-même ! et quelque mois après j'ai commencé à contrôler, après deux mois comme ça ; et c'est pareil pour les selles. Même le pu là, quand je pensais à ça tout ce que je voulais c'est de retrouver le contrôle. Et pour reprendre le contrôle je ne dormais même pas la nuit, sinon j'allais trop uriner, ça fait que quand je voulais uriner je prenais la bouteille je le faisais. Et quand je ressentais que je veux uriner, mon pied bougeait aussi et ça me signalait que je veux uriner, même maintenant ça signale toujours mais un peu avec une petite douleur du coup dès que je ressens un peu je cherche à uriner. Et avec le temps j'ai commencé à m'habituer.*

Pendant le suivi, il arrive que le sujet se sente seule dans son épreuve de la souffrance, au point de s'en remettre à lui-même. Ce sentiment de solitude prend son origine dans la relation à un cadre institutionnel vécu comme insécurisant, un cadre familial expérience vécue par Fobo :

*Hmmm à part la douleur là, parce que même quand on m'a donné les antidouleurs pour eux c'était fini nooh, or pour moi ça faisait toujours mal. Il fallait encore supporter, on ne me donnait même plus les antidouleurs, il fallait que je supporte.*

*Oui très difficile, la douleur était terrible et le pire c'est que j'étais seule dans mon épreuve, ça faisait mal massa ! c'était ma douleur je vivais ça seul ! quand j'expliquais à mon entourage on ne me prenait pas au sérieux, on me donnait les antidouleurs, les paracétamols. Gars la douleur-là était traumatisante ça me faisait comme ci... sur une échelle de 0 à 10 je peux même noter 10/10 une fois. Trop forte même j'ai jamais ressenti une douleur comme ça*

*Oui parce que pour moi ce qu'il racontait là c'était pour eux, ils ne comprenaient rien de ce que je ressentais. Non, non ils ne me comprenaient pas !*

Rom quant à lui évoque lui aussi des contraintes liées à sa situation. Le fait pour lui d'être obligée de passer par ses proches pour obtenir du soutien, ce qui est difficile à surmonter pour lui ; il se considère comme un poids pour les autres et partage la souffrance des autres de la famille :

*Je n'ai plus la possibilité de travailler, par ce que je suis ici, et en tant qu'aîné de la famille je suis devenu un poids pour les autres. Il y'a aussi ma famille qui souffre, elle souffre et comme je disais, je suis l'aîné, et beaucoup même que ce soit même mon petit frère lui il a appris le travail derrière moi, c'est derrière moi qu'il a appris le travail, et ma mère aussi souffre parce que je l'aidais tellement, que ce soit l'aspect financier, le réconfort et autre, elle-même elle est ici à mon chevet, je l'aidais, je l'aidais beaucoup... Même ma femme ! elle ne parvenait pas à en revenir. Déjà qu'on a un bébé de peut-être 4 mois, et il a eu ses 4 moi qu'à l'hôpital, et c'était à mon chevet, parce que l'enfant, je peux dire que c'est sur la route de l'hôpital chaque fois, oui*

Il arrive que le sujet face aux ressentis intenses lié à leur situation, procède par évitement des représentations liés à leur situation, par répression des sensations fortes qui tentent de s'exprimer ; ce que Rom exprime quand il dit : « *c'est compliqué... (silence), c'est*

*compliqué... (rire), non, non je préfère ne pas en parler, je préfère rester sur le point où je te dis c'est compliqué. »*

Aphda et ses enfants quant à eux évoquent eux aussi une contrainte liée à la flexibilité dans les déplacements. Le fait pour eux d'être obligée de s'abstenir de certaines sorties qui autre fois étaient possible on notera :

*La vie n'a pas changé hein... c'est toujours comme c'était avant, c'est juste qu'il y'a moins de sorties... mais sinon au début sa m'a beaucoup affecté par ce que j'étais consciente de la chose et j'étais sensé un peu...*

On retient d'une certaine façon pour la plupart le choix d'un regard positif et le refus de faire face aux émotions, aux représentations et charges affectives liées à la déchirure du corps, à la perte de la mobilité inférieure. Au départ ce qui définit l'état du patient, de la famille par rapport au corps réduit, atteint c'est un état de choc associé à de la détresse, de l'impuissance, de la douleurs, tristesse qui ensemble structure une souffrance psychique et des douleurs biologiques consécutive.

### **5.5.2. Sentiment de réification et le corps réifié**

La réification est un processus mental et social par lequel une personne, un groupe de personnes, ou un concept abstrait est traité comme s'il s'agissait d'un objet ou d'une chose concrète. La réification peut impliquer de considérer les gens comme des moyens plutôt que comme des fins en soi, de réduire les personnes à des stéréotypes ou des catégories, ou de traiter les idées et les valeurs comme des choses qui peuvent être possédées ou échangées. Pour le cas de nos participants la réification s'est exprimée par l'absence d'information sur les raisons liées à la démarche de prise en charge : « *non ! on ne m'avait pas expliqué, je demande on me dit que je suis en réanimation, là j'avais même oublié mon non* ». Fobo soulignera la présence d'un cadre présent que pour appliquer des soins sur le corps machinalement sans donner place aux ressentis du patient, activant chez lui une position passive face aux soins : « *Tu veux même te plaindre tu vas te plaindre chez qui ? le genre si tu regardes seulement* ». Il confirme cette position passive aux soins en soulignant que : « *on m'envoyait les tuyaux dans l'urètre, on m'a prescrit les médicaments, on m'a fait la radio, on manipulait mon corps dans tous sens...* »

*Oui ! dans leurs réactions quand je les voyais c'est comme-ci c'était un petit truc, qui allait facilement aller, je prenais des injections qui ne calmaient rien... alors qu'il y'avait un antidouleur-là qui calmait ça bien mais on ne me donnait pas.*

*Haaa oui ! c'est ça c'est ça ! il fallait écouter les infirmières me dire que je dois supporter (rire) si la douleur là pouvait seulement me tuer c'est que ça m'a tué !*

*(Rire) pour moi c'est comme-ci elles me négligeaient et c'est après avoir vu comment je pleurais trop qu'ils ont injecté ce qui calmait un peu qui est en liquide là. J'insistais à chaque ronde que les infirmières et les médecins passaient. Parce que chaque matin on faisait la ronde et dans la ronde on disait que tu dois tout dire tes problèmes (rire) hein et quand j'explique ils écrivent sur le papier ils écrivent sur le papier après ils partent mais ça ne change pas ! jusqu'à ce que j'aie supporté ma douleur tranquille. Je me sentais négligé entre leurs mains et ça ne valait pas la peine avec eux. Je prends mon calme j'explique c'est là que tu écoutes le médecin dire maintenant tu expliques pourquoi d'abord tu n'expliquais pas comme ça ? alors que je leurs expliquait la même chose depuis. Et c'est comme ça que je me sentais négligé, comme si c'était la blague et pourtant c'est ma vie comme ça qu'on est en train de jouer avec. Comme s'ils ne me prenaient pas au sérieux. Et pire encore j'avais attrapé la toux la période-là et tousser un peu seulement c'était comme la fin du monde.*

Nos participants ont également exprimé le fait selon lequel les relations avec le cadre institutionnel dans lequel il était participant à laisser chez l'impression d'être chosifié, d'être réduit à tout sauf leur humanité, à leurs caractéristiques physiques ou à leurs fonctions corporelles, d'être considéré comme un moyen plutôt qu'une fin en soi. En effet, Fobo dira :

*Or pour ma mère elle pensait que je ne voulais pas faire l'effort, que je suis paresseux c'est un peu comme si elle voulait me voir marcher mais ne voulait pas comprendre que ça prend du temps. Elle me mettait la pression avec le bavardage et ça me frustrait je te jure, il m'arrivait même de perdre espoir.*

Ainsi que :

*Même quand j'ai demandé qu'on me retire la sonde, ils n'ont même pas cherché à comprendre, ils ont refusé, j'ai dit que bon c'est mon corps alors et même mon père ça l'énervait déjà parce que lui-même il a compris que ça me donnait déjà des infections. Et tu vois tu arrives à l'hôpital on te place la sonde on te dit que ça doit faire 10 jours, après 10*

*jours on te dit non 21 jours, 21 jours passent tu dis ekié tu comprends qu'ils tâtonnent seulement en plus c'était pas la même personne donc ils changeaient constamment. Et ça ! ça me laissait inquiet ; je pouvais plus supporter ça...*

*Parce que chaque matin on faisait la ronde et dans la ronde on disait que tu dois tout dire tes problèmes (rire) hein et quand j'explique ils écrivent sur le papier ils écrivent sur le papier après ils partent mais ça ne change pas ! jusqu'à ce que j'aie supporté ma douleur tranquille. Je me sentais négligé entre leurs mains et ça ne valait pas la peine avec eux. Je prends mon calme j'explique c'est là que tu écoutes le médecin dire maintenant tu expliques pourquoi d'abord tu n'expliquais pas comme ça ? alors que je leurs expliquait la même chose depuis. Et c'est comme ça que je me sentais négligé, comme si c'était la blague et pourtant c'est ma vie comme ça qu'on est en train de jouer avec. Comme s'ils ne me prenaient pas au sérieux.*

Rom pour sa part, manifeste également ce sentiment de chosification, de réification, ce qui le pousse à dire :

*Bon il faut même ajouter que, à un moment cela m'a poussé à dire je ne valais rien à leurs yeux, oui, oui, que je ne valais presque rien, que j'étais comme un objet qu'ils étaient en train d'utiliser à fin d'atteindre un objectif. Oui c'est ce que je ressentais à ce moment*

La rationalisation est un mécanisme de défense psychologique qui consiste à justifier ou à expliquer des pensées, des émotions ou des comportements inacceptables, irrationnels ou immoraux en utilisant des arguments ou des raisons apparemment logiques et rationnels ; ce mécanisme se retrouve dans les rapports de nos participant, notamment Fobo quand il dit pour justifier son retrait par rapport au cadre de prise en charge et au choix de passivité adopté que :

*Oui et avec eux je savais déjà que c'est une habitude et que même si on leur expliquait comment il n'allait pas comprendre. Donc j'ai appris à rester moi tranquille et ne plus parler*

*Même quand j'ai demandé qu'on me retire la sonde, ils n'ont même pas cherché à comprendre, ils ont refusé, j'ai dit que bon c'est mon corps alors et même mon père ça l'énervait déjà parce que lui-même il a compris que ça me donnait déjà des infections. Et tu vois tu arrives à l'hôpital on te place la sonde on te dit que ça doit faire 10 jours, après 10 jours on te dit non 21 jours, 21 jours passent tu dis ekié tu comprends qu'ils tâtonnent*

*seulement en plus c'était pas la même personne donc ils changeaient constamment. Et ça ! ça me laissait inquiet ; je pouvais plus supporter ça.*

Un autre point qui souligne le processus de rationalisation chez les participants est celui dans lequel ceux-ci se retrouvaient à justifier la nécessité pour eux de ne pas s'autoriser une expression d'émotion, qui pour eux prenait le sens d'un désespoir, d'un avenir brisé. La résiliation passive à la réadaptation, est la démarche adoptée par Fobo et Rom. Pour le premier, on relève que :

*(silence) je ne sais même pas trop hein, ce qui passe dans ma tête c'est de faire tout et tout pour retrouver la marche, même si ça prend combien de temps.*

*Oui ! il ne faut pas que j'éprouve de la peur et que je perde espoir, si c'est ça, si je... hmmm, pour moi perdre espoir là nooh, ça sera comme-ci je ne peux plus rien faire, et, alors qu'il faut que mon moral soit à son maximum pour avancer, parce que si mon moral descend, (murmure) je n'aurais même plus la force de travailler.*

*Je ne pense pas trop à ma situation qui est critique ! parce que rester et penser à tout ça hmmm, ce n'est pas bon ! il faut que je reste toujours joyeux pour éviter les pensées négatives, les trucs comme ça. Sinon je vais stresser et pleurer ce que je ne veux pas.*

*En plus même dans tout ça c'est mon combat seule donc je ne peux que le faire seul.*

*Oui ! puisque je t'ai dit la dernière fois que les gens quand tu leur explique cette situation pour eux c'est comme la blague ils ne te prennent pas aux sérieux. Je pense même que pour que quelqu'un comprend ça il faut qu'il soit dans la même la même situation sinon il ne peut pas comprendre la gravité de la situation.*

Ce processus de rationalisation est également mis en avant dans la famille Aphda par l'intermédiaire de la fille aînée lorsqu'elle dit et ce fait suivre par les autres que :

*Euh...et personnellement, euh personnellement je ne pense pas grand-chose. Bref Moi je vois que... je vois ça comme si... ce n'est rien, ce n'est rien dans la vie, autant mieux vivre nooh, avoir le souffle de vie, parce que les, j'ai entendu il y'a les prothèses, il y'a les prothèses corticales normalement, à défaut de... que de mourir en tout cas autant mieux avoir les jambes amputées.*

Nous retenons à ce propos que, ce qui fait aussi la souffrance des personnes victimes d'un handicap, c'est fait de vivre une sorte de chosification, d'objectivation dans laquelle leur

humanité est remise en question ; en effet pour le cadre médical il arrive très souvent guidé par une approche médicalisant, et non multidisciplinaire qui serait favorable à soutien global du sujet. Cette nature du cadre pousse les patients à adopter des comportements passifs, peu porteur vers un sujet capable d'autonomie mais vers un sujet objet de soin. Ceci n'est pas qu'observé dans le cadre médical, mais également familial et institutionnel en général.

### **5.5.3. L'autre du lien dans le travail d'investissement du corps familial**

Face à la réalité douloureuse liée au corps réifié et à la déficience motrice acquise, comme cela est le cas de nos participants, particulièrement considérés comme étant des groupes psychiques, notamment des groupes familiaux dont le lien rend favorable la formation d'une image du corps familial, socle de l'identité, du ravitaillement économique de ses membres, et également dont le lien favorise un rapport à plusieurs autres groupes différent du groupe familial, l'économie psychique du corps familial puisent dans l'économie du lien à l'autre au corps familial qui participe au surinvestissement de celui-ci.

Pour le cas de nos participants, nous avons noté avec Rom et sa famille que le fait pour son entourage amicale et professionnel de le soutenir en lui confiant du travail lié à sa profession, favorisait chez lui la création de lien basé sur le ressenti d'une vision commune et partagé. En effet nous avons pu le relever dans les récits comme :

*Parce que même sur le lit d'hôpital on m'appelle pour me confier des travaux et je confie, je peux même dire à mes enfants, parce que j'ai formé beaucoup, je les confie parfois les marchés, il peut dire que si on m'a géré, voilà 10.000, voilà 20.000 voila 30.000 et puis je fais avec. Quand je fais ça je sais que bon l'autre contacte là est maintenu.* Il précise le soutien venant de l'extérieur de la famille comme étant un réel soutien :

*Oui, oui ! certains compatissent et c'est comme un soutien ; parce que certains même en me donnant c'est par qu'il se dit dans sa tête que certainement il a aussi quelque chose à l'intérieur, c'est pour ça qu'il maintient le contacte.*

Toujours avec Rom, l'expérience d'un retour d'expérience sur sa femme, va rendre favorable l'investissement du lien à elle, et donc du lien à sa famille ; même avec sa maman, il fera l'expérience d'un retour qui incite au renforcement des liens entre les membres de la famille autour de lui DMA, ainsi on notera :

*merci ! oui, oui ma femme par exemple s'est beaucoup battue, parce qu'avec ma mère mon opération ça les regardait même comme il y'avait aussi mes relations qui aidaient à financer mais a fallu qu'elle se lève ! oui qu'elle donne le meilleur d'elle-même ! parce que récemment là j'ai un de mes patrons qui m'a appelé pour dire que Rom ton épouse c'est une très bonne épouse parce qu'elle a fait ce qu'on demande à une épouse ; il m'a même mis en garde que si j'arrivais à avoir des problèmes avec elle il ne serait pas très content. Parce que si tu as une femme dans cet état-là, elle n'a pas cédé, craqué et, et puis elle est arrivée jusqu'au niveau où vous êtes là il faut remercier dieu ! et même la mère. Parce qu'elle a abandonné son petit commerce pour venir. C'est mon premier fils qui a manifesté une grande souffrance au point de commencer à faiblir à l'école, et quand j'ai suivi ça vraiment j'ai compris que non s'il ne me voyait pas ça allait être trop compliqué ; par ce que même à l'école ça n'allait c'est après quand ils sont venus avec lui que tout a commencé à aller.*

De plus, il soulève également l'implication de plusieurs figures dans le processus de soin qui a été un appui pour lui, un support d'étayage, il fait comprendre combien ces implications ont constitué un point d'appui pour lui et aussi pour la famille :

*Ah oui lui il est décédé en 2017 ; et je voulais ajouter quelque chose, en fait après mon accident j'ai constaté que beaucoup de personnes c'étaient mobilisées pour, ça a mobilisé énormément de personnes. Parce chaque fois que j'ai travaillé chez tellement de personnes ; donc quand chacun regarde ce que j'ai fait au moins quand il arrive il prend son téléphone il appelle. Donc actuellement les gens qui m'appellent la plupart j'ai travaillé chez eux. Et je t'assure ça m'a tellement marqué parce que la mobilisation que ça a fait chacun, on m'appelait, même ma femme m'a dit que non vraiment à un moment il faut aussi éteindre le téléphone. Parce que chacun appelait pour dire c'est comment, comment tu vas, qu'elle est la situation. Elle-même elle était dépassée, ma mère et tout disaient que waouh Rom tu as tellement de personnes qui veulent du bien de toi, des gens qui t'apprécient vraiment. Parce qu'il y'a quelqu'un qui a fait un témoignage me concernant incroyable ! tu sais chez nous les bamiléks c'est délicat, comme je parle et dit je ne vois pas le mal partout ; j'ai un de mes clients c'est le notaire de Baham, du haut plateau autant pour moi, euh il est venu, ma mère est rentrée, il est venu la rencontrer pour dire que si tu comprends n'importe quoi sur Rom il ne faut pas accepter, parce que je le connais, il est comme mon fils, c'est quelqu'un s'il a quelque chose, c'est par le travail qu'il a effectué, donc si on te dit importe quoi, il ne faut pas considérer, il est comme mon enfant, je le connais que si il fallait boire le casier de quelqu'un je pouvais boire sa part parce que je le connais. Beaucoup ne voulait même pas*

*que je meurs parce qu'il y'a un de mes patrons qui est allé à l'hôpital de Koué-ékong là-bas il a vu qu'on ne prenait pas soin de moi là-bas, il a appelé le délégué pour demander que mais comment ça vous avez un patient euh... le délégué a appelé l'hôpital que mais vous ne prenez pas charge de lui ? c'est comme ça qu'on a désigné une personne pour mon suivi et à la suite on m'a référé.*

Des retours de Rom l'apport extérieur n'a fait que participer à renforcer l'économie psychique des membres de la famille : *Oui ! ça la réconforté, et quand elle en parlait ma femme a fondu en larme et elles se sont mises à fond depuis ce jour. Et il faut ajouter même que si mes boss n'étaient pas là c'est que je suis fini je te jure.*

En ce qui concerne la famille Aphda, nous avons relevé à peu près le même récit dans lequel la famille bénéficie d'un apport extérieur favorable au travail de maintien du lien et de l'investissement de l'espace du corps familial : *et il y'a même mon amie ci, (vient ici : elle appelle son amie qui était là) elle pour moi elle a été un grand soutien chaque jour elle venait rester ici avec nous et quand je pars même au campus elle reste avec maman et nous aide tous.*

On aura aussi : *euil ! c'est plus qu'une amie elle est comme une sœur pour moi vraiment et dans notre maison...*

Cette vision de l'ainée de la famille, se partagée par la maman qui reconnaîtra la présence constante d'autres cadres dans l'épreuve traversé :

*Oui, bien sûr mon fils. Il y'a eu des visites de la part des collègues de mon mari qui nous ont soutenu beaucoup plus financièrement et aussi moralement. Tu vois mon mari c'est lui le principal pourvoyeur de fond ici à la maison et moi particulièrement je gère le foyer dans l'ensemble et le voir cette période il était obligé d'être là malgré son travail, ce qui fait que ses collègues venaient et tout et tout, et la présence des gens fait toujours du bien, il y'a un proverbe chez nous qui dit que dans les moments difficiles tant que tu n'as pas encore vu quelqu'un, tant que tu n'as pas encore vu ta part de personne, tu n'es pas tranquille... En gros voilà un peu. Ça va faire bientôt 5 mois que je suis dans cette état et au début dans mes sortis d'hôpital il y'a ma voisine d'en face là et la maman de l'amie de ma fille qui m'ont beaucoup soutenu.*

*Hmm ! je vais dire que c'est... c'est d'abord un coup très dur... ce n'est pas facile à vivre mais grâce à l'entourage tu t'en sors ; bien qu'au départ c'est un coup très dur à avaler.*

#### **5.5.4. Analyse des données du dessin : Investissement narcissique du corps familial**

##### **5.5.4.1. Analyse de la distribution des pièces**

Les résultats au test de dessin de la maison de rêve, nous permettent de souligner que la maison de la famille Aphda compte au total 11 pièces à savoir : 03 chambres, 01 jardin, 01 couloir, 01 salon, 01 cuisine, 01 magasin, 03 douches, 01 salle de cinéma et d'autres espaces tels que : 02 couloirs, une case du chien, un jardin, un jacuzzi, une piscine ; celle de Fobo, compte 11 pièces notamment : 01 salon, 03 couloirs, 03 chambres, 02 douches, 01 cuisine, 01 véranda ; et celle de Rom compte 06 pièces, notamment : 01 salon, 02 chambres, 02 douches, 01 couloir. Notons que, l'analyse des réalisations décrivent celles-ci (notamment les trois 03) comme étant de type plain-pied. Ce qui fait référence au corporelle et met en exergue le désir familial d'un rapport direct avec la vie.

##### **5.5.4.2. Analyse fréquentielle des pièces communes**

À partir du protocole obtenu, nous sommes parvenus à dénombrer les différentes pièces communes qui le constitue.

###### **➤ Les pièces : salon/salle à manger/cuisine**

Les pièces qui sont le plus représentées, sont la cuisine, le salon, la cuisine et la véranda. Ces dernières sont présentes dans tout le dessin et représentent environ 82,94% de l'ensemble des surfaces habitables. Les pièces communes d'un foyer sont celles qui sont le plus fréquentées par les membres de la famille. Elles constituent un espace de vie partagé, qui favorise la cohésion et l'unité familiale. Ces pièces sont le résultat d'un accord tacite entre tous les membres de la famille, et reflètent leur manière de vivre ensemble et de partager des moments de convivialité. Elles symbolisent ainsi l'identité et l'histoire de la famille.

###### **➤ Véranda**

Seul le dessin de maison de Fobo présente une véranda, qui peut être vue comme un espace de transition entre l'extérieur et l'intérieur de la maison, représentant le corps familial

intime. C'est un lieu de passage, un espace de décontamination psychique ou de réajustement social du corps. Comme un sas d'entrée pour l'individu, c'est une pièce de la maison où l'on se prépare avant de sortir, en adoptant une image conforme aux attentes sociales. C'est là que l'on met son masque social, et lorsque l'on rentre, c'est le processus inverse qui se produit : le masque tombe, le faux-self est laissé à l'extérieur, afin de se retrouver chez soi et d'être soi-même en toute liberté.

Dans les dessins des participants, l'absence de halls ou de véranda peut être interprétée comme un signe de fermeture, de protection ou de repli sur soi. Elle peut traduire un besoin de sécurité, de contrôle ou d'intimité, ou une difficulté à s'ouvrir aux autres, à communiquer ou à établir des relations. Ce qui soulève l'hypothèse d'un corps familial moins étanche. Ainsi, l'espace intérieur coupé du monde extérieur est fait pour éviter l'intrusion d'éléments qui viendraient fragiliser le corps familial. Comme cela est le cas avec le sentiment de réification et de DMA, on dira une forme d'hypervigilance.

➤ Les autres types de pièces

On retrouve ici, des pièces comme la salle de cinéma, le magasin unique dans la maison de Aphda. Par leur présence et contrairement aux autres maisons, ces pièces marquent l'originalité de la famille et représentent des signes particuliers de l'identité familiale, leur rapport à l'activité fantasmatique, imaginaire. Elles permettent de se distinguer des autres et témoignent d'une volonté de présenter une image idéale de soi. Selon Cuynet (1999), ces pièces sont des projections du corps familial, représentant des désirs insatisfaits. Elles constituent une prolongation narcissique du corps groupal, renforçant ainsi le pare-excitation (Moi-peau). En tant qu'éléments accolés à la maison, elles sont un moyen pour la famille de se projeter et de s'affirmer.

#### **5.5.4.3. Analyse des pièces intimes (chambres, WC...)**

Ici nous avons des pièces intimes différenciées et indifférenciées. Nous rappelons qu'une pièce est dite différenciée lorsqu'elle est nommée, aménagée ce qui permet de faire sa distinction d'avec les autres pièces de la maison. Portant sur les espaces différencier telles que chambre, WC... elles rendent compte de l'identité de la personne qui occupe le lieu en question. Contrairement à cela, une représentation topographique intime indifférenciée est une pièce identique aux autres, qu'elle soit vide ou aménagée.

En ce qui concerne notre protocole, nous enregistrons un ensemble de 03 chambres portant le même descriptif, 03 toilettes portant également le même descriptif pour la réalisation de la famille Aphda ; pour la famille de Fobo, nous notons 03 chambres et 2 toilettes et pour la réalisation de la famille Rom, nous notons 02 chambres, 02 toilettes ; ce qui en fait une donnée qui explique le fantasme de mêmeté d'être, d'indifférenciation. Notons une remarque faite durant toute la passation. À ce sujet, toute la famille ne s'est pas montrée participative à l'égard de la mère présente durant la passation et le père absent durant la passation pour la famille Aphda. En ce qui concerne Rom ses enfants n'ont pas participé à la réalisation, et pour Fobo ses sœurs limitant ainsi l'accès aux fantasmes d'un grand corps commun. La mère pour le cas de la famille Aphda, s'est particulièrement tenue comme observatrice de la scène, lançant des instants de rire et sourire, ses enfants l'interpellant à la participation de réalisation de ce qui traduit l'unification des pulsions partielles, cette fois-ci la partialité renvoyant au sujet face à ses angoisses de morcellement, ses fantasme originaires... ceci semble indiquer un point sur la dynamique relationnelle familiale dominante, les enfants ayant réalisés 03 pièces conformes au trois enfants ayant réalisé le dessins et renseigné qu'ils étaient devenus les responsables de ménage.

L'indifférence entre les pièces intimes, nous amènes à formuler une hypothèse, celle d'une fusion des espaces psychiques et des identités entre les individus comme moyen de palier à l'angoisse de morcellement et renforcer la bulle de par-excitation. Toute différence identitaire a tendance à être déniée par le groupe familial, nous sommes donc dans un double narcissique où l'un est considéré comme le miroir de soi et l'autre dangerosité de soi, mais dont la réalité génique témoigne d'une part qui exige de maintenir des investissements à l'égard de la menace identitaire, ce que rentrerait dans une relation narcissique paradoxale « *mais c'est mieux que la mort* » et « *regroupement de la fratrie entre eux et la maman à côté* » ; l'angoisse de déstructuration ou de morcellement de ce qui constituerait une part identitaire.

#### **5.5.4.4. Analyse des pièces personnelles**

Les résultats montrent une absence totale de pièces parentales chez la famille Aphda, Rom et Fobo l'absence totale de pièces réservées aux enfants et/ou aux étrangers. D'où la mobilisation de l'énergie pulsionnelle sur les données externes à la maison comme le jacuzzi, la case du chien, le jardin et dans l'entretien, des pièces communes au détriment des pièces personnelles « *parce que c'est là qu'on se réunis* » pour la famille Aphda, Rom et Fobo ; la

Famille Fobo surinvestissant les parois des murs de la maison. Cette absence se justifie par l'absence totale d'espaces paternel et maternel pour ces famille. Les parents biens que absents pour l'un et présent pour l'autre, n'éprouvent pas le besoin d'avoir un espace propre lié à leur activité spécifique et dans lequel, ils ont la possibilité de s'isoler. Cela manifeste leur incapacité à exister en dehors du groupe familial, symbolisé par les pièces communes et l'indifférenciation du corps familial.

#### **5.5.4.5. Analyse de la circulation intérieure**

Cette marge de cotation permet de définir la présence ou non de portes intérieures. Ces portes donnent l'accès aux différentes pièces de la maison ainsi qu'à la communication entre elle. C'est à partir d'elle qu'il est possible de faire des liens entre les différents espaces et donc entre les différentes images du corps qui leur sont associées. Suivant l'axe relationnel, les portes symbolisent la communication entre les différents espaces individuels et partagés, si bien qu'elles signent la présence de liens familiaux et par conséquent la circulation fantasmatique entre les sujets. Ce sont donc des indicateurs d'une forme de fluidité relationnelle, communicationnelle interne, de circulation fantasmatique familiale et de communication. Suivant cet axe, deux modalités d'utilisation des portes selon le besoin de chacun : fermée et ouverts. Fermées, elles justifient l'idée de vouloir conserver son intimité et de se retrouver seul ; alors que ouvertes, elles permettent d'entrer en communication avec autrui. C'est l'alternance présence/absence qui entre en jeu dans le processus de différenciation.

#### **➤ Analyse des surfaces de transition**

Une surface de transition dans ce cadre est un lieu de passage, de circulation et d'échanges de la réalité psychique propre, c'est une surface d'expression de la conflictualité psychique. Elle est un lieu non-lieu qui à la fois relie et sépare. Elle est un espace qui marque un intermédiaire entre les différentes topiques internes/externes de la maison. Elle renvoie au couloir. Sur le cas de notre dessin, cet espace est bien réalisé sur les 03 dessins, tout en représentant un lieu de passage, de circulation fantasmatique, de communication entre les lieux de la maison, à ce titre elle est révélatrice de différenciation où il y a prédominance du pôle homomorphique.

### ➤ **Analyse de la présence de portes intérieures**

Sur le dessin, il s'identifie un nombre considérable de présence des portes internes sur plus de la moitié des pièces qui constituent les maisons. Ces présences significatives témoignent d'une communication existante entre les membres de la famille. C'est par là, un moyen pour les membres de la famille d'exprimer le besoin d'être ensemble entre eux.

#### **5.5.4.6. Analyse de la présentation de l'enveloppe de pare-excitation**

### ➤ **Analyse des procédés de construction du dessin**

C'est en partant des travaux de Cuynet (1999), que nous avons structuré le type de procédé de construction. À ce sujet, il en distingue trois (03) axes possibles de structuration du dessin de la maison de rêve : la réalisation suivant l'axe centrifuge et la réalisation suivant l'axe centripète. En ce qui concerne les résultats obtenus, le procédé de construction est celui centripète car les familles toutes concernées ont commencé par dessiner l'enceinte de la maison, nous pouvons justifier cela par le fait qu'elle ait d'abord représenté un rectangle pour par la suite construire l'intérieur. Ce qui indique l'urgence pour le groupe familial de se donner une enveloppe contenant, un pare-excitation. Ici donc, la famille commence par dessiner la limite entre l'intérieur et l'extérieur de leur maison. L'idéologie dominante est la solidarité familiale, avec une crainte de l'autre domine, traduisant par là le fait que, le pare-excitation est surinvesti pour contenir un Moi groupal insécurisé. À côté de ça, la famille a naturellement besoin de poser un cadre pour s'auto-contenir afin de pallier l'angoisse de la feuille blanche et de la consigne.

### ➤ **Analyse des ouvertures et frontières de la maison**

Suivant nos résultats, les dessins comportent plusieurs portes propres à chaque pièce, avec une seule porte donnant accès à la maison pour 02 dessins (Aphda et Rom) contrairement à Fobo sans porte donnant à l'accès à l'intérieur. Elles symbolisent la délimitation des frontières familiales, limite d'un accès à un dedans et à un dehors que l'on ne devrait pas pénétrer n'importe comment, et qu'on ne devrait même pas y pénétrer. Aussi, nous relevons sur les dessins des zones d'ouverture sur les murs, traduisant un Moi familial lésé. Les ouvertures observées sur les tracés s'apparenteraient à une déstructuration, une blessure narcissique qui ici se ramènerait à la situation de la famille de personne ayant un membre DMA. La situation de corps DMA met le sujet dans une posture où il n'est plus sujet et corps du désir, mais

sujet et corps menaçant pour le narcissisme du groupe. Ainsi, des éléments tels que le corps étranger de la personne DMA et ses souffrances pénètrent la vie psychique familiale pour en prendre possession de façon durable. Pour (Sibertin-Blanc & Vidailhet, 2003) les éprouvés en lien avec ces déchirures sources de traumatisme pour la familiale remet en question sa capacité de penser et donc de contenant.

En se concentrant sur les éléments tels que les fantasmes, les conflits et les objets internes, la psychanalyse a dû élargir son champ d'étude aux contenantants lorsqu'elle s'est intéressée aux familles. Dans certains cas, comme celui d'une atteinte grave au sein d'une famille, les structures contenantantes peuvent être particulièrement affaiblies et douloureuses. C'est le cas de la DMA, une situation handicapante qui limite gravement la qualité de vie d'un sujet. Les dessins de la famille Aphda et Rom, avec leurs murs perforés, illustrent la présence d'un Moi familial poreux et d'une défaillance de la fonction-enveloppe du psychisme familial. Ce dernier n'est plus en mesure de transformer et de contenir sa vie émotionnelle, ses conflits et ses pensées, car son Moi est trop fragilisé et peu sûr de son existence.

L'épaisseur des traits dans les dessins de maison peut être interprétée comme le niveau de certitude et de détermination dans la prise de décision des familles. Les traits doublés, comme observés dans les dessins des familles Rom, Fobo et Aphda, peuvent indiquer une problématique d'incertitude, d'insatisfaction et de perfectionnisme. Ces familles semblent exprimer à travers leurs dessins un manque d'intégrité, d'harmonie et d'aisance dans leur corps familial, ainsi qu'une quête de sécurité. Les traits doublés comme dans la famille Fobo renforcent cette sécurité et créent une enveloppe moins perméable à l'extérieur, ce qui peut conduire à une plus grande isolation de ces familles.

En examinant les ouvertures et l'épaisseur des traits dans les dessins de familles ayant un enfant atteint de la drépanocytose, on peut constater une tendance à l'évitement et au déni. Le feuillet externe de la maison peut ne pas être suffisamment solide pour permettre une communication et une réception adéquates, ce qui peut entraîner une rigidité du pare-excitation, une sorte de carapace qui protège le corps familial contre les intrusions déstabilisatrices.

#### **5.5.4.7. Analyse de la présentation de l'enveloppe de signification (feuillet interne)**

C'est l'analyse de l'aménagement de l'espace et de chaque pièce de la maison. C'est un espace de représentation, des projections dues aux stimulations et excitation provenant tant de l'intérieur que de l'extérieur. C'est par elle que s'obtient la symbolique des représentations tant familiales que singulières ; elle façonne l'identité familiale, individuelle et donc le moyen par lequel le Soi familial se manifeste (rôle, tâche, objet...) or, dans le cas de notre dessin, la réalisation de l'intérieur du dessin s'est faite sans implémentation d'objet, de décors ; ce qui traduirait la représentation d'un corps familial vide, sans organes, ceci à cause de la situation de déficience motrice acquise d'un membre de la famille.

Par ailleurs, le fait de n'avoir pas dresser un décor, de n'avoir pas meublé l'intérieur de la maison, expose une fantasmagorie familiale pauvre ; en effet, cette pauvreté a pu se relever mise à part le dessin, mais également dans les entretiens ; ce que nous avons pu relever dans les réactions tels que les mots étirés, les silences, les refus d'aborder certains points chargé d'affecte et bégaiements non congénitaux. Traduisant des non-dits dans la tentative de scénarisation par le discours des participants : « *c'est compliqué... de Rom...!* » « *il ne faut pas que j'éprouve de la peur et que je perde espoir, si c'est ça, si je... hmmm, pour moi perdre espoir là nooh,* » pour Fobo ; traduisant un mécanisme de répression, mis en place pour réduire et/ou supprimer le ressenti angoissant de la situation ayant atteint le corps familial.

#### **5.5.4.8. Analyse clinique des questions d'enquête**

Après avoir présenté la consigne aux familles respectives, la famille Fobo et la famille Aphda sont celles qui ont exprimés verbalement qu'elles ne savent pas dessiner, et qui ont désigné par la même occasion et après des agitations, rires et dédrounement la personne qui devait dessiner. Pour la famille Fobo, une répétition de la consigne et des comportement végétatif, rire : « *tu as dit une maison de rêve n'est-ce pas ?* ». On notera le même comportement pour la famille Aphda, : « *on dessine une maison ou un plan ?* » ; « *on a dit une... notre maison de rêve, donc la maison qu'on rêve avoir* » l'ainée de la fratrie, dans une posture de substitue à la mère et du père et donc de porte-parole du pôle organisateur de la famille. À la saisie de la consigne par les membres de la famille, il s'est aussitôt formé deux pôles pour la famille Aphda : l'un dans lequel la mère s'est retirée de manière passive de la formation du corps familial et est restée observatrice à la réalisation du dessin : la réalisation

du dessin s'est faite sans elle ; et l'autre dans lequel il s'est formé un corps fantasmatique propre à la fratrie. Ainsi, on note à la fois un pôle isomorphique et un pôle homomorphique qui témoigneraient d'un risque d'éclatement du noyau moïque de la famille ; car en conflit. On relèverait alors une réalité dans laquelle la mère ne se considérerait plus comme potentiellement digne de se représenter membres du corps familial. Elle décrivait dans son expression faciale un écart par rapport aux Autres, et proposait des séquences de sourire aux réactions émises lors de la réalisation par les enfants. Aussi, durant la réalisation, les enfants se sont retrouvés faire abstraction de la mère pendant la réalisation ils formaient un trio qui justifie l'expression de la première de la fratrie : « *mais on est devenu plus unis* » (indexant l'ensemble de la famille mais dans l'observation semble faire part d'une relation narcissique paradoxale) comme le souligne Caillot & Decherf, 1982, p.18) : « Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel ». On relèvera quelques paramètres semblables chez Rom, le dessin étant réalisé par lui et sa femme correspondant à une formation isomorphique. Et chez Fobo par lui est parents, ce qui donne lieu à une formation isomorphique également.

Les interventions verbales dans ces deux cas révèlent que le père occupe une fonction surmoïque ou phallique, de par le fait qu'il est celui qui donne des instructions aux autres membres de la famille et répond le plus de questions. Cela suggère qu'il est également le porteur d'angoisse et le représentant de la famille, jouant ainsi un rôle d'étayage. En tant que chef de famille, il manifeste une certaine rivalité à l'égard de l'expérimentateur. En ce qui concerne la dynamique familiale, l'absence de conflits entre les membres lors de l'annonce de la consigne témoigne d'une tendance isomorphique et d'une pensée unique dans les relations familiales, selon Cuynet (1999).

### **Question 1 : quel est l'endroit le plus important dans cette maison ?**

Avec Cuynet (1999), ce qui détermine la nature importante d'un lieu, c'est le fait qu'il soit lié à une fonctionnalité tant sexuelle que non, ainsi qu'à une identité. Son choix serait révélateur de l'investissement pulsionnel de la famille, c'est l'axe transitionnel de la famille, le lieu où les phénomènes psychiques de la famille et de ses membres s'organisent par le bien de l'investissement qu'elle y consacre. Par le biais des investigations qui accompagnent la réalisation du dessin afin de le faire parler, un ensemble d'items permet à partir de ses réponses d'étudier le pôle prédominant dans la famille (isomorphique/homomorphique) en fonction du symbole de la pièce (individuelle/collective). Tout en permettant aussi de mesurer le type d'angoisse (éclatement ou étouffement, fusion).

Par rapport à cette question, la famille Aphda s'est prononcée sur plusieurs modalités relatant son choix notamment : le salon comme pièce commune (*la mère*), la salle de cinéma (*le deuxième de la fratrie*) et la chambre (*la première de la fratrie*). La famille Fobo sur le salon et la chambre, et la famille Rom sur Pour le salon, la cuisine. Le choix s'est fait de manière peut commune, privilégié dans les dire attendus de la famille mais pas dans les désires profonds de plusieurs autres. En effet, le discours de Me Aphda le montre lorsqu'elle soutient que : « *c'est là qu'on peut tous se réunir* » comme c'est le cas pour Fobo et Rom tout en étant accompagnée par toute la famille ; il s'ajoutera « *on cause* » ; « *c'est ici qu'on reçoit les gens, qu'on se réunit, qu'on mange* » ; « *C'est le salon, pour moi, le salon est très important, on se rassemble, on se regroupe ici avec tout le monde c'est là qu'on célèbre tout* » ; « *c'est quand même le lieu où toute une famille se réunit, où les réunions que ce soit familiale, ou même des frères ressortissants de l'Ouest précisément de Bafoussam c'est là, oui c'est là !* ». Ces différentes positions rendent compte en termes de thématique, celle portant sur premièrement l'être ensemble en famille, car c'est là le point central de la maison, le lieu de rassemblement, de rencontre et l'espace de vie de la famille, où s'actualisent les contenus psychiques ; et continuellement l'être à part, distingué de l'autre et obéissant aux désire propre de chacun. À ce sujet, la double posture des membres de la famille laisse entrevoir une ambivalence quant aux choix du lieu le plus important, traduisant par là une absence d'illusion groupale, d'esprit de corps et de cohésion.

Un membre a trouvé plus important la cuisine qui fait référence pour lui à une pièce personnelle au genre féminin : « *Voilà ! je voulais dire aussi la cuisine parce qu'une femme c'est sa cuisine !* » famille Rom. Les réponses pour les trois familles n'ont pas toujours été unanime, ce qui traduirait une absence d'illusion groupale.

## **Question 2 : que pensez-vous de votre dessin ?**

À ce niveau, le regard apporté par les familles sur leurs dessins varie d'une famille à l'autre. Pour la famille Aphda il est mal organisé et donc, n'est pas du tout satisfaite « *hmmm... hahahah... c'est moche ; ce n'est pas beau* », à l'exception du deuxième de la fratrie qui lui a trouvé le dessin beau puisqu'il était à la tête de la réalisation : « *Moi je trouve que c'est beau, c'est bien réalisé, il y'a seulement quelques petites erreurs à effacer* ». Ceci pose un problème d'estime de soi, puisqu'elles déclarent qu'il y aurait besoin d'amélioration du dessin. Cette ambivalence et dépréciation se retrouve souvent dans des familles qui éprouvent des blocages pendant la construction du dessin. En guise d'exemple, nous pouvons avoir l'expression de la première de la fratrie : « *je ne connais pas dessiner... frère A c'est toi le garçon vient*

*dessiner* » ramener à un comportement non seulement d'évitement, mais également de différenciation face à une situation angoissante. On retrouvera la même réaction dans la famille Fobo : « *dessiner une maison de rêve ? Père de la famille : euh Fobo, hmmm, qui va dessiner nous tous ? Père et mère s'exprime en langue de l'Ouest Cameroun* » réaction mis sur pieds pour palier à l'angoisse liée à l'ambiguïté de la consigne et du test projectif. Il faut dire que, tout ceci traduit une atteinte de l'image inconsciente du corps familial et pourrait justifier la non satisfaction manifestée par les familles, par rapport à leurs dessins. On pourrait comprendre, la difficulté à admettre la présence d'un corps DMA dans le corps familial.

### **Question 3 : dans cette maison qu'est-ce qui caractérise la famille ?**

Au premier abord de cette question, elle a paru très difficile. Face à cette question, les familles ont souligné qu'elles ne comprennent pas ce qui nous a poussé à formuler autrement cette question. Nous pensons que, soit ces familles ne comprennent pas la question, soit elles ne savent pas y répondre. Ce qui pourrait traduire bien leur difficulté à penser et à mettre en mots leurs vécus. Toutefois, les réponses obtenues ont permis de mettre en exergue la présence d'un surmoi parental omni présent qui fédère les rapports intrafamiliaux, des angoisses face à la blessure du corps familial et du fantasme de mêmeté d'être. C'est par exemple le cas de la famille Aphda lorsqu'elle dit : « *les travaux d'abord, est-ce que chacun fait son travail comme il se doit ? l'éducation même ; est-ce les enfants sont salles, est-ce que ? est-ce que ? est-ce que ? est-ce que ?* » ; « *on s'arrange à ne plus blesser notre mère. On s'entre aide plus dans les tâches ménagères ; peut-être par exemple comme il s'occupe du salon* ». Pour la famille Rom, on notera cette formation qui rappelle également le fantasme d'un corps commun : « *Qu'est-ce qui caractérise la famille, hmmm... c'est le soutien et la complicité parce que vraiment s'il n'y avait as ça c'est qu'on est où aujourd'hui... sa femme rajoute la simplicité aussi je pense...* ». La famille Fobo ne manquera pas de faire part de ce même fantasme : « *Ils prendront du temps avant de répondre, dirons sans fobo surtout la mère que c'est le salon hein... c'est le salon c'est ici que quand on veut passer un message ou quand on veut faire quoi on se place, même les réceptions c'est là. Son mari dira hmmm, hmmm, hmmm...* »

Par la suite, l'union familiale paraît moins prégnante dans le discours des membres de la famille. À ce sujet, nous avons noté les thèmes relatifs à l'extérieur de la maison, appuyé sur le décor, les espaces comme la piscine, le jacuzzi et l'aspect des murs. De ce fait, ce n'est

pas la façon d'habiter l'espace intérieur de la maison qui importe, mais la façon de l'aménager extérieurement. Ainsi, il serait possible que face au vide installé par l'effraction du corps familial, la paroi externe du corps donne l'apparence d'une identité ; ou même que face à l'agonie que représente l'intérieur il serait judicieux de s'échapper vers l'extérieur. Ces thèmes mettent l'accent sur l'enveloppe externe de la maison et sa perméabilité ce que nous retrouverons dans : « *les travaux d'abord, est-ce chacun fait son travail comme il se doit ? l'éducation même ; est-ce les enfants sont sages, est-ce-que ? est-ce que ? est-ce que ? est-ce que ?* » ; « *on s'arrange à ne plus blesser notre mère* » et « *la vie n'a pas changé hein... c'est toujours comme c'était avant, c'est juste qu'il y'a moins de sorties* ».

#### **Question 4 : quelles sont les qualités de votre maison ?**

À ce niveau nous avons regroupé quelque thème, présentant des ambivalences représentationnelles, notamment :

- Thème lié à l'esthétique : maison jolie, maison simple, maison bien, maison belle, jardin très beau ;
- Thèmes liés à l'espace : maison spacieuse ; maison grande
- Thèmes liés au vécu de la famille : coin un peu comprimé.

#### **Question 5 : en quels matériaux serait faite cette maison et pourquoi ?**

La famille Aphda à ce niveau a évoqué une maison conçue avec des mini briques de terre au niveau des murs car c'est joli et atypique, du marbre à l'intérieur car c'est beau et luxueux, des tôles bac car c'est solide, durable et beau, du staphé car il ressort la beauté réelle de la maison et en fin les pavés car pour éviter la poussière, la boue et donc avoir une maison propre, et le toit en tuile ; en parpaings pour plus de durabilité et en brique de terre. Dans la famille Rom et Fobo, on notera très peu d'argumentaire si ce n'est : un mur fait de parpaings, béton, ciment pour que ce soit dur. Cet item renvoie à la qualité de pare-excitation, et évalue la qualité de l'enveloppe familiale, en ce qui concerne les besoins de renforcer ou non sa sécurité par rapport à ses éprouvés. C'est par le biais de cet item que l'interprétation de la souplesse ou non de l'enveloppe groupale selon le discours familial est possible. De ce fait, les familles opérant un choix de matériaux rigides et donc renvoyant à la solidité met en évidence les familles à dynamique psychique anaclitique dans laquelle elle est à la recherche d'une fondation sûre et d'une enveloppe carapace réactionnelle à un faible niveau de sécurité interne ; Ce choix renvoie également aux familles narcissiques solide à l'image de la force familiale.

## **Question 6 : quelles seraient les couleurs intérieures et extérieures de cette maison ?**

Les couleurs font références aux feuillets de l'enveloppe psychique familiale évoquée dans les travaux de Anzieu (1984). De la membrane externe, la couleur choisie par la famille est liée à la représentation sociale que celle-ci souhaite donner d'elle-même. Chez nos participants, les couleurs qui prédominent dans leur discours sont les couleurs de brique de terre cuite sans peinture pour la famille Aphda. Ce choix serait en lien avec une problématique d'inhibition psychique et de dépression, une défense contre des affects dépressifs. Pour la famille Rom ce sont des couleurs claires, le beige ; et pour la famille Fobo le Bleu-blanc ; ce qui nous fait croire que ces familles ont une affectivité abasée, ça symbolise également le vide, ce qui peut être lié à l'asepsie et pose la problématique d'une désaffection.

En ce qui concerne les couleurs des murs de l'intérieur de la maison, elles se ramènent à la nature de l'affectivité interne, au vécu interne du Soi familial ; c'est donc la référence à la qualité de l'énergie pulsionnelle qui circule au sein de la dynamique familiale. Pour nos participants, la couleur est restée pareil à celle externe, c'est-à-dire pareil à la couleur des briques, beige et bleu-blanc. Ce qui s'apparente à une sorte de cohérence entre l'intérieur et l'extérieur, donnant lieu à une homogénéité de l'humeur.

### **5.5.5. Investissement libidinal du corps familial**

Comme le soutient Cuynet (2005) le corps familial face à la crise, au trauma, recentre son énergie de manière à en faire un usage plus ergonomique à partir de ses membres et pour ses membres. Cette façon de procéder, lui permet de palier à l'angoisse de morcellement, au sentiment de désêtre lié à l'atteinte d'un de ses membres et de faire tenir chaque partie au noyau moïque de la famille ; car il lui sera plus coûteux de perdre ou de rejeter un membre que de l'avoir vivant et blessé. Ce qui confirme ces propos de Caillot & Decherf, 1982, p.18) : « *Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel* ». De plus, pour mener à bien une telle gestion de l'économie le corps familial puise également dans l'espace du lien aux autres à la famille, la ressource nécessaire pour surinvestir cet espace du corps familial afin d'éviter son éclatement.

### 5.5.5.1. Le recours à des modalités fusionnelles du lien

Lorsque l'un des éléments du corps familial est porteur d'une atteinte grave, c'est le corps familial dans son ensemble qui vit cette atteinte. De par le caractère dénarcissant de la situation, le corps familial recentre habituellement son énergie en faisant appel à la modalité fusionnelle du lien. En effet le fonctionnement familial tendra à renforcer le lien fusionnel avec la personne DMA de la famille, car tant que le processus d'accordage avec celle-ci ne permet pas de bénéficier d'une sécurité de base adéquate, il n'est pas possible d'établir une véritable séparation psychique. Il est fréquent de percevoir la séparation comme un arrachement, une rupture hémorragique, plutôt que comme une différenciation acceptable. C'est ce que l'on appelle souvent la « *surprotection familiale* ». Lors de nos discussions avec des familles, toutes ont exprimé cette absence de sécurité essentielle envers leur membre DMA. C'est le cas de la famille Aphda quand elle dit que : « *On s'entre aide plus, on est plus unie, on s'arrange à ne plus blesser notre mère... on s'arrange à ne plus blesser notre mère...* » Ainsi que : « *Bref Moi je vois que... je vois ça comme si... ce n'est rien, ce n'est rien dans la vie, autant mieux vivre noooh, avoir le souffle de vie, parce que les, j'ai entendu il y'a les prothèses, il y'a les prothèses corticales normalement, à défaut de... que de mourir en tout cas autant mieux avoir les jambes amputées* ». Ce travail de l'appareil psychique groupal, agit de manière à ce qu'une réelle séparation disqualifiant une partie du corps familial ne soit possible. Pour la famille Rom, on notera : « *Et je t'assure ça m'a tellement marqué parce que la mobilisation que ça a fait chacun, on m'appelait, même ma femme m'a dit que non vraiment à un moment il faut aussi éteindre le téléphone.* » la famille Fobo exprimera elle aussi se rapport au lien fusionnel : « *mes parents alors, il y'avait mon père et avec lui qui était tellement inquiet si je lui disais d'acheter un antidouleur il achetait seulement. Or pour ma mère elle pensait que je ne voulais pas faire l'effort, que je suis paresseux c'est un peu comme si elle voulait me voir marcher mais ne voulait pas comprendre que ça prend du temps. Elle me mettait la pression avec le bavardage et ça me frustrait je te jure, il m'arrivait même de perdre espoir* ».

Chez Rom, cette modalité fusionnelle du lien ne se limite pas à l'économie de l'espace familial mais s'étant jusqu'aux autres du lien à la famille nous avons pu identifier cela à travers :

*Oui, oui ma femme par exemple s'est beaucoup battue, parce qu'avec ma mère mon opération ça les regardait même comme il y'avait aussi mes relations qui aidaient à financer*

*mais a fallu qu'elle se lève ! oui qu'elle donne le meilleur d'elle-même ! parce que récemment là j'ai un de mes patrons qui m'a appelé pour dire que Rom ton épouse c'est une très bonne épouse parce qu'elle a fait ce qu'on demande à une épouse ; il m'a même mis en garde que si j'arrivais à avoir des problèmes avec elle il ne serait pas très content. Parce que si tu as une femme dans cet état-là, elle n'a pas cédé, craqué et, et puis elle est arrivée jusqu'au niveau où vous êtes là il faut remercier dieu ! et même la mère. Parce qu'elle a abandonné son petit commerce pour venir. C'est mon premier fils qui a manifesté une grande souffrance au point de commencer à faiblir à l'école, et quand j'ai suivi ça vraiment j'ai compris que non s'il ne me voyait pas ça allait être trop compliqué ; par ce que même à l'école ça n'allait c'est après quand ils sont venus avec lui que tout a commencé à aller.*

*En fait après mon accident j'ai constaté que beaucoup de personnes c'étaient mobilisées pour, ça a mobilisé énormément de personnes. Parce chaque fois que j'ai travaillé chez tellement de personnes ; donc quand chacun regarde ce que j'ai fait au moins quand il arrive il prend son téléphone il appelle. Donc actuellement les gens qui m'appellent la plupart j'ai travaillé chez eux. Et je t'assure ça m'a tellement marqué parce que la mobilisation que ça a fait chacun, on m'appelait, même ma femme m'a dit que non vraiment à un moment il faut aussi éteindre le téléphone. Parce que chacun appelait pour dire c'est comment, comment tu vas, qu'elle est la situation. Elle-même elle était dépassée, ma mère et tout disaient que waouh Rom tu as tellement de personnes qui veulent du bien de toi, des gens qui t'apprécient vraiment. Parce qu'il y'a quelqu'un qui a fait un témoignage me concernant incroyable ! tu sais chez nous les bamilékés c'est délicat, comme je parle et dit je ne vois pas le mal partout ; j'ai un de mes clients c'est le notaire de Baham, du haut plateau autant pour moi, euh il est venu, ma mère est rentrée, il est venu la rencontrer pour dire que si tu comprends n'importe quoi sur Rom il ne faut pas accepter, parce que je le connais, il est comme mon fils, c'est quelqu'un s'il a quelque chose, c'est par le travail qu'il a effectué, donc si on te dit importe quoi, il ne faut pas considérer, il est comme mon enfant, je le connais que si il fallait boire le casier de quelqu'un je pouvais boire sa part parce que je le connais. Beaucoup ne voulait même pas que je meurs parce qu'il y'a un de mes patrons qui est allé à l'hôpital de Koué-ékong là-bas il a vu qu'on ne prenait pas soin de moi là-bas, il a appelé le délégué pour demander que mais comment ça vous avez un patient euh... le délégué a appelé l'hôpital que mais vous ne prenez pas charge de lui ? c'est comme ça qu'on a désigné une personne pour mon suivi et à la suite on m'a référé.*

*Oui ! ça la réconforté, et quand elle en parlait ma femme a fondu en larme et elles se sont mises à fond depuis ce jour. Et il faut ajouter même que si mes boss n'étaient pas là c'est que je suis fini je te jure*

Dans son fonctionnement, la famille manifestera inconsciemment un surinvestissement du lien fusionnel avec la personne déficiente du groupe suivant l'organisation psychique groupale de base de la famille ; car tant que le vécu d'accordage d'avec le sujet déficient de la famille ne se produit, le sentiment de vivre une sécurité de base ne pourra être effectif ; et ce sentiment de sécurité de base est déjà repérable dans les relations définies par un pôle dominant de la dynamique psychique familiale. Aussi, dans ce cas de figure, les fantasmes sont tels que les scènes d'une séparation sont vécues comme douloureuse, comme un arrachement, une rupture hémorragique et non comme une différenciation.

#### **5.5.5.2. Indicateurs à travers le dessin**

Comme le soutient Cuynet (2005), les désirs inconscients s'actualisent dès lors qu'ils effectuent un passage de la représentation des choses à la représentation des mots, c'est dire au pensable et l'expression par la parole. Par le partage des consanguinités, les familles par une considération de cette dimension du biologique, en viennent généralement à nourrir le fantasme de reproduction de l'identique traduit dans la majeure partie des cas par l'expression « être du même sang ». Cette représentation, est l'issue d'un processus isomorphique et fractal.

<b>Psychodynamique du corps familial</b>	<b>Explication</b>	<b>Illustrations</b>
<b>Isomorphisme avec prédominance de</b>	L'appareil psychique Groupal est l'effet d'un processus de non différenciation, dont le but est de réduire ou de nier l'écart entre l'appareil psychique groupal et l'espace psychique individuel.	Pièces non personnifiées Pièces non différenciées Surprotection familial
<b>Effraction du psychisme</b>	Conséquences d'un événement dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité ont entraîné un choc psychique et laissé des traces durables sur le psychisme qui se trouve ainsi altéré.	Traits interrompus : appareil Psychique poreux
<b>Défaillance dans la fonction de contenance de l'enveloppe psychique.</b>	Incapacité pour le moi familial à contenir ses membres et à faire face à l'adversité.	Construction centripète Trait-double et/ou épais

**CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET  
DISCUSSION DES RÉSULTATS**

En se référant aux travaux de Noubissie (2010), le contenu propre à cette partie du travail de recherche porte sur l'acte de « *faire parler* » nos résultats tout en donnant le sens qui s'y dégage par le biais des théories explicatives. Ainsi, le travail dans ce chapitre, portera sur l'interprétation des données et la discussion des résultats. En ce qui concerne l'interprétation, il s'agira pour nous de dégager le rapport issu de notre analyse de données, de notre problématique ainsi que du champ d'investigation au sein duquel la recherche a pu prendre corps. En d'autres termes, il s'agira pour nous de mettre en scène les théories explicatives pour notre étude, tout en dressant les perspectives qui auraient émergé de nos résultats. Quant à la discussion, il sera question à ce niveau, de porter un regard épistémologique sur les résultats de notre étude.

## **61. Synthèse des résultats**

Dans ce travail, nous nous sommes engagés à comprendre à partir du lien, la participation de l'autre de la relation au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial chez les personnes en situation de déficience motrice acquise et marqué par le sentiment de réification. Autrement dit il s'agit pour nous, d'appréhender la manière dont l'espace familial s'organise économiquement pour faire face au trauma que représente la déficience motrice acquise à l'un de ses membres.

Dans cet ordre d'idée, le test projectif de Cuynet (1999) « *Dessin familial de la maison de rêve* », qui est un outil projectif permettant d'avoir accès à l'économie psychique d'une famille, nous a permis de remarquer que la disposition du corps familial se projette sur la maison. Son aménagement est fait suivant les dispositions économiques et les manifestations entre les forces antagonistes du psychisme. Ainsi, l'image du corps, est à identifier dans ces dispositions spatiales ; car les représentations corporelles peuvent se projeter sur l'espace de la maison et nous permettre de nous insérer dans son intérieur, d'y circuler, y trouver confort et sécurité ainsi que l'estimer et l'aimer. Ce qui fait que l'appréciation qui s'en dégage pourrait témoigner du rapport corps.

Pour Cuynet (2005), le corps familial a pour porte greffon le corps biologique de ses différents membres. Elle puise en eux les ressources nécessaires pour se structurer et alimenter le narcissisme de ses membres. Dans ses fonctions, elle rassemble et donne un sentiment narcissique de base d'être une présence partagée par chacun des membres Cuynet (2005).

Elle permet d'incorporer des éprouvés de cohésion pour le vécu unitaire du corps individuel, qui permet l'étayage d'un Moi psychique plus ou moins consistant. Cette unicité serait une force gravitationnelle qui axe, ou centre, les membres d'une famille autour d'une origine identitaire commune, que l'on retrouve dans la dimension inter et transgénérationnelle. En général, il est naturel pour chaque membre de la famille de sentir que sa position est reconnue au sein de la famille grâce à une proximité narcissique. C'est pourquoi l'effet de contagion de honte s'étend sur l'ensemble de la famille lorsque l'un d'eux, par son faute, blesse l'« honneur » du groupe.

La création d'un sentiment narcissique de toute puissance et d'immortalité du groupe est bénéfique pour chaque membre. Le narcissisme initial du sujet provient donc du fond synchrétique de l'identité groupale (il est composé de la même matière humaine et de la même trame familiale que les autres). Cependant, son histoire personnelle et le contexte de sa procréation le désignent déjà dans son originalité comme sujet, en contraste avec cette origine commune. Par le travail du lien qu'elle

En ce qui concerne notre premier thème, à savoir le vécu du corps à l'annonce de la déficience motrice acquise, il est évident à partir de l'analyse des discours que le vécu de la DMA chez les participants de cette étude est marqué par le choc initial, une hallucination, des douleurs intenses, un sentiment d'impuissance, une déchirure et le désarroi. En effet, les participants ont fait part de la prise de conscience soudaine de leur état et la détresse que cela a engendré. Puisque, dans les situations qui ont conduit à leur état, ceux-ci étaient tout inconscient et plongé dans un coma. C'est la raison pour laquelle la prise de conscience via le diagnostic médical a été un moment de profonde altération pour chacun d'entre eux.

Aussi, face à cette situation de déficience motrice acquise, on note des éprouvés qui traduisent un sentiment d'impuissance qui favorise dans l'espace familial un conflit entre le pôle isomorphique et le pôle homomorphique, à travers d'un côté un discours opératoire, une mimique pauvre et de l'autre un discours normé désexualisé. En fait, la famille se vie comme sous l'emprise d'une situation à laquelle elle ne peut apporter solution ; elle agonise. La mélancolie, la tristesse, l'antinomie, la désexualisation du climat familial, le refus de reconnaître la réalité, l'accrochement au corps familial passé, la détresse. Cette souffrance maintient un climat de tension dans l'espace familial, et l'image du corps familial se trouve fortement interrogée.

Notons que, certaines expressions, pour ne pas dire dans l'ensemble des productions du corps familial, ce qui était davantage interpellant était la distance propositionnelle qui existait entre les membres du corps familial par rapport la situation présente. En effet, entre expression faciale neutre, mimique de désintérêt. Preuve d'une souffrance qui sévis dans le corps familial ; car la famille fait face à une grande adversité. Cette souffrance est également rattachée au sentiment de réification, au sentiment d'être réduit à un objet sur lequel le sort s'abat, sur lequel les autres ont le droit de manipulation sans reconnaissance. Ce qui pousse le patient à adopter une posture passive, rationalisant, pour faire face à cette souffrance.

Pour le thème portant sur l'autre du lien dans l'investissement du corps familial, il nous a permis à partir de la théorie du lien de Kaës(2005), d'envisager l'hypothèse selon laquelle non loin de puiser dans l'espace familial la ressource pulsionnelle nécessaire pour surinvestir le corps familial et donc resserrer les liens et les membres de la famille entre eux, le corps familial puise dans l'espace du lien à l'autre à la famille qui partage à la fois un matériau commun, partagé et différent avec l'espace familial, pour alimenter le fantasme de mêmeté d'être, le fantasme d'appartenir tous à un grand corps commun. Cette prise en compte de l'autre de la relation au corps familial passe l'identification chez ceux-ci d'une du fantasme d'un corps familial qui s'affranchit de la mort, qui est immortel et bon. Elle passe également par la considération de la participation de cet autre au projet de surinvestissement du corps familial. Tout discours centré sur le corps DMA de la famille rejoint l'organisation des liens familiaux autour de ce même corps auquel il ne peut renoncer ; ce qui est matérialisé par les dessins vides, sans aucun ameublement des différentes maisons produites par ces familles, les ouvertures et la rigidité de l'enveloppe, signe d'ambivalence vis-à-vis de l'adversité.

## **6.2. Le corps dans l'organisation spatiale de la maison**

### **6.2.1. Pauvreté dans la production graphique**

Les résultats obtenus après la passation de l'outil projectif, nous permettent de relever que, l'ensemble des productions graphiques et verbales sont pauvre, ce qui s'interprète comme étant une forme de pauvreté dans la production fantasmatique, dans l'imaginaire familial marqué par une blessure narcissique. À travers le dessin de maison de rêve, nous avons pu avoir accès l'espace du corps familial.

Il faut souligner que, la représentation de l'habitat intérieur, bien que nous l'ayons déjà mentionné est régie par le vécu et le rapport pulsionnel inconsciente du corps familial. Il est le

résultat d'un compromis entre les désirs inconscients, les interdits et la réalité contextuelle liée à la consigne. Dans le cas de notre protocole, le fait qu'il n'y ait aucun aménagement, fait référence au non pensable, à l'irreprésentable ; l'angoisse en lien à ce non pensable trouve résolution au niveau d'un intérêt marqué pour le contenant. Par la présence du déficient moteur acquis durant les productions, la famille a manifesté sa difficulté à faire recours aux objets symboliques permettant de justifier leur identité et constituer leur histoire singulière.

Toujours dans le même sens, le discours sur la réalisation du dessin, est un discours formel et constructif de la maison, avec des séquences « *disposition des pièces* » prédominantes. Il est pauvre dans l'ensemble et chargé d'affectes douloureux réprimés. On note peu la manière de s'investir dynamiquement sur les lieux et plus la manière dont se présente les lieux. De ce fait, la réalisation par la famille fait place une démarche rationnelle dans laquelle le fantasme fera peu effet, masquant par-là l'expression du Moi familial qui agonise.

L'indifférenciation, tant dans l'occupation de l'espace que dans l'organisation des pièces, prend sens à travers la notion d'anonymat des espaces et des identités individuelles ; cet anonymat parle d'un corps commun, signent d'une prédominance du pôle isomorphique sur le pôle homomorphique, dans lequel sujet du groupe parlent au nom du groupe familial.

### **6.3. De la structure de la maison à la structure de l'enveloppe psychique familiale**

#### **6.3.1. L'enveloppe de pare-excitation**

Pager (2012) dans ses travaux, attribue au domicile familial la capacité à pouvoir servir de contenant pour les matériaux psychiques chargés d'excitation. En tant que telle, le domicile familial est constitué d'une paroi externe qui subit tous les aléas de variation climatiques, toutes les excitations possibles que l'on peut retrouver à l'extérieur et qui en font un milieu insécurisant. Il est également constitué d'une membrane interne qui favorise un rapport à l'intimité par la possibilité pour le sujet d'y inscrire ce qui pour lui a du sens, ce qui pour lui maintient en fantasme sa réalité psychique. Toutefois, la destruction de ses parois, laisse l'intérieur vulnérable, sujet à l'effondrement. Ainsi, dans un contexte où l'enveloppe psychique familiale se retrouve altérée dans sa fonction de pare-excitation suite à une DMA, le vécu du corps prends forme sur le domicile. Il devient alors un corps investi en tant que contenu sans contenant. L'absence de contenant, rend favorable la présence dans l'espace familial de matériaux dépourvus de sens, chargé d'affectes débordant. Rappelons que, le pare-

excitation assure 03 fonctions, parmi lesquelles une fonction de protection, une fonction d'échange et une fonction d'inscription Anzieu (1984).

Dans sa fonction protectrice, elle est représentée par la façade externe et ses matériaux constitutifs. Dans cet ordre d'idées, les travaux de Cuynet (1999), sur la spatiographie familiale, rendent compte du fait que les murs de l'extérieur sont en lien avec le premier feuillet du Moi-peau, appelé à garantir la protection de l'espace interne des variations d'excitation venant de l'extérieur, c'est-à-dire d'assurer la fonction de pare-excitation et de délimitation du corps familial, de réception puis annulation ou filtre des excitations externes. Du premier feuillet, les résultats relèvent des caractéristiques tels que :

### **6.3.2. Fonction de délimitation d'un dedans et d'un dehors du corps familial**

Durant la réalisation, les familles ont emprunté un procédé de réalisation centripète. C'est un procédé qui passe par la réalisation des parois externe de la maison, pour par la suite organiser l'espace intérieur Cuynet (1999). Ce procédé, traduit dans le travail de l'appareil psychique familial la nécessité de sécuriser ses contenus mis à nu, en se donnant une enveloppe délimitant et protectrice. En réalisant de tels contours, les famille Aphda, Rom et Fobo séparent la réalité psychique familiale interne de la réalité psychique externe. Face à l'angoisse générée par la nature ambiguë de la consigne, ainsi que du fond vide et blanc de la feuille de dessin, le compromis psychique conduit la famille à réaliser au plus vite les lignes garantissant sa sécurité, son unité. La présence d'ouverture sur les parois externes de la maison renseigne l'hypothèse de la blessure narcissique, du traumatisme de l'enveloppe familial. Nous comprenons à cet effet que, cette famille porte en elle des non-dits qui font d'elles un groupe familial assujettie par une angoisse profonde, d'un sentiment d'insécurité et de perte de l'objet.

### **6.3.3. Construction d'une enveloppe de protection**

La construction d'une enveloppe de protection témoigne d'une nécessité pour le moi familial de se protéger contre ses propres angoisses, mais également contre un dehors qui s'est montré transgresseur pour elle. et comme nous venions de le souligner avec Cuynet (1999), dans les moments de crise, le corps familial mobilise son économie vers les parois de protection pour ne pas succomber. Parce que les familles craignent l'extérieur, elles essaient de s'en protéger. Plus il y'a des ouvertures qui donnent sur le monde extérieur, plus la famille

est portée à entretenir des relations constantes avec celui-ci (c'est le cas de la famille Rom) ; ce qui fait que, les ouvertures sur la maison, conditionnement les échanges entre l'extérieur et l'intérieur, et donc garantissent la perméabilité de l'enveloppe familiale. Il faut dire une fois de plus que, toutes les familles ont fait recours à un procédé centripète, forme de replie sur le soi familial de l'énergie pulsionnelle, afin d'investir d'avantage l'enveloppe psychique du groupe.

#### **6.3.4. L'enveloppe de signification**

Suivant Anzieu (1993), l'enveloppe de signification serait celle qui résulte de la fonction alpha familiale. C'est dire qu'il s'agit d'une surface d'inscription tournée vers l'intérieur et chargée d'encoder les traces laissées par les excitations. Cette surface se retrouverait dans l'agencement signifiant de l'espace qui est à l'origine du ressenti de familiarité. En d'autres termes, cette surface fait référence au contenu de contenant. Dans le cadre du test projectif, il fait référence à l'aménagement de l'espace, ainsi que chacune de pièces de la maison. Cet aménagement traduit une enveloppe de sens qui résulte de la transformation active des éléments bruts en éléments représentables. C'est elle, qui rend compte de la symbolique dans l'identité familiale et individuelle, permettant à chaque famille de se sentir « chez elle », dans ses meubles.

En ce qui concerne notre recherche, l'espace de la maison construite est vide, sans aménagement. Cette famille adopte une attitude d'anonymat dans laquelle elle ne ressent pas le besoin de remplir la maison pour y inscrire leurs identités, en particulier leur environnement intérieur, leur identité familiale. D'un point de vue économique, cette tendance témoigne d'un manque d'investissement dans la surface importante. Selon Eiguer (2004), l'image du corps a tendance à s'étendre et à s'approprier l'espace environnant grâce à une identification projective. Par conséquent, l'insertion d'un objet n'est pas possible en raison de la reconnaissance de l'objet dans une réalité narcissiquement partagée. Dans notre illustration, nous avons la maison vide créée par la famille Aphda, dont l'un des membres présente un dommage moteur acquis.

En complément des analyses précédentes, les entretiens indiquent que la dimension affective demeure peu marquée dans les réponses à la question concernant les caractéristiques de la famille. Pour être plus précis, nous avons constaté une réelle absence de réponse à la question. Bien que cette question concerne l'organisation spatiale interne et le feuillet interne

de l'enveloppe familiale, celle qui suit concerne l'espace, la lumière et la fonction. La quasi-absence de recours aux émotions et aux idées de bien-être a été observée, ce que la couleur sélectionnée pour les murs reflète également. L'investissement minimal dans l'espace interne ne leur donne donc pas la possibilité de s'approprier cet espace et laisse place à une sensation.

### **6.3.5. Hypothèse sur la structure en deux feuillets de l'enveloppe psychique familiale**

Une analyse de ces données nous permet de porter un jugement sur le surinvestissement de l'image du corps familial sur la paroi externe de l'enveloppe familiale, en raison des résultats qui se développent en formant une chaîne de sens spécifique. En d'autres mots, ces résultats nous donnent la possibilité de formuler l'hypothèse d'un surinvestissement dans la structure en deux parties de l'enveloppe familiale dans les familles ayant un membre DMA. Les deux feuillets sont davantage surinvestis sur la face externe, c'est-à-dire le feuillet qui délimite et protège. La famille voit ce surinvestissement comme une urgence délimitante et imperméable, tandis que la membrane interne chargée de l'encodage est affaiblie.

Le fait pour les familles d'orienter l'économie psychique vers les parois externes, c'est-à-dire vers le contenant soulève hypothèse selon laquelle la fonction contenante est préférée à la fonction conteneur de l'enveloppe, il y a un manque de travail de transformation de la souffrance psychique, des douleurs et des représentations menaçantes de l'appareil psychique familial, ce qui entraîne une diminution du tonus de vie et une relation intrafamiliale agonistique.

L'intérêt pour ce contenant, traduit la présence d'un impensable ou d'un irréprésentable rappelant les angoisses de morcellement contre lesquelles la famille se défend. Du fait de cet impensable, un vécu angoissant de la situation se fait présent depuis le noyau familial, et le surinvestissement de l'enveloppe premier servirait à maintenir une cohésion narcissique du corps familial et à le protéger de l'éclatement.

Parce qu'à la fois le feuillet interne et externe est atteint, l'investissement vers les parois externes vient témoigner de la défaillance de la fonction alfa de Anzieu (1990). Du fait de l'attaque des fonctions alphas les expériences de vie douloureuses restent non mentalisées Meltzer (2006). Une des conséquences d'un fonctionnement essentiellement protomentale dans la dynamique familiale est que la vie se voit confinée à un fonctionnement opératoire pour emprunter l'expression de Marti (1976), presque mécanique. La famille dans ces conditions à

des difficultés à profiter de la signification émotionnelle de ces expériences ; ce que nous avons relevé sur le terrain.

#### **6.3.5.1. Hypothèse sur le fonctionnement familial**

D'après la structure spatiale du dessin, il s'envisage la possibilité de deux modalités de fonctionnements pour la famille Aphda : les difficultés à s'autonomiser par rapport au groupe et à se différencier les uns des autres. Leur corps familial, par le biais du dessin de la spatiographie familiale, fournit un faible accès aux repères identitaires : la représentation de la différence des sexes et des générations est moins marquée, ce qui entraîne un flou dans les limites. Les résultats obtenus permettent l'hypothèse d'un appareil psychique familial qui fonctionnerait selon un pôle isomorphique : les membres du groupe tendent à organiser une fusion des appareils psychiques individuels autour d'un même fantasme organisateur, le déni de la différence des sexes et des générations. C'est l'illusion groupale de n'être qu'un même corps qui est maintenue. Il n'y a ni loi sexuelle, ni images paternelles ou maternelles inconscientes. Ruffiot (1981) retrouve ce type de fonctionnement dans les familles, dites psychotiques, psychosomatiques ou anorexiques. Ici, le blocage des processus de fantasmatisation et de symbolisation constitue, probablement, un mécanisme défensif contre des angoisses archaïques de morcellement. Pour André-Fustier et Aubertel (1994), ce mode défensif permet de préserver les liens familiaux menacés par l'éclatement au détriment de l'individuation de chacun. Ainsi dans le groupe, les familles seraient structurées selon un point de vue prépsychotique avec la présence de liens familiaux narcissiques, qui tournent autour d'une reproduction de l'identique. D'où l'impossibilité de se différencier d'un corps familial monolithique.

#### **6.4. Pôle isomorphique du Corps familial et échec dans le processus d'indifférenciation des membres de la famille.**

En tant que pôle d'indifférenciation, le pôle isomorphique est fait d'une dynamique familiale fusionnelle, dans lequel les piliers organisateurs de la famille sont le fantasme du partage d'un même corps. Il est également fait d'une réalité psychique qui attribue à la famille un sentiment de toute puissance narcissique, d'infaillibilité. C'est le pôle fédérateur de la réalité psychique familiale dominante. Dans le cadre des études sur une population d'adolescent obèses et hospitalisés dans une MECSS, les résultats de perte de poids on

conduit à l'observation d'une perturbation du corps familial car ce pôle représentait l'encrage identitaire familial (Sanahuja, 2011 ; Cuynet, 2010 ; Cuynet et al. 2012).

Une autre étude de 2013 appartenant à Cuynet, et al. a consisté à confirmer cette étude tout en ajoutant une variable nouvelle, celle de l'adolescence. Ce qui a permis de formuler l'hypothèse suivant laquelle, l'entrée dans le stade pubertaire d'un des membres de la famille plonge l'ensemble du groupe familial concerné par ce processus. Le sujet à cette période, vie une métamorphose psychosomatique liée à la puberté et au phénomène pubertaire Gutton, (1997). Ce changement d'après l'auteur, impacte la scène psychique, et induit des transformations diverses qui touchent le désengagement des liens parentaux intériorisés au cours de l'enfance, la découverte des pulsions sexuelles de l'amour objectal sous le primat des zones génitales et de l'organisme, l'affirmation de l'identité et de la subjectivité Braconnier, (2002). Alors que dans les travaux de (Cuynet, et al. 2013) cette population d'adolescent est porteuse d'une particularité : l'obésité. Elle se lance dans un processus de perte de poids en proie à cette question de puberté. Ceci, donne lieu à l'accumulation des problèmes de puberté, et de perte de poids, ce qui accentue le problème de l'image du corps. Il vient alors une double difficulté à comprendre et maîtriser le corps pour l'adolescent.

Dans notre recherche, le terrain nous a rapproché d'une famille dont, bien que nous puissions nous tromper, tous les enfants semblaient massifs de par leurs corps, ce qui nous a fait penser à une organisation familiale basé sur le sentiment d'avoir le même corps. À cette apparence massive, nous ajoutons le fait que deux des enfants, notamment la première et le deuxième de la fratrie traversaient la période d'adolescence et aussi que la figure maternelle était porteuse d'une double déficience motrice acquise ou encore d'une amputation des deux jambes. Pour (Cuynet, et al. 2013) l'hypothèse probable issue d'un contexte comme celui-ci est celle selon laquelle le pôle isomorphique de ses familles en situation serait déstabilisé car, comme le dit Kaës (1993) l'appareil psychique familial se caractérise par une tendance isomorphique reposant sur la crainte de la différenciation des sexes et des générations créant ainsi un phénomène d'uniformisation.

Or dans notre contexte le pôle isomorphique se trouve surinvesti, l'intersubjectivité est ancrée sur un corps souffrant auquel la famille s'identifie. Aussi, on note pour le corps l'adoption d'un mode privilégié d'échange entre les membres de la famille, une liaison familiale non verbale intensive en ce qui concerne la dimension affective, et qui se rapproche dangereusement d'un désinvestissement corps libidinale familial. Au sein de cette famille, la communication est centrée sur le factuel, dans une ambiance monotone et délibidinalisée, le

récit est conté tels qu'il s'est produit, comme-ci les membres de la famille était observateur sans émotion, ou encore coupés de leurs émotions ainsi que le montrent le dessin avec des pièces non différenciées et vides. Il y'a comme une sorte d'indifférenciation psychique entre les membres, ce qui implique que ceux-ci ne peuvent ni sentir les inquiétudes, les joies des autres, ni les contenir quand le besoin se présente ; seules les souffrances du corps sont écoutées, ce qui constitue leur mode d'échange principal : les troubles physiques, les soins nécessaires, les hospitalisations, l'entretien de l'habitat, le respect du prochain.

#### **6.4.1. La fratrie, un groupe dans le groupe : socle de l'investissement du corps familial**

Pour les auteurs comme Lemoine (2012), la fratrie porte une influence dont il serait nécessaire d'y porter une considération. Tout d'abord, elle reconnaît la fratrie comme une formation groupale qui s'organise sur les rapports infantiles, dans un conflit entre fusion et rivalité. C'est par cette alternance fusion/rivalité que se structure également l'identité. Lemoine (2012), dira même que, « *Dans la construction psychologique d'un individu, l'influence de la fratrie est bien plus grande que celle des parents.* ». Ce qui est une manière de justifier le fantasme selon lequel « *Nous sommes faits de la même pâte que nos frères et sœurs, en partie modelés, ou bosselés, par chacun d'entre eux et continuons, quand bien même la vie nous a éloignés, à voir le monde à travers le prisme de ces liens manquants.* ». Pour la fratrie, le parent représente la censure et sont plus susceptible d'être une obstruction à la satisfaction, contrairement à la fratrie.

Par ailleurs, la fratrie, se présente comme une entité indépendante au sein de la famille, dont les fonctions sont : de contenir, ressourcer et signifier Lemoine (2012). Elle est un socle favorable à la formation de l'identité individuelle, familiale et collective, c'est un "nous" partageant le même inconscient, comme le souligne Colonna (2012). Avant d'être traversée par des lignes de faille, elle s'appréhende originellement, dans l'intrapsychique, comme un tout indifférencié Lemoine (2012).

Les fratries biologiques possèdent l'expérience essentielle d'être issus d'un même ventre, un lieu archaïque où se forme le lien fraternel. Dans le fantasme, les frères et sœurs se voient comme autant de fragments d'un même corps, renforcés par leurs similitudes physiques dont ils sont souvent fiers ou leurs parents pour eux.

Particulièrement dans le cadre de la famille Aphda, nous avons pu noter une formation groupale de la fratrie face au corps familial atteint. De manière plus claire, la mère amputée

était à une distance significative d'avec ses enfants durant les entretiens. L'expérience du dessin confirme une telle observation dans laquelle seules les enfants se sont prêtés au test et à la formation régressive qui s'en est suivie. Nous pouvons encore souligner le fait selon lequel l'espace de la fratrie puisait dans son investissement narcissique l'économie nécessaire pour alimenter le narcissisme familial en détresse :

*On vivait bien, il y'avait la joie à tout moment, mais depuis qu'on a amputé maman il y'a plus la joie à tout moment, (sa sœur rebondit pour souligner : « mais ça a renforcé les liens » et elle précise que les liens ont été beaucoup plus renforcés au niveau de la fratrie (sur la scène la fratrie étant plus roche que la mère la DMA).*

*Euh... de mettre maman sur la chaise roulante... de... de... peut-être si elle veut sortir avec le taxi, on la met dans la voiture ; humm je m'occupe aussi de ses petits besoins ; et je continu de faire mon ménage et le marché aussi constamment. Quand je le fais, ce que sa représente pour moi c'est que je dois aider ma mère.*

*On s'arrange à ne plus blesser notre mère. On s'entre aide plus dans les tâches ménagères ; peut-être par exemple comme il s'occupe du salon et on fait le maximum pour que la maison soit toujours propre*

*On Fait le maximum pour que la maison soit toujours propre. Pour qu'elle est plus de joie, plus de blague, d'amour dans la bonne humeur*

Nous ajoutons que, toujours avec la famille Aphda, le groupe de la fratrie, face au cadre agonistique que représente l'espace familial, : « je ne voulais même pas ! c'est je ne savais pas si je devais réussir à ne pas pleurer devant elle, par ce que le but c'était de ne pas pleurer devant elle ». Ou encore : « la vie n'a pas changé hein... c'est toujours comme c'était avant, c'est juste qu'il y'a moins de sorties », puise dans l'autre de la relation à la fratrie, les ressources nécessaires pour faire face à ce cadre. Ce qui permettra à l'ainée de souligner que :

*Euh avant c'était moi qui gérais la maison normalement, quand eux ils partaient à l'école je restais gérer la maison. Mais comme elle a passé pratiquement 5 mois à l'hôpital ou 4 je ne sais pas trop, j'étais un peu devenu comme la mère de la maison, donc je faisais presque tout. Donc on s'est retrouvé en train de faire la cuisine à 3 par exemples. Elle faisait beaucoup de choses noooh, parfois elle faisait des tâches ménagères. Mais le handicap a fait aujourd'hui nous tous on essaie de s'organiser ensemble pour la maison ; et il y'a même mon amie ci, (vient ici : elle appelle son amie qui était là) elle pour moi elle a été un grand*

*soutient chaque jour elle venait rester ici avec nous et quand je pars même au campus elle reste avec maman et nous aide tous.*

*euil ! c'est plus qu'une amie elle est comme une sœur pour moi vraiment et dans notre maison...*

#### **6.4.2. Implications et perspectives**

Il sera question pour nous ici de dresser les implications qu'on eu notre recherche et par la suite les perspectives à propos.

##### **6.4.2.1. Implications**

Alors même que les problématiques identitaires sont de plus en plus d'actualités Picard (2008), que le mal-être dans la civilisation se fasse de plus en plus présent Kaës (2012), que les révolutions et que la société s'exprime maintenant sous forme d'image "*la société de l'image, du moi idéal*" Faccioli (2007) il faut dire que les personnes victimes de déficience motrice acquise se trouvent représente comme l'un des profils les plus sujet à la souffrance dans nos sociétés en générale et dans nos familles en particulier. Dans la société on observe que le non-dit familial, les organisations familiales.

La déficience motrice acquise est un état tragique, douloureux dont les personnes qui en sont victimes restent laissez pour compte. Cet état déficient, porte atteinte à l'organe moteur, socle de la sublimation Dolto (1983). Le sujet se retrouve voué à adopter une position assise, passive capable de rappeler les angoisses liées aux stades préœdipiens. En tant que le prolongement narcissique d'une famille, le sujet atteint représente le trauma pour le groupe familial, car porte atteinte à leur investissement narcissique. Par conséquence l'image du corps familial qui puise dans le corps de ses membres les ressources nécessaires pour se conserver, se retrouve en souffrance et cherche à colmater la blessure. Parce qu'il y'a souffrance, notre étude permet de contribuer à sa compréhension. Ce qui permettrait un apport significatif dans la clinique psychanalytique familial, la clinique du groupe et du lien.

##### **6.4.2.2. Perspectives**

Cette recherche a mis en exergue comment, dans un contexte marqué par le sentiment de réification et la déficience motrice acquise le corps familial est investi. Pour le coup, elle a

montré que, dans les situations de crise, le corps familial est surinvesti à la fois par la famille, mais également par l'autre du lien à la famille en vue de dissiper l'angoisse de morcèlement.

Ce résultat nous permet de penser une clinique psychanalytique et une psychopathologie basée sur l'exploitation ergonomique du lien et l'exploitation de l'économie du lien à l'autre de la relation à la famille. Car au Cameroun, les relations interfamiliaux et les liens qui s'y forment sont riches que ce soit en termes d'économie, de contenu, de structure, etc. Il serait même à envisager dans la prochaine recherche l'étalonnage du dessin de famille afin de voir dans quelle mesure elle rendrait favorable l'accès à l'économie du lien à l'autre à la famille par la famille. Résumer la famille sur le seul plan de ses force intérieur, c'est la cliver de l'extrafamilial qui pourtant est le prolongement du noyau familial.

Encore que, dans une société où l'instrumentalisation, la réification devient le moyen le plus courant d'établir des relations, formant par là des liens de nature pervers et chaotique, nous trouvons nécessaire de penser la famille dans ses rapports économiques intra-groupaux et l'extra-groupaux de façon générale.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Notre recherche s'intitule : « Lien et sentiment de réification dans l'investissement d'un corps familial victime d'une déficience motrice acquise ». Elle nous a permis d'investiguer le concept du lien et du corps familial via une démarche psychanalytique, précisément psychanalytique groupale. Il a été question dans ce travail d'investiguer le rapport économique qui intervient entre l'altérité, l'altérité du lien et le corps familial chez les sujet victimes de DMA et sujet au sentiment de réification. C'est la raison pour laquelle le problème qu'il soulève est celui de la participation de l'autre du lien au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial victime de DMA. À la suite de ce problème nous nous sommes posés la question de savoir : « *Comment, dans un contexte marqué par le sentiment de réification et la déficience motrice acquise le corps familial est-il investi ?* ». Puis elle est partie de l'approche théorique du lien de Kaës (2005) et de la théorie du corps familial de Cuynet (2010), pour formuler un objectif, celui de comprendre à partir du lien, la participation de l'autre de la relation au corps familial au processus de surinvestissement du corps familial chez les personnes en situation de déficience motrice acquise, marquées par un sentiment de réification. Ce qui s'est fait par le biais d'une approche épistémologique des travaux existants.

Pour assoir ce questionnement, nous avons arborés une revue de la littérature qui a porté sur la notion de handicap en générale, et de handicap moteur en particulier. Ainsi nous avons commencé par présenter l'historique qui le structure, puis sa définition, ses différentes formes cliniques, les facteurs déterminants. Puis nous avons évoqué les manifestations liées à l'annonce médicale, les effets de la survenue du handicap et ses implications dans la vie personnelle et familiale, les modifications traumatiques du corps. Enfin, dans cette partie, nous nous sommes aventurés à parcourir les données conceptuelles liées au cadre institutionnel médicale en tant que socle de l'objectivité, dans lequel y est appliqué une médecine scientifique soit sur un modèle anatomo-pathologique, soit sur un modèle épistémologique, normatif et par la preuve. Nous avons également abordé les points portant sur le cadre médical comme socle d'une rationalité mortifère et réifiante qui résume le patient non pas à un sujet d'expérience qui participe à faire évoluer la médecine mais à un objet d'expérience sur qui on applique des formules toute faites. Sur la question du handicap moteur acquis, nous avons pu ressortir qu'elle porte des répercussions à la fois psychologiques, biologique et familial. La personne atteint fait face à trois évènements majeurs d'après Ndjabo (2018) : le moment de l'accident ou de la maladie, le moment de l'annonce du handicap et le moment de l'adaptation au Centre de rééducation. C'est trois

moments correspondent à des états psychiques différents majoritairement marqué par une alternance entre détresse, anxiété et espoir. Les circonstances de l'annonce pouvant modifier significativement ces états. L'interpellation du cadre institutionnel nous a permis de soulever la présence d'un laissé aller à la stricte objectivité scientifico-médicale, de manière à se couper de la nécessité de l'interdisciplinarité et la reconnaissance du sujet comme étant acteur, sujet du résultat médical, sujet de la prise en charge et sujet des résultats et avancés scientifique médicale. La médecine qui continue de se positionnée comme toute puissance qui sais où elle va sans le patient. Investigation à la suite laquelle nous avons pensé les théories explicatives pour notre étude.

La partie suivante, notamment l'insertion théorique, a été fait sur la base de l'approche théorique du lien et l'approche théorique de la groupalité psychique. En ce qui concerne l'approche théorique du lien, nous nous sommes appesantis sur son épistémologie, sur le groupe comme étant une altérité plurielle ou encore le rapport à plus d'un autre, sur la clinique du lien, sur le lien comme socle constitutif de la groupalité, les constituants du lien et ses critères tout en prenant en compte les travaux de Kaës (2012) sur : le sujet, l'institution et la question du lien. Nous avons également abordé les concepts favorables pour penser la matière psychique du lien, notamment la consistance de sa matière psychique, ses organisateurs psychiques et enfin ses facteurs de liaison ; ceci via les auteurs comme Kaës (2005), Joubert (2004). En ce qui concerne la partie portant sur la théorie de la groupalité psychique, nous l'avons abordé via son historique, ses organisateurs ; puis nous y avons identifier l'une de ses formes spécifiques, notamment, la famille, que nous avons exposé en termes d'appareil psychique familial ayant ses propres organisateurs, parmi lesquels : l'image du corps familial, qui possède, un fonctionnement spécifique basé sur les données de la métapsychologie. Cette approche théorique s'est construite sur la base des travaux de : Freud (1913), Foulkes (1964), Pichon-Rivière (1971), Anzieu (1968), Kaës (1974, 2013),

Sur le plan méthodologique, nous avons choisi de privilégier l'approche qualitative à travers la méthode clinique, principalement fondée sur l'étude de cas. Nous avons choisi cette méthode pour sa capacité à fournir une analyse approfondie des phénomènes dans leur contexte d'apparition. Pour choisir nos participants, nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion, et nous avons employé un guide d'entretien pour collecter les données à l'aide d'entretiens semi-directifs et de test projectif de dessin de la maison de rêve de Cuynet (1999). Chacun des trois participants sélectionnés a été interrogé deux fois : Aphda, 38 ans, Fobo, 23 ans, Rom, 31 ans. Le premier entretien a été réalisé au domicile de Mme Aphda et les deux

autres au CNRPH. Pour Fobo et Rom les trois entretiens ont eu lieu au CNRPH. La méthode d'analyse de contenu, plus précisément l'analyse de contenu thématique, a été employée pour analyser les résultats.

En guise de résultat pour cette étude, nous retenons que la perte de la motricité inférieure, la situation de DMA est un état qui inscrit un lot de souffrance chez la personne qui en est victime. Elle s'exprime à travers un choc, une désillusion, de la détresse, des douleurs et mécanisme défensif comme la répression des sentiments douloureux, la rationalisation. Par cette inscription, elle remet en question les repères narcissiques qui servaient de recharge libidinale pour le sujet par rapport à son corps familial. Pour éviter l'éclatement, le corps familial favorise un repli de l'énergie vers ses membres, afin de palier à l'angoisse de morcellement, à l'angoisse d'éclatement de son noyau unifiant. Associer à ce processus, le corps familial va puiser également dans l'espace du lien à l'autre de la relation au corps familial les ressources nécessaires pour renforcer son sentiment narcissique. Nous avons également relevé que, la disposition du corps familial se reflète dans la maison, et que l'image du corps peut être projetée sur l'espace de la maison. Le corps familial puise dans les ressources de ses membres pour se structurer et alimenter le narcissisme de ses membres, et créer un sentiment d'unité et de cohésion. Cependant, dans le cas de la DMA, le vécu du corps est marqué par un choc initial, des douleurs intenses, un sentiment d'impuissance et de désarroi. La famille se retrouve en conflit entre le pôle isomorphique et le pôle homomorphique, et l'image du corps familial est fortement interrogée. Les expressions faciales neutres et la mimique de désintérêt témoignent d'une souffrance dans le corps familial. Le thème de l'autre dans l'investissement du corps familial a révélé que le corps familial puise dans l'espace du lien à l'autre pour alimenter le fantasme de mêmeté d'être et d'appartenir à un grand corps commun. Cette prise en compte de l'autre passe par l'identification de fantasme commun, partagé d'une possibilité de guérir, et par la considération de la participation de cet autre au projet de surinvestissement du corps familial.

Cette étude a examiné les problèmes d'identité et de mal-être dans la société actuelle, en se concentrant sur les personnes atteintes de déficience motrice acquise (DMA). La DMA est un état tragique et douloureux qui affecte l'organe moteur, ce qui peut entraîner une position assise et passive rappelant les angoisses précœdipiennes. Les personnes atteintes de DMA sont souvent laissées pour compte dans la société et leur état peut causer un traumatisme à la fois pour elle mais aussi pour leurs réseaux de lien, car elles portent atteinte à leur investissement narcissique. Cette étude vise à contribuer à la compréhension de la

souffrance liée à la DMA et à apporter une contribution significative à la clinique psychanalytique familiale, des institutions, de groupe et de lien. En guise de perspective, les résultats de cette recherche suggèrent à explorer une approche clinique psychanalytique et une psychopathologie basée sur l'exploitation ergonomique du lien et l'économie du lien à l'autre de la relation familiale. Étant donné que les relations interfamiliales au Cameroun sont riches en termes d'économie, de contenu et de structure, il serait intéressant d'envisager l'étalonnage du dessin de famille pour faciliter l'accès à l'économie du lien à l'autre de la famille. Cependant, il est important de ne pas réduire le corps familial à ses seules forces internes, mais de considérer également les relations extrafamiliales qui prolongent le noyau familial. Dans une société où l'instrumentalisation et la réification deviennent courantes, il est nécessaire de considérer les rapports économiques intra-groupeux et extra-groupeux de la famille de manière plus générale.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- Admin C, P. (2021, août 22). Le Carnet Psy – Tausk. *Le Carnet Psy*.  
<https://carnetpsy.fr/tausk/>
- Ainsenstein, M. (2008). Le travail psychanalytique et maladie grave. *Le Carnet Psy*, 126, 35-38.
- Alain Deneault, (2021) *l'économie psychique*, dans Lux Editeur, 2021
- Albernehe, K. & Albernehe, T. (2008). *Applications en thérapie familiale systémique*, Elsevier Health Sciences,
- Amazon.fr—*Aux sources de l'expérience*—Bion, W-R, Robert, François—Livres. (s. d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://www.amazon.fr/Aux-sources-lexp%C3%A9rience-W-R-Bion/dp/2130534864>
- Monique Amor Ndjabo. (2018) *L'expérience de l'incapacité motrice à Yaoundé au Cameroun : une analyse des perturbations biographiques*. Sociologie. Université Rennes 2; Université catholique d'Afrique centrale. Français. ffNNT : 2018REN20073ff. fftel-02078750.
- Amputation et Sport* François Luthi—Cours SSMS, Sion, samedi 29 août 2015. (s. d.-a). Consulté 4 février 2023, à l'adresse <https://fr.readkong.com/page/amputation-et-sport-francois-luthi-8100495>
- André-Fustier, F. (2001). Quels dispositifs institutionnels pour des familles en grande difficulté psychique ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 46(4), 71-79.  
<https://doi.org/10.3917/lett.046.0071>
- André-Fustier, F. (2002). Les adaptations familiales défensives face au handicap. *Le Divan familial*, 8(1), 11-24. <https://doi.org/10.3917/difa.008.0011>
- André-Fustier, F. (2012). Le rêve comme matrice primaire de l'appareil psychique familial. *Le Divan familial*, 29(2), 27-45. <https://doi.org/10.3917/difa.029.0027>
- André-Fustier, F., & Dorey, J.-L. (2006). Cothérapie et expérience de la groupalité psychique dans le cadre d'un dispositif de formation de thérapeute familial psychanalytique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47(2), 161-178.  
<https://doi.org/10.3917/rppg.047.0161>

- Anzieu D (1966) l'imaginaire dans les groupes. *Cahiers de Psychologie du Sud-Est* 9(1) : 7–10.
- Anzieu, A. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D. (1966). Etude psychanalytique des groupes réels. *Les temps modernes*, 242, 56-73.
- Anzieu, D. (1975). *Le groupe et l'inconscient du groupe*. Dunod.
- Anzieu, D. (1987). *Les enveloppes psychiques*. Bordas.
- Anzieu, D., Guerin, C., Merot, P., Tobie, N., & Ciccone, A. (1990). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Apsygée.
- Appareillages prothétiques – Vers de nouvelles technologies....* (s. d.). Consulté 4 février 2023, à l'adresse <http://uf-mi.u-bordeaux.fr/ter-2016/mazouffre-figus/>
- Arpin S.(2015), l'après-coup, le trauma sexuel et le couple, *Le Divan familial*, Paris : In Press, 34, 147 à 160
- Auberson, M., & Clément, M. (s. d.). *Le rôle infirmier auprès des patients amputés visant la gestion des symptômes de douleurs fantômes*.
- Aubertel, F. (2016). L'appareil psychique familial, la démarche intellectuelle et scientifique originale d'André Ruffiot. *Revue internationale de psychanalyse du couple et de la famille*, 15,1-12.
- Bacqué, M.-F., & Baillet, F. (2009). *La Force du lien face au cancer*. Odile Jacob.
- Belot, R.-A., & Cuynet, P. (2015). Miroir du corps familial, pare-excitation et enjeux psychosomatiques. *Le bébé et sa famille*, 151-184. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2015.01.0151>
- Benghozi, P. (2014). L'observation des transformations du spatiogramme de la maison et la figurabilité de l'image inconsciente du corps psychique groupal familial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 147-160.
- Berque, A. (1986). Jacques Pezeu-Massabuau, *La maison, espace social*. *Annales*, 41(3), 707-708.
- Bertinchamps, D., Fabry, M., Muls, A., Richir, N., Tasiaux, C., Van Driessche, M., Vercauteren, A., & Wodon, A. (2013). Chapitre 11. L'amputation d'un membre

inférieur. *Les interventions en psychologie de la santé* (p. 219-237). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.mikol.2013.01.0219>

Binet, J. (s. d.). *Nature et limites de la famille en Afrique noire*.

Bion, W. R. (2002). *Recherches sur les petits groupes*. Presses Universitaires de France - PUF.

Bion, W-R. (1962). Une théorie de l'activité de pensée. *Réflexion faite*. Paris : PUF (1983).

Bokanowski, T. (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, 16(1), 9-27.  
<https://doi.org/10.3917/pcp.016.0009>

Bolgert, C. (2010). La fin de la thérapie. *S'engager dans la séparation*. Gestalt, 38(2), 103-112. <https://doi.org/10.3917/gest.038.0103>

Borens, O., Saucy, F., Mouhsine, E., Wettstein, M., & Blanc, C. H. (2007). *Amputations du membre inférieur [Amputations of the lower extremity]*. Serveur académique Lausannois.

Bouزيد, C., Dorai, A., Turki, Z., Ben Salem, L., & Ben Slama, C. (2009). P107 L'amputation des membres inférieurs chez des patients diabétiques de type 2 hospitalisés : Prévalence et facteurs de risque. *Diabetes & Metabolism*, 35, A53.  
[https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(09\)71905-6](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(09)71905-6)

C. Dejours, « Le corps comme exigence de travail pour la pensée », C. Chabert et coll., *Psychopathologie des limites*, Paris, Dunod, 2009, p. 64. (s. d.).

Caillot, J.-P. A. du texte, & Decherf, G. (1928-2015) A. du texte. (1982). *Thérapie familiale psychanalytique et paradoxalité*. [1] / Jean-Pierre Caillot, Gérard Decherf ; préface de Simone Decobert.

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3322211z>

Cameron, M. H., & Monroe, L. (2007). *Physical Rehabilitation - E-Book : Evidence-Based Examination, Evaluation, and Intervention*. Elsevier Health Sciences.

Cameroon-Info.Net. (s. d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse

<https://www.cameroon-info.net/article/chronique-les-handicapes-ont-aussi-des-droits-123324.html>

- catherine/francois, cyssau/villa. (1999). *L'entretien en clinique*. IN PRESS.
- Chakroun, E., Ben Salem Hachmi, L., Bouzid, C., Kammoun, I., Maatki, C., Turki, Z., & Ben Slama, C. (2009). P164 Influence du niveau socio-économique et du niveau d'instruction sur l'observance thérapeutique chez le diabétique de type 2. *Diabetes & Metabolism*, 35, A67. [https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(09\)71962-7](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(09)71962-7)
- Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*, 2e édition : *la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ.
- Cuynet P., 2000, *Habitat et identité*, in *Dialogue*, 148, Paris, AFCCC, 3-16
- Cuynet P., 2000, Naissance et paroles oraculaires, *Le Divan familial*, 4, Paris, In Press, 83-93.
- Cuynet P., 2001, La passion de l'ancestral, in *Le Divan familial*, 6, In Press.
- Cuynet P., 2001, Le stade du miroir familial, *Revue Société française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, Erès, 127-137.
- Cuynet P., 2001, Les oripeaux du couple, *Dialogue*, 140, Erès, 21-27.
- Cuynet P., (2005), l'image inconsciente du corps familial In *Le Divan familial* N° 15 | pages 43 à 58
- Cuynet P., Mariage A., (2001), Image du corps et habitat, *Perspectives Psychiatriques*, vol. 40, 5, EDK, 364-370.
- Cuynet P., Mariage A., (2004), Le dessin de l'arbre généalogique comme épreuve projective, *Le Divan Familial*, 13, In Press.
- Cuynet, P. (1999). Le dessin de la maison de rêve, la maison familiale. *Le divan familial*, 3, 59-72.
- Cuynet, P. (2005). L'image inconsciente du corps familial. *Le Divan familial*, 15(2), 43-58. <https://doi.org/10.3917/difa.015.0043>
- Cuynet, P. (2017). La maison de rêve. *Image du corps familial et habitat*. In press.
- Cuynet, P. ; Lami, J.-A. ; Mariage, A. (2006). « L'arbre généalogique, une création familiale », *Le divan familial*, 16, Paris, In Press.

- Cuynet, P. ; Mariage, A. ; Vannier, A. ; Authomme, S. ; Soult, P. ; Rossez, C. (2005). « Spatiographie familiale. Une maison cryptoristique », *Le divan familial*, 14, Paris, In Press, 123-136.
- Cuynet, P. ; Mariage, A. (2010). *Corps en famille*, Paris, In Press.
- Cuynet, P. ; Sanahuja, A. ; Bernard, A. (2012). « Le corps obèse, sémaphore de la souffrance familiale », *Dialogue*, 197, Toulouse, érès, 43-55
- Cuynet, P. (1998a). « l'arbre généalogique en thérapie familiale », *Le divan familial*, 1, Paris, In Press, 77-92.
- Cuynet, P. (1998b). « Le dessin familial de l'arbre généalogique », *Dialogue*, 140, Toulouse, érès, 6-20.
- Cuynet, P. (2010). « Lecture psychanalytique du corps familial », *Le divan familial*, 25, Paris, In Press, 14-33.
- Cuynet, P. (2011). « Image du corps chez l'adolescent obèse et transmission transgénérationnelle », *Le divan familial*, 27, 81-94
- Cuynet, P. ; Sanahuja, A. (2011). « Image du corps chez l'adolescente obèse », *Perspectives psychiatriques*, 50, 117-127.
- Cuynet, P., Schwailbold, M. A., Almudena Sanahuja, M., Bernard, A., Derbal, F., Ruet, A. (2016). La maison de rêve : topique projective du corps familial. *Le Divan familial*, 213, 53-68.
- Dagenais-Desmarais, V., & Privé, C. (2010). Comment améliorer le bien-être psychologique au travail ? *Gestion*, 35(3), 69-77. <https://doi.org/10.3917/riges.353.0069>
- Dejours, C. (2009a). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85(3), 227-234. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0227>
- Dejours, C. (2009b). Le corps, comme « exigence de travail » pour la pensée. *Psychopathologie des limites* (p. 53-88). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chabe.2009.01.0053>
- Des Aulniers, L. (2000). Catherine Cyssau (dir. Publ.), *L'entretien en clinique*, Paris, In Press Éditions, 1998, 345 pages. *Frontières*, 12(2), 86. <https://doi.org/10.7202/1074409ar>

- Dictionnaire international de la psychanalyse (Grand format—Autre 2002), de Alain de Mijolla (dir.), Sophie de Mijolla-Mellor (com. Éd.), Roger Perron (com. Éd.), Bernard Golse (com. Éd.) | Calmann-Lévy. (s. d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://www.calmann-levy.fr/livre/dictionnaire-international-de-la-psychanalyse-9782702125304/>
- Diop, I. (2012). Handicap et représentations sociales en Afrique occidentale. *Le français aujourd'hui*, 177(2), 19-27. <https://doi.org/10.3917/lfa.177.0019>
- Dolto, F. (2014). L'image inconsciente du corps. *Média Diffusion*.
- Dorey, J.-L. (2002). L'enfant handicapé auditif dans son rapport avec le fonctionnement groupal familial. *Le Divan familial*, 8(1). <https://doi.org/10.3917/difa.008.0025>
- Duflos, A. (1962). Bion W. R., Experience in groups and other papers. *Revue française de sociologie*, 3(1), 85-86.
- Durandin, G. (1994). Castellan (Y). —Psychologie de la famille. Paris. Privat, 1993. *Bulletin de psychologie*, 47(415), 408-409.
- Eiguer, A. (1983). Un divan pour la famille. *Du modèle familial groupal à la thérapie familiale psychanalytique*. Centurion-Paidós.
- Eiguer, A. (1987). La parenté fantasmatique. Dunod.
- Eiguer, A. (2006). L'inconscient de la maison et la famille. *Cahiers critiques de thérapie familiales et de pratiques de réseaux*, 37, 23-33.
- Eiguer, A. (2010). Du corps familial à la maison. *Le divan familial*, 25, 31-48.
- Eiguer, A. (1998). *Clinique psychanalytique du couple*, Paris, Dunod.
- Esquenazi, A. (2004). Amputation rehabilitation and prosthetic restoration. From surgery to community reintegration. *Disability and Rehabilitation*, 26(14-15), 831-836. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708850>
- Famille, amour, folie. Lecture et traitement psychanalytique des liens familiaux—Jean-G Lemaire. (s. d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://www.decitre.fr/livres/famille-amour-folie-9782227005303.html>

- Faten, E., Nader, M., Raies, H., Sana, M., & Amel, M. (2018). Le trouble de l'image du corps chez 100 femmes tunisiennes atteintes d'un cancer du sein. *Bulletin du cancer*, 105(4), 350-356.
- Fernandez, L., Gaucher, J. (sous la dir. De) (2012). *Psychologie clinique de la santé : 12 études de cas*. Paris : In Press, *Concept psy*.
- Filiation narcissique et complexe traumatique de filiation dans l'incestuel. (s. d.). Consulté 4 février 2023, à l'adresse <https://123dok.net/article/filiation-narcissique-complexe-traumatique-filiation-l-incestuel.z121p28y>
- Finkelstein-Rossi, C. de M. (s. d.). *Techniques projectives et psychopathologie*.
- Flick, U. (2007). *Gestion de la qualité dans la recherche qualitative*. Thousand Oaks, Californie : Sauge.
- Fonkeng, E., Chaffi, S., & Bomda, J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. ACCOSUP.
- Fonkoua, P. (2002). Intégration scolaire des enfants en situation particulière dans le système éducatif camerounais. Dans J. Ph. Tsala Tsala (dir.), *Santé mentale, psychothérapie et société*. Vienne, Autriche : Editions WCP.
- Foulkes, S. H. (1964). *Analyse thérapeutique des groupes*. Londres : Allen and Unwin, réimprimé en 1984, Londres : Karnac Books.
- Foulkes, S.H. (1964). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Payot.
- Francine, A.-F. (2012). Le rêve comme matrice primaire de l'appareil psychique familial. *Le Divan familial*, 29, 27-45.
- Freud, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Folio essais, Gallimard, 1989
- Freud, S. (1909). « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : le président Schreber ». *Cinq psychanalyses*. Poche, PUF, 2014
- Freud, S. (1909). *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5ans (le petit Hans)*. <https://www.psychanalyse.com>

- Freud, S. (1912). Totem et tabou : interprétation par la psychanalyse de la vie sociale des peuples primitifs. *Les classiques des sciences sociales*.  
<https://www.anthropomada.com>
- Freud, S. (1912). *Totem et Tabou*. Paris, Payot. 1923-1971.
- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Petite Bibliothèque, 2012
- Freud, S. (1915). « Pulsions et destin des pulsions » *Métapsychologie*. PUF, 2010
- Freud, S. (1915). Notamment l'inconscient. *Métapsychologie*. Champs classiques.
- Freud, S. (1915b). « Complément métapsychologique à la doctrine du rêve » *métapsychologie*. PUF, 2010
- Freud, S. (1917). « Deuil et mélancolie » *Métapsychologie*. *Quadrige*, PUF, 2010
- Freud, S. (1917). *Introduction à la psychanalyse*. Petite Bibliothèque Payot, 2004
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. *Quadrige / PUF*, 2010
- Freud, S. (1921). « Psychologie collective et analyse du moi » *Essais de psychanalyse*. Petite bibliothèque Payot, 1967
- Freud, S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du Moi*.  
<https://Helenegenet.eklablog.com>freud/p>
- Freud, S. (1921). *Psychologie des masses et analyse du Moi*. Puf
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. *Essais de psychanalyse*. Petite bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1923). *Le Moi et le Ça*. Paris : petite bibliothèque Payot, 2010
- Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 2011
- Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation*. [Dx.doi.org](https://doi.org/)
- Freud, S. (1933). Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse. Editions Gallimard,  
 « *Connaissance de l'inconscient* ».
- Freud, S. (1939). *Moïse et le Monothéisme*. [http://www.uqac.quebec.ca/zone30/classiques  
 des\\_sciences\\_sociales/index.html](http://www.uqac.quebec.ca/zone30/classiques_des_sciences_sociales/index.html).
- Freud, S. (1952). *Métapsychologie*, Paris : Gallimard.

- Freud, S. (1956). *Esquisse d'une psychologie scientifique*. Lettres à Fleiss.
- Gabel, J., (2009). *La réification : essai d'une psychopathologie de la pensée dialectique*. Editions Allia, Paris, 16, 1-15.
- Gaillard, G. (2005). Faire appel d'une référence, être confirmé dans ses différences. Les groupes professionnels et leurs liens à l'institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45(2), 167-181. <https://doi.org/10.3917/rppg.045.0167>
- Galiano, A.-R., & Portalier, S. (2012). Les groupes de parole de parents d'enfants déficients visuels: Réflexion sur le dispositif et sur la place du psychologue. *Pratiques Psychologiques*, 18(3), 265-281. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.12.006>
- Gargiulo, M., & Scelles, R. (2013a). Famille Et Handicap : Mutations Dans les Pratiques. *Dialogue : Families & Couples*, 2(2), 85-96. <https://doi.org/10.3917/dia.200.0085>
- Goula Tojuin, B. (2019). *Sentiment de vulnérabilité post traumatique chez les accidentés grave de la route et le lien à l'autre*. (Mémoire de master en Handicap mental, habileté mentale et conseils, Université de Yaoundé 1).
- Granjon E. (2007), Le néogroupe, lieu d'élaboration du transgénérationnel, *Le Divan familial*, 18, *La famille en quête d'auteurs*, Paris : In Press
- Granjon E. (2014b), Recevoir une famille en groupe, *RPPG*, 63, *l'observation psychanalytique dans les pratiques groupales*, Paris : Érès, p. 137-146.
- Granjon, E., (2001). Les fondements groupaux de la thérapie familiale psychanalytique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 37, 31-43.
- Grawitz, M., (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Dalloz.
- Green, A., (1993). *Le travail du négatif*. Edition de Minuit.
- Honneth, A., 2005, La réification. *Petit traité de théorie critique*, Paris, Gallimard, 2007
- Houzel D. Enveloppe familiale et fonction contenante. Anzieu D et al., eds. *L'activité de la pensée. Émergence et troubles*. Paris : Dunod, 1994 : 27-40.
- Houzel D. L'aube de la vie psychique. *Études psychanalytiques*. Paris : Éditions ESF, 2002.

- Houzel D., « *l'évolution du concept d'espace psychique dans l'œuvre de Mélanie Klein et de ses successeurs* », in Gammil et al., *Mélanie Klein aujourd'hui*, Lyon, Césura Lyon Édition, 1985, p. 123-135.
- Houzel, D. (2015). *Fonctions du tiers dans la relation entre la mère et le bébé*. In *Le bébé et sa famille* (p. 81-104). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2015.01.0081>
- Imam, B., Miller, W. C., Finlayson, H. C., Eng, J. J., & Jarus, T. (2017). Incidence of lower limb amputation in Canada. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 108(4), e374-e380. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.6093>
- Institut National de la Statistique. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011 (EDS-MICS 2011)*.
- Jeannerod, M. (2010). De l'image du corps à l'image de soi. *Revue de neuropsychologie*, 2(3), 185-194. <https://doi.org/10.3917/rne.023.0185>
- Joubert, C. (2004). Psychanalyse du lien familial. *Le Divan familial*, 12(1), 161-176. <https://doi.org/10.3917/difa.012.0161>
- Joubert, C. (2011). *La théorie du lien, Esquisse d'une métapsychologie du lien*. *Psicoanalysis e Intersubjetividad*, 9,1, 1-18.
- Kaës R. (2012), *Le Malêtre*, Paris : Dunod.
- Kaës, R. (1976). L'appareil psychique groupal. *Constructions du groupe*. Dunod.
- Kaës, R. (1993). Le groupe et le sujet du groupe. *Éléments pour une théorie psychanalytique des groupes*. Dunod.
- Kaës, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique : Genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, 9-30.
- Kaës, R. (2006). En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 46, 9-25.
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. *Groupalité psychique et alliances inconscientes*. *Cahier de psychologie Clinique*, 34, 13-40.
- Kaës, R. (2013). Un singulier pluriel. *La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Dunod.

- Kaës, R. (2014). La groupalité psychique et le sujet du groupe. *Les théories psychanalytiques du groupe*, 107-120.
- Kaës, R. (2015). Le modèle de l'appareil psychique groupal. *L'extension de la psychanalyse*, 137- 160.
- Kaës, R. Et al. (1976). Crise, rupture et dépassement. *Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale*. Dunod.
- Kaës,R. (1980). Qu'est-ce que la groupalité psychique ?. *Bulletin de la société française de psychothérapie de groupe*, 29-34.
- Kayssi, A., Dilkas, S., Dance, D. L., de Mestral, C., Forbes, T. L., & Roche-Nagle, G. (2017). Rehabilitation Trends After Lower Extremity Amputations in Canada. *PM&R*, 9(5), 494-501. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.09.009>
- Ketele, J.-M. D., & Roegiers, X. (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. De Boeck Université.
- Klein, M. (1996). Notes on some schizoid mechanisms. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 160-179.
- Korff-Sausse, S. (2005). *Peut-on penser le handicap mental?* Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/penser-le-handicap-mental--9782859528263-page-11.htm>
- L'économie psychique*. (s. d.). Lux Éditeur. Consulté 5 février 2023, à l'adresse <https://luxediteur.com/catalogue/leconomie-psychique/>
- La violence de l'interprétation—Piera Aulagnier—Fil rouge (le)—Format Physique et Numérique | PUF. (s. d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse [https://www.puf.com/content/La\\_violence\\_de\\_linterpr%C3%A9tation](https://www.puf.com/content/La_violence_de_linterpr%C3%A9tation)
- Lacan, J. (1937). « Le stade du miroir. Théorie d'un moment structurant et génétique de la constitution de la réalité, conçu en relation avec l'expérience et la doctrine psychanalytique,
- Lacan, J. (1970). *Radiophonie*, in *Autres écrits*, Paris, Ed. Seuil, 2001, p. 409
- Lacan, J. (2004). Le séminaire, livre XXIII. *Le sinthome*, 1975-1976, Paris, Ed. Seuil, p. 66
- Lagache, D. (1949). *L'unité de la psychologie*, Paris : PUF

- Laplanche, J., & Pontalis, J.-P. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Puf.
- Laroche, P. (1977). *Modification de l'image du corps chez des femmes obèses* [Masters, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6316/>
- Le divan familial n°34 : *Le corps familial de la métaphore au concept*. (s. d.). Société Psychanalytique de Paris. Consulté 8 février 2023, à l'adresse [https://www.spp.asso.fr/publication\\_cdl/le-divan-familial-n34-le-corps-familial-de-la-metaphore-au-concept/](https://www.spp.asso.fr/publication_cdl/le-divan-familial-n34-le-corps-familial-de-la-metaphore-au-concept/)
- Le Guérinel, N. (1980). Note sur la place du corps dans les cultures africaines. *Journal des Africanistes*, 50(1), 113-119. <https://doi.org/10.3406/jafr.1980.2223>
- Le roman familial*. (s. d.). Consulté 4 février 2023, à l'adresse <http://www.la-psychologie.com/roman-familial.htm>
- Leduc, S. (s. d.). *Amputation—Membres inférieurs et supérieurs*. Consulté 3 février 2023, à l'adresse <https://cnfs.ca/pathologies/amputation-membres-inferieurs-et-superieurs>
- Les enjeux de la parentalité*. (s. d.). Consulté 5 février 2023, à l'adresse <https://www.editions-eres.com/ouvrage/126/les-enjeux-de-la-parentalite>
- Loncan, A. (2015). Du corps individuel au corps psychique familial. Réflexion sur la topologie de la vie psychique familiale. *Le Divan familial*, 34(1), 11-26. <https://doi.org/10.3917/difa.034.0011>
- Luboya, E., Tshilonda, J.-C. B., Ekila, M. B., & Aloni, M. N. (2014). *Répercussions psychosociales de la drépanocytose sur les parents d'enfants vivant à Kinshasa, République Démocratique du Congo : Une étude qualitative*. Pan African Medical Journal, 19. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.5.2830>
- Maisondieu J., *Le crépuscule de la raison*, Paris, Centurion, 1989.
- Maisondieu, J., « Vieillir en famille : une situation cornélienne », *Gérontologie et Société* - n° 122, Paris, 2007.
- Malinowski, B. (1963). *Les argonautes du pacifique occidental*.
- Manuel-APA-de-Scribbr-10-4-2020. (s. d.). studylibfr.com. Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://studylibfr.com/doc/10060578/manuel-apa-de-scribbr-10-4-2020>
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2004). *Adolescence et psychopathologie*. Masson.

- Marty, P. (1991). Mentalisation et psychosomatique. *Les empêcheurs de tourner en rond*. Masson.
- Mcdougall, J. (1989). *Théâtre du corps*. Gallimard.
- MD, J. I. K., MD, M. S. P., MD, B. K. P., & CPO, P. M. S., Med. (2018). *Atlas of Amputations & Limb Deficiencies*, 4th édition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mellier, D. (2015). Introduction—Le bébé-dans-sa-famille, une exigence de travail transpsychique. *Le bébé et sa famille* (p. 11-20). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2015.01.0011>
- Miles, M., & Huberman, (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Missonnier, S. (2015). Sa Majesté le fœtus ! La relation d'objet virtuelle à l'épreuve du diagnostic anténatal. *Le bébé et sa famille* (p. 121-150). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.melli.2015.01.0121>
- Moley-Massol, I. (2007). Relation médecin-malade : Enjeux, pièges et opportunités. DaTeBe.
- Monroe, L. G., Cameron, M. H. Et Monroe, L. (2007). *Physical rehabilitation evidence-based examination, evaluation, and intervention*. St. Louis, Mo. St. Louis, Missouri : St. Louis, Mo. : Saunders/Elsevier, c2007.
- Moreau de Bellaing Louis. Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, Coll. « Précis Droit public. Science politique », 1996. In : *L'Homme et la société*, N. 129, 1998. Regards sur l'humanitaire. Pp. 140-141. [www.persee.fr/doc/homso\\_0018-4306\\_1998\\_num\\_129\\_3\\_3586](http://www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_1998_num_129_3_3586)
- Neuburger., R. (1995). *Le Mythe familial*. ESF, Paris.
- Niveaux d'amputation – Appareillages prothétiques. (s. d.). Consulté 4 février 2023, à l'adresse <http://uf-mi.u-bordeaux.fr/ter-2016/mazouffre-figus/generalites/niveaux-damputation/>
- Nsangou, H. N., Falck, J., & Scelles, R. (2020). Culture familiale de la drépanocytose et image du corps chez les enfants atteints. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(8), 827-836.

- Ntjam, M-C. (2011). Handicap de l'enfant et acte d'adoption chez les mères camerounaises. *Revue camerounaise de psychologie clinique*, 2, 113-138.
- Ntsama, R. (2013). *La famille camerounaise entre tradition et modernité : Aspirations et représentations familiales de l'enfant handicapé* [These de doctorat, Paris 5]. <https://www.theses.fr/2013PA05H016>
- OECD. (2009). Amputation des membres inférieurs liée au diabète et prévalence du diabète, 2007. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2009/amputation-des-membres-inferieurs-liee-au-diabete-et-prevalence-du-diabete-2007\\_health\\_glance-2009-graph5\\_2\\_3-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2009/amputation-des-membres-inferieurs-liee-au-diabete-et-prevalence-du-diabete-2007_health_glance-2009-graph5_2_3-fr)
- OECD. (2021). Amputation majeure d'un membre inférieur chez les adultes, 2009, 2019 (ou année la plus proche) et 2020. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/amputation-majeure-d-un-membre-inferieur-chez-les-adultes-2009-2019-ou-annee-la-plus-proche-et-2020\\_6288b9da-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/amputation-majeure-d-un-membre-inferieur-chez-les-adultes-2009-2019-ou-annee-la-plus-proche-et-2020_6288b9da-fr)
- Ondoua Abah, G. (2002). *Livre blanc sur la condition des personnes handicapées au Cameroun*. Yaoundé, Cameroun : Éditions Presse universitaire d'Afrique.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1947). Constitution. <https://www.who.int>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.
- Organisation Mondiale de Santé (2008). Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé. 86, 417- 496.
- Pankow, G. (1974). *L'homme et sa psychose*. Aubier-Montaigne.
- Pankow, G. (1977). *Structure familiale et psychose*. Auber-Montagne.
- Pasche F., *À partir de Freud*, Paris, Payot, 1969, p. 185.
- Pédinilli, J.L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Presse Universitaire de France.
- PEP | Browse | Read—L'expérience de la peau dans les relations objectales précoces (). (s.d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://pep-web.org/browse/document/RBP.001.0073A>

- Pierre Bourdieu (dir.), *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993, 956 p.
- Pireyre, É. (2011). *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept*, Paris, Dunod
- Pochon, S. (2018). Hélène Buisson-Fenet, Olivier Rey (dir.), *Inclure le handicap, recomposer l'école ? Lectures*. <https://journals.openedition.org/lectures/27809>
- Portelier, S. (2005). L'enfant handicapé dans sa famille : Des relations complexes pour construire une identité originale. *Reliance*, 18(4), 43-48. <https://doi.org/10.3917/reli.018.0043>
- Psychanalyse du couple et de la famille—Jean-Pierre Caillot, Gérard Decherf—Achat Livre | fnac. (s.d.). Consulté 8 février 2023, à l'adresse <https://livre.fnac.com/a128721/Jean-Pierre-Caillot-Psychanalyse-du-couple-et-de-la-famille>
- Psychologie clinique et pathologique. In : *l'année psychologique*. 1990 vol. 90, n°4. Pp. 621-634. [Www.persee.fr/doc/psy\\_0003-5033\\_1990\\_num\\_90\\_4\\_29440](http://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_1990_num_90_4_29440)
- Racamier, P.-C. (1980). *Les schizophrènes*. Payot.
- Réflexions sur le cadre en thérapie familiale psychanalytique... Pour les familles recomposées. (2013). *Dialogue*, 201(3), 15-22. <https://doi.org/10.3917/dia.201.0015>
- Reich, M. (2009). Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique. *L'information psychiatrique*, 85(3), 247-254.
- République du Cameroun (1983). Loi N° 83/13 du 21 Juillet 1983 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées.
- République du Cameroun (2010), Loi N°2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées
- Richard, R. (2012). L'expérience sportive du corps en situation de handicap : Vers une phénoménologie du fauteuil roulant. *Staps*, 98(4), 127-142. <https://doi.org/10.3917/sta.098.0127>
- Rollot, J. (2006). Soigner le membre fantôme ? *Corps*, 1(1), 107-110. <https://doi.org/10.3917/corp.001.0107>
- Romy, P. (2009). Image du corps familial et dermatites atopiques. *Étude de l'enveloppe familiale et ses troubles par le biais d'une épreuve projective : le dessin familial de*

*la maison de rêve*. (Thèse de doctorat en psychologie, Basançon, en partenariat avec l'Université de Franche Comté).

Romy, P. (2010). L'enveloppe familiale des enfants souffrant d'eczéma. *Le Divan familial*, 25, 99-112.

Romy, P., Cuynet, P., & Mariage, A. (2009). Le dessin de la maison de rêve, dans les familles d'enfants souffrant de dermatite atopique. *Bulletin de psychologie*, 503, 445-455.

Rosenberg, L. (1991). A qualitative investigation of the use of humor by emergency personnel as a strategy for coping with stress. *Journal of Emergency Nursing*, 17(4), 197-202; discussion 202-203.

Ruffiot, A. (1981). *La thérapie familiale psychanalytique*. Dunod.

Ruffiot, A. (1981). *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod.

Sanahuja, A. (2011). L'adolescente face à l'obésité. *Traitement et accompagnement durant l'amaigrissement*, P.U. de Franche-Comté. Sanahuja, A. ;

Sanahuja, A., Cuynet, P., & Bernard, A. (2013). Pôle isomorphique familial et processus de différenciation chez l'adolescent obèse en perte de poids. *Dialogue*, 201, 107-120.

Sanahuja, D. A., & Cuynet, P. P. (2011). Image du corps chez l'adolescent obèse et transmission transgénérationnelle. *Le divan familial*, 2, 81-94.

Sanahuja, M. de la A., Cuynet, P., & Mariage, A. (2012). Réaménagement de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse, pendant sa perte de poids. *Bulletin de psychologie*, Numéro 518(2), 159-180. <https://doi.org/10.3917/bupsy.518.0159>

Sartre, J-P., *Critique de la raison dialectique*, Paris, Gallimard, 1985.

Scelle, R. (2013). Handicap et culture, quels impacts sur la vie de la famille. Dans R. Scelles (dir.), *Famille, culture et handicap* (p. 39- 60). Paris, France : Érès.

Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Gallimard.

Search Results | OECD iLibrary. (s. d.). Consulté 3 février 2023, à l'adresse [https://www.oecd-ilibrary.org/search?value1=amputation+du+membre+inf%C3%A9rieur&option1=quicksearch&facetOptions=51&facetNames=pub\\_igoId\\_facet&operator51=AND&optio](https://www.oecd-ilibrary.org/search?value1=amputation+du+membre+inf%C3%A9rieur&option1=quicksearch&facetOptions=51&facetNames=pub_igoId_facet&operator51=AND&optio)

[n51=pub\\_igoId\\_facet&value51=%27igo%2Foeed%27&publisherId=%2Fcontent%2Figo%2Foeed&searchType=quick](#)

- Sommantico, M. (2015). Le corps « absent » du couple. *Le Divan familial*, 34(1), 107-124.
- Sourgen, J.-L. (2015). Corps, emprise et deuil dans Génitrix : François Mauriac clinicien. *Le Divan familial*, 34(1), 177-192. <https://doi.org/10.3917/difa.034.0177>
- Tchokote, E. (2014). *Sujet confronté à une déficience motrice acquise à l'âge adulte au Cameroun : représentations du vécu et du devenir*. Thèse de doctorat inédite. Université de Rouen.
- Tchokote, E., Tsala Tsala, J.-P., & Scelles, R. (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>
- Tidjani, I. F., Chigblo, P., Madougou, S., Alagnidé, E., Lawson, E., & Hans-Moevi Akué, A. (2017). Profil épidémiologique et clinique des amputations de membres de l'adulte à Cotonou. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, 103(6), 682-687. <https://doi.org/10.1016/j.rcot.2017.05.001>
- Tsala Tsala, J.-P. (2004). Fonctions parentales et recomposition familiale. Clinique d'une famille camerounaise. *Le Divan familial*, 13, 139-150.
- Tisseron, S. (2014). Plaidoyer pour une psychanalyse empathique. *Filigrane*, 23(1), 51-64. <https://doi.org/10.7202/1026077ar>
- Une psychologie du corps. (S.d.). Consulté 5 février 2023, à l'adresse [https://www.puf.com/content/Une\\_psychologie\\_du\\_corps](https://www.puf.com/content/Une_psychologie_du_corps)
- UNICEF Annual Report 2014. (2015, juillet 1). <https://www.unicef.org/reports/unicef-annual-report-2014>
- Vaginay, D., Warnier, J.-P. et Yaméogo, D. (2013). Le symbolique, la dette et le handicap. Dans R. Scelles (dir.), *Famille, culture et handicap* (p.187-205). Paris, France : Éres.
- Valas, P. (2023, février 4). Donald Woods Winnicott, *La thérapie comportementale* (juin 1969). Patrick Valas. <https://www.valas.fr/Donald-Woods-Winnicott-La-therapie-comportementale-juin-1969,280>

- Voizot, B. (2011). Les petits groupes, des lieux pour penser les pratiques psychanalytiques dans la société. *Revue française de psychanalyse*, 75(4), 1081-1096. <https://doi.org/10.3917/rfp.754.1081>
- Vollon, C., & Gimenez, G. (2016). L'idéologie dans les groupes thérapeutiques pour patients psychotiques : *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 67(2), 91-102. <https://doi.org/10.3917/rppg.067.0091>
- Zambe, J. Et Hamonet, C. (2005). L'ordre social et les situations de handicap chez les Betis du Cameroun. *Journal de réadaptation médicale : pratique et formation en médecine physique et réadaptation*, 25, 147-153.

# ANNEXE

## Annexe 1 : Attestation de recherche

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
*Pais – Travail – Patrie*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
FACULTES DES ARTS LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES  
BP : 755 Yaoundé  
Tél. Fax : (237) 22 00 97 18  
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



REPUBLIC OF CAMEROON  
*Peace – Work – Fatherland*  
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE  
FACULTY OF ARTS LETTERS AND  
SOCIAL SCIENCES  
BP : 755 Yaoundé  
Tél. Fax : (237) 22 00 97 18  
DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné **EBALE MONEZE Chandel**, Professeur des Universités, Ch  
Département de Psychologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que Monsieur **TCH  
SAMA Judicael**, matricule **16E877**, étudiant de niveau V psychologie, option Psycho-  
et Clinique doit effectuer une investigation en milieu hospitalier pour sa recherche.

Son passage au Centre des Handicapés l'aidera à consolider sa problématique portant  
sur « *l'image inconsciente du corps des familles ayant un membre victime d'une  
amputation motrice acquise* », afin de mener à termes ses travaux académiques dirigés par le  
professeur **NOUMBISSIE CLAUDE Desiré**.

En foi de quoi cette attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le ..... 21... APR... 2022..

*Ebale Moneze Chandel*  
Professeur Titulaire

Annexe 2 : Autorisation de collecte de données

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie</p>  <p>Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER Cardinal Paul Emile LEGER National Centre for the Rehabilitation of Persons with Disabilities</p> <p>DIRECTION GENERALE LE CONSEILLER TECHNIQUE</p> <p>CELLULE DE LA PLANIFICATION, DE LA COOPERATION, ET DE LA RECHERCHE</p>	<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace – Work - Fatherland</p>  <p>GENERAL DIRECTORATE THE TECHNICAL ADVISOR PLANIFICATION, COOPERATION, AND RESEARCH UNIT</p> <p>Yaoundé, le <u>12 MARS 2024</u></p>
<p>N°2024/ <u>BS</u> /I/CNRPH/DG/CT/CPCR/ya Réf : V/L du 1<sup>er</sup> mars 2024</p>	<p>LE DIRECTEUR GENERAL THE DIRECTOR GENERAL</p> <p>A /to</p> <p>Monsieur TCHINDA SAMA Judicaël</p> <p>Tél : +237 694 017 549</p> <p>- Yaoundé -</p>

**Objet :** Votre demande d'autorisation de collecte de données

Monsieur,

J'accuse réception de votre lettre de référence dont l'objet est porté à la marge.

Y faisant suite, je marque mon accord pour votre collecte de données au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile LEGER (CNRPH) pour une durée de **02 (deux) mois** allant du **13 mars** au **13 mai 2024**, sur le thème « *« vécu familial de l'état amputé d'un membre du cercle familial et image inconsciente du corps familial »* ».

Je vous saurais gré de prendre les dispositions suivantes :

- vous acquitter au préalable de la somme de **5.000 (cinq mille) F CFA** exigible par mois de collecte représentant les frais d'accompagnement et d'appui institutionnel ;
- vous munir de **03 (trois)** photocopies de la quittance de paiement desdits frais ;
- respecter le Règlement Intérieur de l'Institution ;
- déposer, au terme du stage, une copie du mémoire validé par les encadreurs du CNRPH au Bureau de l'Accueil, de l'Orientation et du Courrier.

Le stage sera placé sous la coordination de la Direction des Interventions Sociales et le suivi du Psychologue.

Veuillez croire, **Monsieur**, à l'assurance de ma considération distinguée.

**Copies :**

- DGA ;
- CT ;
- DIS ;
- CPCR ;
- Psychologue.

  
**LE DIRECTEUR GENERAL**  
  
*Manga Alexandre*

### *Annexe 3 : Formulaire de consentement*

#### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare accepter librement et de façon éclairée de participer à l'étude intitulée « La réification dans l'investissement d'un corps familial victime d'une déficience motrice acquise ». Sous la direction du Pr NOUMBISSIE Claude Désir.

**Promoteur** : Université de Yaoundé I ;

**Investigateur principal** : TCHINDA SAMA, étudiant en MASTER.

**Objectif** : L'objectif de cette étude est de comprendre comment le processus de réification dans l'espace du corps familial, participe à y inscrire la souffrance ; notamment dans un contexte marqué par l'atteinte du corps reconnue sous le terme de déficience motrice acquise.

**Engagement du participant** : l'étude va consister à participer librement et de façon éclairée à une investigation psychologique à l'aide des entretiens. L'évaluation se fera en cinq (05) séances, maximum.

**Engagement de l'investigateur principal** : en tant qu'investigateur principal, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques. À protéger l'intégrité psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

**Liberté des participants** : Le consentement pour poursuivre l'évaluation peut être retiré à tout moment sans donner des raisons et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour la participante.

**Information du participant** : le participant a la possibilité d'obtenir les informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal. Et ce dans les limites de contraintes du plan de recherche.

**Bénéfice de l'étude pour le participant** : cette étude est faite sans aucun bénéfice direct.

**Garantie de confidentialité des informations** : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant les participants pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera aussi anonyme.

**Éthique** : L'Université de Yaoundé I (promotrice de la recherche) et TCHINDA SAMA Judicaël s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant les participantes.

#### ***Annexe 4 : Corpus d'entretien avec Aphda***

**Nous** : Bonjours à vous

**Famille** : bonjour

**Chercheur** : Moi c'est Tchinda Sama Judicaël étudiant en master deuxième cycle de psychologie pathologique et psychologie clinique, ceci à l'université de Yaoundé I. la particularité de ce cycle est qu'il se solde par l'obtention d'un diplôme de maître qui passe par la production d'un mémoire de recherche. Pour ce mémoire de recherche, nous avons opté pour un travail portant sur l'investissement narcissique de l'image du corps des familles ayant un membre déficient moteur acquis. Par ce sujet je marque mon intérêt pour la population de personne victime d'une déficience motrice acquise. Ainsi, je souhaite par le biais de ma présence et l'objectif de ma recherche m'entretenir avec vous à propos de cette situation. J'aimerais ajouter qu'avec votre accord je pourrais prendre des enregistrements de cette entretien avec une garantie appuyée par notre code de déontologie que tout ce qui sera dit tout au long de cet entretien restera strictement confidentiel. Et aussi c'est un réel plaisir pour moi que vous ayez accepté de participer à cette recherche.

**Mme Aphda** : okey, ça prendra combien de temps ?

**Chercheur** : plus ou moins 45 min et tout dépendra de ce qui adviendra durant l'entretien.

**Mme Aphda** : je demande parce que le **frère A** doit aller au cours d'ici 30 min... **Frère A** tu parts à quelle heure ?

**Frère A** : d'ici quelque minute...

**Mme Aphda** : venez d'abord le monsieur ci veut travailler avec nous.

- Les autres membres de la famille se regroupe

**Chercheur** : je commencerais par avoir quelques éléments renseignant sur vous. Comment vous présentez-vous ?

**Mme Aphda** : bon je dirais nous somme une famille de 3 enfants, un mari et leur mère. J'ai 38 ans et mon marie qui est actuellement au travail a 47 ans. Les enfants déjà vont tous à l'école la première c'est dire celle-là a je crois 19 ans et frère A et frère B ont pour celui-ci 16 ans et pour celui-ci 8 ans. Je suis femme au foyer et mon marie est fonctionnaire. C'est bon ?

**Chercheur** : et bien... avez-vous des croyances ?

**Mme Aphda** : Hmmm... je oui j'allais à l'église catholique, mais actuellement cette situation ne nous permet plus d'y aller comme avant.

**Chercheur** : d'accord je comprends... et vous formez quel type de famille ?

**Mme Aphda** : ... c'est-à-dire ?

**Nous** : le régime familial et aussi vos origines...

**Mme Aphda** : Han ! c'est un régime monogamique. Hmmm nous sommes tous ressortissant du centre y compris mon mari.

**Chercheur** : que pensez-vous de la personne déficiente motrice acquise ?

**Fille ainée :** euh...et personnellement, euh personnellement je ne pense pas grand-chose. Bref Moi je vois que... je vois ça comme si... ce n'est rien, ce n'est rien dans la vie, autant mieux vivre noooh, avoir le souffle de vie, parce que les, j'ai entendu il y'a les prothèses, il y'a les prothèses corticales normalement, à défaut de... que de mourir en tout cas autant mieux avoir les jambes amputées.

**Frère A :** euh "sa sœur lui reprend la question tout doucement quelqu'un qui a été amputé (il demande de reformuler la question "sa sœur nous propose un rire tout bas") la question c'était quoi ? l'idée comment ? comment nous devons vivre avec elle ? sa sœur lui reprend (non !) comment tu vois la personne et je reprends la question... quand il répond je vais d'abord me po tsuipss je ne sais vraiment pas hein... mais c'est mieux que la mort quand même. Et... je... et... s'il y'avait une autre solution à part amputer je devais préférer qu'on, qu'on, qu'on prend cette ... s'il y'avait une autre possibilité de sauver la personne de l'amputation j'aurais préféré que cette possibilité, qu'on, qu'on, qu'on développe cette possibilité.

**Frère B :** "il demande si on peut reposer la question" Je vois que la personne peut avoir vraiment mal, mais... c'est mieux que la mort.

**Chercheur :** et comment fais-tu pour percevoir que la personne peut avoir mal ?

**Frère B :** Il répond la personne n'est plus gaie, n'a plus de gaité, n'est plus gaie...

**Chercheur :** ha d'accord je comprends, cette personne n'exprime plus de joie si je comprends bien ? dites-moi s'il vous plait à l'annonce du diagnostic d'amputation comment l'avez-vous vécu :

**Fille ainée :** déjà nous on n'était pas là. Vue que c'est arrivé pendant les périodes de classe ; nous on était à l'école. Et moi j'étais rentrée... j'ai trouvé papa il était avec notre oncle. Il m'a dit ! ça a été... euh... au départ je me suis dit... tsuips bref mon cerveau amis du temps pour assumer la nouvelle. Mais sinon on n'était pas là quand on a... nous sommes venus trouver... j'avais trouvé même qu'il repartait déjà... (silence) ; et... et moi aussi je... ce n'est pas moi qui leur a dit aussi ; on a attendu que le papa rentre pour leur dire. Donc c'était déjà fait quand on nous a dit.

**Chercheur :** et vous avez vécu ça comment ?

**Fille ainée :** c'est ce que je dis que pour moi en tout cas, pour moi d'abord, mon cerveau a mis beaucoup, beaucoup... énormément... et je suis resté figé. Genre peut-être pendant 15 s à regarder papa... il ma...(silence) je lui ai demandé si c'est vrai il m'a répondu que oui c'est vrai. euh, quand il est rentré le soir, quand il a dit, que je pars à l'hôpital pour voir ma mère ... je ne voulais même pas !c'est je ne savais pas si je devais réussir à ne pas pleurer devant elle, par ce que le but c'était de ne pas pleurer devant elle. Mais avec le temps bon on a (...) on a commencé à partir à l'hôpital. Comme moi je suis à l'université, je pouvais partir quand je voulais mais comme eux ils vont encore à l'école ils ne pouvaient partir que le weekend.

**Mme Aphda :** Hmmm ! je vais dire que c'est... c'est d'abord un coup très dur... ce n'est pas facile à vivre mais grâce à l'entourage tu t'en sors ; bien qu'au départ c'est un coup très dur à avaler. Cela a été sérieusement pénible pour moi, je me suis réveillée juste après mon coma, pour constater grâce aux autres que quelque chose n'allait pas. Ce qui a été fait avec beaucoup de mal, par ce que je ne comprenais pas grand-chose au début et j'avais très mal ! j'insiste

vraiment là-dessus j'avais très mal. Quand j'ai commencé à voir la situation je t'assure mon fils, j'ai fondu en larme. J'ai beaucoup, beaucoup pleuré, mon mari était sans voix, les médecins étaient partout... je vois mes pieds recouverts avec les bandages et parfois le sang dessus je me dis mais ! et au début des premiers soins il y'avait du sang hein parce que je me rappelle je voyais un peu au début ce qui ce passais avant de me noyer totalement... le monde s'arrêtait là... je dois avouer que c'est un des moments les plus difficile que j'ai connu hein, et chaque jour qui passait j'étais toujours dans l'espoir de voir mes jambes, j'avais mal au début hmmm. ... quand les infirmiers et médecins ont commencé le traitement, je ne parlais presque pas... je voyais mon corps sans mes jambes, c'est tout ce qui passait dans ma tête... c'était difficile... mes jambes étaient... tu regardes tes pieds tu ne vois pas ! la douleur était intenable ... ils ont rassuré que la colonne des vertèbres n'était pas touchée et que la prothèse devait m'aider après la prise en charge du moignon. Je ne les écoutais pas vraiment... vous ne pouvez pas imaginer ce sentiment... sur le lit d'hôpital je ressentais j'agonisais de douleur... Mais... (silence)

**Chercheur** : et qu'est-ce qui vous a conduit dans cette situation ?

**Mme Aphda** : je ne sais pas mon fils, je ne sais pas... c'est le résultat d'un accident donc on cherche encore à comprendre ce qui s'est passé, tout ce que je sais c'est que mon marie est venu me retrouver à l'hôpital aux urgences, parce qu'on l'a appelé depuis son bureau, mes enfants était chacun à l'école sauf la première parce qu'elle est à l'université... donc on cherche vraiment à comprendre et la seule chose qu'on sait c'est que c'est un accident.

**Chercheur** : je vous comprends ! cela vous habite encore aujourd'hui, cette douleur ?

**Mme Aphda** : en fait...(silence) c'est quelque chose de déjà passé... (le premier de la fratrie ayant la tête pointant vers le sol, la fille aînée et le dernier de la fratrie regarde leur mère) je pense que... que c'est passé en tout cas en parler encore...c'est pas vraiment la peine

**Chercheur** : je comprends que ce que vous avez vécu reste encore présent sous forme de beaucoup de souffrance... permettez-moi j'aimerais savoir depuis que cela est arrivé comment cela a-t-il impacté sur le fonctionnement de la famille ?

**Fille aînée** : euh avant c'était moi qui gérais la maison normalement, quand eux ils partaient à l'école je restais gérer la maison. Mais comme elle a passé pratiquement 5 mois à l'hôpital ou 4 je ne sais pas trop, j'étais un peu devenu comme la mère de la maison, donc je faisais presque tout. Donc on s'est retrouvé en train de faire la cuisine à 3 par exemples. Elle faisait beaucoup de choses nooh, parfois elle faisait des tâches ménagères. Mais le handicap a fait aujourd'hui nous tous on essaie de s'organiser ensemble pour la maison ; et il y'a même mon amie ci, (vient ici : elle appelle son amie qui était là) elle pour moi elle a été un grand soutient chaque jour elle venait rester ici avec nous et quand je pars même au campus elle reste avec maman et nous aide tous.

**Chercheur** : alors comme ça c'est une personne hors de la famille qui participe à vous soutenir dans ses moments que vous traversez ?

**Filles aînées** : euil ! c'est plus qu'une amie elle est comme une sœur pour moi vraiment et dans notre maison...

**Chercheur** : ha je comprends... est-elle la seule à avoir une telle place dans votre famille ? ou alors il y'a d'autres personnes qui ont également été un soutient depuis ce temps ?

**Mme Aphda** : Oui, bien sûr mon fils. Il y'a eu des visites de la part des collègues de mon mari qui nous ont soutenu beaucoup plus financièrement et aussi moralement. Tu vois mon mari c'est lui le principal pourvoyeur de fond ici à la maison et moi particulièrement je gère le foyer dans l'ensemble et le voir cette période il était obligé d'être là malgré son travail, ce qui fait que ses collègues venaient et tout et tout, et la présence des gens fait toujours du bien, il y'a un proverbe chez nous qui dit que dans les moments difficiles tant que tu n'as pas encore vu quelqu'un, tant que tu n'as pas encore vu ta part de personne, tu n'es pas tranquille... En gros voilà un peu. Ça va faire bientôt 5 mois que je suis dans cette état et au début dans mes sortis d'hôpital il y'a ma voisine d'en face là et la maman de l'amie de ma fille qui m'ont beaucoup soutenu.

**Chercheur** : cela m'a l'aire d'avoir été bénéfique pour vous apparemment ?

**Mme Aphda** : oui ! parce que voir quelqu'un venir chez toi dans les moments de malheurs c'est important...

**Chercheur** : Et toi Frère A,

**Frère A** : ce soir-là j'étais rentré de l'école mais je n'avais pas trouvé les autres à la maison. Quand papa était rentré le soir il nous a, il a commencé à nous parler que s'était la seule solution, à nous expliquer ce qui c'était vraiment passé ; j'avais vraiment mal quand il nous avait dit ça je ne croyais pas... je lui posait toujours la question papa est-ce c'est vrai est ce que c'est vrai ? au point ou le jours-là j'ai dormi tôt par ce que... mais j'étais un peu troublé dans ma tête... oui...j' j'étais troublé... et... même l'école ça ne donnait plus, donc j'étais affecté physiquement, mentalement, (sa sœurs lui souffle une expression : moralement).

**Chercheur** : je comprends, et tu m'as l'air encore submergé par la situation ; c'est le cas ?

**Frère A** : oui !

**Fille aînée** : ne pleure pas laisse... maman est vivante au moins... (elle se rapproche de lui)

**Chercheur** : aimeriez-vous qu'on en parle ?

**Fille aînée** : ce n'est pas vraiment la peine parce que maintenant ce qu'on veut c'est être comme avant... maintenant on essaie d'aider maman beaucoup même

**Chercheur** : être comme avant ? c'est-à-dire qu'aujourd'hui la situation comparée à avant a changé ?

**Fille aînée** : la vie n'a pas changé hein... c'est toujours comme c'était avant, c'est juste qu'il y'a moins de sorties... mais sinon au début sa m'a beaucoup affecté par ce que j'étais consciente de la chose et j'étais sensé un peu... ne pas montrer ma faiblesse par rapport à mes petits frères. Mais avec le soutient... vraiment aussi notre père nous a beaucoup remonté le moral. Parce que le premier jour moi j'ai, j'avais trop pleuré je me cachais souvent pour pleurer. Chaque jour je pleurais. Et... avec le temps j'ai compris que c'est mieux parce qu'elle est toujours en vie elle est avec nous. Et après c'est passé ! bon je peux dire ça comme ça... et mes amis, mes amis aussi, elle particulièrement elle m'a beaucoup soutenu hein...

**Chercheur** : je comprends que tout est comme avant mais avec juste quelque restriction c'est ça ?

**Fille aînée** : oui, oui c'est ça !

**Chercheur** : et frère A qu'en penses-tu ?

**Frère A** : humm... humm... on vivait toujours bien, on vivait bien. Mais... la situation familiale était bien mais... il y'avait plus de joie qu'actuellement.

**Chercheur** : plus de joie qu'actuellement ?

**Frère A** : oui...

**Chercheur** : frère B comment vis-tu cette situation aujourd'hui ?

**Frère B** : on vivait bien, il y'avait la joie à tout moment, mais depuis qu'on a amputé maman il y'a plus la joie à tout moment, (sa sœur rebondit pour souligner : « *mais ça a renforcé les liens* » et elle précise que les liens ont été beaucoup plus renforcés au niveau de la fratrie (sur la scène la fratrie étant plus roche que la mère la DMA).

**Chercheur** : et vous Mme Aphda aujourd'hui comment vivez-vous cette situation ?

**Mme Aphda** : bon par rapport à la situation il y'a maintenant beaucoup de limite par rapport au fait que les déplacements sont devenus très compliqués. Tant dis que là avant, on sortait, on allait à l'église, on allait au marché, ensemble et aujourd'hui on je reste beaucoup plus sur place. Il y'avait beaucoup plus de dynamisme. Donc je suis beaucoup plus surplace sans pouvoir faire grand-chose.

**Chercheur** : un peu comme-ci vous subissiez votre situation ?

**Mme Aphda** : c'est la seule chose à faire pour le moment... toi-même regarde mon état (rire)...

**Chercheur** : ... ; tout à l'heure nous parlions des changements que la situation de DMA à engendrée, et je constate que chacun dans la famille d'après vos dire s'organise à apporter le soutien qu'il peut pour la maman à fin d'équilibrer la famille ; est-ce que c'est le cas ?

**Fille aînée** : oui, c'est ça !

**Chercheur** : et y aurait-il d'autres points qui témoignent de ce changement ?

**Frère A** : euh... de mettre maman sur la chaise roulante... de... de... peut-être si elle veut sortir avec le taxi, on la met dans la voiture ; humm je m'occupe aussi de ses petits besoins ; et je continu de faire mon ménage et le marché aussi constamment. Quand je le fais, ce que sa représente pour moi c'est que je dois aider ma mère.

**Chercheur** : Mme Aphda comment vivez-vous tous ces remaniements ?

**Mme Aphda** : (elle ballait du regard le plafond) euh... quand ils travaillent bien je suis contente ; quand il y'a des défaillances ça me rappelle... donc sa me touche de quand moi-même j'étais en forme, ceci ne pouvait pas être comme ça ; je m'appliquais ; c'est pour ça que je m'attèle toujours à l'heurs dire que quand vous travaillez appliquez-vous. Parce que pour moi j'aime une famille dans laquelle les enfants sont droits ; une famille plein de joie, ... bref une famille, bref je ne sais même pas comment je peux expliquer... (expression faciale peu volontaire, et sa fille lui souffle "épanoui...") ou épanoui et tout... cela me rappelle même quand j'ai commencé à sortir de l'hôpital, à mon arrivé la maison était tout autre vu que chacun était préoccupé par la situation je suppose... par exemple ils étaient abandonnés bien

que leur père était là mon absence a aussi beaucoup joué ! tels que j'ai trouvé » la maison à mon retour... donc à part ça heureusement que pour leurs études ils se sont battus,

**Chercheur** : du coup vous vous préoccupez beaucoup de l'état de votre domicile si je comprends bien ?

**Mme Aphda** : rire... on me trouve souvent dure... mais c'est pour leur bien parce que si après je ne suis plus là il faudrait qu'ils puissent s'en sortir ! regarde juste ce qui m'est arrivé j'aurais pu y laisser ma peau et là... donc les travaux d'abord, je me rassure si chacun fait son travail comme il se doit ! l'éducation même ; est-ce que les enfants sont sages, est-ce que, est-ce que, est-ce que, est-ce que.

**Fille aînée** : On fait le maximum pour que la maison soit toujours propre. Pour qu'elle est plus de joie, plus de blague, d'amour dans la bonne humeur

**Chercheur** : je comprends et merci encore...

**Chercheur** : d'accord je vois ; alors pour la suite je souhaite de vous que vous : « Dessinez ensemble sous forme d'un plan intérieur, une maison idéale, de rêve conçue par toute la famille »

**La famille** d'une voix : dessiner ?

**Fille aînée** : Moi je connais pas dessiner hein, **frère A** c'est toi qui vas dessiner c'est toi le garçon tu dessines souvent.

**Mme Aphda** : sourire... hmmm

**Frère A** : il prend la feuille et réalise le dessin.

**Fille aînée** : vous avez dit qu'on dessine quoi ? une maison ou le plan d'une maison ?

**Chercheur** : « Dessinez ensemble sous forme d'un plan intérieur, une maison idéale, de rêve conçue par toute la famille »

... **Mme Aphda** regardant les autres participer sans y participer.

**Chercheur** : Je vais à présent vous poser des questions par rapport à votre dessin. Quel est l'endroit le plus important pour vous ?

**Fille aînée** : la chambre

**Frère A** : la salle de cinéma

**Mme Aphda** : : Je dirais le salon

**Chercheur** : À partir de quoi pourriez-vous justifier votre choix ?

**Mme Aphda** : Le salon, parce que c'est là qu'on peut tous se réunir

**Les autres dirons** : « on cause »

**Mme Aphda** : « c'est ici qu'on reçoit les gens, qu'on se réunit, qu'on mange » ; « C'est le salon, pour moi, le salon est très important, on se rassemble, on se regroupe ici avec tout le monde c'est là qu'on célèbre tout »

**Chercheur** : d'accord je vois ; et que pensez-vous de votre dessin ?

**L'aînée de la fratrie** : suite à un rire dira hmmm... hahahah... c'est moche ; ce n'est pas beau, c'est mal organisé.

**Le deuxième de la fratrie** : (complexé il dira) Moi je trouve que c'est beau, c'est bien réalisé, il y'a seulement quelques petites erreurs à effacer.

**Mme Aphda** : sans intérêt se contentera juste de jeter un coup d'œil suivi d'un sourire.

**D'une voix d'ensemble** : c'est ici qu'on reçoit les gens, qu'on se réunit, qu'on mange » ; « C'est le salon, pour moi, le salon est très important, on se rassemble, on se regroupe ici avec tout le monde c'est là qu'on célèbre tout »

**Chercheur** : dans cette maison qu'est-ce qui caractérise la famille ?

**Mme Aphda** : les travaux d'abord, est-ce chacun fait son travail comme il se doit ? l'éducation même ; est-ce les enfants sont sages, est-ce-que... est-ce que... est-ce que... est-ce que.

**L'aîné de la fratrie suivi de ses frères** : on s'arrange à ne plus blesser notre mère. On s'entraide plus dans les tâches ménagères ; peut-être par exemple comme il s'occupe du salon et on fait le maximum pour que la maison soit toujours propre.

**Chercheur** : Et quelles qualités donnez-vous à cette maison ?

**Frère A** : elle est belle, spacieuse

**L'aîné de la fratrie** : c'est un coin un peu comprimé,

**Chercheur** : en quel matériaux serait faite cette maison et pourquoi ?

**Frère A** : le sol est en parquet parce que le parquet est beau et moderne ; il y'a le staff par ce que ça ressort la beauté réelle de la maison, aussi les tôles back c'est beau, solide, luxueux, oui il y'a aussi le marbre car c'est la beauté, le luxe. Sur la cour il y'a les pavés, ça évite la poussière, la boue, c'est propre. Les murs eux ils sont en brique de terre c'est joli et atypique.

**Chercheur** : Quelles seraient les couleurs intérieures et extérieures de cette maison

**Frère A** : pas de peinture, puis que les murs sont en brique rouge là...

### ***Annexe 5 : corpus d'entretien avec Rom***

Rom est un homme de 31 ans, originaire de Bafoussam, dans la région de l'Ouest du Cameroun. Il est Bamiléké, un groupe ethnique présent dans cette région. Rom est marié et a deux enfants. Il travaille à son propre compte en tant qu'électricien et plombier. Il est catholique pratiquant. En février dernier, Rom a eu un accident de travail qui a nécessité une hospitalisation de trois mois. Il est actuellement en rééducation pour retrouver ses capacités physiques. Il est né dans une famille monogamique. Il a perdu son père en 2017.

**Chercheur** : ça fait combien de temps que vous êtes dans cette situation ?

**Rom** : euh, ça fait presque trois mois déjà

**Chercheur** : alors dite moi Mr Romuald, comment en êtes-vous arrivé là ?

**Rom** : c'était quand même un accident, c'est un accident dans les situations troubles, donc les gens m'ont pris pour aller travailler dans la localité de Fouban vers l'école d'élevage de Koundé, bon là je travaillais sur un château, je fais aussi dans le solaire, je suis allé là pour réparer mais en réalité ce n'était pas une réparation, je ne sais pas si les gens qui avaient, si la personne qui avait déconnecté les panneaux l'avait fait sciemment, parce que quand je suis monté là j'ai constaté que la seule chose qu'il y avait c'était que le panneaux étaient déconnectés. Suis monté là j'ai connecté et l'eau à commencer à couler ; c'est moi qui a proposé que les panneaux étaient sales, qu'il fallait nettoyer, j'ai commencé à nettoyer et c'est la fin je me suis retrouvé peut-être deux semaines après à l'hôpital général. C'est là où dès que je me suis levé là on m'a dit que j'ai fait un accident, que je suis tombé, que je suis tombé d'où je travaillais, et les gens là aussi dramatisait la situation parce qu'ils ont inventé que je travaillais sur une maison en étage, j'étais au troisième niveau je travaillais sur le cubitenair, au troisième niveau d'une dalle nooh ! oui, oui je suis tombé à près de 10 m. oui c'est ce qu'ils ont raconté à la famille. C'est lorsque moi-même je me suis levé que j'ai pu démentir et ils n'étaient même plus par rapport à moi, parce que tels qu'ils avaient fait c'est comme s'ils avaient la certitude que je devais mourir.

**Chercheur** : ...

**Rom** : parce que la seule chose qu'ils ont fait après c'est d'appeler mon petit frère pour demander si je m'étais levé jusqu'à dire à peu près ce qui s'est passé. On m'a dit que j'ai perdu connaissance, je suis entré dans un coma et j'ai fait presque deux semaines jusqu'à ce qu'on m'opère.

**Chercheur** : et l'opération s'est faite tu étais conscient ?

**Rom** : non ! on m'a opéré je n'étais pas conscient, je t'assure ! je n'étais pas conscient, c'est lorsqu'on m'opère et puis euh l'anesthésie finie même, quand je me réveille c'est comme-ci j'étais dans un rêve. Je bouge le pied rien, c'est où on me dit que j'ai fait l'accident, je suis tombé là où je travaillais.

**Chercheur** : vous soulevé deux points qui m'interpellent, vous avez parlé du fait que, ceux qui ont renseigné sur ce qui s'est passé le jour de l'accident ont donné une autre version de ce qui s'était réellement passé,

**Rom** : ce n'était pas ce qui s'était passé, ce n'était pas ce qui c'était passé.

**Chercheur** : je comprends ; et à écouter cette version qu'elles ont données comment l'avez-vous pris ?

**Rom** : non ! moi j'étais scandalisé ! et puis j'ai même manqué de courage de les appeler, de les contacter encore, parce que là c'était terrible, tels que, qu'on m'a dit qu'ils se sont comportés c'était qu'ils avaient peut-être, je ne sais pas comment dire ça, comme-ci ils avaient une certitude que je devais mourir. Parce que quelqu'un ne peut pas tomber peut-être à 4m, je suppose hein, et puis vous venez dire... c'était pour que si je mourais ça ne devait pas trop, trop attirer l'attention. Parce que ci ils tenaient peut-être à ce que je vive ils devaient dire la vérité ; et depuis lors jusqu'aujourd'hui personne ne m'a contacté

**Chercheur** : hmmm, hmmm ; et le fait qu'il ne vous ait as contacté ça vous fait vous faire une idée par rapport à eux...

**Rom** : oui ça me fait presque une idée, ça c'est même évident, c'est pour dire qu'ils avaient un plan pour me tuer, c'est ce que j'ai comme... qui me vient dans la tête.

**Chercheur** : et comment vous définissez la relation que vous aviez avec ces personnes-là ;

**Rom** : oui la relation avec eux, il y'a l'un deux, parce que les gars du ministère de la culture et même le type avec qui nous sommes allez c'était le propriétaire de l'école là, il y'avait un qui est un employé, je peux dire un amis comme ça là que parfois il a des marchés peut-être pour un tels travail et il me contacte, et lui-même aux dernières nouvelles tels qu'il avait parlé, lui-même il devais venir ici à Yaoundé parce qu'il m'avait dit qu'il faisait les papiers pour aller au Canada ; et d'où j'étais de l'hôpital ou j'étais, de l'hôpital général, parce qu'il m'a dit qu'il restait chez sa sœur à Soa, et si les choses étaient normale il devait au moins venir ici à mon chevet vu qu'il est à à peine 300 frcfa d'ici ; mais il n'est pas passé. Et je précise que c'est un ami de travail, hormis le travail ce n'est pas quelqu'un de proche à moi.

**Chercheur** : vous avez dit tout à l'heure que c'est après deux semaine à l'hôpital que vous vous êtes réveillé, dites-mois s'il vous plais comment vous avez vécu ce moment-là...

**Rom** : j'ai dit que quand je me suis réveillé la première des choses j'ai cru que j'étais dans un rêve, je t'assure je ne croyais pas, j'étais perdu, j'étais perdu, j'étais totalement perdu, je ne comprenais même pas, déjà je ne comprenais même pas ce qui c'était passé pour que je sois dans cette situation-là, oui ! je ne comprenais, j'étais perdu. C'est là où on a dû m'expliquer encore totalement ! avant que je me suis rappelé...

**Chercheur** : ce qui c'était passé...

**Rom** : oui, oui, c'est un peu ça.

**Chercheur** : et par rapport à votre chute, vous avez pu avoir accès à des souvenir ?

**Rom** : non ! c'est la scène dont je n'ai pas pu avoir accès, n'importe comment ce n'est jamais venu. Et la seule chose que me rappelle c'est lorsqu'on m'envoyait de l'eau pour que je nettoie le réservoir. Mais dire que la scène de la chute, elles ne sont jamais revenues.

**Chercheur** : à vous entendre j'ai le sentiment que vous avez cherché à comprendre par l'accès à ses images comment vous en êtes arrivé là ?

**Rom** : oui, oui, j'ai voulu, j'ai voulu, un moment quand nous sommes arrivés en kiné on m'a demandé de passer dessus parce que ça pourrait affecter peut-être ma rééducation, que je passe dessus et j'ai... et tels que je suis moi j'ai toujours certifié les choses ; j'ai dû laissé passer, j'ai dû laissé passer pour pouvoir, déjà que ma guérison me tient énormément à cœur, ça me tient énormément à cœur. Déjà que même mes contacts, tu sais que quand tu es dans ce genre de situation, c'est compliqué et de toutes les façons tu vas perdre certains contacts. Et notre travail c'est les contacts, je travaille à mon propre compte, ce n'est pas comme-ci je travaille pour une entreprise où je vais rentrer et aller directement m'asseoir. Et plus la maladie dure, plus tu perdras des contacts.

**Chercheur** : je comprends et cela doit vous mettre dans une situation embarrassante... et vous vivez cela comment ?

**Rom** : là c'est une nouvelle vie qui commence, si je devais avancer avec les personnes d'avant je devais le faire, ceux qui seront avec moi je vais avancer avec eux, je m'habitue déjà à ma situation, parce que toutes les façons tu ne peux pas maintenir tous les contacts que tu avais avant, tu ne peux pas. Parce que même sur le lit d'hôpital on m'appelle pour me confier des travaux et je confie, je peux même dire à mes enfants, parce que j'ai formé beaucoup, je les confie parfois les marchés, il peut dire que si on m'a géré, voilà 10.000, voilà 20.000 voilà 30.000 et puis je fais avec. Quand je fais ça je sais que bon l'autre contacte là est maintenu.

**Chercheur** : donc les contacts qui vous rappellent sur le lit d'hôpital vous permet en quelque sorte de conserver vos liens et de les reconnaître comme voulant continuer avec vous ?

**Rom** : oui, oui ils comprennent et surtout ils compatissent vraiment, ils me soutiennent beaucoup et honnêtement ça me permet aussi d'espérer, et de suivre mon traitement tranquillement, ma femme est même souvent dépassée des appels et de l'attitude des personnes qui me contacte pour me donner encore du travail alors qu'ils savent que je suis couché. Parce que certains même en me donnant et que je confie, c'est parce que, il a même, dans sa tête il se dit même que certainement il a aussi quelque chose à l'intérieur, c'est pour ça qu'ils me contactent.

**Chercheur** : et vous avez le sentiment qu'ils vous comprennent dans votre situation actuelle ?

**Rom** : oui, oui ! certains compatissent et c'est comme un soutien ; même moi je n'en reviens pas parfois hein ! ma femme, ma mère toute disent souvent que haaa Rom il y'a encore les gens comme ça ? la maman demande même souvent s'ils m'ont encore appelé (rire) ! donc c'est un peu ça...

**Chercheur** : contrairement à ces profils qui me semble-t-il participent à un soutien moral de votre part, vous avez crié au scandale tout à leurs par rapport à la version du discours que vos collègues avaient diffusé auprès des vôtres, pouvez-vous m'en dire plus ?

**Rom** : oui parce que moi je ne comprenais pas euh, comment ils ont pu dire, comment ils ont pu relayer cela, le fait que je sois tombé à peut-être 4 m et ils viennent inventer l'affaire de 10 m

**Chercheur** : hmmm ; hmmm...

**Rom** : oui, oui, moi je ne comprenais rien, je ne comprenais rien ! c'est grâce à la suite quand ils se sont renseigné que j'ai compris que certainement ils complotaient, peut-être ils tissaient un truc contre moi, oui c'est un peu comme ça que j'ai vu la chose.

**Chercheur** : ce qui est normal, car vous êtes en train de chercher à comprendre et à organiser tout ce qui s'est passé... et je constate que vous êtes bien gêné qu'ils aient pu dire telles choses ?

**Rom** : bon il faut même ajouter que, à un moment cela m'a poussé à dire je ne valais rien à leurs yeux, oui, oui, que je ne valais presque rien, que j'étais comme un objet qu'ils étaient en train d'utiliser à fin d'atteindre un objectif. Oui c'est ce que je ressentais à ce moment.

**Chercheur** : ha je vous comprends, et ce sentiment est très souvent désigné comme un sentiment de réification, un sentiment d'être réifié, d'être réduit à un objet qui subit, par lequel on passe pour atteindre un but sans lui reconnaître une certaine dignité et cela peut-être un choc émotionnel.

**Rom** : effectivement... c'est ma part que dieu a donné, je me suis dit c'est certainement un mauvais vent, euh tout peut changer et ça peut être un déclin pour ça.

**Chercheur** : vous avez parlé de dieu !

**Rom** : oui ! parce que toutes les façons euh, si nous étions trois sur les lieux c'est qu'il y'avait certainement une 4eme personnes qui était dieu, qui a vu, et comme on le dit l'être humain peut décider mais si dieu n'accepte pas ça ne peut pas, c'est ce qui s'est passé avec moi, parce que dieu n'a pas voulu, dieu a refusé totalement ce qu'ils voulaient me faire et je me suis dit si dieu a pu me sauver des bras de gens-là c'est que à l'hôpital ça va aller. Parce que j'ai eu tellement de phénomène, parce qu'il y'a eu tellement de chose qui m'ont surpris, on m'a opéré du dos mais je n'ai rien senti, rien, je n'ai rien senti, comme chacun ne faisait dire que ça m'a fait mal. C'est comme je te dis là je n'ai rien senti après l'opération, rien. Donc juste que comme les pieds ne fonctionnaient pas toujours, c'est comme si c'est lui qui, peut-être la douleur que j'ai qui m'a, je ne sais pas. Il a tout fait pour que je ne sente pas la douleur là.

**Chercheur** : et comment vous vivez vos limitations aujourd'hui ?

**Rom** : je n'ai plus la possibilité de travailler, par ce que je suis ici, et en tant qu'ainé de la famille je suis devenu un poids pour les autres. Il y'a aussi ma famille qui souffre, elle souffre et comme je disais, je suis l'ainé, et beaucoup même que ce soit même mon petit frère lui il a appris le travail derrière moi, c'est derrière moi qu'il a appris le travail, et ma mère aussi souffre parce que je l'aidais tellement, que ce soit l'aspect financier, le réconfort et autre, elle-même elle est ici à mon chevet, je l'aidais, je l'aidais beaucoup... Même ma femme ! elle ne parvenait pas à en revenir. Déjà qu'on a un bébé de peut-être 4 mois, et il a eu ses 4 moi qu'à l'hôpital, et c'était à mon chevet, parce que l'enfant, je peux dire que c'est sur la route de l'hôpital chaque fois, oui

**Chercheur** : pour un père de famille cela doit être difficile !

**Rom** : c'est compliqué... (silence), c'est compliqué...

**Chercheur** : je comprends, et vous aimeriez en parler ?

**Rom** : (rire), non, non je préfère ne pas en parler, je préfère rester sur le point où je te dis c'est compliqué.

**Chercheur** : je vous comprends ; du coup je comprends que votre entourage se bat pour vous apporter du soutien et être près de vous !

**Rom** : merci ! oui, oui ma femme par exemple s'est beaucoup battue, parce qu'avec ma mère mon opération ça les regardait même comme il y'avait aussi mes relations qui aidaient à financer mais a fallu qu'elle se lève ! oui qu'elle donne le meilleur d'elle-même ! parce que récemment là j'ai un de mes patrons qui m'a appelé pour dire que Rom ton épouse c'est une très bonne épouse parce qu'elle a fait ce qu'on demande à une épouse ; il m'a même mis en garde que si j'arrivais à avoir des problèmes avec elle il ne serait pas très content. Parce que si tu as une femme dans cet état-là, elle n'a pas cédé, craqué et, et puis elle est arrivée jusqu'au niveau où vous êtes là il faut remercier dieu ! et même la mère. Parce qu'elle a abandonné son petit commerce pour venir. C'est mon premier fils qui a manifesté une grande souffrance au point de commencer à faiblir à l'école, et quand j'ai suivi ça vraiment j'ai compris que non s'il ne me voyait pas ça allait être trop compliqué ; par ce que même à l'école ça n'allait c'est après quand ils sont venus avec lui que tout a commencé à aller.

**Chercheur** : vous avez parlé de votre maman, comme celle qui participe aussi à vos soins, est-ce à dire que le papa n'est pas là

**Rom** : ah oui lui il est décédé en 2017 ; et je voulais ajouter quelque chose, en fait après mon accident j'ai constaté que beaucoup de personnes c'étaient mobilisées pour, ça a mobilisé énormément de personnes. Parce chaque fois que j'ai travaillé chez tellement de personnes ; donc quand chacun regarde ce que j'ai fait au moins quand il arrive il prend son téléphone il appelle. Donc actuellement les gens qui m'appellent la plupart j'ai travaillé chez eux. Et je t'assure ça m'a tellement marqué parce que la mobilisation que ça a fait chacun, on m'appelait, même ma femme m'a dit que non vraiment à un moment il faut aussi éteindre le téléphone. Parce que chacun appelait pour dire c'est comment, comment tu vas, qu'elle est la situation. Elle-même elle était dépassée, ma mère et tout disaient que waouh Rom tu as tellement de personnes qui veulent du bien de toi, des gens qui t'apprécient vraiment. Parce qu'il y'a quelqu'un qui a fait un témoignage me concernant incroyable ! tu sais chez nous les bamilékés c'est délicat, comme je parle et dit je ne vois pas le mal partout ; j'ai un de mes clients c'est le notaire de Baham, du haut plateau autant pour moi, euh il est venu, ma mère est rentrée, il est venu la rencontrer pour dire que si tu comprends n'importe quoi sur Rom il ne faut pas accepter, parce que je le connais, il est comme mon fils, c'est quelqu'un s'il a quelque chose, c'est par le travail qu'il a effectué, donc si on te dit importe quoi, il ne faut pas considérer, il est comme mon enfant, je le connais que si il fallait boire le casier de quelqu'un je pouvais boire sa part parce que je le connais. Beaucoup ne voulait même pas que je meurs parce qu'il y'a un de mes patrons qui est allé à l'hôpital de Koué-ékong là-bas il a vu qu'on ne prenait pas soin de moi là-bas, il a appelé le délégué pour demander que mais comment ça vous avez un patient euh... le délégué a appelé l'hôpital que mais vous ne prenez pas charge de lui ? c'est comme ça qu'on a désigné une personne pour mon suivi et à la suite on m'a référé.

**Chercheur** : ce message a dû être un soutien... et tout a l'air d'être un parcours !

**Rom** : oui ! ça la réconforté, et quand elle en parlait ma femme a fondu en larme et elles se sont mises à fond depuis ce jour. Et il faut ajouter même que si mes boss n'étaient pas là c'est que je suis fini je te jure

**Chercheur** : Haa !

**Rom** : oui !

**Chercheur** : je prends note, et dite moi Rom pouvez-vous me parler de votre enfance ?

**Rom** : se sera quand même un peu difficile, parce que dire l'enfance, j'ai quand même eu une bonne enfance, donc un enfant bien chouchouté, parce que mon père était là, c'était quand même quelqu'un qui me prenait bien en charge, école, tout, tout, tout, tout, j'avais peut-être tout ce que je voulais, donc ce que je désirais nooh ! donc notre père était aussi comme ça là donc il n'aimait pas du style ou son enfant manquera de quelque chose, donc le genre où l'enfant va vers, le genre où il rentre il te cherche peut-être à la maison tu dis que non je suis allé regarder la télé je suis allé, il tenait quand même à se battre à mettre ça à ta disposition pour que tu ne parte plus, en bref j'ai eu une bonne enfance je pense, tout se passait bien dans la famille.

**Chercheur** : et avant d'être dans cette situation comment perceviez-vous les personnes handicapées ?

**Rom** : je t'assure je n'avais même aucune idée de ce que ces gens-là pouvaient vivre, je ne m'étais même jamais fait la moindre idée sur elles, même pas ! et aujourd'hui je mesure vraiment la situation des gens-là, c'est difficile. Ça met les relations à l'épreuve, ça fait entrer dans une autre vie.

**Chercheur** : aujourd'hui quelles peuvent être vos besoins actuels

**Rom** : bon je dirais qu'elles sont beaucoup plus d'ordre financières, il faut régler les factures, la chambre, les médicaments, tout ça et c'est ma femme, la maman et mes contacts qui m'aide ici là ce n'est vraiment pas facile, s'ils n'étaient pas là c'est qu'on ne parle peut-être même plus de moi.

**Chercheur** : je comprends... et merci encore.

**Chercheur** : alors pour la suite je souhaite de vous que vous : « Dessinez ensemble sous forme d'un plan intérieur, une maison idéale, de rêve conçue par toute la famille »

**Chercheur** : Je vais à présent vous poser des questions par rapport à votre dessin.

Quel est l'endroit le plus important pour vous ?

L'endroit le plus important pour nous ici je dirais que c'est le salon, oui le salon ; c'est quand même le lieu où tout une famille se réunit, où les réunions que ce soit familiale, ou même des frères ressortissants de l'Ouest précisément de Bafoussam c'est là, oui c'est là ! sa femme rajoutera que c'est là vraiment que toutes les cérémonies se passent quand j'ai accouché mes

deux enfants chaque fois que les gens venaient c'est là qu'on les recevais, on se retrouve même tous là avant de se séparer c'est un peu ça et c'est aussi là qu'on met euh, euh je vais même dire quoi en tout cas c'est ça. Voilà ! je voulais dire aussi la cuisine parce qu'une femme c'est sa cuisine !

**Chercheur** : ha je comprends de quoi vous parlez ; et que pensez-vous de votre dessin ?

Hmmm je dirais, que simple et c'est bien, son mari dira c'est comme elle dit là !

**Chercheur** : dans cette maison qu'est-ce qui caractérise la famille ?

**Rom et sa femme** : Qu'est-ce qui caractérise la famille, hmmm... c'est le soutien et la complicité parce que vraiment s'il n'y avait pas ça c'est qu'on est où aujourd'hui... sa femme rajoute la simplicité aussi je pense...

**Chercheur** : Et quelles qualités donnez-vous à cette maison ?

Elle est simple vraiment et grande aussi, oui simple et grande

**Chercheur** : en quel matériaux serait faite cette maison et pourquoi ?

Je dirais qu'elle est faite en dure, genre en ciment, parpaing, tout ça !

**Chercheur** : Quelles seraient les couleurs intérieures et extérieures de cette maison

Belge à dedans comme dehors, j'aime bien le belges...

## ***Annexe 6: corpus d'entretien avec Fobo***

FoBo est un jeune homme de 23 ans. Il est né à Bafoussam, une ville située dans la région du grand Ouest Cameroun. En tant que troisième d'une fratrie de quatre enfants, il n'a pas grandi aux côtés de ses sœurs et de son frère, tous deux également originaires de Bafoussam. Il grandi, précisément auprès de sa grand-mère jusqu'à l'âge de 5 ans, âge auquel elle décède. En ce qui concerne sa vie personnelle, FoBo est célibataire et se décrit comme un traditionaliste pratiquant et initié. Bien qu'il ait été élevé dans la foi chrétienne catholique, il ne pratique pas activement cette religion. Actuellement, FoBo est étudiant mais ne peut pas poursuivre ses études pour atteindre ses objectifs professionnels à cause de son handicap. Il a été référé sur la ville de Yaoundé pour la rééducation après son hospitalisation à l'hôpital de Bafoussam. Les parents de FoBo sont tous les deux originaires de Bafoussam. FoBo est l'aîné de la fratrie, ce qui peut indiquer qu'il a assumé des responsabilités et des attentes particulières de la part de ses parents et de sa famille élargie. FoBo se décrit comme un traditionaliste pratiquant et initié.

**Chercheur :** Parlez-moi de ce qui s'est passé pour que vous vous retrouvez dans cette situation

**FoBo :** bon la tante de ma mère m'avait appelé, elle avait appelé ma mère pour qu'on m'envoie au village cueillir les prunes... bon quand je suis arrivé au village cueillir les prunes, je cueillais... je cueillais et après je me retrouve seulement à l'hôpital. Je ne sais pas si je suis tombé... donc je ne sais pas, je ne me rappelle pas de la partie là... si je suis tombé ou pas... donc je me rappelle seulement la partie où je me suis réveillé à l'hôpital on me dit que je suis tombé, et là moi je ne croyais pas. Mins après je vois un peu j'essaie de me lever je ne parviens pas, je ne parviens même pas à bouger le bas du corps... les membres inférieurs... c'est là que ça a commencé.

**Chercheur :** je vois... et vous vous rappelez du jour précisément ?

**FoBo :** non, non pas précisément mais du mois, fin du mois d'aout, donc vers les 29 comme ça.

**Chercheur :** vous dites que vous vous êtes réveillé et avez constaté que le bas du corps ne fonctionnait plus ?

**FoBo :** oui, je me vois avec les appareils sur moi, des trucs, on me, dès que j'avais d'abord trop mal on m'a injecté des antidouleurs, dès que ça s'est un peu calmé là on n'a commencé à partir me mettre dans les scanners pour faire le scanner et après la semaine qui suivait on m'a opéré, on m'a anesthésié, on m'a mis en salle d'opération on m'a opéré encore. Bon je vais encore dire quoi... bon quand on m'a opéré là, ça faisait toujours mal, s'était toujours presque les mêmes sensations que je sentais quand je suis tombé, puisque je n'ai même pas vécu l'opération là ! je me suis seulement réveillé encore seulement, on m'avait déjà opéré ; je vivais encore une autre douleur... merde ! la douleur et, la douleur faisait très mal...

**Chercheur :** je comprends... et il y'a quelque chose qui transparait dans vos propos, vous dites que quand vous vous vous êtes réveillé vous avez constaté qu'il y'avait des machines branchées, ce qui vous a surpris... est-ce à dire qu'on n'avait pas pris la peine de vous expliquer bien avant ce qui s'était passé et ce qui se passait

**FoBo** : non ! on ne m'avait pas expliqué, je demande on me dit que je suis en réanimation, là j'avais même oublié mon non. Peut-être on m'appelait là je pensais que c'était quelqu'un d'autre qu'on appelle, que c'est la personne derrière moi qu'on appelle. À ce moment-là j'avais très mal et on m'injectait des antidouleurs... en tout cas à ce moment-là aussi je ne connaissais pas que c'était grave comme ça...

**Chercheur** : et comment cela ? du coup tu n'en revenais pas ?

**FoBo** : oui ! c'est quelque chose de nouveau, au fait parce que je n'en revenais pas... comment tu peux être lucide aujourd'hui là, tu te portes bien après tu commences à entrer dans un autre monde ? ça c'est un autre monde hein ! une autre version de la vie ! rire...

**Chercheur** : je comprends, en gros il y'avait comme un étonnement, puisque tu n'étais pas préparé.

**FoBo** : oui une expérience traumatisante c'est... regarder ces pieds là et ne pas connaître que tu as les pieds... le temps là... parce qu'actuellement je peux un peu bouger... la douleur... mais quand c'était encore au début, mais si je n'ouvrais pas mes yeux c'est que je n'allais pas connaître que j'ai les pieds... donc c'est un peu ça.

**Chercheur** : je comprends ; et ce sentiment que tu as eu à ton réveil par rapport au non ressenti de la présence de tes gambes est normal, y compris l'état émotionnel

**FoBo** : en fait ça m'a traumatisé en vrai, ça m'a bien traumatisé

**Chercheur** : quand est-ce que cela a eu lieu

**FoBo** : au fait, je ne me rappelle pas du jour, mais c'était vers la fin du mois d'Aout de l'année passée. Il y'a huit ou sept mois

**Chercheur** : et dit moi, comment s'explique cela pour toi ?

**FoBo** : je vais expliquer ça comment ? (Silence) je vais dire que c'est le sort nooh, ou bien peut-être même la mal chance... ce qui m'a dérangé dans tout ça c'est que je n'ai pas vécu, je n'ai pas vu comment je tombais, je ne me suis pas vu en train de tomber.

**Chercheur** : tu penses que si tu t'étais vu tomber quelque chose aurait changé ?

**FoBo** : oui ! j'aurais peut-être atterri sur mes pieds ! je pouvais au moins éviter parce que ce n'était pas quand même trop hot ! c'était même la hauteur du plafond ci pour le sol, je pouvais peut-être essayer d'éviter... mais rien, je n'ai pas... et aucune branche, je ne sais même pas si j'ai glissé, donc je ne sais en fait rien, rien, comme-ci, seulement que j'ai subi seulement quelque chose sans pouvoir éviter, rien... moi-même je ne sais pas comment expliquer ça puisque je ne connais même pas comment, je connais même pas si... je connais seulement que ça m'a traumatisé ! on me mets les sondes urinaires, on me met les trucs ; je ne sentais même pas même quand les selles sortaient là ! (Gène, agitation du corps et détour du regard), je portais la couche tout ça ! hmmm ça me dépassait seulement...

**Chercheur** : comment tu expliques cette idée du sort ?

**FoBo** : mais puisque ça m'ait arrivé sans que je ne... sans que je ne sois vraiment, donc selon moi, je ne comprends même pas ce qui s'est passé, comment je peux être sur l'arbre je tombe sans connaître que je suis en train de tomber !

**Chercheur** : donc c'est de là que te vient l'idée du sort ?

**FoBo** : oui ! je ne sais même pas comment ça s'est passé avant que je suis tombé, je ne sais pas si c'est mon cerveau qui a effacé ça de ma tête (rire) j'ai seulement subi comme si j'étais un objet sur qui le sort tombe sans rien faire. Hmmm la mal chance c'est quelque chose...

**Chercheur** : j'ai le sentiment que le fait d'avoir subi sans pouvoir rien faire te fait souffrir...

**FoBo** : effectivement, c'est pourquoi je dis que c'est comme un sort, comme une malchance que je subis seulement comme si je n'étais personne, comme si je n'étais rien massa. C'est pénible, c'est un genre... Je me sens complètement perdu et dépassé depuis que je suis dans cet état. J'étais une personne active et indépendante, et maintenant regarde-moi (rire) je me retrouve à dépendre des autres pour les tâches les plus simples de la vie (rire, caaac). Tu veux même te plaindre tu vas te plaindre chez qui ? le genre si tu regardes seulement.

**Chercheur** : tout à l'heure quand tu t'exprimais je me suis fier à ton expression faciale au moment où tu abordais le fait que tu faisais les selles sur toi, ainsi que le fait que tu portais sur toi une sonde urinaire ; tu m'as semblé gêné, est-ce que c'est le cas ?

**FoBo** : Oui ! à moi ce n'était pas normal en fait de se retrouver dans ce genre de situation... même la sonde urinaire m'a donnée les infections urinaires encore... (silence) or ça m'a... et à cause des infections urinaire on m'a encore fait la radio. Je regardais seulement

**Chercheur** : comment ça tu regardais seulement ?

**FoBo** : c'était traumatisant, et l'infection me faisait penser, du genre j'imaginai si jamais ça crée quelque chose de bizarre là-bas, peut-être une blessure ou...

**Chercheur** : ha je comprends

**FoBo** : on m'envoyait les tuyaux dans l'urètre, on m'a prescrit les médicaments, on m'a fait la radio, on manipulait mon corps dans tous sens...

**Chercheur** : et l'expérience de la couche j'ai également remarqué que tu semblais gêné à propos

**FoBo** : haaac pour moi honnêtement ce n'était pas normal, c'était un genre, comment je peux porter la couche ? c'est pas normal ! c'est pas normal qu'un jeune comme moi porte quand même la couche... moi j'étais dépassé, non je ne sais même pas ce qui se passe... que je fais un truc je ne sens pas, je fais les selles sur moi je ne sens pas, je ne sais même pas si ça veut sortir, je sais rien, je constate même seulement avec les odeurs, hmmm !

**Chercheur** : ça devait être gênant pour toi...

**FoBo** : oui puisqu'avant je contrôlais tout ça, mais la maladie ci, le handicap ci m'a vraiment affecté cette fonctionnalité-là, aujourd'hui quand-même je contrôle déjà un peu, sauf mes jambes qui ne répondent pas encore. En plus moi je vois que les gens qui portent la couche généralement les pédés. Oui c'est généralement les pédés. Rien qu'à penser ça je ne supportais pas. Ces gens-là massa yeuh... je ne pouvais même pas et j'ajoute même que le pu sortait déjà sur la partie où on avait mis la sonde... hmmm caaa !

**Chercheur** : et ce contrôle comment est-il revenu ?

**FoBo** : j'ai c'est moi qui ai provoqué ! j'ai même demandé qu'on me retire la sonde urinaire là par ce que je ne supportais plus ça et je voulais faire les choses par moi-même ! et quelque mois après j'ai commencé à contrôler, après deux mois comme ça ; et c'est pareil pour les selles. Même le pu là, quand je pensais à ça tout ce que je voulais c'est de retrouver le contrôle. Et pour reprendre le contrôle je ne dormais même pas la nuit, sinon j'allais trop uriner, ça fait que quand je voulais uriner je prenais la bouteille je le faisais. Et quand je ressentais que je veux uriner, mon pied bougeait aussi et ça me signalait que je veux uriner, même maintenant ça signal toujours mais un peu avec une petite douleur du coup dès que je ressens un peu je cherche à uriner. Et avec le temps j'ai commencé à m'habituer.

**Chercheur** : donc c'est toi qui as été l'auteur du contrôle de cette fonction si je comprends bien ?

**FoBo** : oui ! oui c'est ça !

**Chercheur** : ce que tu dis me fait penser que tu semblais être insouciant, est-ce le cas ?

**FoBo** : hmmm à part la douleur là, parce que même quand on m'a donné les antidouleurs pour eux c'était fini nooh, or pour moi ça faisait toujours mal. Il fallait encore supporter, on ne me donnait même plus les antidouleurs, il fallait que je supporte.

**Chercheur** : cela a dû être une épreuve difficile...

**FoBo** : oui très difficile, la douleur était terrible et le pire c'est que j'étais seule dans mon épreuve, ça faisait mal massa ! c'était ma douleur je vivais ça seul ! quand j'expliquais à mon entourage on ne me prenait pas au sérieux, on me donnait les antidouleurs, les paracétamols. Gars la douleur-là était traumatisante ça me faisait comme ci... sur une échelle de 0 à 10 je peux même noter 10/10 une fois. Trop forte même j'ai jamais senti une douleur comme ça.

**Chercheur** : quand tu dis que tu vivais ta douleur seule est-ce à dire qu'il n'y avait personne au prêt de toi ?

**FoBo** : il y'avait mon père nooh ! il disait ça va aller, que ça va passer, les trucs comme ça.

**Chercheur** : les trucs comme ça ?

**FoBo** : oui parce que pour moi ce qu'il racontait là c'était pour eux, ils ne comprenaient rien de ce que je ressentais. Non, non ils ne me comprenaient pas !

**Chercheur** : ils ne te comprenaient pas...

**FoBo** : oui ! dans leurs réactions quand je les voyais c'est comme-ci c'était un petit truc, qui allait facilement aller, je prenais des injections qui ne calmaient rien... alors qu'il y'avait un antidouleur-là qui calmaient ça bien mais on ne me donnait pas.

**Chercheur** : du coup tu serais entrain de dire que dans ton traitement on passait par des injections, des médicaments et interventions chirurgicales pour te soulager sans réellement comprendre ta souffrance ?

**FoBo** : haaa oui ! c'est ça c'est ça ! il fallait écouter les infirmières me dire que je dois supporter (rire) si la douleur là pouvait seulement me tuer c'est que ça m'a tué !

**Chercheur** : et quand les infirmières le disaient, comment est-ce que tu le prenais

**FoBo** : (rire) pour moi c'est comme-ci elles me négligeaient et c'est après avoir vu comment je pleurais trop qu'ils ont injecté ce qui calmait un peu qui est en liquide là. J'insistais à chaque ronde que les infirmières et les médecins passaient. Parce que chaque matin on faisait la ronde et dans la ronde on disait que tu dois tout dire tes problèmes (rire) hein et quand j'explique ils écrivent sur le papier ils écrivent sur le papier après ils partent mais ça ne change pas ! jusqu'à ce que j'aie supporté ma douleur tranquille. Je me sentais négligé entre leurs mains et ça ne valait pas la peine avec eux. Je prends mon calme j'explique c'est là que tu écoutes le médecin dire maintenant tu expliques pourquoi d'abord tu n'expliquais pas comme ça ? alors que je leurs expliquait la même chose depuis. Et c'est comme ça que je me sentais négligé, comme ci c'était la blague et pourtant c'est ma vie comme ça qu'on est en train de jouer avec. Comme s'ils ne me prenaient pas au sérieux. Et pire encore j'avais attrapé la toux la période-là et tousser un peu seulement c'était comme la fin du monde.

**Chercheur** : ...

**FoBo** : mes parents alors, il y'avait mon père et avec lui qui était tellement inquiet si je lui disais d'acheter un antidouleur il achetait seulement. Or pour ma mère elle pensait que je ne voulais pas faire l'effort, que je suis paresseux c'est un peu comme si elle voulait me voir marcher mais ne voulait pas comprendre que ça prend du temps. Elle me mettait la pression avec le bavardage et ça me frustrait je te jure, il m'arrivait même de perdre espoir.

**Chercheur** : ha ! donc ton père tu pouvais compter sur lui en cas de souffrance, mais pas à l'équipe médicale et la maman ?

**FoBo** : oui et avec eux je savais déjà que c'est une habitude et que même si on leur expliquait comment il n'allait pas comprendre. Donc j'ai appris à rester moi tranquille et ne plus parler. Même quand j'ai demandé qu'on me retire la sonde, ils n'ont même pas cherché à comprendre, ils ont refusé, j'ai dit que bon c'est mon corps alors et même mon père ça l'énervait déjà parce que lui-même il a compris que ça me donnait déjà des infections. Et tu vois tu arrives à l'hôpital on te place la sonde on te dit que ça doit faire 10 jours, après 10 jours on te dit non 21 jours, 21 jours passent tu dis ekié tu comprends qu'ils tâtonnent seulement en plus c'était pas la même personne donc ils changeaient constamment. Et ça ! ça me laissait inquiet ; je pouvais plus supporter ça. Et c'est même mes recherches sur internet qui m'ont aidé à me calmer, je comprenais ma situation en regardant les vidéos sur internet.

**Chercheur** : il t'arrive encore de vivre des inconforts liés à ta situation ?

**FoBo** : oui, oui ! au niveau de la colonne vertébrale j'éprouve des douleurs par moment, en plus j'ai du matériel au dos, parfois j'ai des sensations de brûlures qui dure depuis longtemps, et quand je touche avec ma main je ne sens pas la chaleur là avec ma main mais pourtant ça me chauffe.

**Chercheur** : je comprends et il y en a d'autres ?

**FoBo** : oui, oui me déplacer de chaise pour prendre mon bain ou faire mes besoins, je suis maintenant obligé de demander à quelqu'un.

**Chercheur** : je comprends cette gêne qui peut être vue comme une intrusion à ton intimité

**FoBo** : j'essaie de m'y faire mais ce n'est pas facile, je dois rester fort.

**Chercheur** : rester fort ?

**FoBo** : oui c'est presque ce qui me reste aujourd'hui, je ne dois pas perdre espoir, c'est quand même, ce n'est pas facile !

**Chercheur** : et quand tu dis ce n'est pas facile et qu'il faut rester fort que veux-tu dire ?

**FoBo** : (silence) je ne sais même pas trop hein, ce qui passe dans ma tête c'est de faire tout et tout pour retrouver la marche, même si ça prend combien de temps.

**Chercheur** : je comprends que tu ne donnes pas assez de place à ce que tu ressens ?

**FoBo** : oui ! il ne faut pas que j'éprouve de la peur et que je perde espoir, si c'est ça, si je... hmmm, pour moi perdre espoir là nooh, ça sera comme-ci je ne peux plus rien faire, et, alors qu'il faut que mon moral soit à son maximum pour avancer, parce que si mon moral descend, (murmure) je n'aurais même plus la force de travailler.

**Chercheur** : et comment tu fais cela ?

**FoBo** : je ne pense pas trop à ma situation qui est critique ! parce que rester et penser à tout ça hmmm, ce n'est pas bon ! il faut que je reste toujours joyeux pour éviter les pensées négatives, les trucs comme ça. Sinon je vais stresser et pleurer ce que je ne veux pas.

**Chercheur** : et est-ce que tu penses que cette méthode t'aide à mieux être avec toi-même ?

**FoBo** : hac je vais même dire quoi (silence). Je fais comme je peux. En plus même dans tout ça c'est mon combat seul donc je ne peux que le faire seul.

**Chercheur** : le faire seule ?

**FoBo** : oui ! Puisque je t'ai dit la dernière fois que les gens quand tu leur explique cette situation pour eux c'est comme la blague ils ne te prennent pas aux sérieux. Je pense même que pour que quelqu'un comprend ça il faut qu'il soit dans la même la même situation sinon il ne peut pas comprendre la gravité de la situation.

**Chercheur** : ce qui t'oblige à moins t'exprimer par rapport à ce que tu vie ?

**FoBo** : oui ! exactement

**Chercheur** : D'accord merci.

Dessin de maison de rêve

**Chercheur** : alors pour la suite je souhaite de vous que vous : « Dessinez ensemble sous forme d'un plan intérieur, une maison idéale, de rêve conçue par toute la famille »

**Famille** : dessiner une maison de rêve ?

**Chercheur** : oui une maison de rêve sous forme de plan intérieur.

**Père de la famille** : euh Fobo, hmmm, qui va dessiner nous tous ?

**Chercheur** : oui, oui vous devez le réaliser ensemble.

**Père et mère** s'exprime langue de l'Ouest Cameroun

**Chercheur** : Je vais à présent vous poser des questions par rapport à votre dessin.

Quel est l'endroit le plus important pour vous ?

Le père et la mère diront le salon car c'est là qui (on reçoit les gens, c'est ici que tout le passe avant d'aller dans les autres salles de la maison, donc c'est le salon. Fobo dira pour sa part la chambre, sans justifier.

**Chercheur** : d'accord je vois ; et que pensez-vous de votre dessin ?

Tous diront que c'est bien, c'est bien

**Chercheur** : dans cette maison qu'est-ce qui caractérise la famille ?

Ils prendront du temps avant de répondre, dirons sans fobo surtout la mère que c'est le salon hein... c'est le salon c'est ici que quand on veut passer un message ou quand on veut faire quoi on se place, même les réceptions c'est là. Son mari dira hmmm, hmmm, hmmm...

**Chercheur** : Et quelles qualités donnez-vous à cette maison ?

C'est grand... ! hmmm, hmmm c'est grand

**Chercheur** : en quel matériaux serait faite cette maison et pourquoi ?

Le père dira en bétons c'est évident, en béton et parpaing, pour que ce soit bien dure et solide. Foka lui se contentera de secouer la tête comme une affirmation de ce qui est dit.

**Chercheur** : Quelles seraient les couleurs intérieures et extérieures de cette maison

Je dirais que la couleur est bleu-blanc à l'intérieur comme à l'extérieur.

**Chercheur** : merci encore une fois de plus.

Annexe 7: Dessin



famille Rome





# TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE .....	II
SOMMAIRE .....	II
REMERCIEMENTS .....	III
RESUME.....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE DE L'ÉTUDE .....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	6
1..1 Question de recherche .....	25
1..2 Hypothèse de recherche.....	25
1..3 Intérêt clinique .....	27
1..4 La réification.....	27
1..5 La famille.....	27
1..6 Personne en situation de déficience motrice acquise.....	28
1..7 Image inconsciente du corps familial .....	28
CHAPITRE 2 : HANDICAPE, ET INSTITUTION MEDICALE .....	29
2. Le handicap/ la déficience .....	30
2.1. Histoire et terminologie .....	30
2.1.1. Définition du handicap .....	31
2.1.2. Différents types de handicap .....	33
2.1.2.1. Le Handicap moteur .....	33
2.1.2.1.1. Les types de handicap moteur .....	34
a. Déficiences motrices d'origine cérébral .....	34
b. Les déficiences motrices d'origine médullaire et /ou neuromusculaire .....	35
c. Les déficiences motrices d'origine osto –articulaire .....	36
2.1.2.1.1. Les facteurs du handicap moteur .....	36
2.1.2.1.2. Les facteurs génétiques.....	36
2.1.2.1.3. Les facteurs non génétiques.....	36
a. Les facteurs d'origine prénatale.....	36

b. Les facteurs relatifs à l'accouchement.....	37
c. Les facteurs d'origine poste natale .....	37
d. La malnutrition .....	37
e. La maladie.....	37
f. Les accidents routiers .....	38
g. Les accidents de travail.....	38
2.1.3. La survenue du handicap : un événement déstabilisant.....	38
2.1.3.1. L'annonce du handicap.....	38
2.1.3.2. Les circonstances de l'annonce du handicap .....	39
2.1.4. Les effets de la survenue du handicap et ses implications dans la vie personnelle et familiale .....	40
2.1.4.1. Les modifications traumatiques du corps .....	41
2.1.4.2. La mobilité réduite.....	41
2.1.4.3. L'incontinence urinaire et fécale : saleté-désordre .....	41
2.1.4.4. La place du pied dans la représentation du corps .....	42
2.2.L'institution médicale : socle de l'objectivation .....	42
2.2.2. Une médecine scientifique.....	42
2.2.2.1 Le modèle anatomo-pathologique .....	42
2.2.2.2. Le modèle épidémiologique .....	46
2.2.2.3. Le modèle normatif .....	47
2.2.2.4. Le modèle par la preuve .....	51
2.2.3. Une rationalité devenue mortifère et réifiante .....	53
2.2.3.1. Un rêve d'absolu.....	53
2.2.3.2. Une pensée contre le penser .....	55
2.2.3.3. La rationalité de la puissance.....	56
2.2.3.4. L'idée d'une prise en charge à domicile.....	58
CHAPITRE 3 : ANCRAGE THÉORIQUE .....	63
3.1. Approche théorique du lien .....	64
3.1.1. La question du lien et la psychanalyse .....	65
3.1.1.1. Préalables épistémologiques.....	65
3.1.1.2. L'enjeu épistémologique de la question du lien .....	65
3.1.1.3. Les conditions méthodologiques de l'analyse du lien .....	65
3.2.1. Le groupe : une altérité plurielle ou encore le rapport à plus d'un autre. ....	66

3.2.1.1. La clinique psychanalytique du lien .....	67
3.2.1.2. Penser le lien : le commun, le partagé, le différent .....	67
3.2.2. Trois critères pour une définition du lien .....	69
3.2.2.1. Définition par le contenu .....	69
3.2.2.2. Définition en termes de processus .....	70
3.2.2.3. Définition en termes de la logique du lien.....	70
3.2.3. Concepts pour penser la matière psychique du lien .....	70
3.2.3.1. La consistance de la matière psychique dans l'espace psychique du lien .....	70
3.2.3.2. Les organisateurs du lien .....	71
3.2.4. Les facteurs de liaison du lien .....	71
3.2.5. Les liants pulsionnels.....	72
3.3. Freud anthropologue.....	72
3.4. Kaës : le sujet, l'institution et la question du lien .....	74
3.5. Théorie de la groupalité psychique .....	77
3.5.1. Historique .....	78
3.5.2. Les organisateurs psychiques du groupe .....	79
3.5.3. La famille comme un groupe.....	83
3.5.4. L'Appareil psychique familial.....	83
3.5.4.1. Eiguer et les organisateurs familiaux.....	84
3.5.5. Image inconsciente du corps familial .....	86
3.5.5.1. Fonctionnalité de l'image du corps .....	87
DEUXIÈME PARTIE : CADRE MÉTHODOLOGIQUE DE L'ÉTUDE .....	89
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	90
4.1. Rappel de la problématique.....	91
4.2. Problème.....	91
4.3. Question de recherche et hypothèse de recherche.....	92
4.3.1. Question de recherche .....	92
4.3.2. Hypothèse de recherche.....	93
4.4. Objectif de l'étude .....	94
4.5. Site de l'étude.....	94
4.5.1. Présentation du site de l'étude .....	94
4.5.2. Historique du CNRPH.....	94
4.5.3. Les missions du CNRPH .....	95

4.5.4. Type de public accueilli par le CNRPH .....	96
a. Des handicapés physiques et moteurs.....	96
b. Des handicapés sensoriels .....	96
c. Les troubles de l’audition .....	96
4.5.4.1. Les activités menées au CNRPH.....	97
4.5.4.1. Présentation des différents départements du CNRPH .....	97
4.6. Population, Échantillonnage et échantillon.....	98
4.6.1. Population à l’étude .....	98
4.6.2. Technique d’échantillonnage.....	98
4.6.3. Les participants de l’étude .....	99
4.6.4. Critères d’inclusion.....	99
4.6.5. Critères d’exclusion.....	100
4.7. Présentation et justification de la méthode de recherche retenue.....	100
4.7.1. Type de recherche.....	100
4.7.2. Méthode de recherche : méthode clinique.....	101
4.7.3. L’étude de cas .....	102
4.8. Technique et outil de collecte.....	103
4.8.1. Instruments de mesure .....	103
4.8.1.1. L’entretien semi-directif .....	103
4.8.1.2. Guide d’entretien .....	104
4.8.1.3. L’épreuve projective du dessin familial de la maison de rêve .....	105
4.8.1.4. Description du matériel .....	106
4.8.1.5. La passation .....	107
4.8.1.6. Technique de traitement et d’analyse des données formelles.....	107
a. Analyse de la distribution des pièces .....	108
b. Analyse qualitative des pièces intimes (PI).....	109
c. Analyse qualitative des pièces communes (PC) .....	109
d. Analyse qualitative des pièces personnelles (PP).....	109
e. Analyse de la circulation intérieure .....	109
f. Analyse de la représentation de l’enveloppe familiale.....	110
g. Analyse de la représentation de l’enveloppe de pare-excitation .....	110
h. Analyse des ouvertures de la maison sur l’extérieur .....	111
i. Analyse de la représentation de l’enveloppe de signification .....	111
j. Analyse clinique des questions de l’enquête .....	112

4.8.2. L'analyse qualitative de contenu .....	112
4.8.3. Analyse thématique .....	113
4.8.4. Considérations éthiques .....	114
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	116
5.1. Présentation des participants .....	117
5.2. Cas de la famille Aphda.....	117
5.3. Cas de la famille Fobo .....	118
5.4. Cas de la famille Rom .....	118
5.5. Analyse thématique des données de l'entretien.....	118
5.5.1. Vécu du corps à l'annonce de la DMA et éprouvé du corps .....	118
5.5.1.1. Vécu du corps à l'annonce de la DMA.....	118
5.5.1.2. Éprouvés du corps pendant la prise en charge.....	123
5.5.2. Sentiment de réification et le corps réifié.....	126
5.5.3. L'autre du lien dans le travail d'investissement du corps familial .....	130
5.5.4. Analyse des données du dessin : Investissement narcissique du corps familial.....	133
5.5.4.1. Analyse de la distribution des pièces.....	133
5.5.4.2. Analyse fréquentielle des pièces communes .....	133
5.5.4.3. Analyse des pièces intimes (chambres, WC... ).....	134
5.5.4.4. Analyse des pièces personnelles.....	135
5.5.4.5. Analyse de la circulation intérieure .....	136
5.5.4.6. Analyse de la présentation de l'enveloppe de pare-excitation .....	137
5.5.4.7. Analyse de la présentation de l'enveloppe de signification (feuille interne) .....	139
5.5.4.8. Analyse clinique des questions d'enquête .....	139
5.5.5. Investissement libidinal du corps familial .....	144
5.5.5.1. Le recours à des modalités fusionnelles du lien .....	145
5.5.5.2. Indicateurs à travers le dessin .....	147
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	149
6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	150
6.2. Le corps dans l'organisation spatiale de la maison .....	152
6.2.1. Pauvreté dans la production graphique.....	152
6.3. De la structure de la maison à la structure de l'enveloppe psychique familiale .....	153

6.3.1.L'enveloppe de pare-excitation .....	153
6.3.2.Fonction de délimitation d'un dedans et d'un dehors du corps familial .....	154
6.3.3.Construction d'une enveloppe de protection .....	154
6.3.4.L'enveloppe de signification .....	155
6.3.5.Hypothèse sur la structure en deux feuillets de l'enveloppe psychique familiale....	156
6.3.5.1.Hypothèse sur le fonctionnement familial.....	157
6.4.Pôle isomorphique du Corps familial et échec dans le processus d'indifférenciation des membres de la famille.....	157
6.4.1.La fratrie, un groupe dans le groupe : socle de l'investissement du corps familial..	159
6.4.2.Implications et perspectives.....	161
6.4.2.1.Implications .....	161
6.4.2.2.Perspectives .....	161
 CONCLUSION GÉNÉRALE .....	 163
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	168
ANNEXE .....	vii
TABLE DES MATIÈRES .....	XXXIV