

Université Abderrahmane Mira De Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales
Département Des Sciences Sociales

Mémoire de fin cycle en vue de l'obtention du
Diplôme de master en psychologie clinique harmonisé



Thème

L'handicap moteur causé par les accidents routiers et remaniement identitaire



Cas pratique : Étude de (04) cas adulte réalisés au niveau de l'hôpital de la rééducation et adaptation fonctionnelle Reishan Bachir ben Lakhdar : Jijel

Réalisé par :

Mlle Salmi Meriem

Encadré par :

M Ghouas Yacine

Année Universitaire : 2018 - 2019

Remerciements :

Avant de commencer, je tien tout d'abord à remercier Dieu le tout Puissant, de ma donné la santé, la force, le courage, la volonté et la Patience pour accomplir et mener ce travail à terme.

Je tien, tout particulièrement à exprimer toute, mon gratitude à, mon Promoteur M. GHOUAS YASCINE pour sa rigueur, la pertinence de ses Conseils qu'elle a pu ma prodiguer tout au long de ce travail, sa Bienveillance, sa patience, sa disponibilité, sa guidance, son aide, son soutien remarquable et son orientation.

Je remercie, s'adresse également aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail, et pour avoir accepté de participer au jury de cette soutenance.

Je remercie aussi, ceux qu'il m'a aidé dans le domaine de la formation à l'hôpital de réadaptation et d'adaptation fonctionnelle de Jijel, Reishan Bachir ben Lakhdar.

Surtout le directeur, qui m'a reçu, et la psychologue «Aïda » et tous les membres,

Un grand merci, à tous les sujets du groupe de ma recherche, qui m'ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail car sans eux ce travail n'aurait pas été effectué.

Je voudrais également remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'achèvement de ce travail de près ou de loin.

Dédicaces

Par des fatigué, ne pouvant plus bouger, repose sur des gouttes d'encre, plein de tristesse et de joie, en même temps.

La tristesse de la séparation après le rassemblement, et la joie d'atteindre une nouvelle aube de ma vie, mon jour de remise de diplôme.

Je dédie le fruit de mes efforts

À qui Dieu lui donné de prestige et révérence, pour qui m'apprennent tendre sans attendre, a qui je porte son nom avec fierté, Mon père que Dieu pitié, votre mots resteront les stars qui me guident aujourd'hui, demain et pour toujours.

À qui m'a appris que lorsque la lumière sont éteintes, il est nécessaire d'allumer la bougie et de ne pas maudire le bruit, ma mère, qui ma beaucoup soutenu tout mon cursus que Dieu les garde.

A mes très chers frères et qui n'ont jamais cessé de me soutenir ,et de m'encourager à donner du mieux que je peux durant toutes ces merveilleuses années de mon parcours universitaire , MOUHSIN ,FARES, AMMAR , Que dieu vous protège.

Aux épouses de mes frères et leurs enfants, NOUFAL, MOUDRIK, RITAJE,
BADER DIN, ABDE RAHIM, FADIA et MOHAMED ZIAD .

A mon promoteur M. GHOUASE YACINE qui m'a beaucoup aidé à réaliser ce travaille.

A toutes mes amies que je n'oublierai jamais, qui distinguent par fidélité et avec moi sur la voie du succès et de la bonne, NESRIN, NAWAL, HANAN, LINDA, SARAH.

Meriem

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	----------

Le cadre général de la problématique

1-La problématique.....	3
-------------------------	---

2-hypothèses	7
--------------------	---

2-1- Hypothèse général.....	7
-----------------------------	---

2-2 -Hypothèses partielles	7
----------------------------------	---

3-Les objectifs de la recherche	7
---------------------------------------	---

4- Intérêt du choix du thème	8
------------------------------------	---

5-les Définition des concepts théoriques et opérationnelles.....	8
--	---

6-Les limites de la recherche.....	12
------------------------------------	----

La partie théorique

Chapitre I : l'handicape moteur acquis

Préambule :	14
--------------------------	-----------

Le handicap

1-L'origine de la notion du handicap	14
--	----

2-définition du handicap	15
--------------------------------	----

3-Définition de l'handicapé	19
-----------------------------------	----

4-type du handicap.....	20
-------------------------	----

4- 1. L'handicap mental	20
-------------------------------	----

4-2. L'handicap sensoriel.....	21
--------------------------------	----

4-3. L'handicap moteur.....	21
-----------------------------	----

5- les approches du handicap.....	21
-----------------------------------	----

5-1- E. Goffman et la théorie du Stigmate.....	21
5-2-N. Elias et la théorie de l'outsider	22
5-3- R-F. Murphy et la théorie de la liminalité.....	22
5-4- H.J. Sticker et la figure du Double	23
5-5- S. Freud et l'inquiétante étrangeté.....	23

-le handicap moteur

6-définition de handicap moteur.....	24
7-signe du handicap moteur	25
8-étiologie et cause du handicap moteur	26
9-type de handicap moteur.....	27
9-1-l'infirmité motrice cérébrale (IMC)	27
9-2-Les handicaps moteurs d'origine non cérébrale.....	28
10-conséquences du handicap moteur	29
11- réalité du handicap moteur en Algérie	29

-handicap moteur acquis

12-définition de handicap moteur acquis	32
13-cause et conséquence de handicap moteur acquis	
13-1 –les cause	32
13-2- Les conséquences de handicap moteur acquis	33
14-Le handicap moteur acquis chez les adultes.....	37
15 -le soutien des personnes handicapées	39
Synthèse du chapitre	40

Chapitre II : le remaniement identitaire

Préambule	42
------------------------	----

1-L'émergence de l'identitaire	42
2-Définition de l'identité	43
3-Les figures de l'identité	45
4-Les type de l identité.....	48
4-1 -L'identité individuelle	48
4-2- L'identité collective	50
5-Les trois axes de l'identité.....	52
6-Les Besoin Identitaire.....	53
6-1-Le besoin d'existence.....	53
6-2- Le besoin d'intégration.....	54
6-3-Le besoin de valorisation	55
6-4- Le besoin de contrôle.....	55
6-5- Le besoin d'individuation.....	55
7-L'approche de l'identité de la personne handicapée.....	56
8-L'Estime de soi et handicap moteur.....	58
9-Prendre conscience de son handicap.....	59
10-la période de deuil.....	61
10-1 Premières phases du deuil.....	62
10-2 Le travail de deuil.....	62
11-L'annonce du handicap.....	64
12-Le remaniement identitaire	65

13-L'accompagnement social.....	67
14-Une nouvelle autonomie pour la personne.....	68
Synthèse du chapitre	69

La partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule	72
1- La pré-enquête.....	72
2- Présentation du lieu de la recherche	74
3- Critères et présentation du groupe de recherche	75
3-1- L'échantillonnage	75
3-2-Les critères de sélection du groupe de recherche.....	75
3-3 Les caractéristiques du groupe de recherche.....	75
4-La méthode de recherche.....	76
5-Les outils de la recherche	78
5-1 L'entretien clinique	78
5-2 L'entretien clinique semi-directif.....	79
5-3 Guide d'entretien	79
6-Le déroulement de la recherche.....	80
7-Difficultés rencontrées.....	82
Synthèse du chapitre	82

Chapitre IV : présentation et interprétation des hypothèses

Préambule

1-Présentation et interprétation des cas84

2-Discutions des hypothèses..... 100

Synthèse du chapitre104

Conclusion107

Bibliographie.....108

Annexe

Introduction

Introduction :

L'être humain est confronté chaque jour, à des obstacles qui sont soit d'ordre naturel ou individuel, qui peuvent être dans certains moments des facteurs, qui détournent l'individu de ses objectifs dans sa vie, soit du côté physique ou psychique.

En parlant de ces obstacles, ils peuvent engendrer en lui plusieurs problèmes sur le Plan psychique tels que les troubles de comportements et les détournements de cognitions, aussi sur le plan physique tels que les maladies chroniques comme l'handicape moteur.

En effet, l'handicape moteur est une déficience physique est une atteinte (perte de Substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique ou automatique) de la motricité c'est-à-dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir quelque soient le but ou la fonction du mouvement produit. Alors la personne handicapée devient dépendante d'une autre personne, à cause de la nouvelle situation, et le changement de statue.

Dans ma présente recherche j'ai décidé d'examiné comment l'handicape, moteur acquis par un accident routière, provoque un remaniement identitaire chez les adulte.

Pour réaliser, ma recherche, c'est l'approche cognitivo comportementale que j'ai adopté comme cadre de référence étant donné qu'elle s'intéresse aux cognitions, émotions et aux comportements, j'ai considéré que c'est celle qui convient à ma recherche.

Dans le but de mener à bien ma recherche, j'ai opté pour la méthode clinique de type descriptive par étude de cas et pour les outils de recherche, j'ai opté pour l'entretien clinique semi-directif.

Introduction

A cet effet, j'ai organisé ma recherche en deux grandes parties. En commençant tout d'abord par une introduction, puis formulé la problématique et débouché sur l'énoncé de la question générale ainsi que les hypothèses.

Une première partie qui consiste en la partie théorique qui se compose de deux chapitres :

-Le premier chapitre est reparti en trois parties, dont le premier est consacré à l'handicap, dans laquelle je définirai cette notion, son origine et ses types, et les approches. Dans la deuxième partie, j'ai concentré en particulier sur le handicap moteur, où j'aborderai, les signes, l'étiologie, les types ainsi que ses conséquences, et la réalité en Algérie. La troisième partie sera consacrée sur le handicap, moteur acquis ; définition, cause et conséquence et le soutien ensuite conclure le chapitre par une synthèse.

-Le deuxième chapitre, j'ai défini l'identité, ses figures et types, aussi les axes et besoin identitaire, l'approche, l'estime de soi et période de deuil, en plus le remaniement identitaire, l'accompagnement et la nouvelle autonomie en suit une synthèse

Et la deuxième partie, qui consiste en la partie pratique et qui est constituée de deux chapitres.

-Le premier chapitre sera consacré à la méthodologie de la recherche, dans lequel j'ai présenterai la méthode, les outils de recherche adoptés ainsi que le lieu de recherche, le groupe de recherche, et le déroulement de la pratique

-Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation et l'interprétation des résultats obtenus ainsi que sur la discussion des hypothèses dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

Enfin, on clôture notre recherche par une conclusion, une liste bibliographique et une liste des annexes.

Le cadre générale de la problématique

1-La problématique

2-Les hypothèses

3-Les objectifs de la recherche

4-Intérêt du choix du thème

5-les Définition des concepts théoriques et opérationnelles

6-Les limites de la recherche

1-La problématique

Dans la vie il existe divers problèmes et difficultés peuvent changer la vie de l'être humain tel que la violence, les accidents, les maladies, et l'handicap. Parmi les incidents qui rendent la vie plus difficile L'handicap physique qui causé par les accidents routières est l'un des grands problèmes dont souffrent les pays du monde entier, c'est ce qui pousse les gouvernements à prendre des initiatives afin d'assurer tous les moyens pour permettre à cette catégorie de s'intégrer dans la société, et cela par un soutien médicale, psychologique, social ou professionnel.

Les accidents de la route, elle est ni planifier ni anticiper, être soudain, néfaste sur la société et l'individu, leurs causes peuvent être la vitesse, de dépasser et enfreindre le code de la route, conduite sous l'influence de l'alcool et de la drogue, la négligence, aussi conduite sous influence de la Pression psychologique, ou par des facteurs environnementaux tels que les conditions météorologiques et l'état de la route.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) confirme que les accidents de la route sont la deuxième cause de mortalité parmi la population mondiale, en particulier chez les 5 à 29 ans. C'est également la troisième cause de mortalité parmi la population mondiale des 30 à 44 ans. Les accidents de la route tuent environ 1,3 million de personnes chaque année, blessant 50 millions de personnes dans le monde, selon l'Emirates Traffic Safety Association. Le coût des accidents de la route dans les pays en développement est estimé à environ 65 milliards de dollars par an.

En Algérie selon la direction générale de la sureté nationale : 3310 personnes sont mortes dans 22991 accidents de la circulation été Enregistré sur le territoire national en 2018, et un total de 32570 autres ont été blessés.

Selon les chiffres publiés par le Centre national de prévention et de sécurité du réseau routier, 80% victimes du terrorisme routier sont le groupe de jeunes âgés de 18 à 49 ans.

Et à cette période de 6 mois entre (2018 -2019) 1943 accidents de la route ont été enregistrés, faisant 2273 morts et 2775 blessés.

En conséquence, les adultes sont exposés à des handicaps moteurs, Ils peuvent durer avec eux toute leur vie, Tels que l'amputation de la jambe ou de la main, ou peut-être l'exposition à la paralysie dans le cerveau, ou n'importe quel membre du corps.

Aussi des dommages psychologiques, comme résultat du choc qui se produit lorsque l'accident, est Plus que l'incident est violent, plus que le choc est grand, et des dommages sociaux affectant la famille, Surtout si la victime est le père ou la mère ca peut faire un grand fossé Pour élever leurs enfants et s'occuper des affaires familiales.

Donc L'exposition au handicap n'est pas seulement due à des causes congénitales ou héréditaires, mais il existe de nombreuses raisons, notamment les accidents de la route, etc., les personnes peuvent être exposées à la mort ou à des blessures graves c'est de l'invalidité motrice considérés comme acquis et inattendus, ce qui peut entraîner une confusion dans la personnalité de la victime.

Ce mot a plusieurs définitions en tant que sujet sensible qui énerve les individus souffrant de troubles physiques, psychologiques, mentaux ou moteurs, Temporaire ou permanent.

le loi du février 2005 se définit de la manière suivante : « constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation a 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 physiques d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé Invalident ». **(B. Soulier, 2008, p.9).**

Dés lors, le handicap reste aujourd'hui encore une notion très subjective, souvent mal utilisée et presque toujours connotée de façon négative. Dans la représentation

collective, elle est systématiquement associée à l'image stéréotypée de la personne en fauteuil roulant ou de la canne blanche, et parmi les formes le handicap moteur qui sont une perte partielle ou totale de la motricité. Ce qui nécessite de recourir à des modes pour l'aider à s'adapter à la situation, tels que béquilles et fauteuil roulant ou le recours à une greffe d'organe artificiel Les accidents de la route sont l'une des causes les plus courantes de handicap physique.

D'après le dictionnaire fondamental de la psychologie (2005), le handicap moteur est : « paralysies d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc. qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes. ». **(B. Hattel, 2005, p. 421).**

Quand les être humain, ont subits des accidents routières, ils développent des crises, et des problèmes, qui empêchent la réalisation de ses objectifs, et de ses tâches, où elle peut affecter individuel, et provoque l'apparition de handicaps moteurs, au niveau des différents membres du corps, et l'incapable de se déplacer facilement.

Cette déficience cause certains problèmes psychologiques et a la vie, car il existe un lien étroit entre l'âme et le corps, qui sont l'unité, Si la santé humaine est perturbée, comment cela affectera-t-il la santé Psychologique.

Pour Mucchielli, l'identité est la définition d'un individu, et cette définition vient de différents critères correspondant à sa connaissance de lui-même et de la connaissance de ceux qui l'entourent. De plus, lorsque les autres décrivent l'identité d'un individu, ils considèrent la situation dans laquelle le besoin d'information se fait sentir et le prennent en compte dans leur définition. En considérant le nombre de types d'identité que peut à la fois posséder un sujet, et que les autres peuvent lui attribuer. **(Kim. Dupont, 2012, p.21)**

Selon le grand dictionnaire l'identité c'est les caractéristique des personnes, objets réel ou représentés, événements, énoncés, etc., considérés comme substituables l'un à l'autre est pour sa je veux voire a tel pion l'identité se change selon les événements qui nous rencontre a notre vie. **(Le grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.1600)**

A cette recherche on concentre sur les adulte ayant un handicap moteur a cause d'un accident routier, quand il ne peut jamais être capable de marcher ou perd la capacité de bouger ses membre, de ne pourra plus subvenir aux besoins de la famille, l'incapacité de pratiquer des loisirs et la perte d'emplois ... tous cela m'amène à poser des nombreuses questions sur l'ampleur de l'impact du handicap physique sur l'adulte

Comment le changement se produit au niveau psychologique ?

La personne handicapée peut-elle accepter sa réalité ?

Quels sont les changements dans sa personnalité, comment est-il devenu sa vision de soi et des autres ?

C'est dans cette optique que nous organisons notre recherche afin de décrire l'impacte de handicap moteur acquis sur le remaniement identitaire.

Et nous hiérarchiserons nos hypothèses en hypothèse générale et hypothèses partielles. Cette hypothèse générale, comme son nom l'indique est assez globalisante. Elle demande donc à être spécifiée et opérationnalisée à travers les hypothèses sous-jacentes.

Les questions qu'on se pose dans le cadre de la recherche sont les Suivantes :

Question générale :

Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque le remaniement identitaire.

Questions partielles

1-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque un changement de personnalité.

- 2-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque le refus d'accepter le changement.
- 3-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque une perturbation dans les relations interpersonnelles.
- 4-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque un besoin de l'accompagnement.
- 5-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque un changement a la projection dans l'avenir.

2-Les Hypothèses :

2-1- Hypothèse générale :

L'handicap moteur acquis provoque un remaniement identitaire.

2-2 -Hypothèses partielles :

- 1- Le handicap moteur acquis provoque un changement de personnalité.
- 2- Le handicap moteur acquis provoque le refus d'accepter le changement.
- 3- Le handicap moteur acquis provoque une perturbation dans la relation interpersonnelle.
- 4- Le handicap moteur acquis provoque un besoin de l'accompagnement.
- 5- Le handicap moteur acquis provoque un changement à la projection dans l'avenir.

3-Les objectifs de la recherche :

- Démontrer à quel point le handicap provoque un remaniement identitaire et essayez de débarrasser ses effets négatifs.
- La Curiosité de voir : les étapes du changement, qui se produit dans la personnalité de L'individu, Comment le handicap affecte la personne elle-même, ses relations et ses

Interactions avec les autres, et dans quelle mesure il est possible d'alléger leurs souffrances.

- découvrir des moyens efficaces pour traiter et aide les personnes handicapées à accepter le handicap et la coexistence avec eux.

4- Intérêt du choix du thème :

Nous choisissons de mener notre recherche sur le handicap moteur acquis chez l'adulte et le remaniement identitaire Pour les raisons suivantes :

- Acquérir de nouvelles connaissances concernant les répercussions du handicap sur le remaniement identitaire de l'adulte ayant un handicap moteur acquis.

- L'importance croissante de cette catégorie dans notre société à cause des accidents routière.

- Le manque d'étude et la pauvreté des recherches académiques sur le remaniement identitaire des handicaps en Algérie.

5-les Définition des concepts théorique et opérationnelle :

5-1-L'accident : c'est un événement fortuit, ordinairement dommageable sur le plan corporel, mental ou matériel. Les accidents de la vie courante, à l'exception des accidents du travaille et de la circulation, ils ont responsables de la morte et de blessés, dont la moitié ont du être hospitalisés. **(N. SILLAMY, 2004, p3).**

- Ces l'exposition de l'individu à une blessure, soudain, qui entraver, et faire un changement dans sa vie, peut être temporaire ou permanent et se produit au travail, à la maison ou sur la route.

5-2-Un accident de la route : est un évènement qui implique au moins un véhicule, motorisé ou non, sur une voie de circulation publique, et qui occasionne des dommages physiques ou matériels. Par exemple, une collision entre deux voitures entraînant des

blessures chez un individu, ou la destruction partielle d'un bien est considérée comme accident de la route. ([https://www.assuranceendirect.com /m-définition accident .html](https://www.assuranceendirect.com/m-définition%20accident.html))

- ces des accidents qui cause des damages à des individus ou à des vehicules, elle produit des pertes materiel et humains, en raison d'une violation des règles de circulation.

5-3-L'Handicap : En 1975 l'OMS a adopté la définition de WOOD qui est : « un handicap (maladie ou traumatisme) entraine une déficience (correspondant à une atteinte lésionnelle ou fonctionnelle d'un ou de plusieurs organes) qui engendre une incapacité (se manifestant par la limitation des activités physique ou mental) qui à leur tour entraînent un ou plusieurs handicaps ou désavantages exprimés au plan social » **(S. Schauder, 2007, p.295).**

-C'est L'incapacité à vivre normalement, en raison d'un dysfonctionnement ou d'une invalidité, Congénitale ou acquise, Infecte l'individu et lui causant des troubles, mental, Physique ou psychologique.

5-4- Le Handicap moteur : Selon S .Gonzales Puell, « l'handicap moteur se traduit par une perte ou une altération D'une structure ou d'une fonction physiologique au anatomique il peut résulter d'une atteinte De système nerveux central ou périphérique des muscle». **(S. Gonzales Puell, 2010, p169).**

-C'est que la personne a un problème moteur comme, (Incapacité de marcher et de bouger, l'amputation de la jambe ou de la main, l'hémiplégie ...).

5-5- Le Handicap moteur acquis : C'est-à-dire que le handicap survient des suites d'une maladie (par exemple, les séquelles liées à une poliomyélite ; les conséquences d'une sclérose en plaques) ou suite à un accident (accident domestique, accident de la voie publique avec possible traumatisme crânien, amputation, paraplégie tétraplégie,

etc.). Pour les personnes âgées, les handicaps acquis relèvent du processus de vieillissement. **(H. Romano, 2011, p. 52).**

-C'est que la personne n'est pas né handicapé, mais acquis plus tard, comme résultat d'un accident l'a rendu incapable de bouger, mobilité et travail comme avant.

5-6-L'identité : Selon Mucchielli, l'identité est la définition d'un individu, et cette définition vient de différents critères correspondant à sa connaissance de lui-même et de la connaissance de ceux qui l'entourent. De plus, lorsque les autres décrivent l'identité d'un individu, ils considèrent la situation dans laquelle le besoin d'information se fait sentir et le prennent en compte dans leur définition. En considérant le nombre de types d'identité que peut à la fois posséder un sujet, et que les autres peuvent lui attribuer. **(Kim. Dupont, 2012, p.21)**

- ces les caractéristiques de la personne, objets réels ou représentés, événement, énoncé, considérés comme substituables l'un a l'autre.

5-7-Le remaniement identitaire : Nous entendons des transformations de l'identité qui sont parfois désignées, dans la littérature sociologique, par les termes de « redéfinition identitaire », « crise identitaire », « transition identitaire », « reformulation identitaire » ou « changement identitaire ». Analyser le remaniement identitaire d'un point de vue sociologique suppose de mobiliser une conception dynamique qui voit dans l'identité à la fois des attentes fondamentales qui guident les acteurs dans leurs interactions avec l'environnement, et la manière dont ils sont affectés et transformés par et dans ces interactions. **(Renaud. Sainsaulieu, 1985, p. 333)**

-ces que l'identité se reformules et changer grâce a des accidents ou des événements particulier, peut être se changement, positive ou négative.

5-8-L'acceptation : le concept fait allusion à ce qu'une personne apprend à vivre avec ses erreurs, c'est-à-dire, qu'elle accepte son passé. Ainsi, elle pourra envisager l'avenir sous une nouvelle perspective et profiter des opportunités que lui offre la vie.

L'acceptation peut y compris faire allusion à l'approbation physique, lorsqu'un sujet doit apprendre à accepter son corps tel qu'il est et d'éviter de se sentir déprimé par rapport à cela. (<https://lesdefinitions.fr/acceptation>)

L'acceptation c'est de s'adapté, et vécue avec une nouveau situation, pour faire des équilibre a la personnalité, et évité les trouble psychologique.

5-9-Les relations interpersonnelles : les relations interpersonnelles s'intéressent aux liens que nous tissons au quotidien avec ceux qui nous entourent : amis, collègues, personnes de confiance... Toutes relations qui ont pour caractéristique principale d'être choisies et investies affectivement. (https://www.scienceshumaines.com/les-relations-interpersonnelles_fr_4172.html)

-Sont tous les liens et les relations sociales, familiale, de la fraternité, et l'amitié qui se

Basé sur des interactions et des échanges émotionnels.

5-10-L'accompagnement : Selon Walter Hesbeen, courant de « l'humanisme soignant » : « C'est faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté de santé. Un mouvement qui porte vers l'autre pour aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien.

Accompagner c'est respecter la personne dans ce qu'elle à vivre, c'est reconnaître son existence en tant que telle avec ses différences.

Accompagner c'est respecter ses conditions de vie, son entourage, son environnement, sa spiritualité, son engagement ou non engagement ; il s'agit surtout de comprendre et de trouver du sens à cet accompagnement quelque soit la situation de la personne. »

([www.ch-hautanjou.fr /ifas /wpcontent/ uploads/ sites/ 8/2018/09/](http://www.ch-hautanjou.fr/ifas/wpcontent/uploads/sites/8/2018/09/)

Accompagnement .PDF)

-ces l'aide a des personne qui ont des problèmes de santé et besoin de l'accompagnement et de soutien de la part des médecins, psychologue, famille et société.

6-Les limites de la recherche Ma présente recherche s'est déroulée au niveau de L'Hôpital de rééducation et adaptation fonctionnelle dans la municipalité de Taksana à la wilaya de Jijel Sous le nom du martyr Reishan Bachir ben Lakhdar.

Le temps elle est entre l'année (2018-2019). En effet, elle s'est portée sur 4 personnes ayant tous un Handicap moteur acquis par un accident routier

Pour réaliser ma recherche, c'est l'approche cognitivo comportementale Que je décidé d'adopter comme cadre de référence et dans le but de mener la recherche, j'ai opté pour la méthode descriptif par étude de cas, et pour les techniques c'est l'entretien clinique semi-directif.

Partie théorique

Chapitre I : L'handicap moteur acquis

Préambule

-Le handicap :

1-L'origine de la notion du handicap

2-définition du handicap

3-Définition de l'handicapé

4-type du handicap

5-les approches du handicap

-le handicap moteur

6-définition de handicap moteur

7-signes du handicap moteur

8 -étiologie et cause du handicap moteur

9-type de handicap moteur

10-conséquences du handicap moteur

11- réalité du handicap moteur en Algérie

L'handicap moteur acquis

12-définition de handicap moteur acquis

13-cause et conséquence de handicap moteur acquis

14- Le handicap moteur acquis chez les adultes et le soutien de la personne handicapée

Synthèse du chapitre

Préambule :

Une déficience physique est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quels que soient le but ou la fonction du mouvement produit.

A travers ce chapitre qui se compose de quatre parties, nous allons dans la première partie tenter de comprendre ce qu'est le handicap, son origine et ses types, dans la deuxième partie, nous allons essayer de nous concentrer sur le handicap moteur où nous allons le définir, voire sa sémiologie, son étiologie, ses types ainsi que ses conséquences, et la réalité en Algérie, pour ensuite à la troisième partie avec le type moteur non cérébrale (acquis) ; la définition, et ses conséquences, et le soutien, pour enfin conclure avec une synthèse du chapitre.

-Le handicap :

Le handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à d'autres personnes.

1-L'origine de la notion du handicap :

L'origine de la notion du handicap est britannique. Il est apparu pour la première fois, dans la langue anglaise au XVII^e siècle, son usage dans le monde hippique sera plus tardif (XVIII^e siècle). Le nom de « handicap » a été donné à une pratique d'échange, dans laquelle une personne propose d'acquérir un objet familier qui appartient à une autre personne, en lui offrant, en échange, quelque chose qui lui appartient, c'est un chroniqueur anglais S. Pepys, qui a fait la première mention (1660) du handicap (avec deux p) à propos de ce type d'échange d'objets personnels qu'il a observé à la MITTER TAVERN, à Londres. Un arbitre est désigné pour apprécier la différence de valeur entre les deux objets. Lorsqu'il a fixé le montant, la somme d'argent correspondante est

Déposée dans un couvre-chef. Le rôle de ce dernier qui a d'ailleurs reçu plusieurs interprétations, est aléatoire mais c'est lui qui a donné le qualificatif de parts égales. L'acteur important est, en fait, le handicapé, c'est-à-dire l'arbitre. **(C. Hamonet, 2012, p.17, 18).**

Le terme « handicap » signifie « hand in cap » (en anglais la main dans le chapeau),et était utilisé pour décrire la situation difficile et défavorable de celui qui avait tiré un mauvais numéro en référence au tirage au sort d'un numéro dans un chapeau pendant longtemps ,les enfants et adultes et handicapé ont vécu comme au cours de la second guerre mondiale par les nazis ,le handicap confronte a l'étrangeté ,a la différence ,et il a longtemps.**(M .Guidetti et all,1999 ,p.06).**

Handicap et personne handicapé sont d'apparition relativement récente ,il ont progressivement supplanté « infirme », « invalide », « inadapté » ,« paralysé » , «mutilé », ou encore « débile » ,aussi bien dans le discours quotidien que dans une grande partie du langage médicale sociale et juridique.**(c. Hamonet, 2012,p.7)**

2-La définition du handicap :

D'après M. Piot (2004) le handicap peut se définir comme suit : « le handicap est un signe de défaillance dans le système établi. Il violente l'autre en lui renvoyant une image narcissique abimé. A partir du moment où nous renvoyons à l'autre une image abimée, même s'il est bienveillant, il se sent menacé, il est saisi par l'angoisse d'être détruit ». **(B. Soulier, 2008, p.79).**

« Handicap », « handicapé »et « handicaper » figurent maintenant dans tous les dictionnaires de la langue française avec un double sens.

Le sens originel de l'anglicisme « handicap » est bien entendu, celui d'une course où l'on rétablit, par un artifice, les inégalités naturelles. **(C. Hamonet, 2012, p.19).**

Le rapport Bloch-Lainé de 1967 donne une définition souvent citée du handicap « sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, les adolescents et les adultes qui, pour des raisons plus ou moins grandes, ont des difficultés à être et à agir comme les autres (...) ». Ils sont « handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état psychique, mental, caractériel ou de leur situation .définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société.» **(R.Liberman, 1999, p.38).**

Selon la loi du février 2005 « constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle ,durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques , sensorielles ,mentales ,cognitives ou physiques d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant » **(b.Soulier,2008,p.9).**

Dans le domaine de la santé, le handicap est un désavantage social pour un individu qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio culturels. **(C. Hamonet, 2012, p.66).**

L'handicap peut être caractérisé selon 3 axes :

L'axe de déficience : Il s'agit de la « perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique .Elle représente toute perturbation, congénitale ou acquise, permanente ou temporaire de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte de façon durable la croissance, le développement, le fonctionnement du sujet »

(La déficience fait référence à l'aspect lésionnel). **(M. Guidetti, C.Tourrette, 1999, p.8.)**.

Le Domain de la déficience est constitué de 9 catégories :

- 1 - Déficiences intellectuelles ;
- 2 - Autres déficiences du psychisme ;
- 3 - Déficiences du langage et de la parole ;
- 4 - Déficiences auditives ;
- 5 - Déficiences de l'appareil oculaire ;
- 6 - Déficiences des autres organes ;
- 7 - Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien ;
- 8 - Déficiences esthétiques ;
- 9 - Déficiences des fonctions générales, sensibles ou autres. **(M. Guidetti, C.Tourrette, 1999, p.8)**.

L'axe de l'incapacité : il s'agit de la « réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité donnée de la façon ou dans les conditions considérées comme normales pour un être humain »

Elle se caractérise par des modifications du comportement et des autres fonctions normales attendues. (L'incapacité fait référence à l'aspect fonctionnel). **(M. Guidetti, C.Tourrette, 1999, p. 9)**.

Dans le Domain de l'incapacité il ya aussi 9 catégories :

- 1 - Les incapacités concernant les comportements ;
- 2 - Les incapacités concernant la communication ;

- 3 - Les incapacités concernant les soins corporels ;
- 4 - Les incapacités concernant la locomotion ;
- 5 - Les incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches ;
- 6 - Les maladresses ;
- 7 - Incapacités révélées par certaines situations ;
- 8 - Les incapacités concernant les aptitudes particulières ;
- 9 - Autres restrictions d'activités.

L'axe de désavantage : « qui, résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normale (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) »

Elle se caractérise par une discordance entre les performances ou l'état du sujet et ce qui est attendu de lui, il représente donc les conséquences personnelles, sociales ou économiques de la déficience et de l'incapacité. (L'aspect situationnel du l'handicap).

(M. Guidetti, C.Tourrette, 1999, p.9).

Le Domain du désavantage est constitué de 7 catégories :

- 1 - L'orientation ;
- 2 - L'indépendance physique ;
- 3 - La mobilité ;
- 4 - L'occupation ;
- 5 - L'intégration sociale ;
- 6 - L'indépendance économique ;

7 - Les autres handicaps. (INSERM, 1983, p. 26.)

3-Définition de l'handicapé :

Les Handicapés sont des personnes diminuées physiquement ou présentant une déficience mentale. Ce terme est préférable à celui d'infirmes, parce qu'au-delà de la notion de déficit il évoque l'idée d'un désavantage à compenser dans une compétition normale. (N. Sillamy, 2004, p.128)

Selon le grand dictionnaire de la psychologie (2003), le terme handicapé est défini comme : «une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels. ». (H. Bloch & R. Chemama et al, 2003, p.421).

Pour B. Laine (1968), l'handicapé est défini ainsi : « on dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps, c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, celle-ci étant définie comme étant la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans notre société. » (R. Liberman, 2013, p.36).

D'après René Lenoir « est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité. » (R. Liberman, 1999, p.38).

Selon (OMS) « est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement 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 trouve compromise » (M.Guidetti, C.Tourette, 1999, p7).

4-Les types du handicap :

4- 1. L'handicap mental : L'handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelle ou affective entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérée comme normale pour un être humain déterminée exclusivement par un médecin spécialiste dans l'handicap mental ou psychiatrique. (G. Zaibi et D. Poupe, 2004, p197)

C'est la conséquence d'une déficience intellectuelle, il peut conduire à un retard plus ou moins grave du développement intellectuel.

La personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision.

(C. Hamonet, 2012, p.41).

A-handicap intellectuel : L'étiologie des déficiences mentales est soit génétique (aberration chromosomique ex : trisomie 21) biologique (agression, prénatales, prénatales ou postnatales) psychologique (carences affectives, hospitalisme) ou écologique (milieu socioculturel, mauvaise condition de vie).

B-handicap psychique : Certaines déficiences psychiques suite à des « maladies mentales » peuvent provoquer un handicap psychique, le handicap psychique regroupe les conséquences durables en termes de dépendance des maladies mentales c'est-à-dire qu'il s'agit de retentissement personnel et social des troubles psychiques sur la capacité d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes ex : schizophrénie. (M. Guidette et C. Tourette, 2002, p55)

4-2. L'handicap sensoriel : consacre aux déficiences auditives et visuelle qui touchent toutes deux l'intégrité et l'appareil sensoriel si c'est effectivement leur caractéristique commune, rien de semblable une nouvelle fois entre une atteinte congénitale et une atteinte acquise entre une absence totale de l'ouïe ou de l'ouïe et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique et enfants concernés. (M. Guidette et C. Turrette, 2002, p55)

A-handicap visuel : Inexistence ou perte à des degrés variable de l'acuité visuelle les causes sont multiples.

-chez l'enfant : affection oculaires héréditaires.

-chez l'adulte : décollement de rétine d atrophies, optique, diabète.

B- handicap auditif : Inexistence ou perte a des degrés variables, l'acuité auditive de la naissance ou cours de la vie. (M. Guidette et C. Turrette, 2002, p55)

4-3. L'handicap moteur : caractérisés par une dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu (absence de mobilité ,mouvement parasites) les handicaps moteur touchent les membre, les tronc ou la tête ,il viennent au second rang dans les estimation consacré aux handicaps sévère chez les jeune . (M. Guidette et C. Turrette, 2002, p56)

5- Handicap et société : les diverses théories

5-1- E. Goffman et la théorie du Stigmate : La théorie sociologique du Stigmate d'E. Goffman relatée dans son ouvrage Stigmate :

Les usages sociaux des handicaps, affirme que l'infirmité est conçue comme un marquage –parmi d'autres – du corps et/ou de l'esprit. Cette véritable estampille confère ainsi à son porteur une identité sociale virtuelle encombrante et mortifère, dont

une des conséquences premières est l'évitement du stigmatisé par la communauté. En d'autres termes, l'individu stigmatisé correspond à celui présentant un attribut qui le disqualifie dans ses interactions avec autrui, l'empêchant alors d'être complètement intégré à la société. (R-F. Murphy, 1990, p. 181).

5-2-N. Elias et la théorie de l'outsider : Même s'ils ne portent pas de stigmates visibles, les infirmes sont perçus comme des outsiders pour N. Elias. Ils sont de fait appréhendés par un groupe établi comme intrus, bizarres, en perpétuel flagrant délit de non-conformité, et menacent le groupe dans l'idée qu'il se fait de son identité. Cette analyse sociologique exposée dans son ouvrage *The established and the outsiders* aborde la question du handicap à la croisée de l'image individuelle de soi et de l'image collective du groupe. .» (R-F. Murphy, 1990, p. 182).

5-3- R-F. Murphy et la théorie de la liminalité : A partir de la notion de «rite de passage» - où la communauté est impliquée dans la transformation de l'un de ses membres qui passe d'une position à une autre selon un schéma en trois phases : l'initié est d'abord isolé et instruit puis il renaît rituellement pour être ensuite réincorporé à la société avec un rôle nouveau – R-F. Murphy reprend le concept de liminalité.

Pendant la période de transition entre l'isolement et la renaissance, le sujet est dans un «état liminal» : il est «sur le seuil», maintenu dans des «limbes sociaux» en dehors du système social formel.

Cette situation spatiale décrit parfaitement celle des infirmes dans nos sociétés : «Les handicapés à long terme ne sont ni malades ni en bonne santé, ni morts ni pleinement vivants, ni en dehors de la société ni tout à fait à l'intérieur. Ce sont des êtres humains, mais leurs corps sont déformés et fonctionnent de façon défectueuse, ce qui laisse planer un doute sur leur pleine humanité. Ils ne sont pas malades, car la maladie est une transition soit vers la mort soit vers la guérison. ... Le malade vit dans un

état de suspension sociale jusqu'à ce qu'il aille mieux. L'invalidé, lui, passe sa vie dans un état analogue : il n'est ni chair ni poisson ; par rapport à la société, il vit dans un isolement partiel en tant qu'individu indéfini et ambigu.» (R-F. Murphy, 1990, p. 183).

5-4- H.J. Sticker et la figure du Double : H.J. Sticker s'appuie sur les écrits d'O. Rank et interprète l'infirmité comme une «figure du Double».

Il part du principe que, de l'individuel au collectif, nous construisons deux images de nous-mêmes. L'une, positive, la seconde révélant nos faiblesses, et nous les aimons et détestons toutes deux dans le même mouvement. (H-J. Sticker, 2005, p. 289)

L'infirme serait l'ombre du valide bien portant, au sens où O. Rank l'entend : à la fois signe de vie et signe de mort dont on ne peut se débarrasser sous peine de disparaître soi-même mais également dont on ne peut sans cesse être au contact. «Celui qui n'a pas d'ombre meurt, celui dont l'ombre est petite ou faible tombe malade, tandis qu'une ombre forte prédit la santé [...] L'ombre signifie la mort, mais également elle signifie aussi la vie et les deux significations reposent sur une croyance primitive à la dualité de l'âme.»(O. Rank, 1973, pp. 59-66)

5-5- S. Freud et l'inquiétante étrangeté : Cité par S. Korff-Sausse, c'est par la notion d'Un heimliche - le pas comme chez soi - que S. Freud, dans son livre L'inquiétante étrangeté, met en avant le chamboulement et la remise en question de nos certitudes concernant les repères identificatoires : en effet, le sujet porteur de handicap ne fait que révéler la part d'étrangeté qui est en chacun. (S. Korff-Sausse, 2010, p. 9)

Comme le souligne S. Korff-Sausse, il réside dans notre société un paradoxe concernant la personne porteuse d'un handicap : «Dans une société qui exalte le respect de la différence, on en vient à vouloir éradiquer toute différence dès lors qu'elle apparaît comme déplaisante ou anormale.» (S. Korff-Sausse, 2010, p. 10)

-le handicap moteur :

Nous avons le handicap moteur qui renvoie à l'état physique de la personne que ce soit congénital ou acquis, ces handicaps interviennent à tous les âges, de la petite enfance au quatrième âge.

Ce groupe rassemble donc les personnes gênées dans leurs déplacements ou leurs activités par des difficultés motrices. En particulier les personnes en fauteuil ou appareillées.

6 -La définition de handicap moteur :

On distingue classiquement les handicaps moteurs d'origine cérébrale appelés infirmités motrices (d'origine) cérébrales (IMOC ou IMC) et les handicaps moteurs d'origine non cérébrale ou l'on différencie les handicaps temporaires, définitifs et évolutifs.

Les handicaps moteurs souvent associés des troubles sensoriale ou mentaux (trouble intellectuels, épilepsie, trouble du langage) **(M. Guidetti & C. Turrette, 2002, p .29).**

D'après le dictionnaire du handicap (2004), l'handicap moteur est « l'absence ou la perte de la fonction motrice déterminée par les médecins spécialistes en orthopédie ou incapacité égale ou supérieur à 50% ». **(G. Zribi & D. Poupée, 2004, p.261).**

Il peut être aussi défini comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps, ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ses activités de façon normale psychique.

Le taux de l'handicap moteur varie d'une société à une autre selon un certain nombre de facteurs tel que l'acquise, la conscience sanitaire et culturelle, la sensibilisation ainsi que les accidents, les guerres et les catastrophes naturelles. **(G. Zribi & D. Poupée, 2004, p.261).**

D'après le dictionnaire fondamental de la psychologie (2005), le handicap moteur est : « paralysies d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc. qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes. ». **(B. Hattel, 2005, p. 421).**

Selon S-G. Puell (2010) l'handicap moteur est défini comme suit : « L'handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique, il peut résulter d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscles ». **(S - G. Puell, 2010, p.169).**

7 -Les signes du handicap moteur :

Les critères diagnostiques du trouble moteur d'après le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM 5) (2005) :

A-L'acquisition et l'exécution de bonnes compétences de coordination motrice sont nettement inférieures au niveau escompté pour l'âge chronologique du sujet compte tenu des opportunités d'apprendre et d'utiliser ces compétences.

Les difficultés se traduisent par de la maladresse (p.ex. laisser échapper ou heurter des objets), ainsi que de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation de tâches motrice (p.ex. attraper un objet, utiliser des ciseaux ou des couverts, écrire à la main, faire du vélo ou participer à des sports).

B -Les déficiences des compétences motrices du critère A interfèrent de façon significative et persistante avec les activités de la vie quotidienne correspondant à l'âge chronologique (p.ex. les soins et l'hygiène personnels) et ont un impact sur les performances universitaire/scolaire, ou les activités préprofessionnelles et professionnelles, les loisirs et les jeux.

C- Le début des symptômes date de la période développementale précoce.

D- Les déficiences des compétences motrices ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel (un trouble du développement intellectuel) ou une déficience visuelle et ne sont pas imputables à une affection neurologique motrice (p.ex. une infirmité motrice cérébrale, une dystrophie musculaire, une maladie dégénérative).

(DSM 5, 2015, p.86).

8 -L'étiologie du handicap moteur : Le handicap peut être compris en fonction de ses origines :

A -Congénital : une maladie ou un handicap congénital est une affection génétique qui existe à la naissance de la personne. Les malformations congénitales sont dépistées de plus en plus fréquemment dès la naissance. (H. Romano, 2011, p. 51).

D'autres anomalies congénitales ne sont diagnostiquées qu'à l'apparition des premiers signes (par exemple : surdité, myopathie de Duchenne) plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance de l'enfant. Il peut s'agir de malformations congénitales, liées à des anomalies morphologiques des organes(cerveau, cœur, foie, reins, etc.) au moment des premiers mois de grossesse, cela peut aussi être des déformations congénitales(liées, par exemple, à une mauvaise position du fœtus dans l'utérus maternel, ayant entraîné une malformation morphologique d'une partie du corps de l'enfant (comme un pied), enfin, il peut s'agir d'affections congénitales liées à des infections ou intoxication du fœtus en cours de grossesse toxoplasmose, varicelle, alcool, drogue, etc.) ou à certains médicaments, conduisant à de lourdes séquelles pour le développement du fœtus. (H. Romano, 2011, p.51).

B -Acquis : c'est-à-dire que le handicap survient des suites d'une maladie (par exemple, les séquelles liées à une poliomyélite ; les conséquences d'une sclérose en plaques) ou suite à un accident (accident domestique, accident de la voie publique avec

possible traumatisme crânien, amputation, paraplégie tétraplégie, etc.). Pour les personnes âgées, les handicaps acquis relèvent du processus de vieillissement. (H. Romano, 2011, p. 52).

9 -Les types du handicap moteur :

9-1-l'infirmité motrice cérébrale (IMC) : elles sont dues a des lésions très précoces des structure de cerveau qui se traduisent par

Des infirmités motrices d'origine cérébrale proprement dites (IMC ou IMOC) ou bien a des atteintes plus tardives par traumatisme crâniens, accident vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales.

Les atteintes neurologiques une fois fixées ne sont plus évolutives. Seules la commandes et la régulation nerveuse sont lésées à l' origine pouvant entraines des perturbations de tonus musculaire de la régulation automatique des mouvements et leur commande volontaire paralysies mouvement involontaires. (S - G. Puell, 2010, p169)

On distingue trois principaux types cliniques : Syndrome Spastique, Le syndrome Athétosique et Le syndrome Ataxique.

A-syndrome spastique : la spasticité se caractérise par libération d'activité motrice reflexe normalement inhibées par le contexte pyramidale.

B-syndrome ataxique : l'ataxie est due a l'atteinte de cervelet il se caractérise par des troubles de la coordination des mouvements.

C-syndrome athétosique : est conséquence des lésions dans les noyaux gris centraux les formes lésionnelles de l'handicap moteur sont rarement pures .le plus souvent elles sont des manifestations mixtes. (S - G. Puell, 2010, p169)

9-2-Les handicaps moteurs d'origine non cérébrale : Ces handicaps sont difficiles à dénombrer et très diversifiés dans leurs causes, ils limitent de manière variable l'autonomie de la personne touchée, et s'accompagnent rarement de troubles associés. On distingue parmi eux trois types du handicap moteurs :

A- les handicaps moteurs temporaires : Les handicaps moteurs temporaires s'agissent des handicaps survenant par accident et des handicaps moteurs temporaires d'origine non traumatique comme :

- **La colonne vertébrale** : il s'agit de problème orthopédique de gravité inégale, la plupart du temps de scoliose pouvant être soigné par une gymnastique ou une rééducation appropriée. **(M. Guidetti & C. Tourrette, 2002, p.43).**

-**La hanche** : c'est une déformation passagère de tête fémorale dont le mécanisme n'est pas totalement élucidé. Cette atteinte se traduit par des limitations des mouvements de la hanche et par des douleurs parfois au niveau de genou.

-**Le pied** : c'est une déformation où les pieds sont tournés vers l'intérieur ou vers l'extérieur **(M. Guidetti & C. Tourrette, 2002, pp.44-45).**

B- Les handicaps moteurs définitifs : Il s'agit essentiellement d'une part des amputations comme les amputations congénitales de membres des amputations acquises, et d'autre part des paraplégies. Il s'agit d'une paralysie des deux jambes dont l'origine est médullaire et non cérébrale.

C'est un handicap sévère mais compatible, l'étiologie en est variable : congénitale comme « Spina bifida » ou peut également être acquise par compression de la moelle, par traumatisme ou rupture vasculaire. **(M. Guidetti & C. Tourrette, 2002, pp.45-46).**

C- les handicaps moteurs évolutifs : Il existe près d'une quarantaine de maladies neuromusculaires que l'on désigne couramment sous le terme de « *myopathies* ».

Ces atteintes motrices peuvent être primitives ou secondaires (toxiques ou endocriniennes) isolées ou associées à des troubles sensitifs et/ou du système nerveux.

La myopathie est une maladie neuromusculaire héréditaire récessive liés aux chromosomes x. il existe plusieurs types de myopathie parmi les plus fréquentes en Afrique du nord, la dystrophie musculaire de Duchenne, et la dystrophie musculaire de Becke, leurs diagnostic se fait par des enzymes musculaires et la biopsie musculaire. De ce fait la myopathie n'a pas un traitement qui mène à la guérison, ce qui engendre la progression du déficit musculaire. **(B. Emmanuel et al 1996, p.259).**

10 -les conséquences du handicap moteur :

- La paraplégie, paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc;
- L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps;
- La tétraplégie, paralysie des membres supérieurs et inférieurs;
- La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.
- La sclérose en plaques, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.
- Le changement de mobilité, atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en fauteuil roulant ou la relation entre son action corporelle et l'aménagement construit est modifiée, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps.
- La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.
- Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologiques **(Bouzenoune, Yacine 2008, p36)**

11 - la réalité du handicap moteur en Algérie :

La situation sociale des handicapés en Algérie est peu reluisante. Les handicapés n'ont pas accès à l'emploi et l'éducation est insuffisante en raison du manque

d'établissements spécialisés. Le plus grave est que l'environnement n'est pas adapté à leur handicap, la politique de l'État au profit de cette catégorie n'est pas suffisante et les lois promulguées ne sont pas toujours appliquées en réalité. Pour une réelle insertion dans la société, beaucoup reste à faire. La situation des handicapés ne s'est jamais améliorée ; au contraire, elle régresse. (A .Abdelkader, 2010, de www.DJAZAIRESS.COM/FR/LIBERTE)

Certes, on parle beaucoup des droits des handicapés à l'occasion de la Journée nationale des handicapés coïncidant avec le 14 mars ou encore la Journée mondiale (3 décembre), mais, une fois ces dates passées, on les oublie. Il faudrait que les pouvoirs publics prennent à bras-le-corps l'intérêt des handicapés et faire en sorte pour que les lois concernant cette catégorie soient réellement appliquées et concrétisées. Il faut un suivi, un contrôle pour tous les projets et les budgets alloués à leur intégration sociale, professionnelle et éducative. Nous ne cesserons pas de dire que la situation sociale des personnes handicapées en Algérie est lamentable. Il est vrai que des lois existent, mais en réalité, il n'y a rien sur tous les plans. Il n'y a pas de véritable prise en charge concernant leur insertion scolaire, professionnelle et n'ont même pas d'auxiliaire de vie (technicien d'insertion). C'est beaucoup plus une politique de bricolage et des actions ponctuelles pour faire croire à l'opinion publique qu'il existe un programme en leur faveur. Ils vivent avec une pension de 3 000 DA.

Je ne voudrais pas polémiquer, mais la réalité est tout autre, un marasme total. Il est plus que nécessaire qu'il y ait des structures et des organes de prise en charge qui prévoient une somme d'actions complémentaires telles que les anneaux indissociables d'une chaîne. Lorsqu'un élément de cette dernière est rompu, ou n'existe pas, tout l'édifice, qu'est l'inclusion, s'écroule. Le mouvement associatif ne peut pallier au manque flagrant des structures d'accueil, ou mettre en chantier un programme global et planifié par manque de moyens matériel et financier. La prise en charge des handicapés est l'affaire de tous les secteurs et non le monopole d'un seul ministère. Les

décideurs n'ont jamais demandé l'avis des acteurs qui sont les associations. Nous ne pouvons pas évaluer la situation exacte, ni le nombre de ces personnes parce qu'il n'y a pas de prise en charge réelle. Il est important, aujourd'hui, de trouver des solutions. D'abord, nous devons identifier les problèmes et les priorités, organiser des assises et créer des espaces de discussion avec les acteurs et les pouvoirs publics. (A .Abdelkader, 2010, de www.DJAZAIRESS.COM/FR/LIBERTE)

Pour qu'il y ait une prise en charge concrète et effective des personnes handicapées, il faudrait absolument que les associations regroupant ce type de population (aveugles, handicapés moteurs, sourds, inadaptés) accordent leurs violons et parlent le même langage, car l'objectif est que ces personnes aient les mêmes droits et les mêmes devoirs que tous les autres citoyens dits valides. On dit bien que l'union fait la force. Chaque association peut contribuer efficacement en apportant son expérience et des idées nouvelles susceptibles d'améliorer les conditions de vie de cette catégorie sociale qui demeure marginalisée, car il y a énormément de travail à faire pour s'affirmer avec une information continue, des regroupements, des séminaires et des échanges en mettant de côté les problèmes de personnes et les conflits qui ne peuvent que freiner l'activité et mettre des bâtons dans les roues. Il existe des potentialités, il faut les exploiter.

Il est important d'élaborer un plan d'action à moyen terme et de redynamiser le Conseil national consultatif des personnes handicapées, en veillant à ce que les recommandations issues des travaux de commission soient suivies d'effet (rôle du mouvement associatif). Il faut la création d'une entente entre les associations de personnes handicapées, la réservation d'une rubrique au niveau de la revue Vouloir pour chaque type de handicap (info), un travail de coordination inter associations. Il faut aussi des propositions de mesures incitatives susceptibles de faciliter le placement des personnes handicapées, la création de réseau pour l'emploi des personnes handicapées avec différents acteurs, à savoir, l'ANEM, le ministère du Travail, la Cnac, la Sonaaph,

l'ansej, les établissements spécialisés, le ministère de la Solidarité nationale et les centres nationaux. Il est également important de faire participer ces handicapés aux différents dispositifs microcrédits ANEM et l'élaboration d'une nomenclature de postes susceptibles d'être occupés par les personnes handicapées. (A .Abdelkader, 2010, de www.DJAZAIRESS.COM/FR/LIBERTE)

-Le handicap moteur acquis :

12-La définition de handicap moteur acquis :

Entraine une incapacité du corps ou d'une partie de celui-ci à se mouvoir ou à se maintenir dans une position donnée, considérée comme ordinaire.

L'individu voit l'image de son corps se modifier, alors que les déficits moteurs entraînent des difficultés de déplacements, posture (se tenir debout, assis,...), aussi les actions sur le monde extérieur (préhension, manipulations,...), la communication (paroles, gestes, expressions, écriture, ...),et de la perception du monde extérieur (mouvement des yeux, de la tête,...),les mouvements réflexes (ex: retirer sa main d'une source chaude) et motricité automatique (contrôle des sphincters, ...)et la majorité des handicaps s'acquièrent avec l'âge. (Le Loi du 11 Février 2005)

13-Les causes et conséquences de handicap moteur acquis :

13-1 –les cause :

Un handicap s'acquière soit par une maladie : c'est les diverses déficiences permanentes qui touchent l'individu, et dans certains cas la chronicité de la maladie elle-même est handicap, comme il ya certaines maladies (infectieuses, tumorales ou traumatiques) qui touchent la maman, ou le bébé directement après l'accouchement.

Soit par le vieillissement : qui est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social

joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités (منال منصور 1985, ص 39)

Soit par un accident : comme l'accident routière ils représentent le facteur majeur de l'handicap, car ils sont responsables de 8,5% d'handicapés au monde, estimé à 30 millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique raison pour la quelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

Les accidents routiers peuvent être le résultat du non-respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 35% de l'ensemble des handicaps par jour, et ce en Algérie. En ce qui concerne les piétons, la majorité des accidents sont causés par la non-utilisation des passages pour piéton, des parcelles, l'Algérie compte 600 milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicaps est causé par les accidents routiers, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accidents, et ce par la négligence, et les non prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène (منال منصور 1985, ص 40)

Est les accidents du travail : sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4,5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être résultat de la circonstance, générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel.

(وديع شكور جلييلة, 1995, ص 16)

13-2- Les conséquences de handicap moteur acquis :

Pour notre mémoire il s'agit du handicap physique acquis à la suite d'un accident de la vie, Ce type de handicap apparaît de manière soudaine. On parle d'un handicap d'origine traumatique. L'accident est inattendu, il survient et personne ne s'y prépare.

Le handicap physique acquis lié à un accident résulte d'un traumatisme, c'est une action violente provoquant des lésions ayant de nombreuses conséquences pour

la personne.

A- Les conséquences physiques : Le handicap physique acquis suite à un accident atteint l'organisme physique. Le corps subit alors certaines altérations. Ce type de handicap peut toucher un membre ou l'ensemble du corps. Ces modifications peuvent entraîner plusieurs limitations des capacités.

Les modifications font référence aux déficiences motrices qui, en pratique, engendrent une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole. Elles entraînent aussi une incapacité du corps ou d'une partie de celui-ci à se mouvoir ou à se maintenir dans une position donnée, considérée comme ordinaire.

(P. Benarroch, 2016, p7).

B- Les conséquences sociales : C'est la socialisation qui permet à chaque individu d'intérioriser des normes et des valeurs. Elle Commence à la naissance grâce à la famille qui est notre premier contact ce qui constitue la socialisation primaire. Ce processus ne se fait pas en une fois mais par étapes.

La socialisation permet de s'adapter, de s'intégrer à son environnement social et de vivre en groupe, C'est ainsi que la personne peut développer ses liens sociaux qui permettent aux hommes de vivre ensemble. Donc Ces liens sociaux vont permettre à l'individu d'acquérir une identité sociale.

Or, lors d'un handicap physique acquis, le rapport de la personne à son environnement change de même que ses liens sociaux: il en est confronté à d'autres. Lors de la socialisation, la personne tisse les fils de ses appartenances multiples qui lui garantissent le confort de la protection et l'assurance de la reconnaissance sociale. Mais certains fils sont plus solides que d'autres, le tissu n'est pas à l'abri et lors d'accrocs des trous se forment. L'apparition d'un handicap entraîne une altération du lien social.

Le handicap engendre une différenciation responsable d'une distance relationnelle entre la personne en situation de handicap et les autres. **(P. Benarroch, 2016, p7).**

C- Les conséquences familiales : L'acquisition d'un handicap physique vient chambouler tout le quotidien de la personne mais aussi celui de son entourage.

Une nouvelle organisation doit être mise en place au quotidien. Le temps de l'adaptation au handicap peut être plus ou moins long. Selon la personne de nouvelles dispositions vont devoir être prises en fonction du handicap c'est ce qu'on appelle la réadaptation. L'acquisition du handicap est d'autant plus facteur de conséquences sur la vie quotidienne des individus et de leurs familles qu'il survient brutalement et modifie tout le mode de fonctionnement qu'ils s'étaient fixés et auxquels ils s'étaient habitués. Pour chacun des membres de l'entourage il s'agit de trouver sa place autour de la personne.

La famille est la ressource la plus importante pour la personne en situation de handicap physique acquis. Elle l'aide dans ses démarches. **(P. Benarroch, 2016, p8).**

D- Les conséquences professionnelles : 85% des personnes handicapées le deviennent au cours de la vie, suite à un accident ou une maladie.

Nombre d'entre eux viennent de secteurs d'activité professionnelle durs physiquement comme celui du bâtiment et de la sous-traitance industrielle. Ces individus ont un niveau d'études peu élevé ce qui rend encore plus difficile la reconversion professionnelles à un nouveau métier adapté à leur handicap.

Suite à une maladie ou un accident, lié ou non au travail, un salarié peut devenir inapte à son poste de travail. Chaque année, 120 000 personnes sont licenciées pour inaptitude.

Plusieurs solutions dites de maintien dans l'emploi peuvent être envisagées : l'aménagement d'u poste de travail permettant de compenser le handicap de la personne ou le reclassement sur un autre poste de travail au sein de la même entreprise. Plusieurs acteurs peuvent intervenir et accompagner tant la personne handicapée que l'entreprise.

Une récente étude menée par la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés (FNATH) auprès de ses adhérents montrait que 55% des personnes interrogées n'avaient pas retrouvé leur emploi après leur accident de la vie

L'acquisition d'un handicap physique durable peut donc engendrer aussi une perte de l'emploi pour la personne. Dans ces deux cas un nouveau parcours professionnel se dessine pour la personne qui doit prendre en compte de nouveau critère (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH),...) (P. Benarroch, 2016, p8).

E-Les conséquences économiques : Les conséquences professionnelles sont en lien direct avec les conséquences économiques.

Pour certains cet emploi correspond au seul métier exercé depuis le début de leur carrière celui qu'ils ont toujours voulu exercer et qui y sont parvenus. Pour d'autres il s'agit d'un métier non forcément souhaité mais essentiel à leur survie. Dans tous les cas cette profession constitue leur source de revenus.

Comme vu précédemment une des conséquences liées à l'apparition d'un handicap physique peut être la perte de l'emploi. Tout le quotidien de la personne en est alors chamboulé. Les habitudes prises depuis de nombreuses années sont alors remises en question.

La personne peut alors bénéficier d'aides. Au préalable il faut que celle ci soit reconnue par la Commission Des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

(CDAPH) comme étant une personne en situation de handicap puis comme travailleur handicapé.

C'est alors que le processus de Demande d'aide financière ou autres sera mis en place. La reconnaissance du handicap est indispensable pour bénéficier d'un certain nombre d'aides spécifiques. **(P. Benarroch, 2016, p9).**

F- Les conséquences psychologiques : Le handicap physique acquis survient brutalement d'un jour à l'autre. Il s'agit d'un traumatisme.

Outre les conséquences physiques, l'identité psychique du sujet se trouve perturbée. L'identité que l'on s'était construite va être bouleversée. La personne va passer du statut valide à celui de personne en situation de handicap.

Des troubles d'identité apparaissent car tout individu au cours de son enfance et de son adolescence structure pour sa vie future l'image de son corps et bien au de là, l'image de sa vie. **(P. Benarroch, 2016, p9).**

. L'autonomie bouleversée : Toutes les conséquences font que la personne en situation de handicap physique acquis voit son rapport à son autonomie changer. Le handicap limite la personne dans les actes de la vie quotidienne, dans les actes qu'elle a l'habitude de faire comme par exemple la capacité à pouvoir conduire. Elle devient tributaire d'un certain nombre de personnes. **(P. Benarroch, 2016, p10).**

14-Le handicap moteur acquis chez les adultes : Les accidents et les maladies, nombreuses sont les causes de handicap moteur venant bousculer la vie d'un adulte.

Selon une enquête de l'Insee (2002), 12 millions de Français déclarent avoir une déficience. Parmi eux, plus de 8 millions sont touchés par une déficience motrice, pouvant aller de la plus légère à la plus lourde.

Ainsi, quelque 600.000 Français sont paraplégiques ce qui signifie que leurs membres inférieurs sont touchés tétraplégiques (leurs 4 membres sont atteints) ou hémiparalysés si un côté du corps est concerné.

Et très souvent – dans 85 % des cas – ce handicap est apparu après l'âge de 15 ans. Le handicap moteur faisant suite à un accident de la route marque souvent les esprits, car il touche volontiers des jeunes en bonne santé et surtout, survient brutalement, d'un jour à l'autre.

Et quand il s'accompagne d'une lésion de la moelle épinière et d'une paralysie des membres ou encore d'un traumatisme crânien avec séquelles cela interpelle forcément, d'autant plus que derrière chacun de ces accidents, il y a encore trop souvent un chauffard www.april.fr/informations/c-est-quoi-ce-handicap

Mais dans les faits, ce sont surtout les maladies qui sont les plus grandes pourvoyeuses de handicaps moteurs. L'accident vasculaire cérébral est la première cause de handicap moteur acquis de l'adulte et une meilleure prévention des risques cardiovasculaires (à commencer par l'arrêt du tabagisme) aurait pu en éviter un grand nombre.

Cependant, il y a encore bien d'autres affections en cause, impossibles à prévenir en l'état actuel des connaissances, qui s'accompagne d'une destruction des articulations ou encore la sclérose en plaques, touchant des adultes jeunes, et au cours de laquelle la gaine protectrice des fibres nerveuses sont altérée

Que le handicap survienne brutalement ou non, personne n'est préparé à cette éventualité.

On sait tous qu'elle existe, mais on évite d'y penser, faute de quoi on ne ferait pas de projets.

C'est une sorte de mécanisme protecteur inconscient et qui explique pourquoi, lorsque l'on se retrouve soudain face à la réalité du handicap, on est autant bouleversé et déstabilisé. Et c'est aussi pourquoi la première réaction que l'on peut avoir est le déni du problème.

En fait, le cerveau réagit exactement comme à la nouvelle de la mort d'un proche : il refuse d'abord d'y croire et peut même passer par une phase de colère contre l'injustice qui le prive de ce proche. Puis, le fait de participer à son enterrement permet peu à peu de se faire à cette idée d'abord insoutenable. Peuvent alors commencer le travail de deuil et la reconstruction qui vont prendre des semaines ou des mois ...

www.april.fr/informations/c-est-quoi-ce-handicap

EST ces pour ca li faux aidé pour accepté cette situation pour qu'on pourrait vivre en futur heureuses.

15 -le soutien des personnes handicapées :

Après l'énumération des difficultés liées au handicap, il est temps de s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour aider les jeune ainsi que ses proches à affronter et à dépasser au mieux cette période difficile.

Il apparaît clairement qu'un soutien psychologique adapté est souvent très utile pour aider la personne handicapé, non pas nécessairement à accepter un handicap, mais à intégrer dans son image de soi les éléments fonctionnels, comportementaux et sociaux que ce handicap induit. **(Bouzenoune, Yacine, 2008, p36)**

Les adultes après un accident, ou lors d'une maladie apparue à un âge mur, vivent une période de dépression intense. Mai en suite, progressivement, la vie reprend ainsi que son cortège de plaisanteries, de rire, de peines et d'amour.

La joie de vivre n'est pas inscrite dans les muscles ou dans la solidité, non, les personne handicapé ne son pas plus malheureuses que les personne valide. Mais ce qui pourrait s'arranger et qui le gêne, c'est le regard des gens et l'inaccessibilité des lieux qui les renvoient à leur déférence et à leur handicap physique.

Il faut cependant bien convenir qu'il n'existe pas de réponse tout faite, chaque personne handicapée ayant son histoire, chaque handicap ayant ses spécificités. Quand on sait en peut trouver sa voie et être bien dans sa tête, heureuse, amoureuse, il est plus aisé de changer son regard et sa manière de considérer le handicap. C'est une forme de respect de l'autre et de tolérance que d'apprendre à concevoir qu'il existe plusieurs forme de bonheur, dont l'une qui se construit dans une certaine sédentarité.

(B.Soulier, 2008, p.18-19.)

Synthèse du chapitre :

Dans ce chapitre, nous retenons que la personne handicapée est toute Personne ayant subi une déficience ou une invalidité qui limite ses exercices normaux. En particulier, nous avons le handicap moteur qui recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la Motricité menant à des difficultés physiologiques, intellectuelles, Psychologiques ou psychiques. est nous basons sur le handicap moteur acquis chez l'adulte qu'il doit apprendre à dépasser cette épreuve, mais certaines ne se feront jamais à ces regards inquisiteurs et elles sont alors condamnées à rester chez elles et à ne rencontrer que des personnes handicapé. Elles restreignent leur espace de vie et de liberté à cause d'inconnus.

Dans ce qui suit, nous allons aborder le deuxième chapitre qui va évoquer le remaniement identitaire chez les adultes qui subissent d'un handicap moteur acquis est comment en peut l'aider.

CHAPITRE II : LE REMANIEMENT IDENTITAIRE

Préambule

1-L'émergence de l'identitaire

2-Définition de l'identité

3-Les figures de l'identité

4-Les type de l'identité

5-Les trois axes de l'identité

6-Les Besoin Identitaire

7-L'approche de l'identité de la personne handicapée :

8-L'Estime de soi et handicap moteur

9-Prendre conscience de son handicap :

10-la période de deuil

11-L'annonce du handicap

12-Le remaniement identitaire

13-L'accompagnement social

14-Une nouvelle autonomie pour la personne

Synthèse du chapitre

Préambule :

Dans ce chapitre, j'examine ce qui se passe dans l'identité des personnes ayant un handicap moteur acquis et imprévu, comme les changements dans sa personnalité, sa vision de soi et des autres, et les étapes psychologiques sont en train de passer, Et Je commencerai d'abord par l'émergence et la définition de l'identité.

1-L'émergence identitaire :

Le mot identité, au sens de l'identitaire, est « importé » aux États-Unis par Erik Erikson, au travers de la notion de crise d'identité. Très vite, au tout début des années 50, le terme se diffuse dans le langage courant et est utilisé dans le domaine des sciences sociales, sans jamais d'ailleurs être défini...

Ce constat est fait par un historien américain, Philip Gleason (1983), dans un article de référence qui alimente la réflexion de Vincent Descombes.

À ce stade, l'histoire personnelle d'Erik Erikson mérite d'être évoquée et fournit sans aucun doute quelques clefs de compréhension. **(V. Descombes, 2013, p.65)**

L'identité émergera de la rencontre entre la psychanalyse et l'anthropologie américaine (principalement le courant « culture et personnalité »), l'une et l'autre, revisité par Erik Erikson à l'aune de son histoire personnelle. Et ce mot va s'imposer face à d'autres termes qui auraient pu tout aussi bien faire l'affaire : personnalité, caractère, self, ego...

Ainsi Erik Erikson parlera d'abord de crise d'identité pour décrire des troubles de la personnalité chez de jeunes soldats américains de retour de combat dans le Pacifique.

(V. Descombes, 2013, p.66)

Dans cette perspective Eriksonienne, l'identité se joue donc et s'élabore principalement à l'adolescence. Elle s'apparente à une structure de personnalité et met

en jeu la psychologie de l'individu en relation avec son milieu. Dans sa forme aboutie et réussie, elle se conçoit comme stable, unifiant et unique. La pathologie est du côté de l'instabilité, de la confusion, de la multiplication des identités, de la fragmentation identitaire. **(V .Descombes, 2013, p.66)**

2-La Définition de l'identité :

Les termes d'identité et de soi (ou de self) sont souvent employés comme synonyme. Néanmoins, de manière assez fréquente, le concept de soi (accompagné d'un adjectif ou d'un substantif) est utilisé dans un sens plus restreint, c'est, à, dire comme une composante ou comme un indicateur de l'identité, laquelle correspond à une entité plus globale, ou la notion d'unité prévaut. Ce double sens multiplicité de composantes et unité insécable correspond au paradoxe de l'identité. **(S. Brédart, M. Van der linden, 2012, p5.)**

Dans la littérature en théorie des organisations, trois termes sont mobilisés pour penser la question de l'identité : « identité », « subjectivité » et « soi » (self).

Selon la définition issue de la théorie des organisations :

L'identité comme réponse narrative (ou discursive) et réflexive à la question : « qui suis-je ? » (Sveningsson et Alvesson, 2003). Si cette définition met l'accent sur la dimension réflexive et narrative/discursive de l'identité, nous n'occultons pas d'autres dimensions de ce concept (temporelle, sociale et interactionnelle, symbolique ou encore émotionnelle et morale). **(Sveningsson et Alvesson, 2003, p. 416)**

C'est les caractéristique de personne, objets réels ou représentés, événements, énoncés, etc., considérés comme substituables l'un à l'autre.

Identité logique .des objets sont dits « identiques » lorsqu'ils ont en commun toutes leurs propriétés ou lorsqu'il n'ya entre eux différence perceptible .L'identité logique correspond à l'identité physique

Dans les limites des capacités discriminatives de celui qui donne un jugement d'identité.
(LE Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p .1600)

Pour Mucchielli, l'identité est la définition d'un individu, et cette définition vient de différents critères correspondant à sa connaissance de lui-même et de la connaissance de ceux qui l'entourent. De plus, lorsque les autres décrivent l'identité d'un individu, ils considèrent la situation dans laquelle le besoin d'information se fait sentir et le prennent en compte dans leur définition. En considérant le nombre de types d'identité que peut à la fois posséder un sujet, et que les autres peuvent lui attribuer. **(Kim. Dupont, 2012, p.21)**

C'est un concept qu'il a été très difficile de définir et sur lequel les auteurs ont souvent des points de vue divergents.

En 1937, G.W. Allport propose un concept d'identité en sept dimensions : le sentiment corporel, l'identité du Moi dans le temps, l'estime de soi, le sentiment des appréciations sociales de notre valeur, le sentiment de pouvoir raisonner, l'intentionnalité de l'être, le sentiment de possession.

En 1950, Erik Erickson, dans "Enfance et société", en fait lui aussi un concept à multiples facettes : un sentiment subjectif d'unité personnelle, un sentiment de continuité temporelle, un sentiment de participation affective, un sentiment de différence, un sentiment de confiance ontologique, un sentiment d'autonomie, un sentiment de self contrôle, un processus d'évaluation par rapport à autrui et enfin un processus d'intégration de valeurs et d'identifications. **(JF. Caux, F. Delahoche, 2012, p.17)**

En 1968, il la décrit comme la résultante des différentes identifications. D'après le Dictionnaire de la Psychologie, "l'identité personnelle résulte de l'expérience qu'a un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique dans sa réalité physique, psychique et sociale..." C'est la connaissance de ses limites psychiques et l'assurance que ces limites sont fiables. Elle s'appuie d'une part sur le corps biologique et d'autre part sur les différentes identifications aux autres individus.

(JF. Caux, F. Delahoche, 2012, p.17)

Cette définition est importante dans le sens où elle met en avant à la fois la permanence du soi corporel et de l'intégrité psychique; eux-mêmes en étroite relation avec la structuration du Moi et de ses différentes enveloppes.

Si ces deux constantes, intégrités corporelle et psychique, sont interrompues, comme c'est le cas dans la survenue du handicap, il y a obligatoirement perturbation de l'identité personnelle. **(JF. Caux, F. Delahoche, 2012, p.18)**

L'identité est donc un concept en tension ou caractérisé par une ambiguïté fondamentale entre ce qui fait l'unité de soi et ce qui est attribué, interprété, suggéré et/ou assigné par les autres et la société. Le postulat sous-jacent à cette conception est que l'identité est un équilibre instable, une recherche d'homéostasie, la volonté (ou nécessité ou besoin ou désir) d'une cohérence personnelle.

3-Les figures de l'identité :

L'approche de Michel Freitag nous semble pertinente dans le cadre de cette étude, car ce dernier perçoit l'identité comme faisant partie d'une dynamique complexe, où plusieurs acteurs sont impliqués. L'individu, selon Freitag, se définit donc à partir des relations qu'il entretient et des personnes qu'il côtoie. Dans cette présente étude, l'intérêt se porte sur la construction de l'identité du nouveau parent, construction qui se

fait à partir des relations avec les différentes sphères d'intimité. Cette approche est donc logique et pertinente, mettant l'importance sur les relations interpersonnelles.

(M .Freitag, 1992, p 1)

Selon Freitag (1992), l'identité se divise en cinq figures distinctes et les différentes sociétés se sont organisées autour de ce concept identitaire. La première figure est l'identité en tant que telle. Cette dernière ne peut être présente que chez un sujet chez qui on peut retrouver une forme de réflexivité. Comme mentionnée plus haut, pour Freitag, l'identité se construit dans les relations interpersonnelles. La réflexivité est donc essentielle, selon l'auteur, dans la dynamique des figures de l'identité. Pour Freitag, "la Synthèse de cette réflexivité, par laquelle le sujet ("je") s'érige au dessus d'une simple subjectivité diffuse et immédiatement actuelle pour devenir précisément "un" sujet doté d'une certaine permanence pour lui-même et pour autrui, c'est l'identité". C'est donc cette identité qui donne une réalité au sujet, qui confirme son existence à lui-même et à autrui. **(M .Freitag, 1992, p 1)**

La seconde figure, l'altérité, est représentée par les autres dans les relations interpersonnelles du sujet. Ainsi, la dynamique entre les individus étant importante dans la construction de l'identité pour Freitag, l'altérité demeure une composante essentielle. Comme l'auteur le mentionne, "la subjectivité ne se constitue comme identité qu'à travers la reconnaissance d'autrui ". L'identité du sujet se construit donc dans ce mouvement de reconnaissance de l'un et de l'autre, et cet échange est nécessairement mutuel.

Pour l'auteur, le lien social a une importance fondamentale dans la constitution de la personne, car c'est par un mouvement de reconnaissance du semblable et du différent chez l'autre que le sujet construit son identité. Pour Freitag, si l'humain ne possédait pas cette capacité de réflexivité, il serait incapable de reconnaître l'autre comme étant un

être à la fois différent et semblable, et ne pourrait donc pas se voir lui-même comme ayant une identité. Le sujet n'aurait pas la capacité, sans la réflexivité, d'avoir une conscience de soi. **(M .Freitag, 1992, p 4)**

Cette figure est en relation directe avec celle de l'identité collective. Cette dernière se construit à partir de la conception que chaque individu, dans les relations interpersonnelles, possède la raison. Ainsi, tous partagent une ou plusieurs identités collectives, soit autour d'une langue commune, d'un lieu de travail, ou tout autre point de ressemblance. Dans ce présent mémoire, il sera intéressant d'explorer les différentes identités collectives des participants, et de voir comment l'entrée en parentalité a modifié, ou non, ces identités.

Afin que l'identité collective se construise, Freitag propose une quatrième figure, à savoir l'altérité de surplomb. Selon l'auteur, les individus partageant une même identité collective se retrouvent dans "un même rapport de dépendance vis-à-vis d'une "altérité" supérieure commune¹¹". En d'autres termes, les membres d'une identité collective se doivent de correspondre, ou d'aspirer, à un idéal qui les définira comme membre du groupe. Ainsi, pour se définir comme "père", et considérer cette identité comme une identité collective, il faut que ce rôle soit défini par un idéal partager par la collectivité, et que ledit père corresponde à ce modèle. Ainsi, l'altérité de surplomb est la représentation idéale, ou le principe, de ce que devraient être les membres de l'identité collective. Cet idéal n'est toutefois pas toujours défini de façon précise, laissant une marge de manœuvre aux membres du groupe. **(M .Freitag, 1992, p 5)**

Si l'altérité de surplomb est un idéal commun et l'identité collective le groupe qui se rassemble autour de cet idéal, la dernière figure, l'altérité extérieure, représente tout ce qui est extérieur à ce groupe. En reprenant l'exemple des pères, on retrouverait dans l'altérité extérieure les mères, les enfants, les personnes n'ayant pas d'enfants, mais aussi les pères qui ne correspondent pas à l'altérité de surplomb.

L'avantage de la vision de l'identité de Freitag se trouve dans sa vision dynamique et sociale de l'identité. Cette dernière se crée dans les relations entre les individus, et dépasse la simple conception personnelle. Pour Freitag, une personne peut posséder une identité personnelle et plusieurs identités collectives, tout dépendant des idéaux auxquels elle adhère. Interrogés sur leur identité, il sera intéressant de voir si les participants s'identifient à une collectivité, prennent en considération un idéal dans leur construction de leur rôle de parent et s'ils perçoivent cet idéal comme partagé par les autres. **(M .Freitag, 1992, p 6)**

4-Les type de l identité :

L'identité est devenue une question collective et individuelle qui met en relation Différents processus qui intègrent la représentation sociale et la représentation de soi et l'action joue un rôle déterminant dans le sens ou elle met en relation la connaissance et les compétences, les représentations et les aspirations, les sentiments et les valorisations. Elle apparait ainsi comme une concrétisation cognitive de la représentation une forme de « régulation exécutoire » de la représentation qui participe à la construction des identités. **(Anne- marie. costalat – founeau, 2005, p 69.)**

4-1- L'identité individuelle : Elle est relative à un objet unique qui conserve toute sa vie son identité en dépit de modifications durables (croissance, amputation), passagères (posture, mimique) ou superficielles (vêtements, lunettes). **(Le grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p1610)**

De Singly (1996) a développé le concept d'identité personnelle. Cette dernière se divise en quatre sous-groupes, soit le soi statuaire personnel, le soi statuaire pour autrui, le soi intime personnel et le soi intime pour autrui. Le soi statuaire se décrit comme étant nos caractéristiques sociales, c'est-à-dire les étiquettes que l'individu se donne (par exemple, être une femme, étudiante, travailleuse autonome, parent). Pour sa part, le soi

intime est composé des qualités et défauts de la personne. En d'autres mots, il s'agit de la façon que se perçoit fondamentalement l'individu. **(Kim. Dupont, 2012, p.17)**

L'individu peut se percevoir et se décrire d'une certaine façon dans l'intimité (le soi personnel), mais considère se présenter d'une tout autre façon (le soi pour autrui). Kaufmann (2008) propose quant à lui le concept de soi idéal, c'est-à-dire le regroupement de toutes les caractéristiques que l'individu voudrait posséder et être. Selon lui, l'individu tend toujours à s'en rapprocher afin d'éviter la dissonance cognitive¹² (Festinger, 1957) et l'inconfort. Dans le même ordre d'idées, de Singly (2007) a avancé le concept de reconnaissance personnelle. Cette dernière se divise aussi en mode intime et statuaire. La reconnaissance, contrairement à l'identité personnelle, est la perception dans le regard des autres. Elle se trouve ainsi à être les étiquettes sociales que les autres nous donnent (reconnaissance statuaire) et les qualités et défauts (reconnaissance intime). **(Kim. Dupont, 2012, p.17)**

Pour Kaufmann, la rupture entraîne une redéfinition de soi (catalyseur), mais, plus important encore, l'individu va lui-même créer les événements qui modifient son identité afin de s'approcher du soi idéal (processus). L'individu est donc l'investigateur même des événements qui entraîne des changements chez lui. Toutefois, cet événement est primordial afin que la modification soit effectuée, l'individu ne pouvant modifier son identité par simple volonté. Kaufmann présente aussi la recomposition biographique comme processus important modelant l'identité personnelle. Ainsi, lorsque l'individu réagit à un événement autrement qu'avec la façon avec laquelle il se définit, il modifiera sa vision des faits, sa mémoire, afin de rester congruent avec lui-même. Dans le même ordre d'idée, si un individu change au fil des années, il modifiera inconsciemment les souvenirs de ses actions antérieures afin que ces dernières soient cohérentes avec son identité personnelle actuelle. **(Kim. Dupont, 2012, p.18)**

Régissant les processus, les principes de fluidité identitaire et de stabilité de soi furent avancés par de Singly (2003, 1996). Tout d'abord, il présenta la stabilité de soi comme étant un régulateur des changements portés à l'identité personnelle. Ainsi, malgré les événements et la tendance à aller vers le soi idéal, l'individu cherchera à avoir une identité stable. Il évitera donc de grands stress et ses rapports sociaux seront plus stables. De plus, l'individu, afin de garder une image de lui positive, cherche toujours à se reconforter dans sa personne. Ainsi, il tend à ne tenir en compte que les événements qui sont en accord avec sa personnalité, rendant par le fait même son identité plus stable. Toutefois, de Singly propose la contrepartie à ce phénomène, soit la fluidité identitaire (2003). Il s'agit, pour lui, de jeu constant de forces qui tendent à modifier et stabiliser l'identité. La fluidité identitaire est donc l'expression de la capacité de l'identité à se modifier pour rester congruente avec les événements que rencontre l'individu dans sa vie. Ainsi, face à une série d'échecs, un individu auparavant se considérant dépendant pourra par la suite se voir comme étant un être avec une grande force de caractère.

(Kim. Dupont, 2012, p.19)

4-2- L'identité collective : Bien que les relations interpersonnelles fussent essentielles pour les auteurs précédents, et qu'ils considèrent que l'individu doit se trouver en société pour pouvoir se développer une identité propre, la construction de l'identité sociale doit être comprise, et conçue, en terme de socialisation. **(Kim. Dupont, 2012, p.19)**

L'adulte en devenir, par son constant contact avec l'altérité, va ainsi faire l'expérience de nouveaux modèles de pensée et de relations qui peuvent entrer en conflit avec le modèle familial ce qui va l'amener à renégocier ses appartenances identitaires **(Kaës, 1998; Sarno, 2000)**

C'est une partie de la représentation que l'individu se fait de lui (identité personnelle) qui est liée aux rôles et aux statuts sociaux des groupes ou catégories auxquels il appartient.

Cette notion réfère tant aux aspects cognitifs qu'émotionnels liés à ces appartenances.

(Le grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p .1622)

Puisqu'un personne sélectionne et emmagasine dans la mémoire à long terme uniquement les caractéristiques des groupes d'appartenance qui coïncident avec ses idéaux, lorsqu'elle pense à l'un ou l'autre de ces groupes, la résonance identitaire propre à ceux - ci va s'activer. En conséquence, la construction égo morphique de l'identité collective est symétrique à la construction socio-morphique du soi

la réversibilité psychologique du je et du nous peut nous aider à expliqué une autre facette de l'identité sociale, les liens émotionnels qui lient les membres d'un même groupe dans la vie sociale **(ANNE –marie costalat –founeau, 2015, p29)**

Selon Mucchielli, très difficile, de bien cerner l'identité d'un individu Au niveau de l'identité sociale

L'ensemble des critères qui permettent une définition sociale de l'individu ou du groupe, c'est-à-dire qui permettent de le situer dans sa société. Par définition donc, l'identité sociale est plutôt une identité attribuée. C'est l'identité consensuelle donnée par une grande partie des autres individus et groupes de la société (ceci étant un des signes de la cohésion de l'identité culturelle). Mais cette identité sociale est connue du sujet qui généralement accepte et participe - par ses affiliations volontaires notamment - à cette définition.

L'identité sociale est importante, car "dans la relation à autrui, les individus ont tendance à se définir spontanément par leur identité sociale, c'est-à-dire par leurs catégorisations sociales d'appartenance¹⁴". L'individu développera donc des stratégies pour arriver à son

idéal social, se définissant d'abord par son identité sociale. L'entrée en parentalité pourra donc être vue dans cette perspective. **(A. Mucchielli, 1968, p.75)**

5-Les trois axes de l'identité :

Les concepts étant mentionnés dans le cadre théorique ci-haut s'articulent de façon à créer trois axes principaux dans la formation de l'identité.

5-1- L'axe principal social : L'identité étant modelée par le rapport avec autrui et la reconnaissance personnelle que fait le réseau. L'identité personnelle influencera aussi le réseau, de la même façon que l'événement aura un impact sur lui. Cette vision fait cohabiter à la fois les théories de Freitag, de Singly et Kaufmann, ces derniers misant tous trois sur les relations entre les individus dans la construction de l'identité, soit dans l'acceptation d'un idéal collectif ou dans celui de l'identité que les autres nous reconnaissent. À même le réseau, la notion de support est fort importante. Ainsi, le lien entre l'attache et la relation de rôle sera étudié en fonction du support apporté dans divers champs, soit la famille, les loisirs, le travail. **(A. Mucchielli, 1968, p80)**

5-2- La deuxième axe : L'identité sera modelée par la perception personnelle de l'événement et la façon avec laquelle l'individu sera influencé par ce dernier. Un jeu de forces important entre la fluidité identitaire et la stabilité de soi aura lieu à ce niveau, et l'importance de l'événement aura un impact sur ces forces. De plus, l'identité personnelle, une fois modifiée, aura un nouvel impact sur la fluidité identitaire et la perception de soi (soi statuaire et soi intime). **(A. Mucchielli, 1968, p.81)**

5-3- La troisième axe : Dans la construction de l'identité, sera l'impact de l'événement sur le soi idéal. Ce dernier étant grandement influencé par la filiation et le désir subconscient de reproduction culturelle, la nature de l'événement pourra créer de la dissonance cognitive chez l'individu et le porter à faire une recomposition biographique. À ce niveau, les théories de Freitag, de Singly et de Kaufmann s'agencent encore. Si

d'emblée les concepts de ces deux derniers auteurs semblent se répondre, l'altérité de surplomb, avancée par Freitag, peut ressembler au soi idéal. L'individu aspire donc à un principe idéal, qu'il soit le même pour la collectivité (Freitag), ou plus personnel (de Singly et Kaufmann).

Il est important de constater que la construction de l'identité est un processus en constant mouvement, et que chaque changement apporté à cette dernière a un impact à la fois sur le réseau et sur la perception de soi. De plus, l'identité personnelle sera aussi le générateur d'événement, et ce, afin de se rapprocher du soi idéal. Ces événements créeront des modifications de l'identité plus ou moins violentes, et ce, en fonction de l'importance de l'événement pour l'individu. **(A. Mucchielli, 1968, p. 82)**

6-Les Besoin Identitaire :

6-1-Le besoin d'existence : C'est de se sentir exister aux yeux d'autrui ; c'est l'attente la plus fondamentale qui n'est ressentie, bien sûr, qu'au moment où elle semble faire défaut.

Ce besoin a souvent pour corollaire le besoin de se sentir en sécurité dans le groupe. Pour certains, ce sentiment est la condition nécessaire pour se donner le droit de se manifester ou, tout simplement, d'être avec les autres. Bien sûr, la sécurité est ici fondamentalement une sécurité intérieure, même si le danger est perçu comme venant de l'extérieur, des autres, du groupe. **(M. Edmond, 2006, p.175)**

La forme la plus élémentaire d'existence est d'être « visible » pour les autres l'impression de n'accrocher aucun regard, de ne pas être remarquée, d'être « transparent » entraîne l'impression pénible de ne pas être pris en compte.

C'est Louis qui se plaint d'un « sentiment d'exclusion vers la fin de la journée : la circulation des regards, rarement posés sur moi, amplifiait l'idée que peut-être je n'existais pour personne » ; et il ajoute : « Ne pas exister, c'est insupportable, c'est

l'expérience de la mort. » Mais, en même temps, le désir d'une visibilité sociale ne va pas sans **(M. Edmond, 2006, p.176)**

6-2- Le besoin d'intégration : La recherche de reconnaissance se traduit aussi par le besoin d'être considéré comme un membre du groupe, de sentir qu'on en fait partie, qu'on y a sa place (Valérie, par exemple, parle du « sentiment d'urgence d'intégration » qu'elle a éprouvé dans le groupe).

Cette exigence d'inclusion semble revêtir deux dimensions ; d'une part le besoin d'appartenance que l'on peut mettre en relation avec l'aspect social de l'identité – le fait que chaque individu tire une partie de son identité de la participation à des groupes sociaux, participation qui, on l'a déjà souligné, renforce son sentiment d'intégration et de consistance identitaire **(M. Edmond, 2006, p.177)**

Il y a aussi le besoin de considération, d'approbation, d'acceptation. C'est Marguerite qui poursuit : « J'attends qu'on me donne ma place, qu'on m'intègre [...] Je ne peux supporter l'idée de ne pas être désirée. J'associe le fait que l'on ne vienne pas au-devant de moi à un rejet de la part des autres. »

On retrouve là l'idée que la place que l'on vise a besoin d'être confirmée par autrui.

Benoît : « Pour trouver ma place, j'ai besoin des autres ; je ne peux pas seul dire : ça, c'est ma place, voilà ! Non, c'est aussi la façon dont les autres la perçoivent qui est importante. »

La place que l'on occupe n'est pas appréciée seulement pour elle-même, mais en relation avec la place des autres ; il y a là un phénomène familier de comparaison sociale : chaque position n'a de valeur que comparée à celle des autres. **(M. Edmond, 2006, p.177)**

6-3-Le besoin de valorisation : Dans la quête de reconnaissance, chacun s'attend aussi à se voir accorder une certaine valeur, à ce qu'on lui renvoie une image positive de lui-même.

L'estime de soi est généralement liée à la considération d'autrui. Le besoin de valorisation apparaît comme un besoin narcissique fondamental, support du sentiment d'identité ; à preuve qu'à l'inverse, la dévalorisation, la dépréciation de soi sont étroitement liées au sentiment de fragilité et d'inconsistance identitaire. **(M. Edmond, 2006, p.178)**

6-4- Le besoin de contrôle : Le sentiment d'identité implique la perception de soi comme individualité autonome, capable de s'autodéterminer, de décider de son comportement, d'exercer une certaine maîtrise sur soi et sur l'environnement. Au contraire, quand un sujet a le sentiment de perdre son autonomie, de ne pas contrôler ses conduites, d'être soumis à des contraintes ou des influences auxquelles il ne peut échapper, il l'éprouve comme une menace pesant sur son identité, comme une forme d'aliénation pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation et l'annihilation Dans l'expérience groupale, les participants ressentent comme une atteinte identitaire l'impression qu'ils ont de ne pouvoir maîtriser ce qui se passe en eux ou dans le groupe. **(M. Edmond, 2006, p.182)**

6-5- Le besoin d'individuation : L'individuation est la perception de son individualité comme unique, constante et autonome ; elle correspond à la forme la plus pleine du sentiment d'identité, sentiment qu'a le sujet d'être reconnu dans sa singularité, sa différence et sa spécificité dans une correspondance entre la conscience de soi et ce que renvoie le regard d'autrui. Car le sentiment d'être autonome, distinct et séparé des autres est, comme on l'a déjà souligné, beaucoup plus lié qu'opposé au sentiment d'être relié aux autres et pris en compte par eux.

Au fond, l'individuation c'est se sentir soi-même et éprouver que ce que l'on est peut-être reconnu et accepté. Cependant la situation de groupe est vécue, au moins dans un premier temps, comme ne favorisant pas ce sentiment ; au contraire, les réactions de défense que l'on a décrites (retrait, masque, identification fusionnelle, parade...) montrent que l'individu a souvent la conviction qu'il ne peut se montrer tel qu'il est.

(M. Edmond, 2006, p.183)

7-L'approche de l'identité de la personne handicapée :

Robert Murphy (1987), anthropologue américain frappé d'une maladie évolutive qui l'amène peu à peu à la tétraplégie, observe avec peine les effets que sa présence suscite auprès de ses collègues.

"Pendant le semestre qui suivit mon retour à l'université, je participai à quelques déjeuners au club de la faculté et constatai que l'atmosphère était tendue.

Les personnes que je connaissais évitaient de me regarder ; celles avec lesquelles mes relations se bornaient en général à un simple bonjour ne me saluaient pas et, elles aussi, regardaient avec insistance dans une autre direction. D'autres passaient au large de mon fauteuil roulant, comme s'il avait été nimbé d'un halo qui risquait de les contaminer. Bref, l'ambiance n'était pas des plus agréables. **(D. Breton, 1995, p 26)**

Une forte ambivalence caractérise les relations que nouent les sociétés occidentales avec l'homme frappé d'un handicap. Ambivalence que ce dernier vit au quotidien, puisque le discours social lui affirme qu'il est un homme normal, membre à part entière de la communauté, que sa dignité et sa valeur personnelle ne sont en rien entamées par son état physique ou ses dispositions sensorielles, mais en même temps, il est marginalisé, tenu plus ou moins hors du monde du travail, mis à l'écart de la vie collective du fait de ses difficultés.

"L'homme handicapé est un homme au statut intermédiaire, un homme de l'entre deux.

Le malaise qu'il engendre tient également à ce manque de clarté qui entoure sa définition sociale. Il n'est ni malade, ni en bonne santé, ni mort, ni pleinement vivant, ni en dehors de la société, ni à l'intérieur, etc. ...", écrivait R. Murphy en 1987. **(D. Breton, 1995, p 26)**

Et pourtant l'humanité de la personne handicapée ne fait pas de doute. L'ambivalence de la société à son égard est donc une sorte de réplique à l'ambiguïté de sa situation et à son caractère insaisissable.

D'après David LEBRETON (1995) : "De tout temps, la représentation sociale du handicap confère à la personne atteinte d'un déficit, un statut particulier, où la relation à l'autre s'accompagne de regards mêlés de curiosités, de compassion, de gêne ou de méfiance" **(D. Breton, 1995, p 27)**

Ainsi, plus le handicap est visible et surprenant (un corps déformé, tétraplégique, un visage défiguré par exemple), plus il suscite socialement une attention indiscrette allant de l'horreur à l'étonnement et plus la mise à l'écart est nette dans les relations sociales.

La définition du "handicap" renvoie à une relation sociale, au fait que pour la collectivité, il existe sans équivoque des individus affligés de cet attribut. La personne handicapée entre ainsi dans une classification qui lui confère un statut particulier.

Les sociétés fondées sur le travail, l'efficacité, vouent un culte au corps performant, jeune, séduisant, tout puissant et font de la fragilité de la condition humaine un principe central de la modernité, n'accordant aux individus affectés d'un "handicap" qu'une place secondaire.

Toutes ces approches psychosociales conçues et développées dans les sociétés occidentales n'ont aucun caractère universel ; cependant, elles peuvent constituer pour un chercheur d'une culture différente (africaine par exemple) de solides bases d'appui

pour des investigations dans des domaines et des conditions de terrain à peu près similaires. **(D. Breton, 1995, p 28)**

8-L'Estime de soi et handicap moteur

Le handicap a aussi un impact sur l'estime de soi et l'image de soi. C'est même une blessure narcissique qui se dessine, en raison de la différence, de la solitude ou d'un sentiment de faiblesse. L'image de soi est l'image que tout individu se fait de lui-même et de son fonctionnement. De cette image, la personne tire des conclusions sur sa valeur, explique Born (cité par Berger, 2006). La personne handicapée peut se dévaloriser, se déprécier.

C'est en cela qu'il y a une diminution de l'estime de soi. La personne développe un sentiment d'infériorité, d'échec ou même de culpabilité. Dans l'ensemble, cette personne a conscience de son infériorité. Elle parvient difficilement à croire en ses capacités à apprendre en raison du grand nombre de situations d'échec vécues. Elle réagit alors de deux façons : soit par une attitude de résignation qui le conduit à se sous-estimer par rapport aux autres, soit par une attitude de compensation qui la conduit à se surestimer. **(M. Berger, 2006, p.244).**

La compensation tend à soulager une frustration, une souffrance intime, par la recherche d'une satisfaction de remplacement (Cottureau, 2005). La vie psychique des personnes handicapées est également marquée par les mécanismes de défense habituels. Parmi ces mécanismes, on relève le déni : « mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante ». Le déni porte ici sur le handicap et est de l'ordre du « je ne suis pas handicapé, je ne suis pas malade ». De ce fait, l'estime de soi est donc en rapport avec les émotions ou les sentiments que les individus éprouvent à la suite des évaluations d'eux-mêmes.

Autrement dit, elle fait référence au jugement qualitatif et au sentiment attaché à la description qu'on attribue au soi. C'est donc le résultat d'une opération d'évaluation de soi (basée sur la conscience et la connaissance de soi) par rapport à une norme, un idéal, posés comme référence.

Cela touche ainsi l'estime de soi des personnes handicapées moteurs qui se trouve fragilisée car ce handicap influence sur leur estime de soi ainsi que sur leur image de soi en raison de la différence. **(M. Berger, 2006, p.245).**

9-Prendre conscience de son handicap :

Afin que puisse débiter ce travail de deuil, un travail préalable doit être réalisé. Cette opération fait suite à l'annonce du handicap, ou tout au moins à l'apparition du handicap. Il s'agit pour la personne devenue handicapée de prendre conscience de la perte d'une (ou plusieurs) aptitude(s).

Dans le cas d'un individu devenu paraplégique, la perte de l'usage de ses membres inférieurs n'est pas encore reconnue, « car in-intégrables par rapport à l'idée consciente et inconsciente qu'il se fait de lui-même et de son fonctionnement psychique »

(Oppenheim-Gluckman, 2006, p170).

Plus explicitement, cette reconnaissance du changement corporel est rendue difficile pour différentes raisons :

- Il y a ce que l'on pourrait appeler un court-circuit entre le vécu passé de l'individu et la réalité nouvelle à laquelle il doit faire face. Cela peut renvoyer à l'idée d'une renaissance de l'individu handicapé. Il y aurait comme une incompatibilité entre des images issues de sa « vie antérieure » et sa vie actuelle. Il est demandé à cet individu de prendre d'emblée acte de ce(s) changement(s) corporel(s) et psychique(s). Cela provoque une peur intense...

Cela renvoie au choc traumatique, à l'état de sidération.

- L'individu handicapé mettrait en place « un mécanisme de défense » (**Nadeau, 2002**).

Ce mécanisme se mettrait en place parce qu'à ce moment là, la personne handicapée ne peut intégrer de nouvelles représentations de son corps, de nouvelles pensées... Cela peut être perçu comme une demande d'imaginer ce qui à ce moment là est inimaginable. Parmi ces mécanismes, nous pouvons évoquer le « refoulement », c'est-à-dire bloquer l'accès de pensées à la conscience.

Le « **déni** » en est un autre, la personne handicapée n'intègre pas le handicap, elle continue à se percevoir comme si aucun changement n'était apparu dans sa vie. Les représentations que ses personnes handicapées ont d'elles-mêmes ne changent pas. (Cette période préface du deuil peut s'accompagner d'un trouble psychique important).

- La « **colère** », toutes formes d'émotion suivant leur intensité peut cloisonner les processus de pensées des individus handicapés. Cela peut repousser le travail préalable de reconnaissance du handicap.

- Dans le cas de personnes dont le handicap touche les processus en jeu dans la conscience (cognition, perception,...), cette étape d'avant deuil s'en trouve entravée, voir même rendue impossible.

Fiszlewicz (1967) a identifié la progression que suit l'individu handicapé avant d'atteindre cette capacité à reconnaître le handicap. Durant cette progression, l'individu handicapé élabore des plans d'avenir, des « projets », correspondant toujours à ce qu'il était capable de réaliser avant l'apparition du handicap. L'impossibilité qu'a cet individu d'atteindre ses objectifs le confronte petit à petit aux nouvelles limites que lui impose le handicap.

Au travers de cela et d'autres expériences, la personne handicapée va prendre la pleine connaissance du handicap.

La prise de conscience du handicap se fera ainsi de manière progressive suivant la confrontation avec la nouvelle réalité physique. Cette confrontation à cette nouvelle réalité physique va induire la formation progressive d'une nouvelle « réalité psychique ».

(Oppenheim- Gluckman, 2006, p171)

Laquelle va permettre un ré-ajustage du rapport à la réalité dans son ensemble.

Pour Fiszlewicz (1967), la personne handicapée peut se représenter le handicap à partir du moment où celle-ci « peut reconnaître le manque,...mais se reconnaître comme lieu de ce manque...et comme sujet de ce manque » **(Oppenheim-Gluckman, 2006, p172).**

Il semblerait que l'intégration de la perte et du manque serait moins difficile par la possibilité que l'individu a d'accéder à la visualisation, au sens propre du terme, de la portion du corps sujette au handicap et des limitations physiques induites par celui-ci.

A partir du moment où l'individu lésé commence à intégrer les bouleversements, dont il est emprunt, le deuil va pouvoir s'opérer. **(Oppenheim-Gluckman, 2006, p172).**

10-La période de deuil :

Le deuil se définit comme un « état de perte d'un être cher s'accompagnant de détresse et de douleur morale, pouvant entraîner une véritable réaction dépressive et nécessitant un travail intrapsychique, dit « travail de deuil » pour être surmonté » **(Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p).**

Freud (1915) définit le deuil non pas comme un état mais comme une « réaction à la perte ». « Le travail de deuil » prend forme à partir du moment où « la réalité a montré que l'objet aimé n'existe plus et édicte l'exigence de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet ».

En d'autres termes, il s'agit pour l'individu de détacher l'énergie de la libido d'un certain nombre de représentations inconscientes en lien avec l'objet perdu.

Seules subsistent les traces de la relation à l'objet (les souvenirs, les images, etc.).

La libido pourrait être le vecteur, l'énergie qui pousse l'individu à avoir une relation avec tout ce qui est de l'ordre du vivant. Tel est le rapprochement que nous pourrions faire entre libido et pulsion de vie. Cette libido, ainsi libérée de la relation à l'objet, va être rapportée à l'individu lui-même. **(J. Laplanche, J-B. Pontalis, 2006, p 504)**

L'individu pourra par la suite s'intéresser à un autre objet. Le deuil de l'individu va s'articuler suivant deux phases

10-1- Première phase du deuil : Durant la première phase, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychiquement. En effet, cet objet perdu sera sujet à un « sur investissement », cela signifie que l'individu va se focaliser de manière excessive sur la relation antérieure qu'il avait avec l'objet, sur le manque qui y est associé,... A ce stade, l'individu sera enclin à la dépression, tous les symptômes de celle-ci y étant associés (perte d'intérêts, ralentissement, réduction de l'estime de soi...) **(Nadeau, 2002).**

Ainsi pouvons nous dire que l'individu va s'isoler le temps de réaliser ce travail.

Nous comprenons mieux pourquoi le préalable, que constituent la prise de conscience, la reconnaissance du handicap, est à ce point nécessaire. Comment l'individu pourrait-il sur- investir le membre perdu, la capacité perdu, s'il n'a pas intégré le « manque » comme étant une nouvelle configuration de son enveloppe physique ? **(Steichen, 2003, p144).**

10-2- La Deuxième phase : travail de deuil : La personne, du fait de la perte quelle qu'elle soit, va réaliser « une déconstruction des représentations par les quelles l'être ou la chose existe dans sa réalité psychique ». Il est donc question de la « de- construction » d'une partie de la « réalité psychique » de cette personne.

Par « réalité psychique », nous définissons la réalisation d'un édifice, d'un ouvrage, d'« un système de représentations en mots et en images dont les éléments sont sélectionnés dans la série des mémoires conservatrices de souvenirs et de fictions ». **(Steichen, 2003, p145)**

A chaque épreuve de la vie survient une phase de deuil. Il s'agit pour l'individu d'aborder une phase de « déconstruction ».

Cela va correspondre au fait d'isoler chaque élément de la « réalité psychique », c'est-à-dire chaque représentation, en éléments distincts de manière à les réorganiser au cours de la phase de « reconstruction ». C'est ce qui est réalisé dans les cures analytiques.

(Steichen, 2003, p146)

Freud (1917) appelle l'ensemble de ces activités (« construction, déconstruction, reconstruction ») l'« élaboration psychique ». Insistons sur le fait que « déconstruction » et « reconstruction » se font en parallèle. Ces deux activités renvoient à la manière dont toutes les représentations sont connectées entre elles. Ainsi à toute déconstruction succède une reconstruction. L'individu va réorganiser ces représentations de manière différente, sa réalité psychique s'en trouvant par conséquent modifiée. **(Steichen, 2003, p147)**

Étant donné le chemin que doit parcourir la personne handicapée, le travail de deuil va s'étendre sur un continuum temporel plus ou moins important. La durée de cette période de deuil va dépendre de confrontations antérieures de l'individu à diverses épreuves de la vie à la fois au travers du vécu conscient et à la fois au travers du vécu inconscient. Puis voir si une correspondance pourrait être faite entre ses histoires et le vécu du handicap, dans l'espoir d'y trouver un support facilitant le deuil ou dans la crainte d'y découvrir une nuisance (cette activité est en grande partie inconsciente). **(Steichen, 2003, p148)**

Vouloir pousser l'individu à accélérer l'évolution de son deuil peut provoquer de graves conséquences sur l'état de santé psychique de l'individu. « En effet tant que le sujet n'est pas assuré d'une continuité psychique et moïque, tant que l'accident ébranle trop ses fondements narcissiques, tant qu'il n'a pas pu intégrer cet évènement dans son espace psychique, la confrontation au handicap risque de le faire basculer dans la mélancolie dans la mesure où la perte concerne le moi lui-même » (Freud, 1917).

« Le travail de deuil serait le passage d'un savoir de connaissance sur la maladie ou l'accident »

« à un savoir éprouvé avec intégration dans son système propre de représentation et dans ses fantasmes inconscients de la perte et du manque liés à l'accident et ses conséquences » (Oppenheim-Gluckman, 2006, p 174).

11-L'annonce du handicap :

Sa survenu engendrent une violence psychique qui entraîne un remaniement de l'identité.

C'est suite à ces perturbations de l'ordre du psychique que la personne va traverser 5 phases dites phases du deuil. Pour les psychanalystes il s'agit de l'ensemble des réaménagements psychiques rendus obligatoires par la disparition d'un objet fortement investi.

Ici, l'objet est constitué par l'identité qui subit un remaniement, par l'emploi perdu et par une ou des fonction(s) corporelle(s) perdue(s). Les phases du deuil sont:

- Le choc dû à l'accident ; Il s'agit d'un handicap arrivé soudainement et auquel la personne ne s'était pas préparé. (Paloma. Benarroch, 2016, P13)

- Le déni : selon Freud : un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. **(J. Laplanche, j-B .Pontalis, 2006, p 115)**

C'est le temps où la personne refuse de reconnaître la réalité. Cette réaction est alors une réaction de défense normale, face à une réalité insupportable.

- La colère qui peut être dirigée contre l'entourage, les soignants, les proches et soi-même.

- La dépression peut apparaître en réaction à l'annonce du handicap

- L'acceptation. Apprendre à vivre avec cette nouvelle caractéristique.

La durée du travail de deuil dépend de chacun. Il s'agit d'un parcours en dents de scie.

Certaines personnes ont besoin d'être accompagnées pour le travail de deuil. C'est du cas par cas.

Cependant les professionnels ont un véritable rôle dans ce travail de deuil. En effet la personne amorce les premières phases de deuil et les professionnels poursuivent avec la personne ce travail par un apport d'aides et de solutions adaptées.

Il s'agit d'une démarche indirecte. La finalité n'est pas la réussite du travail de deuil mais le renouveau de l'autonomie de la personne **(Paloma. Benarroch, 2016, p 13)**

12_ Le remaniement identitaire :

Nous venons de voir, dans la partie consacrée aux répercussions physiologiques d'une lésion médullaire, que la paraplégie provoque un bouleversement corporel extrême. Or, comme l'ont montré de nombreux auteurs d'orientation essentiellement psychanalytique (notamment S. Freud, D.W. Winnicott, F. Dolto, D. Anzieu), le corps, dans son intégrité, est à la base de la construction de l'identité. On peut donc dire que la paraplégie

constitue aussi une véritable remise en question des fondements psychologiques; elle entraîne une crise d'identité fondamentale, une défaillance des structures du Moi et, comme nous le verrons, une confrontation accidentelle aux émotions refoulées. Une bonne adaptation à cette nouvelle façon d'exister passe nécessairement par un réajustement de l'identité, ce qui constitue le plus gros travail que doit effectuer la personne blessée dans son corps. **(Paloma. Benarroch, 2016, P 14)**

L'individu se socialise et se construit par étape au cours du processus qui s'exprime fortement de la naissance à l'adolescence et se continue à l'âge adulte. L'individu batit une image de lui-même avec ses croyances et ses représentations qui constituent une structure psychologique qui lui permet de sélectionner ses actions et ses relations sociales. L'identité individuelle s'ancre autour de la notion de soi c'est à dire l'image de soi, la représentation de soi, la construction de soi...

Or lors de la survenue d'un handicap physique l'intégrité corporelle de la personne est interrompue de même que l'intégrité psychique. Il y a obligatoirement perturbation de l'identité personnelle.

La brèche corporelle entraîne une brèche du Moi. L'individu ne se perçoit plus comme avant.

Son identité n'est pas détruite mais transformée car elle est influencée par les évènements de la vie.

Le terme de remaniement identitaire est donc approprié, La personne doit faire face aux modifications entraînées par le handicap, Il se façonne une identité différente en fonction de ces caractéristiques nouvelles .Il existe 5 éléments qui influencent ce remaniement:

- l'âge, la personnalité, la présence ou l'absence de l'entourage, aussi l'impact du handicap sur l'autonomie et l'indépendance de la personne, et le degré d'acceptation du handicap concrétisé grâce au travail de deuil **(Paloma. Benarroch, 2016, P14)**

13-L'accompagnement social :

L'accompagnement social permet à la personne en situation de handicap physique acquis d'entamer un travail de Co-construction avec le travailleur social.

C'est une méthode de travail réciproque entre le travailleur social et la personne bénéficiaire.

Chaque accompagnement social est différent en raison des potentialités et des besoins de la personne, qui on fixera des objectifs personnalisés. Cependant les finalités générales de chaque accompagnement se rejoignent c'est-à-dire : la valorisation de compétences ou la création de nouvelles, l'autonomie de la personne, la création de liens

Aussi l'application des politiques sociales et la recherche de solutions ensemble **(Paloma. Benarroch, 2016, P15)**

L'accompagnement doit laisser sa place à une participation plus ou moins active de la personne accompagnée, donc le professionnel et la personne accompagnée doivent avancer ensemble, en mouvement dans la résolution des problèmes de la personne.

La confiance dans l'accompagnement est un élément essentiel, c'est la capacité à croire en l'autre, et suite à cette relation de confiance que la mise en place d'un projet individualisé et personnalisé est fixée. **(Paloma. Benarroch, 2016, P15)**

Selon Cristina de Robertis : « L'accompagnement est une fonction du travail social ».

Le contenu de cette fonction est défini par B.BOUQUET et C.GARCETTE ainsi :

« l'accompagnement social vise à aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion ,et à établir avec elles une relation d'écoute ,de soutien ,de conseil et d'entraide ,dans une relation de solidarité ,de réciprocité et d'engagement de part et d'autre ». **(Paloma. Benarroch, 2016, P15)**

Il informe et soutien le salarié et son entourage par un accompagnement individualisé ou collectif dans la recherche de solutions adaptées à sa situation. Il oriente le salarié et l'aide dans sa démarche en relation avec les autres acteurs. Les personnes en situation de handicap physique acquies entament leurs démarches de réinsertion en fonction de différents critères plus au moins avancés et stables:

Du travail de deuil (déli ou acceptation), la pathologie, et aussi le niveau socio -culturel et l'environnement familial.

Les professionnels des SAMSAH procèdent généralement par des interventions à domicile pour voir la personne en individuel afin de déterminer ses repères, Pour tout accompagnement social avec ce public cible, le risque de créer de la dépendance est permanent: « Ne pas faire à la place des personnes même si parfois on le fait ... ».

Donc Le but est quand même l'autonomie de la personne. Il s'agit d'un travail de tous les jours pour l'équipe médico-sociale. Les évaluations lors des synthèses avec les membres de l'équipe sont primordiales. **(Paloma. Benarroch, 2016, P15)**

14-Une nouvelle autonomie pour la personne :

L'Autonomie est une valeur et un état d'esprit. C'est la capacité à gérer ses liens de dépendance.

Elle est donc fonction de l'implication de l'individu et de ses aptitudes à mobiliser ses ressources pour affronter une diversité de situations et des difficultés. Tout être humain développe au cours de sa vie diverses et différentes compétences. En les mobilisant au quotidien nous parvenons à comprendre, anticiper et résoudre des problèmes.

L'autonomie est donc assimilée à une méta-compétence car elle renvoie aux aptitudes à mobiliser d'autres compétences telles que la connaissance de ses droits ,de ses devoirs et de son environnement mais aussi la capacité à s'assumer, à s'adapter ,à décider et à être créatif ,volontaire et avoir confiance en soi. L'acquisition d'un handicap physique n'efface en rien cet apprentissage mais en modifie l'usage. L'autonomie devient une valeur essentielle au quotidien pour la personne.

Elle va devoir mettre en avant ses savoirs, ses savoir-faire et son savoir –être, les transposer et les moduler en fonction de son nouvel environnement.

Pour cela elle devra être dans la capacité à considérer l'autonomie comme un processus continu.

C'est à dire qui implique l'existence d'une relation avec une personne, un groupe ou une organisation détentrice de pouvoir ou de connaissance. La personne en situation de handicap physique acquis se retrouve dénuée de ce pouvoir ou de cette connaissance mais souhaite se les approprier.

Une personne qui a subit ce choc là doit vraiment être entourée, aidée et motivée.

(Paloma. Benarroch, 2016, P16)

Synthèse de chapitre :

L'identité est un processus complexe, toujours en mouvement au contact de l'altérité, qui définit le sujet dans le temps et dans l'espace, comme sujet unique et différencié de l'autre, et qui se modifie tout au long de la vie, et c'est à travers ces relations que l'identité peut prendre de nouvelles formes.

Lorsque la personne issu un handicap moteur acquis, Sa personnalité est confuse et sa vision change pour lui-même. Il se sent impuissant, honteux, dépressive, peu disposé à vivre, et Pour rétablir l'équilibre et la santé mentale, il est nécessaire de redéfinir son identité par L'aider à accepter le handicap et à coexister avec elle Pour créer une nouvelle identité.

Partie pratique

Chapitre III : La méthodologie de la recherche

Préambule

1-La pré-enquête

2- Présentation du lieu de la recherche

3- Critères et présentation du groupe de recherche

4-La méthode de recherche

5- Les outils de la recherche

6-le déroulement de la recherche

7-les Difficultés rencontrées

Synthèse du chapitre

Préambule

Après la présentation des deux chapitres précédents qui ont constitué le coté théorique de notre recherche, je passe à présenter le coté pratique qui consiste premièrement en la méthodologie de recherche mise en œuvre pour le mener. Afin de répondre aux hypothèses de la problématique, je veux sélectionner un certain nombre d'outils Méthodologiques dont il convient de les présenter.

Dans ce chapitre, donc je présenter les différentes procédures adoptées dans l'élaboration de ma recherche en les définissons afin de comprendre leurs utilités, tout d'abord on Considérons l'étude exploratoire est on passe a la présentation du lieu de recherche, en abordant l'approche méthodologique globale privilégiée ainsi, que le groupe de recherche puis, les différents instruments de collecte de données et le déroulement de la recherche pour enfin terminer avec une synthèse du chapitre .

1-La pré-enquête :

C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. **(R. Cario, 2000, p.11).**

Nous avons débuté notre recherche par une pré-enquête qui nous a permis de recueillir un maximum de connaissances et d'informations sur le groupe de recherche, et d'effectuer un certain nombre d'observations et nous a servis ainsi à mieux construire notre guide d'entretien et à mieux formuler les questions et les hypothèses de la recherche.

Elle se déroulée au sein de L'hôpital de rééducation et adaptation fonctionnelle Reishan Bachir ben Lakhdar, dans la municipalité de Taksana, wilaya de Jijel, Pendant le mois de mars

Tout d'abord, j'ai parlé avec le directeur, qui Il a accepté d'appliquer la recherche à cet hôpital, après que je lui ai expliqué ce que je voulais étudier, Il m'a dirigé vers le bureau de la psychologue, qui m'a défini dans toutes les sections de l'hôpital

J'ai rencontré des médecins et des physiothérapeutes ainsi que des patients pour lesquels j'ai recueilli des informations préliminaires

avant d'entamer notre recherche je fait la discussions avec la psychologue sur notre thème de recherche qui est, le handicapé moteur acquis et remaniement identitaire qui permis d'avoir des idées sur la construction de notre recherche, puis on informés sur les technique de recherche qui sont :l'entretien et une questionnaire .

Nous avons menez une pré-enquête a fin de cerner notre thème d'étude pour recueillir et accumuler plus d'information et des connaissances auprès des handicapés ainsi que le terrain d'étude, aussi de choisir les bonnes questions qui devront être posé durant notre hypothèse.

Dans ce cas, nous sommes rapprochés du groupe de recherche pour avoir plus de renseignements et d'informations sur la reformulation identitaire par rapport au handicap moteur acquis, et Je parle avec deux femme et un homme qui ont un handicap moteur acquis, Salima qui est paralysé en raison de l'hypertension artérielle, Hayat qui a un problème au colon vertébrale car elle est tombée du haut de l'escalier, et Mounir qui subi d'un imputation a leur main droit a cause d'un accident de travaille , qui sont interrogé sur leurs états et on savoir leurs souffrances, raconté leur histoire ,et parle de changement au niveaux des relation avec les autre les obstacle et les difficulté a cause de cette nouvel état, a l'aide de ces trois cas on pu connaitre et recueillir des informations sur notre thème de recherche, se qui ma pousse à continuer notre recherche sur les handicapes en particulier moteurs acquis mais par un accident routier

2- Présentation du lieu de la recherche :

Afin de compléter ce que nous avons théoriquement accompli, nous passons au domaine pratique où nos recherches ont été menées à l'hôpital de rééducation et de réadaptation professionnelle : Rishan Bachir Ben Lakhdar a été établi dans la municipalité de Taksana, Jijel, le 10 février 2015

Il comprend 4 branches de traitement: une section spéciale pour hommes et femmes et une autre section pour enfants ainsi qu'une section d'examen médical.

L'hôpital comprend des médecins spécialisés dans le traitement des lésions motrices et dispose d'un système externe et interne.

Les patients sont traités deux fois par semaine pour le système externe et les cas difficiles et insolubles restent à l'hôpital de 20 jours à un mois avec la prolongation si nécessaire

Il dispose de 45 lits et de tous les services et installations nécessaires aux personnes à mobilité réduite, comme l'ascenseur, et ses besoins pour le déplacement et l'accompagnement.

Il compte 113 physiothérapeutes, médecins généralistes, spécialiste, pharmaciens et un psychologue, aussi des Infirmières auxiliaires, des kinésithérapeutes, analystes du sang, des assistants médicaux et les administrateurs, ainsi que les comptables, les informaticiens et des agents temporaires.

-Au rez-de-chaussée se trouvent un atelier de prothèse, une salle d'hydrothérapie, en plus une section spéciale pour les nourrissons, la réception et un laboratoire.

-Au premier étage, deux sections pour une pour hommes et autre pour femmes disposent d'une salle de massage, d'une salle de radiologie, d'une pharmacie, d'un bureau de psychologie, aussi le bureau de l'examen médical.

-Le deuxième étage est destiné au logement des patients, et Contient les cabinets de médecins.

-Le troisième étage est dédié à l'administration et le bureau du directeur.

Cet hôpital est équipé de caméras de surveillance à l'intérieur et à l'extérieur.

3- Critères et présentation du groupe de recherche :

Le choix de groupe est important dans toute étude Parce qu'il permet de tester les hypothèses, et en conséquence on choisit l'échantillon ciblé.

3-1- L'échantillonnage: consiste en un ensemble d'opération qui permet de constituer un échantillon représentatif du groupe de recherche.

C'est une fraction d'une population cible certaines caractéristiques vont être évaluées

Notre groupe de recherche est constituée d'un nombre de (04) cas d'adulte ayant un handicap moteur acquis par accident routier

3-2-Les critères de sélection de groupe de recherche :

Notre groupe de recherche est sélectionné selon les critères suivants :

- les adultes présentant un handicap moteur acquis (paralysie gauche, droit, ou totale).
- l'âge réel se situe a partir de (18) ans.
- la cause (par accident routier)

3-3 Les caractéristiques du groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de 4 cas qui ont un handicap moteur acquis par des accidents routiers dont deux garçons et deux femmes. Ce groupe de recherche a été choisi selon les critères cités au dessus.

Tableau N°1 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche

Cas	Age	Depuis	Problème physique
1- Nadia	29 ans	3mois	Paraplégie
2-Walid	26 ans	6mois	Hémiplégie au coté droite
3-Amina	42 ans	6mois	amputé de jambe droite
4-Sofiane	24 ans	4 mois	Paraplégie

Dans le but de respecter l'anonymat du groupe de recherche, nous avons changé leurs prénoms.

A partir de ce tableau, nous constatons, que notre groupe de recherche est constitué de 04 cas qui sont âgés entre 24 et 42 ans. Ces cas soigner au niveaux de l'hôpital de la rééducation et adaptation fonctionnelle de Jijel.

Ils sont du sexe masculin et féminin présentant chacun un handicap moteur acquis par accident routier depuis 3 à 6 mois qui causé une paraplégie, Hémiplégie au coté droite, et une amputation de jambe droite.

Ce tableau résume les données générales inhérentes à ce groupe.

4-La méthode de recherche :

La méthode de recherche est nécessaire pour tout travail de recherche.

Afin de réaliser le travail de recherche et pour vérifier les hypothèses, on a opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, car c'est cette méthode qui nous permettra de répondre à nos questions de la problématique, et c'est celle-là qui convient à notre thème de recherche.

« La démarche clinique consiste à considérer le sujet dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. » **(A. Mucchielli, 1996, p.25).**

Et avec cette méthode, on peut avoir ainsi recours à l'utilisation des tests, des échelles, des dessins, le jeu et dans notre recherche j'utilise l'entretien clinique qui permet de recueillir plus d'informations et de données sur le groupe de recherche, C'est une technique qui est pour but d'enrichir la connaissance d'un individu et des problèmes qui l'assaillent.

La méthode descriptive nous permet de décrire le comportement humain, mais elle ne fournit pas d'explication causale, elle permet seulement de décrire le plus objectivement possible les comportements tels qu'ils se présentent.

La description consiste à définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existant entre eux. **(P. N'DA, 2015, p.23)**

La recherche descriptive demeure un moyen privilégié pour approfondir des problématiques, Toutefois, elle ne permet pas de généraliser parce qu'elle peut porter à confusion si le cas observé est déviant. **(A.ZAGRE, 2015, p61)**

Dans la présente de la recherche, j'ai eu recours à l'étude de cas, qui fait partie de la méthode descriptive et qui constitue essentiellement en l'observation approfondie de chaque sujet de recherche, Qui est une présentation descriptive détaillée d'une situation, ou d'un modèle spécifique, à des fins de recherche pédagogique, ou de formation et d'éducation, et requiert une présentation détaillée de tous ses éléments, interactions et variables, ainsi qu'une description précise du cas étudié ou évalué, Ressources humaines et matérielles dans le contexte de la situation.

La première des grandes forces de l'étude de cas comme méthode de recherche est de fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. La

deuxième, elle, offre la possibilité de développer des paramètres historiques. La troisième est d'assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Ce sont ces forces qui en font une méthode convenant à toutes sortes de contextes et quelles que soient les caractéristiques du chercheur. **(YVES-C.GAGNON, 2012, P3)**

5-Les outils de la recherche :

La méthode descriptive à travers l'étude de cas, offre un ensemble d'outils d'explorations qui permet la récolte et le rassemblement d'un grand nombre d'informations et de données concernant le groupe de recherche. Pour mener la recherche et en vue de la qualité des informations recherchées, je choisis l'entretien de recherche, et en particulier l'entretien clinique semi-directif.

ça permet la libre expression du sujet et d'explorer des thèmes bien particuliers, tout en adoptant une attitude semi directive et bienveillante afin de favoriser l'expression personnelle du sujet et son ressenti sur des expériences de vie particulières et les difficultés rencontrées qui sont en lien avec son handicap moteur acquis, sujets de notre groupe de recherche.

5-1 L'entretien clinique : Utilisé comme méthode d'observation pour juger de la personnalité d'un sujet, ce procédé, qui fait partie de tous les examens psychologique, facilite la synthèse des divers résultats obtenus. **(N.SILLAMY, 2004, p101)**

c'est une modalité d'investigation et de travail pour le psychologue clinicien, consistant à recueillir à partir de l'échange verbal et manifeste avec le sujet les indices sur la singularité de la vie psycho-affective de celui-ci et la nature de sa souffrance, voire de décoder le sens de sa demande. En somme, il s'agit de décrypter le sens latent des expressions et conduites manifestes normal ou pathologique du sujet **(C.CHARRON &AUTRE, 2007, P64)**

5-2 L'entretien clinique semi-directif :

Les différences essentielles entre les différents types d'entretiens se rapportent au degré de liberté laissé aux interlocuteurs et le niveau de profondeur.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien qui liste les thèmes ou les questions à aborder et qui permet parfois de saisir les réponses au fur et à mesure de l'entretien. Est utilisation de type semi directif en sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. L'étudiant dispose d'un guide d'entretien qui permet de suivre une certaine linéarité, sans en tenir à une chronologie ou à une formulation stricte. **(A.ZAGRE, 2015, P87)**

5-3 Guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré :

Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. **(H. Benony et K. Chahraoui, 1999, p 68-69)**

Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 06 axes :

Axe 01: Informations sur le handicap (Question de n°6 a16).

Axe 2 : L'identitaire (Question de n°17 a26).

Axe 03 : L'acceptation. (Question de n°27 a34).

Axe 04: Les relations interpersonnelles (Question de n°35 a45).

Axe 05 : L'accompagnement. (Question de n°46 a55).

Axe 06 : Projection dans l'avenir. (Question de n°46 a 57).

Par objectif de rassembler les informations sur la vie et l'histoire de notre groupe de recherche et découvrir le changement produit à la personnalité, l'image de soi, les pensées le refus ou l'acceptation de cette nouvelle statu aussi voir la nouvelle forme des relations avec l'entourage, en générale voir comment l'handicap moteur acquis provoque une reformulation psychologique au niveau de l'identité

6- Le déroulement de la recherche :

Le lancement de notre recherche qui a été mené au niveau de l'hôpital de rééducation et de réadaptation professionnelle : Rishan Bachir Ben Lakhdar à partir du 03 avril jusqu'au 22 Mai, elle nous permis de récolter des données en ce qui concerne le remaniement identitaire quant à leur handicap.

A la base, notre groupe de recherche était constitués de trois cas et nous avons organisé et planifié le déroulement de l'entretien clinique semi-directif

La réunion avec les cas a eu lieu les lundis et mercredis de chaque semaine, et les médecins en me donnant les noms et l'heure des cas, ainsi qu'en communiquant avec eux par téléphone, après on expliqué les objectifs de notre recherche et on leur a fournit toutes les informations qu'ils aimeraient connaître avant de s'engager dans la recherche. Ceux qui on rencontrés ont répondu très favorablement à notre demande, en nous disant qu'ils étaient très intéressés par cette recherche et souhaitaient y participer. Ils se sont montrés compréhensifs, content et très motivé. Par ailleurs, on a

constaté des signes de tristesse, d'anxiété et de la timidité. De ceci, le contact qu'on a eu avec le groupe de recherche, nous a permis de s'interroger sur le changement de personnalité, estime de soi et leur côté relationnel aussi ses idées.

Après avoir fait leur connaissance et obtenu leur consentement en leur expliquant dès le départ la nature et l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens et le questionnaire, on les a rassuré pleinement sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité et cela l'ont beaucoup apprécié.

Pour la collecte des données, nous avons procédé en deux étapes : la Première étape est la réalisation des entretiens avec chaque cas, pour expliquer les objectifs de cette recherche et reconnaître son histoire et préparer-les à répondre au questionnaire la prochaine fois, après La deuxième étape: qui est l'entretien clinique semi-directif par répondre au questionnaire

Les entretiens se sont déroulés au bureau du psychologue, on été assis de face et nous avons pris note à ce que les sujets répondaient et nous avons ainsi laissé les sujets s'exprimaient librement sans les interrompre dans leurs discours. On interventions se réduisaient juste à quelques « et après », « d'accord » et d'explication comme « comment » et « pourquoi ».

La consigne de l'entretien clinique semi-directif, été donné comme suit : « On va faire un entretien de recherche avec vous, on va poser des questions, en rapport avec votre situation et on aimerait bien que vous répondiez à ces questions là »

Puis, l'ensemble des données recueillies sont analysées, interprétées et discutées par la suite.

7- Difficultés rencontrées :

- Ce qui concerne le groupe de recherche, on a eu des difficultés à trouver les cas des accidents routiers car il est périodique
- Et aussi à cause du mois de Ramadan car les patients sont sortis de l'hôpital pour rentrer chez eux donc il y a une perte de temps
- A cause des grèves aussi, nous n'avons pas terminé la partie théorique plus tôt
- Le manque de temps pour consulter beaucoup de références afin de faire une bonne interprétation

Synthèse du chapitre

La méthode clinique est la base de la recherche en psychologie clinique, on considère

L'entretien, comme des outils les plus importants pour la description des rapports existants entre deux variables.

Dans notre travail de recherche on a utilisé l'entretien clinique semi-directif comme techniques d'investigation.

Notre pratique a été réalisée dans « L'Hôpital de rééducation et adaptation fonctionnelle : Reishan Bachir ben Lakhdar, dans la municipalité de Taksana à la wilaya de Jijel », et elle a duré 3 mois. Notre population d'étude est constituée de quatre (04) personnes ayant un handicap moteur acquis à cause des accidents de la route.

Chapitre IV : Présentation et interprétation des hypothèses

-Préambule

1-Présentation et interprétation des cas

2-Discussions des hypothèses

Synthèse du chapitre

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons notre groupe de recherche plus la description et l'interprétation des données de l'entretien dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises au début du travail.

1-Présentation et interprétation de l'entretien semi-directif**1-1 - Cas de NADIA****Les données personnelles :**

C'est une femme au foyer âgée de 29 ans mariée de puis 1 ans et elle a une petite fille de 2 mois ,habiter a Jijel, avec la famille du mari qui accompagner de 13 membre ,c'est la premier parmi 11 frères :7 garçons et 4 filles, sa situation socio-économique normal, et le niveau d'étude : 3ème année SM .

Au cours de l'entretien avec ce sujet, on a remarqué qu'elle s'est bien impliqué, le contact a été marqué par un climat de confiance et surtout de collaboration, elle était de bonne humeur et très souriant et surtout elle éprouvait un besoin d'extérioriser ses émotions ainsi que la volonté et l'envie de répondre à toutes nos questions .mais elle est timide un peu

Axe I : Informations sur le handicap

Elle m'a dit: on visite ma belle-sœur qui est nouveau épouse, et Dans la voiture avec ma fille et la tante de mon mari, quand on attendons ma belle-mère, le cousin de mon mari mis la voiture en marche est allé bavarder avec son cousin, soudain La voiture bougé et elle tombée rapidement sur une longue pente ,on se moment on frappe un arbre, et comme conséquence la voiture tourné et brulé, je suis la plus touchés, affectés et on état dangereux Le verre est entré à mes pieds, et j'étais la dernière qui ma sauver, deux

heures plus tard après que l'arbre était coupé, mais ma fille était en bonne forme et la tante avait touché à l'épaule droite.

A l'hôpital je ne souffert pas, y'a pas des douleurs, juste le brouillard dans mes yeux qui dû à la descente de sang

je reste neuf jours là-bas, et malgré les tests, ils n'ont pas été bien diagnostiqués et je ne pouvais pas bouger mes pieds ni me lever ,et lorsque ils m'ont fait des exercices pour mes jambe, ils ont cassé la troisième os de ma colonne vertébrale, aussi j'ai eu des fissures a la moelle épinière, a se moment la ils m'ont envoyé a une clinique privée a Constantine ou un médecin français effectué l'opération rapidement, et il m'a dit que si je retardais l'opération, je ne pourrais plus marcher à vie.

L'opération a coûté 130 millions, ils ont retirez l'os du coté et placez-le a la colonne vertébrale, en plus ils ont met 3 plaque, Ce que je vais enlever après trois ans.

Cette opération a duré 10 heures, après ils ma donné des médicaments pour la circulation de sang et des calment

Pour moi après cette accident j'éété pas sous le choc mais mon mari était choqué et effrayé jusqu'à ce moment, et elle dit aussi « ki yaktablak rabi haja sabhan lah ja tbib man frança dar l3amaliya wnajhat » donc Nadia elle est toujours espoir et compte beaucoup sur dieu, et Là on remarque une cognition positive plus l'utilisation du coping.

Axe II: la personnalité :

D'après les réponses ,elle ne regrette pas ,sa personnalité ne changera pas trop ,sauf qu'elle a un sentiment de manque, et que les paroles de sa nouvelle famille blessé ,elle ma dit « hasa bali khasatni haja , wki yahadro yjarhuni bklamham » malgré ils savent qu'elle ne peut pas faire certains travaux ménagers, mais ils tiennent à l'embarrasser ,qu'elle est très lourd ,et que ce travail facile peut faire avec une seul jambe ,elle

essayée autant que possible de compenser d'autres travaux tels que la cuisine ,car elle ne peut pas bouger trop, elle dit « ils ne m'ont pas aimé depuis le début et après l'accident être plus ,dans ses yeux ,je suis une personne inutile » aussi « habin ycasmul ,wykharjuni wahdi , ndironja manham ki yahkiw cdami ,mais ncul akhtini manham »

Malgré tous Nadia satisfait et fier de lui même, elle dit « huma yahachmu man ali3aca, ana manahchamch biha, hmati tahcham biya, wmathabch la santure ta3i tban, wtrépondé fi blasti » sa belle-mère elle lui dit de bien marcher même si souffre ne marche pas boiteux.

« Yajarhuni nabki wnaskut » son mari est affectueux avec elle, aussi elle est aimée de la part des amis et connaissance elle dit « yhabouni kamel, wysacsiw 3liya »

On remarque qu'elle a une bonne image de lui-même et elle a une pensée positive : elle se sent aimer par les personnes de son âge, et que les personnes qui lui renvoient une mauvaise image de lui, ne l'influence pas pour autant, elle confie : « qu'elle éprouve une acceptation de son corps, ce qui nous laisse supposer qu'il construit une image valorisante de soi.

Mais elle n'exprime pas facilement se qu'il ressent face au autre même a son mari « manahkich w jamais hkit même Irajli wach rani nhas wn3ani »

Elle se critique lorsque ne peut pas faire ses taches quotidiennes, et pour les décisions elle ne peut pas décider pour elle - même, la famille de son mari qui décide, Nadia accepté cette nouveau situation de début « man tacabul ta3i rabi khalani namchi »

Axe III L'acceptation :

Elle nous a informé qu'elle a remarqué que son état n'était pas le même que celui d'avant, elle ressentait une faiblesse, car ne pouvait pas faire beaucoup d'effort que la majorité des personnes

elle est géni et Impuissant, car elle ne peut pas l'allaité sa petite fille, et aussi a cause de l'incapacité de se déplacer spontanément, et librement, de faire les tâches ménagère quotidiennes, aussi de ne peut pas resté debout un bon moment , les insultes de la famille de son mari ,qui ils me disent « man nhar jabnak wanti hakda,wahna ncomo bik ,fi 3amek lawal zayadti sizerin wduca l'accident , nti fachla machi kima nsa wmfachcha » est malgré ca elle est pas honteux ,qui honte ces sa belle-mère qui n'accepte pas que la femme de son fils handicapée physiquement, mais Nadia s'accepter tel qu'elle est.

C'est dans cette perspective que C. Cooley (1907) évoque l'influence de l'environnement relationnel sur la perception qu'un individu se forge de lui-même.

Il postule qu'autrui serait un miroir dans lequel nous nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous serait intériorisé et créeraient les perceptions que nous avons de nous. (D. Martinot, 1995, p.16), donc l'aide de l'entourage est très important pour l'amélioration du cas physiquement et psychiquement

Et elle ma dit aussi « 3andi confiance fi rouhi mais fihum makanch »

Axe IV : relations interpersonnelles :

au niveau de relation interpersonnelle, ses sœurs et les amis qu'il l'ont soutenu ,et ils sont tenus avec elle dans son épreuve « ils me laisse pas seul » Nadia, n'a pas des difficulté a tisser des relation avec les autre ,est aimé faire des nouveau rencontres, l'handicap ne influence pas sur ses relation ,ya pas de changement relationnelle avec les personnes après l'handicap et elle dit « ana ta3 nas kamel nhab nas ,nhab nzurham wyzouroni mais hmati mathabch nahki ma3 shabati tculi zawajt sayi matahderch m3aham » mais famille de son mari , lorsque ils disent « man nhar jabnak wanti hakda,wahna ncomo bik ,fi 3amek lawal zayadti sizerin wduca l'accident , nti fachla machi kima nsa wmfachcha » Nadia nous affirme que ses interactions avec sa famille sont moins bonnes, car il n'ya pas d'échange entre eux ni de partage, ils ne

comprennent pas vraiment ce que notre sujet ressent, quand il essaye d'exprimer ses souffrances et ses émotions

Pour les hobbies elle ne peut pas pratiquer (couture) à cause de sa santé.

Axe V : L accompagnement :

A l'hôpital elle a reçu le soutien de tous, plus tard la mère c'est elle qui s'occupe,

En mangeant, changer des vêtements et des couches.

Le cas dirigée par le médecin de puis 3 mois et 2 semaine elle ma dit « al hamdu lilah halti katatawar mais mazal manacderch nahbet drouje wkun namchi bla senture manacderch ktar 3la 2 khatwat » ce a quoi elle pense, qu'il est difficile de perdre la santé et quelle sentir plus a des personne handicap et leur douleur après cette accident et que la famille de son mari sont passifs et frustrés.

Axe VI : Projection dans l'avenir :

A la venir elle a l'espoir de revenir comme avant « inchalah nabra wnwali nacder nakhdem ki lawal »

Synthèse du cas :

Nadia, ces une femme qui subi d'une paraplégie, a cause de la négligence et indifférence, qui rendre incapables de bouger, et inutile par rapport a La famille de son mari, elle a un sentiment de manque mais ses pensée est positive et construit une image valorisante de soi, elle accepté son handicap, ou contraire a sa belle-mère et ses filles, qui Ils exercent une pression psychologique sur elle, donc le refus et le rejet était de la part de ceux qui l'entourent, Nadia aime les relations sociales mais l'interactions avec la famille de son marie sont moins bonnes, car il n'ya pas d'échange entre eux ni de partage.

Elle a besoin d'aide et d'accompagnement a cause de son mauvais état de santé, Mais elle s'améliore et espère se rétablir.

1-2- Cas de Walid :

Les donnes personnelles :

Walid âgé de 26 ans, habité à JIJEL, il a 10 frères : 4 garçons et 6 filles, c'est le sixième dans l'arrangement familial, leur situation socio économique est moyenne, il travailler comme manouvre, et arrêté ses études on première année de moyenne.

Pendant l'entretien, nous avons remarqué qu'il présentait une émotion de tristesse et qu'il manifestait un gène par rapport à sa maladie. Toutefois, il était tout au long de l'enquête souriant.

Axe I : Informations sur le handicap

De puis 6 mois il a subi un handicap moteur qui paralyse toute le coté droite du Corp, plus des ecchymoses a la tété, il ma dit : j'ai conduis une moto et mon amis avec moi en arrière et quand J'ai essayé de m'échapper du camion qui venait directement à moi, j'ai frappé fortement au ralentisseur dont la moto volé au ciel.

Nous étions inconscients et on réveille à l'hôpital, mon ami n'a pas été trop touché, ses blessures étaient mineures mais mon cas elle est grave. Je ne vois rien, aussi je peux plu bouger la partie droit de mon corps, J'ai été hospitalisé pendant 15 jours et selon les diagnostique des médecins, le sang descend a mes yeux, et il m'a donné un médicament qui m'aide à voir, aussi mis du plâtre sur le pied, après m'envoyé à Constantine pour faire une radio générale.

La, ils ma brisent le pied à nouveau et mettent le plâtre, et pour la main, ils ont dit que les veines sont paralysé.

L'incident s'est produit car je conduisais rapidement parce que j'étais en colère, et je disputé avec mes amis, et comme conséquence Je me suis plu comme avant, incapacité à bouger et a travailler, ca m'ennuie et ma dérangé.

Axe II: La personnalité :

Au début, il se voyait comme une personne qui ne vaut rien et qui ne peut rien faire dans sa vie. On remarque qu'il a des cognitions négatives qui sont dues à son état d'après ses rapporte « falawal makanch andi tica fruhi wmba3d walit normal »

Cela, nous laisse supposer qu'il n'avait pas confiance en lui et a construit une image dévalorisante de lui-même directement après l'accident

Et a travers ces réponses je le trouve triste car il est plus comme avant, il a déclaré qu'il regrette sa conduite à la moto et rapidement « sayi manzidch nsouk la moto a vie »

Walid insatisfaite de sa situation, honte et ressent qu'il est imparfait et impuissant et que peu le comprennent, il ma dit « hasit btaghyir 6 achhur ma khdamtch, nahcham ncul baba wkhati a3touni masrouf, kant khadam bien, walah clil li yhas bik, wyatbadlu 3lik, ki tkun bsahtak yhtajuk wduca téléphone maysonich »

Donc sa personnalité a un changement aussi il a un sentiment de manque « tbanli nacsu haja kich kunt wkich walit », ya pas des problèmes au pris des décisions, ressent qu'il est aimé et apprécie mais il n'exprime pas se qu'il ressent face au autres, aussi le ton de sa voix et très faible, je m'entends pas presque

Axe III L'acceptation :

Pour l'acceptation ya pas une adaptation facile a des choses nouveau et il n'accepte pas leur handicap selon leur dire « matcabalthach chkun yatcabalha » cette handicap elle a gêné au début, il a dit que sa confiance en soi s'éte affaiblie est plus tard devenu normal, Walid il n'est pas déprimé, mais aussi n'est pas heureux.

Axe IV : relations interpersonnelles :

Les relations interpersonnelles sont définies d'après E. Marc et D. Picard (2002) comme :

« L'ensemble de liens entre individus librement consentis et plus ou moins stables dans le temps, englobant les relations amicales et les relations amoureuses. Les relations personnelles résultent d'une attitude positive envers autrui impliquant une dimension cognitive et conative, s'accompagnant d'un vécu gratifiant pour les deux protagonistes. Elles constituent conjointement avec les relations de parenté une importance source de support social pour l'individu ». (E. Marc, D. Picard, 2002, p.09).

Et pour Walid les relations familiales elle est bien il dit tous ma aidée « wacfu m3ayi kamel wda3mouni » mais parmi les amis il ya ceux qu'il retirés « wacfu m3ayi kan li yjiwni ldar yca3du m3ayi yzurouni, wkan li jabdu ruham fi wact dic ta3raf shabek » Il éprouve ici une émotion négative car il a dit ça avec un air un peu triste. De ce fait les émotions d'après J. Cottreaux : « sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux ». (J. Cottreaux, 2007, p.5).

Donc le handicap influencé sur leur relation avec ses amis, mais Walid ne préfère pas de reste seul « manhabch nac3ad wahdi, wahdak mamlihach »

Axe V : L accompagnement :

La maman ces elle qui la aidée le plus, accomplir ses taches quotidiennes, et, il été orienté par le médecin pour la réduction, elle ma dit : je reste pendant 3mois sans pouvoir bouger, pas d'sortie du méson et cela m'a ennuyé à cause de l'incapacité de marcher et de travailler, plus tard, j'ai commencé à bouger avec des béquilles et maintenant je me suis beaucoup amélioré en physiothérapie.

Il ma dit aussi qu'il réalise que la santé est très important et connait sa valeur maintenant, et si la santé parti, il n'ya plus rien.

Axe VI : Projection dans l'avenir :

Pour l'avenir il a l'espoir de trouver un bon travail, ils l'appellent actuellement, mais il ne veut pas travailler, avant que sa main s'améliore « madabiya nalca khadma mliha 3itouli wmazal ma habch nakhdem hata yatlac yadi chwiya wyathan »

Synthèse du cas :

Walid a subi une hémiplégié au coté droit a cause de son imprudence, et sa conduire on vitesse, ce qu'il regrette maintenant, il est timide, hantent et ressent imparfaite et impuissant, 'il a des cognitions négatives et construit une image dévalorisante de lui-même, il n'accepte pas sa nouvelle situation, et cela a un impact sur ses relations sociales, mais il ne préfère pas l'isolement.

Au début il avait besoin d'accompagner, Plus tard, il s'amélioré et devenu capable de compter sur lui-même, avec espoir a trouve un bon travail après sa guérison.

1-3- Cas d'AMINA :

Les donnees personnelles :

une maman de 3 enfant :une fille a12ans et l'autre a 10ans et le garçon 6ans, Cette femme âgé de 42 ans ,marier de puis 15ans, habité avec sa petite famille a Jijel ,elle a 2soeur plus grand que lui , pore et arrêté ses étude au 1^{er} année secondaire.

C'est difficile d'obtenir des informations, car elle se tait et ne parle à personne et s'isolé, après l'avoir persuadée de parler, elle avait l'air nerveuse, et a répondre à haute voix, en colère avec haine, et déteste a ceux qui ont causé l'accident, elle a dit que c'était censé

lui faire mal, et veut le mettre en prison « darha expri, manathanach hata ndakhlu lalhabs, damarli hyati wcharadli wladi »

Axe I : Informations sur le handicap

Elle ma dit : Avant 6 mois mon voisine conduit sa voiture on vitesse maximale, sous l'influence des drogues, ça être soudain j'été devant ma porte de la maison et je ne pouvais ni bouger ni s'échapper, donc il me frappe ver le mur.

A l'hôpital de Jijel j'ai eu une grave hémorragie, Puis ils m'envoyé à une clinique privée à Bejaia, ils ont beaucoup essayé, mais ne trouve pas une solution pour sauver ma vie sauf que coupé ma jambe droite.

Quand elle réveillée, Amina n'accepte pas sa nouvelle situation, et choqué, aussi son état psychologique détérioré.

Au début ils administré des médicaments contre la pourriture, après ils ont envoyée pour la rééducation, elle a une grand haine pour ce voisin, d'autant plus qu'il ne demandait pas le pardon

Cette cas était agressif et méchant, elle a jugé son voisin, toujours déprimé, ces une femme non cultivé, n'a pas une ambition, simple n'a aucun moyen matériel, et toujours reste seule.

Axe II: la personnalité :

Elle n'exprime pas quelle ressent aux autre et ses regards influencé et avec un air étonné dit que, des fois il remarque des personnes quand ils le voient, ils le regardent avec un regard vif et sévère, Amina est insatisfaite d'elle-même et préoccupé de voir les autre « tbadlat hyati manahderch ma3 nas, manhabch nchuf l3bad kunaclac, kant haba nrabi wladi » cela prouve qu'elle a des pensées négatives sur lui-même

Nous affirme qu'elle ne se sent pas vraiment fier de lui, ni satisfait de lui parce qu'elle a un manque de moyens, et qu'il ya pas mal de choses qui lui manquent dans sa vie et cela est du à son handicap, cela touche beaucoup notre sujet, parce qu'elle souhaite Posséder ce qui lui manque.

Elle construit une image dévalorisante de lui et n'est pas satisfait de son apparence. De ce fait, Le handicap a aussi un impact sur l'estime de soi et l'image de soi, en raison de la différence, de la solitude ou d'un sentiment de faiblesse.

A partir de là, nous pensons qu'elle manifeste une sorte de malaise et de signes de souffrance psychologique. Il trouve des difficultés à s'adapter à son état, il se sent dévalorisé, cet état a créé en lui une perception négative de lui-même, ce qui a engendré en lui aussi une perception négative des autres.

Selon Berger : La personne handicapée peut se dévaloriser, se déprécier. C'est en cela qu'il y a une diminution de l'estime de soi. La personne développe un sentiment d'infériorité, d'échec ou même de culpabilité. **(M. Berger, 2006, p.244).**

Et Lorsque le corps est source de forte douleur, le rapport au corps est encore plus difficile. D'après François Marty : «c'est un corps différent ou limité, entraine inévitablement sur la psyché depuis des dimensions anxio-dépressive, jusqu'à d'éventuelle sidérations en passant par de nombre de blessures narcissiques, de modifications douloureuses, des images de corps et des représentations de soi ». **(F. Marty, 2009, p. 182)**

Axe III L'acceptation :

Amina n'a pas accepté sa nouveau statut, quand elle se réveillé et trouvé sa jambe amputée, elle a commencé à crier et pleurer « bkit w3ayat wmalni nabki, matcabalthach wmanatcabalhach »

Elle a honte de son corps et a un manque de confiance en soi, toujours déprimé et ne rigole pas, elle souhaite même la mort « kun mut khir hasa ruhi nacsu, kraht mancderch nkamel hyati hakda »

Axe IV : relations interpersonnelles :

Pour les relations, ils sont changer au début, sa famille fournir un soutien, ses sœurs aussi et ses enfants, quant au mari, il ne se soucie plus d'elle, la néglige et n'a pas affecté par son état, et Amina évité de parler de lui.

Elle a rompu sa relation avec les amis, et elle dit que tous les voisins sont mauvais (elle a circulé).

Axe V : L accompagnement :

Elle fait la rééducation juste parce que les médecins l'envoyé, Amina ne sorte pas du méson sauf pour soigner, et ses jeunes enfant qui l'aident.

Cela dépend aussi de lui-même car ses mains ne sont pas endommagées et déplacer par des béquilles pour complété ses taches quotidiennes, et n'accepte pas l'aide des autre.

nous constate que, c'est quelqu'un qui n'aime pas être dépendant des autres, au contraire elle aime l'autonomie, et actuellement elle a besoin d'une aide humaine dans sa vie quotidienne mais elle refus car elle le considère comme apitoiement et

Compassion

Axe VI : Projection dans l'avenir :

Pour l'avenir, l'espoir est faible, elle n'a pas d'argent et attend l'indemnisation judiciaire pour l'installation d'un pied industriel.

Elle prouve qu'elle avait des pensées négatives sur sa vie future et était pessimiste par rapport à cela.

Synthèse de cas :

A cause de l'accident, le médecin amputé sa jambe pour sauvé la vie, Amina choqué et n'accepte pas, deviens agressive, déprimé, et a une grande haine. Elle a une perception négative et construit une image dévalorisante de lui-même.

Sa vie changé complètement, elle a rompu et coupé la relation avec les autre, et préfère de s'isolés, n'accepte pas qu'elle a besoin de l'aide et de l'accompagnement, espère qu'elle peut marche comme avant.

1-4- Cas de Sofiane :**Les donnes personnelles :**

Sofiane âgé de 24 ans, vit à Jijel, orpheline et a 6 frères: 2 garçons et 4 filles, il est le dernier dans l'arrangement familial, son statut socio-économique est mauvais, il travaille comme colporteur et arrêté ses études on première année de la moyenne.

Pendant l'entretien avec ce sujet, on a remarqué qu'il est bien impliqué, le contact a été marqué par un climat de confiance et surtout de collaboration, mais il est stressé et triste, aussi il manifeste un gène par rapport à sa maladie.

Axe I : Informations sur le handicap :

Depuis 5 mois il a eu un handicap moteur qui lui a endommagé la colonne vertébrale

Il ma dit : j'étais en voyage avec mon frère et mon amis a Alger, et en ce jour la pluie comme était si forte que nous ne pouvons plus voir la route, et ici la voiture est sortie de la route, et heurtés avec un mur de pierre sur la route de Bejaia.

La collision était forte et la voiture de mon ami était complètement endommagée

C'était très difficile, jusqu'à maintenant la photo est encore gravée dans mon imagination, J'étais incapable de bouger, J'appelle mon ami mais il ne me répond pas et j'espère qu'il est inconscient.

Ils nous ont emmenés à l'hôpital de Bejaia, là il s'est avéré que mon ami était décédé et mon frère avait une jambe cassée, et pour moi j'ai eu des fractures à la colonne vertébrale, je reste 20 jours à l'hôpital et quand l'opération a coûté cher et je n'ai pas l'argent, donc je ne marcherai plus.

Il me restait 4 mois Pour mon mariage, mais l'incident a complètement changé ma vie, Je ne peux rien faire moi-même, et interdit de rester assis longtemps, tout le temps allongé sur le lit, cela me fait m'ennuyer et me fait réfléchir beaucoup sur mon état

Axe II: la personnalité :

On remarque qu'il a des cognitions négatives qui sont dues à son état d'après ses rapports «kanat hyati day3a whadi l'accident zatat day3atni » Il dit que sa vie a été mauvaise et a empiré

Cela, nous laisse supposer qu'il n'avait pas confiance en lui et a construit une image dévalorisante de lui-même directement après l'accident, Il a déclaré avoir perdu confiance en lui à cause de ses souffrances.

Il a perdu ses parents à l'âge de 4 ans, a eu une vie difficile en quittant l'école pour travailler et aider son frère, après le décès de son ami proche dans l'incident suivi de l'annulation de son mariage, Il se sent seul et perdu, et que l'incident lui a fait perdre des personnes importantes dans sa vie, et qu'il n'est plus inutile et n'a plus le droit de fonder une famille il dit « man bakri chaci batalt crayti bach n3awan khuyi falmasrouf man bakri daya3 whalti lmadiya s3iba zatat l'accident dat sahbi wkhatibti annulat l3ars has ruhi wahdi wmanich normal tahramt man hwayaj bzaf hata c3ad manacderch nac3ad bzaf »

Sofiane Insatisfaite de sa situation, honte de son Corp. et ressent qu'il est imparfait et impuissant et triste il ma dit : «jatni s3iba kifach nakhraj bara ncul duc ydahku 3liya nas nahcham nakhraj »

Il sent que sa vie est devenue vide et a perdu son travail et les personnes importantes dans sa vie, Donc sa personnalité va changement, il a le sentiment de manque, il dit qu'il difficile d'exprime se qu'il ressent au autres

Axe III L'acceptation :

Au début, il n'accepta pas, d'autant plus que la date de son mariage était proche, il pensait toujours à ce qui se passerait.

Après avoir changé sa relation avec sa fiancée, qui a commencé à éviter de lui parler et à le rejeter parce qu'elle n'acceptait pas que son mari soit handicapé il dit : « lawal matcabaltch walit dima nkhamam wach rah yasra mba3d fhamt bali khatibti lghat l3ars wrafdatni ki walit mu3ac »

Sofiane ne sort pas de sa chambre et lui demande de verrouiller les portes car il n'aime plus voir personne, aussi Il était également difficile pour lui de sortir dans la rue devant des personnes dans cette situation il dit : « walit mahab nchuf hata wahad nac3ad wahdi nkhamam fi sahbi li mat, l 3ars li rah wnas kifach tbadlat, kan nhas li yzuruni ychafcu 3liya wjatni tbadhila kbira kirafdatni mba3d 3titha lhac wach danbha tatmarmad m3ayi »

Il a un manque de confiance en soi et peur de se moquer et il dit aussi qu'il n'a pas d'autre choix que d'accepter parce qu'il ne marchera pas a vie et que rejeter sa réalité ne changera rien au fait qu'il est handicapé et qu'il doit accepter la réalité.

Axe IV : relations interpersonnelles :

Il y a eu un changement significatif dans ses relations avec son entourage

Il était triste de la mort de son ami et de lui-même et a refusé de voir les gens, surtout après avoir senti que sa fiancée évitait de lui parler, elle lui avait rendu visite à deux reprises à l'hôpital, puis elle ne téléphonait plus et lorsqu'elle l'avait confrontée, elle l'avait refusé parce qu'il était handicapé.

Sa famille a essayé de la convaincre Mais elle a refusé, c'est douloureux et sa réponse ma blessé beaucoup,

Axe V : L accompagnement :

Mes frères et amis m'ont soutenu, et les médecins m'ayant dirigé vers la rééducation,

Il y a un ami qui est toujours à mes côtés pour me faire soigner, aussi mes amis m'emmènent me promener ces jours-ci me disent d'oublier les détails de l'incident pour pouvoir revivre.

Sofiane est devenue incapable de bouger et de mener à bien les activités quotidiennes, son frère qui l'aide à se lever, bouger, manger, et changent ses vêtements et selon ses mots, il se sent mal à l'aise parce qu'ils sont fatigués pour lui, et sent qu'il est devenu lourd pour eux.

Son niveau de vie est mauvais au moment où il se retrouve au chômage et reçoit une allocation d'invalidité insuffisante

Axe VI : Projection dans l'avenir :

Il dit : Je n'ai aucun espoir d'attendre de mon âme prendre mon âme Mon rêve a été perdu dans l'établissement d'une grande famille aussi longtemps que j'en rêvais, surtout depuis que je suis orphelin, mais maintenant je ne pense plus au mariage

Je n'assombrir aucune femme avec moi

Synthèse du cas :

Sofiane a eu une fracture à la colonne vertébrale, il n'acceptait pas son handicap et ne faisait plus confiance à lui-même et avait honte de son corps.

Ses relations avec ceux qui l'entouraient changeaient là où il affectait la mort de son ami et l'annulation de son mariage.

Il ne pouvait pas croire où il s'était isolé mais ses amis l'ont soutenu et ont essayé de l'aider et d'améliorer sa psychologie.

2 -Discutions des hypothèses :

Selon la présentation des cas et la collecte des informations nécessaires sur le sujet de l'étude, nous arrivons enfin à la discussion de nos hypothèses, sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées, à travers l'interprétation des entretiens clinique semi-directifs qui ont été fait avec eux.

Notre thématique de recherche s'intitule «l'handicap moteur causé par accident routier et remaniement identitaire »et durant notre travail on s'est basé sur la théorie cognitivo-comportementale.

La question générale de notre recherche est comme suit :

Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque le remaniement identitaire ?

Les questions partielles de notre recherche sont les suivantes :

1-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque un changement de personnalité ?

2-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque le refus d'accepter le changement ?

3-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque une perturbation dans les relations interpersonnelles ?

4-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque un besoin de l'accompagnement ?

5-Est-ce que l'handicap moteur acquis provoque un changement à la projection dans l'avenir ?

Hypothèse générale :

L'handicap moteur acquis provoque un remaniement identitaire.

Hypothèses partielles :

- 1- Le handicap moteur acquis provoque un changement de personnalité.
- 2- Le handicap moteur acquis provoque le refus d'accepter le changement.
- 3- Le handicap moteur acquis provoque une perturbation dans la relation interpersonnelle.
- 4- Le handicap moteur acquis provoque un besoin de l'accompagnement.
- 5- Le handicap moteur acquis provoque un changement à la projection dans l'avenir.

2-1-Discussion de la première hypothèse partielle :

Stipule que L'handicap moteur acquis provoque un changement de personnalité.

D'après les réponses, j'ai déduit qu'ils ont tous le sentiment de manque qui due a image corporelle qui est brisée, et de l'incapacité, les cas n'exprime pas au l'autre se qu'il ressent, et la faible voix indique, la honte et la timidité de son image physique, aussi les regarde des autre influencé par sentir incomplète et incapable,

Le cas de Walid , Amina, et Sofiane avais un changement claire, au niveau des pensé qui devine mauvais, aussi une faiblesse de confiance en soi, donc ils présentent une estime de soi négative, ils en construction une image dévalorisante de lui-même, ceci est confirmé à travers le passage qui dit qu'ils n'étaient pas fiers d'eux-mêmes et qu'ils

n'avaient pas confiance en soi, par contraire Nadia elle a une bonne image de lui-même et elle a une pensée positive, ne l'influence pas pour autant, et elle confie donc il construit une image valorisante de soi

Walid a des regrets car elle a causé l'accident, et Amina face à cette nouvelle situation avec l'agressivité, l'isolement, et la dépression.

Donc je conclus que la première hypothèse est réalisée, que l'invalidité motrice acquise causée par les accidents routiers affecte négativement sur la personnalité et provoque un changement quel que soit le degré de l'handicap.

2-2-Discussion de la deuxième hypothèse partielle :

Stipule que Le handicap moteur acquis provoque le refus d'accepter le changement.

Selon les réponses, j'ai constaté que après l'accident, l'invalidité motrice perturbe, et change radicalement la vie des cas, car ces derniers ont du mal à accepter une paraplégie, hémiplegie ou l'amputation d'un membre du corps.

Amina, n'accepte pas le nouveau statut, de vivre avec une seule jambe, elle est toujours en colère et déprimée, pensait même à la mort et essayait de se suicider qui a causé l'handicap.

Walid, aussi n'est pas réceptif, d'autant plus qu'il se retrouve au chômage, et Sofiane aussi refuse et elle est difficile pour lui car sa vie complètement changée et que ne parvient jamais à marcher aussi il a perdu à cet accident ses amis, aussi sa fiancée n'accepte pas et elle a quitté.

Au contraire, Nadia a accepté son état, de ne peut pas marcher et bouger mais il existe un refus d'acceptation de la part de son entourage.

Donc la deuxième hypothèse a également réalisée, et l'handicap moteur acquis causé par les accidents routières provoque le refus d'accepté le changement

2-3-Discussion de la Troisième hypothèse partielle :

Stipule que l'handicap moteur acquis provoque une perturbation dans la relation interpersonnelle.

D'après les réponses des cas, j'ai déduit que lorsque on subi d'une déficience motrice y'a toujours un changement au niveau des relations interpersonnelle, soit par les cas, soit par la négligence de l'entourage.

Amina, c'est elle qui coupé la relation, avec sa famille, amis et reconnaissance, aussi elle préfère l'isolement, aussi Sofiane au début refus de voir ces reconnaissance, car il est honte aussi quand il parle de sa fiancé et le mariage ca dérange

Contrairement a Nadia et Walid qui n'aime pas de restent seul et ressent que certain personne évité la communication avec eux.

Cette hypothèse est prouvé, donc l'handicap moteur acquis par l'accident routier causé un évitement a l'interaction et la communication et provoque une perturbation relationnelle

2-4-Discussion de la quatrième hypothèse partielle :

Stipule que l'handicap moteur acquis provoque un besoin de l'accompagnement.

A travers les réponses que j'ai obtenu, j'ai constaté que les personnes handicapées, besoin de l'aide, de soutien pour établir, et d'accompagnement, car ne peut plus compter entièrement sur elle-même, et finir ses tâches quotidiennes, à cause de son incapacité et que ça gêne de sentir inutile.

La santé de Nadia et Walid, s'améliore à cause de du suivi et rééducation, ils ont accepté d'être accompagnés, mes Amina ne laisse personne l'aider sauf les médecins et ses enfants, et pour Sofiane pas d'espoir pour marcher mais lui fait de la rééducation.

L'hypothèse est réalisée, car je trouve que l'handicap moteur acquis par l'accident routier provoque un besoin de l'accompagnement pour la guérison physique, psychologique et sociale.

2-5-Discussion de la cinquième hypothèse partielle :

Stipule que l'handicap moteur acquis provoque un changement à la projection dans l'avenir.

D'après les réponses des cas, je trouve que ses pensées liées à la déficience motrice, c'est le thème principal, avec l'espoir d'éliminer et revenir à l'état initial.

Nadia, Walid, et Amina, ont l'espoir de guérir, que Walid trouve un bon travail, Nadia devine capable de marcher, faire ses tâches et hobbies, aussi Amina d'obtenir une jambe industrielle mais Sofiane lui n'attend rien juste la mort. Parce que son rêve de fonder une famille est perdu, aussi le rêve de guérir parce qu'il n'avait pas assez d'argent pour l'opération.

Synthèse des hypothèses :

J'ai conclu que les cinq hypothèses ont été éprouvées, et que l'handicap moteur acquis par les accidents routiers, provoque un changement à la personnalité, il y a une différence d'identité entre avant et après, dans la manière de penser entre positif et

négatif, aussi les changements dans le corps affectent la psyché, ce qui modifie le comportement.

En plus on trouve le refus d'accepté le nouveau statut, par le cas ou par l'entourage aussi ces accident provoque une perturbation dans les relations interpersonnelles, car ils n'acceptent pas les regarde des autre ou a cause de sentiment qu'ils sont inutile

Aussi ils ont besoin de l'accompagnement et du soutien pour finir ses taches quotidiennes en plus la projection dans l'avenir sa change parce que leurs intérêts sont liés à la santé.

2-6- Hypothèse générales :

L'handicap moteur acquis provoque un remaniement identitaire.

Les pathologies du soma sont associées à un risque plus élevé de détresse psychologique et de psychopathologie constituée.

Et selon Beck face a une situation stressant chaqu'un a leur pensé automatique et imagination et des degrés de stress et de détresse déférents, la déférent dans leur vulnérabilité « la variation interindividuelle »

Est lorsque on subi un handicap moteur acquis causé d'un accident retirée ya un remaniement identitaire, qui touché et changé la vision de l'individu sur lui même et au niveau des relations avec les autre, l'interaction et la communication, aussi la réaction sa change entre l'acceptation et le refus, et comment va compléter le reste de sa vie.

Est selon les résultats j'ai conclu que l'invalidité motrice acquise provoque un changement a la personnalité de l'individu, même s'il était léger et identique selon des variable telles que l'âge, le degré de blessure, était temporaire ou permanent.

L'affecte psychologique sur son identité, le sentiment de manque et de perfection, et le sentiment de honte qui transparait dans la faible voix et le manque de désir de

communication ainsi qu'une image corporelle déformée et une incapacité à bouger, tout cela constituent une perturbation et un changement identitaire.

Dans cette étude a prouvé qu'il y avait toujours un défaut dans les relations comme la perturbation a la communication, et le manque d'acceptation sont présents, bien que cela ne soit pas le cas, des parties qui l'entourent car certaines familles acceptent leurs patients, et d'autre les rejettent

Ils ont constamment besoin de ceux qui leur fournissent un soutien physique et psychologique, car leur handicap les rend impersonnels, et incapables de faire des affaires sans aide.

Pour l'avenir, il est vague et tous les espoirs se concentrent sur la santé, l'amélioration et le désir de revenir à ce qu'ils étaient

Enfin, après avoir étudié, et appliqué la théorie j'ai prouvé l'hypothèse générale en concluant que le handicap moteur acquis par des accidents routiers provoque un remaniement identitaire.

Conclusion:

À travers le sujet de notre étude , nous montre l'importance du soutien et de l'accompagnement, des spécialistes, et des familles pour améliorer l'état psychologique des blessés, et nous constaté que le handicap physique, même si acquis ,par un accident routier, conduit à une perturbation de l'identité individuelle et sociale, quel que soit le degré de blessure ça affecte la pensée ,les sentiments et la confiance en soi.

Cela affaiblit également la relation des personnes handicapées avec ceux qui l'entourent, et vivre un conflit entre l'acceptation et le refus a son nouveau statut, et lorsque le handicap moteur, affecter les aspects physiques, psychologiques et même sociaux, et entraver l'individu, j'ai prouvé que

Le handicap moteur acquis par les accidents routiers provoque un remaniement identitaire, Par la réalisation de l'hypothèse générale.

Afin de comprendre cette catégorie, différentes études sont nécessaires, et il existe d'autres champs d'étude non négligeable qu'il serait donc intéressant d'explorer et d'étudier plus comme par exemple :

- Les stratégies de coping chez les handicapés moteurs acquis.
- La résilience des personne acquis un handicap moteur.
- Différence de changement psychologique entre hommes et femmes en cas de déficience motrice.

Liste bibliographie

Ouvrage :

- 1- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (DSM 5). Paris : Masson.
- 2- Berger, M. (2006). *Les troubles du développement cognitif : approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. France : Dunod.
- 3- Brédart, S. & Van der Linden, M. (2012). *Identité et cognition*. Belgique : de Boeck.
- 4- Costalat - Founeau, A-m. (2005). *Identité sociale et ego-écologie*. Paris : Sides.
- 5- Caux, JF. & Delahoche, F. (2012). *Adaptation à un handicap acquis : les blesses modulaires*. handiplus.ch/fra/quotidien/images/docs/adaptationhP.pdf
- 6- Edmond, M. (2006). *Psychologie de l'identité*. Belgique : Dunod.
- 7- Emmanuel, B & al. (1996). *Déficience, indice et handicap*. Paris : Puf.
- 8- Guidetti, M. & Turrette, C. (2002). *Handicap et développement psychologique de l'enfant*. (2ème édition). Paris : Armand Colin.
- 9- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (2006). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf.
- 10- Liberman, R. (1999). *Handicap et maladie mentale*. (4ème édition). France : Puf.
- 11- Liberman, R. (2013). *Handicap et maladie mentale*. (8ème édition). France : Puf.
- 12- N'da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. Paris : L'harmattan.
- 13- Romano, H. (2011). *La maladie et le handicap à hauteur d'enfant*. Paris : Fabert

Liste bibliographique

14-Soulier, B. (2008). *Vivre avec le handicap au quotidien*. Belgique : interdiction.

15- V. Descombes, V. (2013). *Les Embarrèment de l'identité*. (2^{ème} édition). V. 9, France : NRF essais Gallimard.

16- Zagre, A. (2015). *Méthodologie de la recherche en sciences sociales*. Paris : L'harmattan.

Revue :

17- Tcholakova, A. « *Le remaniement identitaire entre reconnaissance et maintien de la cohérence biographique* », *Sociologie* [En ligne], N°1, vol. 7 | 2016, mis en ligne le 27 avril 2016, consulté le 15 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/2712>

Thèses Doctorat :

18- Didier Mbele, J. (2008) « *La représentation des situations de handicap au Congo-Brazzaville : une approche psychologique et socioculturelle* », université lumière Lyon 2.

19 - Ganem, R. (2017), « *la contribution des relations fraternelles à la construction identitaire de jeunes adultes immigrants au Québec* » université Québec : Montréal.

20- Huault, I. (2012), « *la construction identitaire en situation : le cas de managers a l'épreuve de la détresse de leurs collaborateurs* » Université Paris-Dauphine.

Thèses et mémoire :

21- ben arroche, p. (2016), « *l'accompagnement social et la réinsertion professionnelle des personne en situation de handicap physique acquis* » mémoire d'initiation a la recherche professionnelle.

Liste bibliographique

22- da Silva, O. (2016), « *la quête adolescente : construction identitaire de l'adolescent porteur d'un handicap moteur* » En vue de l'obtention du diplôme de mémoire en psychomoteur, université de pierre et marri curie, paris.

23- Dupont, K. (2012), « *La construction de l'identité personnelle et sociale des jeunes parents lors de la fondation d'une famille* » Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences en vue de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.) en sociologie, Université de Montréal

24- Chelghoum, A. & Cherikh, L. (2017), « *Le vécu psychologique du handicap chez les étudiants ayant un handicap moteur* » Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme de master en psychologie clinique, Université De Bejaia.

25- Oubelaid, N. (2013), « *Le stress chez les adolescents ayant un handicap moteur* » En vue de l'obtention du diplôme de master, Université De Bejaia.

Les dictionnaires :

26- Charron, C. (2007). *La psychologie de a à z*, paris

27-Gary, R. & Vandenbos, PhD. (2015). *APA dictionary of psychology*. (2 éme edition), Washington: chief.

28-Hattel, B. (2005). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Édition Larousse Bordons.

29- *Le grand dictionnaire de la psychologie*, (1999), paris : la rousse.

30- Sillamy, N. (2004).*Dictionnaire de psychologie* .paris : France

Cite internet :

31- récupéré (le 2/04/2019) de www.DJAZAIRESS.COM/FR/LIBERTE

Liste bibliographique

- 32-** récupéré (le 10/04/2019) de www.april.fr/informations/c-est-quoi-ce-handicap
- 33-** récupéré (le 20/04/2019) de (<https://www.assuranceendirect.com> /m-définition accident .html)
- 34-**Récupéré (le 29/03/2019) de -(<https://lesdefinitions.fr> /acceptation)
- 35-** récupéré (le 2/05/2019) de (<https://www.scienceshumaines.com> /les-relations-interpersonnelles –Fr- 4172.html)
- 36-** récupéré (le 18/04/2019) de (www.ch-hautanjou.fr /ifas /wpcontent/ uploads/sites/ 8/2018/09/ Accompagnement .PDF)

Annexe N°1 : Guide d'entretien clinique semi-directif

Les renseignements personnels :

1-Quel âge avez-vous ?

2-Quel est votre niveau d'étude ?

3-Avez-vous des frères et sœurs ? Si oui, Combien ? Et quel est votre rang dans la fratrie?

4-Quelle est votre situation socio-économique ?

5- Votre lieu de résidence et avec qui vous résidez ?

Axe I : Informations sur le handicap

6-Avez-vous des informations sur votre handicap ?

7 -Depuis quand êtes-vous atteint par cette maladie ?

8-Où est la place de la blessure dans le corps ?

9-Le handicap a-t-il affecté votre carrière? Quelles conséquences a eu cette situation de handicap sur votre vie professionnelle, personnelle, familiale...?

10-Avez-vous perdu votre emploi ?

11-Comment avez-vous acquis ce handicap ? Raconté votre histoire

12-A votre avis quelle est la cause de l'accident : Êtes-vous sous l'influence de narcotiques Ou un problème familial, personnel ?

13-Quelles sont les caractéristiques de votre handicap ? Et comment se manifeste-il ?

14-Prenez-vous des médicaments ? Si oui, Quel type de médicament ?

15-Y a- il un membre de votre famille qui est atteint par ce handicap ?

16-actuellement souffrez-vous d'autre maladie ? Si oui, Laquelle ?

Axe II: L'identité :

17-Comment était ta vie avant l'accident ?

18-Ce que vous regrettez pendant l'incident ?

19-L'incident a-t-il affecté votre personnalité et Quelles choses ont changé exactement

20-Que pensez-vous de vous-même ? Quel regard portez-vous envers vous même?

Et Comment vous vous voyez dans le regard des autres ?

21-Est-ce-que le regard des autres vous influence-il ? Si oui, pouvez-vous nous expliquer

22-Êtes-vous satisfait et fier de vous-même ? Si non, Décrivez-nous ce que vous ressentez ?

23-Vous sentez-vous aimé et apprécié par les personnes de votre âge ? Si nos, Dites-nous ce que vous ressentez ?

24-Est-ce-que vous vous critiquez ? Si oui, Quelles sont ces critiques ?

25-Trouvez-vous des difficultés lors de la prise de décision ? Si oui, Quelles sont ces difficultés ? Et vous arrive-il de douter de vos décisions ? Si oui, à votre à vis c'est Pourquoi ?

26-Exprimez-vous facilement ce que vous ressentez face aux autres ? Si non, Pourquoi?

Axe III L'acceptation :

27-Décrivez-nous votre réaction quand vous avez appris que vous étiez atteint

Par ce handicap ? Et comment était votre état à cette période là ? et la réaction de

Ta famille ?

28-Arrivez-vous à vous adapter facilement à quelque chose de nouveau ? Si non, Expliquez?

29-Avez-vous accepté le handicap et vécu avec?

30-Vous sentez-vous honteux, gêné et parfois handicapé?

31-Avez-vous confiance en vous ?, Si non, Expliquez. Et pensez-vous que les autres vous font confiance ?

32-Quels bouleversements dans votre vie cette situation d'handicap a t'elle provoquée?
-Et par rapport à votre autonomie?

33-Êtes-vous heureux ? Et que pensez-vous de votre vie ?

34-Avez-vous eu le sentiment que votre dépression était inutile et que vous aviez essayé de vous suicider à un moment donné?

Axe IV : relations interpersonnelles :

35-Parlez-nous de vos relations avec votre famille ? Et comment les choses se

Passent- elles ? Et décrivez-nous la nature de vos interactions avec vos frères et sœurs ?

36-Que pensez-vous de votre famille ? Etes-vous soutenu par eux ? Si oui, par qui exactement ? Et de la part de vos amis (es) ?

37-Avez-vous des amis(es) ? Si oui, Comment se passent vos relations avec eux, Si non, Pourquoi? Et que ressentez-vous face à ça ?

38-Concernant vos voisins et votre entourage comment pourriez-vous nous décrire la nature de la relation que vous entretenez avec eux ?

39-Avez-vous déjà rencontré des difficultés particulières dans vos relations interpersonnelles ? Si oui, Qu'avez-vous ressenti face à ces difficultés ?

40-Trouvez-vous des difficultés à tisser des relations avec les autres ? Si oui, Quelles sont ces difficultés ? Et comment les gérez-vous ?

41-Aimez-vous faire des nouvelles rencontres ? Si non, Pourquoi ?

42-Croyez-vous que votre handicap influence sur vos relations ? Si oui, Expliquez ?

43-Préférez-vous rester seul ou être entouré ?

44-Vos relations interpersonnelles ont-elles changés depuis que vous-êtes atteint par ce handicap ? Si oui, à votre avis c'est pourquoi ?

45-Pratiquez-vous des activités de loisirs avec votre famille ? Et avec vos amis(es) ? Et quels sont vos loisirs et vos activités sociales ?

Axe V : L accompagnement :

46-Avez-vous besoin de quelqu'un pour accomplir vos taches quotidiennes ? Si oui, Qui vous aide ?

47-Par quels dispositifs avez-vous été orienté et suivi ?

48-Quelles difficultés avez-vous rencontré ?

49-Comment se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison ?

50-y a-t'il une amélioration de votre état après la thérapie physique ?

51-Pensez-vous que votre handicap vous freine dans le choix d'une nouvelle profession ?

52-Suite à la survenue de cet handicap, quels professionnels avez-vous rencontrés et en quoi vous outils aidés ?

53-Comment s'est déroulé votre accompagnement ?

54-Quelles ont été les différentes étapes jusqu'à aujourd'hui ?

55-Quels résultats en avez-vous tirés ?

Axe VI : Projection dans l'avenir :

56-Comment voyez-vous votre avenir ? Et qu'envisagez-vous faire dans l'avenir?

57-Avez-vous des projets ? Si oui, lesquels ?