



UFR Sciences de
l'Homme et de la Société



Année académique 2022-2023

Note 17

Gros projet scientifiquement construit /publications

Je questionne plutôt la faisabilité et les liens problématique
/dispositif jeu de sable et la population visée par votre projet

REPRESENTATION DU HANDICAP CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES
D'UN HANDICAP PSYCHIQUE ET PHYSIQUE ET RAPPORT A L'AUTRE

Chedley SANON 21613507

Cécile TCHUYA 22114590

Enseignant : Mr Didier DRIEU

Licence Professionnel : Accompagnement Social et Intervention Sociale

Parcours : Médiation

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I-Contexte de l'étude

II- Problématique

- 1- Énoncé du problème
- 2- Objectifs de la recherche
- 3- Intérêt de la recherche

III- Revue de la littérature

- 1- Moscovici dans **psychologie sociale des relations à autrui**
- 2- Jean François RAVAUD dans **représentation social de soi et traitement social du handicap**
- 3- René Kaes dans **groupe interne et groupalité psychique**
- 4- Didier Anzieu dans **le groupe et l'inconscient**
- 5- Claude Veil dans **Handicap et Société : la réadaptation sociale**

IV- Méthodologie

- 1- Présentation de l'outil de médiation
- 2- Déroulement des séances de médiation
- 3- Analyse et discussion des données

Conclusion

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

L'image de l'autre handicapé, se construit à travers un regard trop souvent biaisé par les préjugés et les stéréotypes divers. La manière dont nous percevons autrui tel qu'il est, mais plus encore tel que nous le représentons, nous conduit à penser et à agir en fonction de cette représentation. Il s'agit alors pour répondre à la formule incantatoire de changer de regard, de voir dans l'autre, non plus autiste, le trisomique, le handicapé mais la personne. Si Kant nous affirme que tous les hommes sont dignes et inaliénables à la personne humaine, cette dignité a besoin du regard d'autrui pour advenir à la reconnaissance, alors la personne sera traitée, selon la formule kantienne, comme « une fin et jamais simplement comme un moyen ». L'expérience de l'altérité à laquelle nous soumet la vision du handicap constitue une rupture dans la croyance du même, une rupture conflictuelle et douloureuse que cherchent à atténuer la négation de l'étranger et le refus de voir ce qu'il y'a de l'autre en soi. Il y'a dans cette attitude, un réflexe protecteur, face à la régression, l'altération, la déchirure de l'image de soi que nous impose la personne handicapée. Le regard porté sur l'anormalité humaine est la projection d'une vision de la société ; car c'est bien en fonction des normes sociales que l'individu apparaît conforme ou non conforme, normal ou anormal. Notre recherche s'inscrit donc ici dans une tentative de compréhension des représentations que se construisent les personnes vivant avec un handicap que ce soit dans le cadre d'une maladie mentale que d'un handicap moteur. L'idée est de comprendre, en partant du principe qu'une maladie est considérée comme un handicap lorsqu'il empêche le sujet d'effectuer les tâches de la vie quotidienne, les organisateurs psychiques des représentations de l'un vis à de l'autre et qui structure leurs comportements respectifs afin d'améliorer les rapports entre la personne malade et le groupe. Pour mener à bien notre recherche nous l'avons structuré en trois grandes parties à savoir une partie sur le contexte de l'étude, une partie réservée à la problématique, et enfin la dernière partie portant sur l'approche méthodologique.

I-Contexte de l'étude

S'interroger sur la question du handicap et la situation des personnes handicapées en France c'est s'interroger sur une réalité complexe, difficile à cerner, tant la nature, l'origine, et le degré de la déficience, tout autant que l'environnement qui révèle le handicap. Cependant, l'enquête HID (Handicap, Incapacité, Dépendance), première enquête d'envergure sur le handicap, menée par l'INSEE nous permet de donner une estimation du nombre de personnes vivant en domicile ordinaire ou institution, touchées par les différents types de handicaps. Cette enquête repose sur les déclarations des personnes enquêtées sur leur état de santé. Ainsi 42% de la population française déclarent être affectés d'au moins une déficience, 21 % disent avoir au moins une incapacité et 9% doivent recourir à une aide humaine régulière pour accomplir des actes de la vie quotidienne ou de participation à la vie sociale et culturelle. 6% de la population française vivant en institution ou en domicile ordinaire souffrent de déficience mentale ou intellectuelle, 13,4 % souffrent d'une déficience motrice plus ou moins invalidante (du rhumatisme à la tétraplégie) et 11,4 % sont atteints d'une déficience sensorielle. Notons que 650000 à 700000 personnes handicapées sont accueillies dans des institutions spécialisées. Ces chiffres montrent que le phénomène du handicap, par son importance, sa complexité et sa diversité et par la réalité sociale qu'il recouvre est d'un point de vue sociologique, un phénomène social total. Le handicap, réalité sociale objective par ce qu'il représente comme poids économique et social est investi de sens par les acteurs sociaux c'est-à-dire ceux qui sont confrontés idéologiquement, physiquement, affectivement, intellectuellement, économiquement, politiquement avec la réalité sociale du handicap. Et c'est l'investissement de sens qui construit cette réalité et qui lui donne forme, existence, cadre, norme, figure sans toutefois lui donner une transparence idéologique. L'enquête HID montre bien que selon les critères retenus (santé, travail, loisirs, vie quotidienne...) les personnes, entre 3 et 15 % de la population française de 17-59 ans, se déclarent plus ou moins « handicapées ». Le handicap apparaît donc comme une question tout autant subjective, ressentie et vécue par les individus concernés que relevant d'un problème de société dans ce que celle-ci est accessible, viable, l'environnement physique et humain.

II-Problématique

1- Énoncé du problème

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé marque une orientation assez pertinente du handicap en intégrant dans l'apparition, la réduction ou l'aggravation des handicaps, les facteurs contextuels et environnementaux. Le vocable handicap, handicapé, a été employé pour la première fois dans un texte de loi concernant l'emplois des travailleurs handicapés en 1957. Ce recours d'un vocable jugé moins discriminatoire après d'autres dénominations comme infirme, inadapté, incapable, invalide. En changeant de vocabulaire et en adoptant les termes handicap-handicapé, la société a cherché d'une part à supprimer les connotations négatives et stigmatisantes des termes utilisés jusqu'alors pour désigner les personnes différentes et en difficulté d'autres part, à ancrer le handicap dans le social comme notion éminemment sociale. Les représentations sociales sont au centre de cette construction de la réalité sociale du handicap en étant la traduction de relations complexes, réelles et imaginaires, objectives et symboliques. Notons également que la figure du handicap est figure de l'étranger car elle renvoie à cet autre, à la fois si différent et si semblable à soi, inconnu, et menaçant, « inquiétante étrangeté », difficile à intérioriser. La réduction par les personnes handicapées et les associations représentatives du handicap en voulant que la personne handicapée soit « comme les autres est l'expression inconsciente d'une volonté de réduire toute altérité. Impossible quête quand l'autre éveille en nous l'insupportable, le caché, l'ignoré, le refoulé et nous confronte à notre fantasme d'une unité intérieure. Le handicap est toujours le signe patent d'un semblable qui est différent, en cela il détruit les certitudes d'une vision normée sur les individus. Loin de nous limiter ici à un aspect uniquement psychique du handicap nous avons y associé l'aspect moteur qui sont tous deux riche d'intérêt. Il est aussi important de souligner que nous parlons de handicap psychique certes mais dans un contexte beaucoup plus large pour venir traduire toute personne souffrant de maladie psychique incapable de s'épanouir complètement dans la société parce qu'il est perçu différemment par les membres de son groupe ; ce phénomène nous l'avons observé également chez les personnes qui ont un handicap moteur, ils sont très souvent objet d'insultes, de moquerie, et de raillerie par les membres de son groupe. Ce qui nous a poussé à en déduire que la source des souffrances de l'individu handicapé psychologiquement et physiquement est purement sociale renforcé par l'image négative du sujet vis-à-vis de lui-même.

Esquisse de formulation de la problématique

Notre sujet pose principalement la question de la stigmatisation des personnes victimes de maladies psychiques y compris moteurs et de leur exclusion sociale qui viennent fragilisés leur estime d'elle-même ajouté à la maladie et ses conséquences. Les personnes vivant avec un handicap que ce soit physique ou psychique sont ceux qui sont les plus souvent exposés au rejet de la société qui ne les considère plus comme des personnes à part entière mais plus comme des personnes malades et déficientes psychologiquement et invalides. Tout cela vient mettre en mal ou fragilisé leur estime d'elle-même dans le sens où elles finissent par adhérer à ces pensées sociales et se disent que si la société les rejettent c'est parce qu'au final elles ne valent pas mieux que ça. Inspiré par les travaux de Turner mais aussi par son expérience vécue de la paralysie, l'anthropologue Robert Murphy (1993), s'est concentré sur la séquence liminaire. Il a montré que le handicap conduit à une situation sociale similaire à la phase liminaire des rites

de passage classique : l'individu n'a accès ni à la situation « pré-liminaire » qu'il traduit par le fait d'être considéré et de se considérer comme malade, ni à la situation post-linéaire qui correspondrait à se considérer et à être considéré comme normal. La liminarité devient une composante de leur vie en milieu ordinaire sans qu'ils ne puissent rien changer de leur situation. Dans l'appendice de son ouvrage **La mise en scène de la vie quotidienne**², Les relations publiques, intitulé « la folie dans la place » Erving Goffman (1973b) développe une analyse interactionniste sur « une chose qui s'appelle la maladie mentale » en empruntant le regard d'un « sociologue de la place », Goffman explique que c'est dans les interactions entre les individus, dans la manière dont ces derniers se traitent mutuellement, que chacun reçoit et produit une définition de sa personne. Goffman entend par la personne de l'individu l'ensemble des « définitions virtuelles » qui lui sont « octroyées » à travers sa conduite. « Le traitement qu'un individu accorde aux autres ou en reçoit exprime ou suppose une définition de sa personne, de même que la scène sociale qui l'entoure immédiatement à ce moment » (Goffman, 1973b).

2-Objectifs de la recherche

- Comprendre les représentations que le handicapé psychique et moteur se construit vis-à-vis de lui-même
- Comprendre l'influence du groupe sur les représentations du sujet
- Analyser les composantes de la représentation du sujet handicapé à travers l'autre
- Analyser l'impact des représentations négatives du groupe sur le sujet handicapé
- Comprendre la nature des relations du sujet vis-à-vis de lui-même et des autres
- Analyser les styles comportementaux du sujet en groupe
- Analyser les organisateurs des représentations du groupe à l'égard des personnes avec un handicap

3-Intérêts

❖ Intérêt scientifique :

Sur le plan Scientifique, contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques.

❖ Intérêt psychologique :

Sur le plan psychologique, notre recherche va permettre de réduire la montée en puissance des stigmatisations à l'égard des personnes handicapées psychique et moteur, aider la personne à mobiliser ses ressources internes pour pouvoir s'adapter au sein de la société.

❖ Intérêt social :

Sur le plan social, notre recherche va permettre l'intégration des personnes en situation de handicap

❖ Intérêt médical :

Notre recherche va permettre d'améliorer la prise en charge des personnes handicapées

II- Revue de la littérature

Pour mieux comprendre notre sujet portant sur les représentations du sujet vivant avec handicap psychique et physique et son rapport à l'autre nous avons tenu à faire une lecture scrupuleuse d'un certain nombre d'auteurs qui ont travaillé sur la notion groupe afin de mieux comprendre la nature des relations entre la personne malade et son semblable ainsi que les représentations qu'ils se construisent les uns les autres.

1-Représentation de soi et traitement social du handicap de Jean-François Ravaud

Dans son ouvrage, Ravaud vient montrer l'intérêt d'une approche socio-constructiviste. Il montre que pour faire des recherches sur le handicap il faut pouvoir prendre en compte tous les aspects environnants. A travers cette œuvre, il va tenter de montrer l'intérêt de l'approche socio constructiviste en montrant que les représentations de soi, c'est à dire la perception qu'on se fait des personnes vivant avec un handicap va nous aider à comprendre les pratiques sociales, donc le comportement qui va suivre à leur égard. Il veut nous faire comprendre que pour essayer de comprendre ce public vulnérable, il faut d'abord essayer de comprendre pourquoi on agit comme ça avec eux. En réalité, le problème c'est qu'on ne les prend pas comme objet premier, mais plus ce qu'elle reflète aux yeux des autres, et ce qui peut nous pousser par la suite à avoir tel ou tel conduite à leur égard.

2-René Kaes dans groupe interne et groupalité psychique

Pour R. Kaes le groupe est tout d'abord quelque chose d'interne c'est à dire une construction psychique qui est co-construit entre tous les membres du groupe à partir d'un accord commun. Autrement dit, l'individu va d'abord se représenter psychiquement comme membre d'un groupe. Selon lui, le concept de groupe interne décrit les formations et processus intrapsychique qui va venir créer la notion de groupalité psychique et ce groupe va venir se présenter comme un seul devant la société. Le groupe serait pour lui, « la construction et le résultat, transmissible, d'un travail psychique : un appareil de transformation de la matière psychique mobilisés par les organisateurs psychiques inconscient ».

3-Didier Anzieu dans le groupe et l'inconscient

Pour lui, l'appartenance d'un individu à un groupe déforme les modalités de son expression personnelle : elle passe à travers le filtre de ce qui est dicible dans le groupe et recevable par ses membres. Ainsi, l'expression individuelle devient l'affaire du groupe. Le paradoxe réside dans la croyance tenace que chaque membre, quand il parle, le fait en son propre nom, alors qu'en tant que participant, c'est aussi au nom du groupe qu'il s'exprime. La conséquence première de ce phénomène qui touche chacun à son insu est la difficulté du groupe à accepter les différences personnelles entre ses membres ; la propension pour chaque membre à ressentir ces différences comme une menace potentielle contre sa propre intégrité. Chaque groupe serait ainsi par une mentalité propre. Cette mentalité du groupe correspond peu ou pas conscientes qui s'imposent à ses participants. La lecture de cet ouvrage nous a permis de comprendre que l'individu est constamment influencé par les représentations de son groupe et c'est cela qui vient structurer son comportement à l'égard des autres. C'est pourquoi nous nous sommes

permis de déduire que l'individu normal aura tendance à stigmatiser la personne malade parce que la société dans laquelle il vit l'autorise.

4-Claude Veil dans **Handicap et Société : la réadaptation sociale**

Cet ouvrage de Claude Veil vient nous éclaircir sur l'urgence de la société et en particulier du groupe à sortir des préjugés et des stigmatisations potentiellement dévalorisants pour s'adapter à la réalité psychique et sociale de la personne avec un handicap que ce soit psychique ou moteur afin d'améliorer les rapports entre les deux. Ce qui nous paraît tout à fait pertinent ici car l'origine de la souffrance du sujet est d'abord sociale. Il s'agit d'analyser comment l'handicapé s'y prend pour se construire lui-même au sein des communautés auxquelles il appartient pour devenir membre à part entière de celles-ci et comment celles-ci, en bloc et dans leurs constituants y contribuent. Il n'y a pas de handicap physique qui ne soit psychologique à quelque degré et à quelque moment.

III-Méthodologie

1-présentation de l'outil de médiation

Pour mieux cerner les représentations que se construisent les personnes avec handicap physique et psychique y compris leurs rapports à l'autre nous avons choisi d'utiliser le jeu de sable.

La thérapie par le jeu de sable est une thérapie qui a été développée par Dora Kalff dans les années 1960, qui s'est inspirée de la collaboration avec Margaret Lowenfeld. Il s'agit d'un jeu qui correspond à tout type de public que ce soit les enfants, les adolescents, les adultes ou les personnes âgées. Elle est indiquée pour les personnes trop mentales ou dans l'émotionnel qui ne retrouvent pas les mots pour exprimer leurs ressentis tels que les personnes avec handicap psychique, ou ceux victimes de dépression, d'anxiété, de troubles psychosomatiques, de troubles alimentaires, de traumatismes remontant à la petite enfance. Elle combine à la fois la thérapie par le jeu, par la parole et la thérapie par l'art. Elle permet à chacun de se représenter son monde interne sans avoir à le nommer, via le travail dans le sable avec les objets, les figurines, les symboles représentant le sacré et le spirituel, les êtres humains, animaux domestiques et sauvages, habitations, monstres, arbres, pierres et coquillages, clôtures et fantaisies. L'image réalisée sert de support pour s'exprimer et permet dans le même temps une prise de conscience de ses ressentis. La problématique se retrouve alors à l'extérieur de soi ce qui favorise la prise de recul et la dissociation. Le jeu de sable donne une image claire de ce qui se passe à l'intérieur de soi, il permet de visualiser son problème, d'exprimer une idée qui ne peut pas être dite, d'utiliser autre chose que les mots et de mettre en lien son inconscient. Une fois la représentation terminée le patient peut directement agir sur cette dernière en la modifiant ce qui favorise la transformation ou un mieux-être. Mettre en scène son parcours et son expérience peuvent d'abord être considérés comme des actes thérapeutiques, des techniques de soin, ou des marqueurs de rétablissement efficaces

2- Déroulement des séances de médiation

La thérapie prévoit deux temps principaux :

Premier temps : une fois la consigne posée, on laisse le temps au sujet de choisir par le regard et dans le silence les figurines à représenter dans le bac. On lui laisse également le temps de se connecter avec le sable avant de sortir son image. Il est libre de disposer les figurines comme il le souhaite dans le bac à sable. L'idée est de connecter ses pensées et ses représentations à la scène imagée. Le temps de choix des figurines à représenter par le sujet n'est pas limité chacun choisit à son rythme. Lors de la construction de l'image par le sujet, l'animateur est invité à se tenir à une certaine distance du patient pour laisser libre court à son imagination et à sa créativité.

Deuxième temps : échange avec le patient sur l'image qu'il a construit, sur le choix des figurines et leurs positions dans le bac à sable. Le sujet construira son image à son rythme ; on prévoit néanmoins un temps estimé à 20 min mais il peut bien aller au-delà ou prendre moins de temps que prévu.

La méthode focalise un espace de jeu entre la mobilisation de la pensée en image lié au processus primaire et la mobilisation de la pensée en idée lié au processus secondaire. Dans la pensée en image le processus se manifeste par le travail associatif du sujet, les pensées, les angoisses et les représentations du sujet sont représentées d'une manière symbolique à travers l'image. On laisse libre court à sa capacité imaginative et créative. Dans la pensée en idée, le processus se manifeste par l'élaboration du sujet autour de l'image qu'il a réalisé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Claude.V ‘‘ Handicap et société : la réadaptation sociale’’ Dans Vulnérabilité au travail (2012), Page 187 à 217

Didier. A, Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal (1975), Dunod, 1999

René. K, Groupe internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept Dans Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2005/2 (n° 45) Pages 9 à 30

Jean- François. R, Représentations de soi et traitement social du handicap. L'intérêt d'une approche socio-constructiviste Dans Sciences Sociales et Santé (1994), Page 7-30

Roy. Compte, De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapée en France : un long et difficile processus d'intégration, Dans Empan 2008/2 (N°70), Pages 115 à 122 Editions Erès

Troisoeufs.A « jouer aux normaux entre malades ». Expériences des troubles psychiques et normalités négociées dans les groupes d'entraide mutuelle. Dans les vies de la psychiatrie et la reconfession de l'ordinaire 2020

Troisoeufs.A 2009. « La personne intermédiaire. Hôpital psychiatrique et groupe d'entraide mutuelle », terrain,52 : 96-111

Troisoeufs.A, 2012. Le passage en actes. Du malade mental à la personne liminaire. Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie, thèse, Université Paris Descartes

Goffman.E, 1973 a. La mise en scène de la vie quotidienne1. La présentation de soi. Paris,Minuit

Gérard.B et Xavier. N, divisions Enquêtes et études démographiques des discriminations liées au handicap et à la santé, Dans Insee n°1308, Juillet 2010

Goffman.E, 1973b. La mise en scène de la vie quotidienne,2. Les relations publiques. Paris, Minuit.

Goffman.E, 1975. Stigmate. Les usagers sociaux du handicap. Paris, Minuit