

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION

DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET EDUCATIVES

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

DEPARTEMENT D'ÉDUCATION SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

THE FACULTY OF EDUCATION

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

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

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

THESE PRESENTEE POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR DE LA FACULTÉ DES
SCIENCES DE L'ÉDUCATION DE L'UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

Spécialité : EDUCATION SPECIALISEE

Par

NNOKE SENGOR

SOUS LA DIRECTION DE :

Chandel EBALE MONEZE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES



**STRATEGIES D'AUTO HANDICAP ET PERFORMANCES
SPORTIVES DES ATHLETES HANDISPORTS DU
CAMEROUN**

Soutenue publiquement le 27 novembre 2024, devant le jury composé de :

Président : NKECK BIDIAS Renée Solange, Pr

Université de Yaoundé I

Rapporteur : EBALE MONEZE Chandel, Pr

Université de Yaoundé I

Membres : MAYI Marc Bruno, Pr
: MBOE Gustave, MC
: CHAFFI Cyrille Ivan, MC

Université de Yaoundé I
Université de Dschang
Université de Yaoundé I

AVERTISSEMENT

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

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

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

SOMMAIRE

DEDICACE	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
RÉSUMÉ	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES	8
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	11
CHAPITRE 2 : HANDICAP ET AUTO HANDICAP	32
CHAPITRE 3 : SPORTS POUR HANDICAPES ET PERFORMANCES SPORTIVES.....	103
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE	169
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE	170
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	217
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	265
CONCLUSION GENERALE	287
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	293
ANNEXES	314
TABLE DES MATIÈRES	326

DEDICACE

À mes parents

Nnoke Oscar et Ebonkeing Catherine

REMERCIEMENTS

Aux personnes dont les noms suivent, nous tenons à signifier nos sincères gratitude pour tous leurs soutiens multiformes.

- Professeur Ebale Moneze Chandel, Directeur de Thèse, pour l'expertise et le temps consacré à nous apporter les outils et les connaissances indispensables à la conduite de cette recherche;
- Professeur Mayi Marc Bruno pour son regard et ses orientations critiques ;
- Professeur Cyrille Ivan Chaffi pour ses orientations méthodologiques et ses conseils ;
- Docteurs, Roger Roland Ntsa Nkoa, Esaïe Frédéric Song, Joachen Banindjel pour leurs orientations, leurs apports méthodologiques dans ce travail de recherche ;
- Monsieur Dissake Mbarga Michel, Inspecteur Général des Services au MINSEP pour ses conseils et appuis multiformes ;
- Corps enseignant et administratif de la Faculté des Sciences de l'Education, et plus spécialement ceux du département d'Education Spécialisée pour les connaissances reçues ;
- Encadreurs ainsi qu'aux athlètes qui ont bien voulu nous accueillir dans leurs différentes Fédérations Sportives pour Déficiants. Grâce à eux, nous avons pu collecter des données de terrain nécessaires à la réalisation de cette thèse ;
- Collègues de services MM. Akamba Martial D., Ondoua Oyono C. Didier et Bayiha Luc pour la relecture de ce travail ;
- Madame Mbah Ntoke épouse Nnoke pour ses conseils et son soutien indéfectible nécessaire pour anticiper le sentiment d'auto-handicap qui m'animait par moment ;
- Enfants : Nnoke Nnoke Paul Kylian, Léandra Josephina Teing Nnoke, Léo Franc Ntoke Nnoke, Léoda Océane Ebongkeing Nnoke pour leur présence en tout temps.

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

APA	: Activités Physiques et Adaptées
APSA	: Activités Physiques, Sportives et Artistiques
CAPEPS	: Certificat d’Aptitude au Professorat d’Education Physique et Sportive
CENAJES	: Centre National de la Jeunesse et des Sports
CIP	: Comité International Paralympique
CMS	: Centre de Médecine Sportive
CNPC	: Comité National Paralympique Camerounais
CNRPH	: Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapés
CREA	: Centre de Recherche en Éducation des Adultes
CSHN	: Centre de Sport de Haut Niveau
EPS	: Éducation Physique et Sportive
FECASDEP	: Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques
FECASDEV	: Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Visuels
FECASDI	: Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Intellectuels
FECASSO	: Fédération Camerounaise des Sports pour Sourds
INJS	: Institut National de la Jeunesse et des Sports
JO	: Jeux Olympiques
JP	: Jeux Paralympiques
MINSEP	: Ministère des Sports et de l’Éducation Physique
MPEPS	: Maître Principal d’Éducation Physique et Sportive
PAEPS	: Professeur Adjoint d’Éducation Physique et Sportive
PEPS	: Professeur d’Éducation Physique et Sportive
PMG	: Programme Moteur Généralisé
PPG	: Préparation Physique Généralisée
PPG	: Préparation Psychologique Généralisée
STAPS	: Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des palmarès des athlètes en compétition.....	17
Tableau 2 : Principales déficiences et rapport dans la population mondiale en 1994	34
Tableau 3 : Classification des handicaps en fonction des facteurs contextuels.....	50
Tableau 4 : Origine de la distinction entre les deux motifs et les deux cibles de l’auto handicap.	89
Tableau 5 : La mesure de la performance en fonction de la nature du but, selon Magill (1988).	117
Tableau 6 : Les trois dimensions de l'attribution de Weiner (1985), d'après Noël (1997).....	130
Tableau 7 : Combinaison des variables.....	175
Tableau 8 : Synoptique.....	179
Tableau 9 : Effectifs des athlètes par lieu de résidence qui sont affiliés dans les quatre fédérations en 2022.....	185
Tableau 10 : Effectifs d’encadreurs par discipline sportive retenue dans chaque fédération en 2022.	186
Tableau 11 : Echantillon de recherche	188
Tableau 12 : Mesure de la performance selon Magill (1988).....	190
Tableau 13 : Grille d’observations des athlètes en situation	191
Tableau 14 : Exemple d’item tiré du questionnaire de description du soi physique (Marsh et al, 1994).	197
Tableau 15 : Présentation de trois outils utilisés dans le cadre de ce travail de recherche. ..	201
Tableau 16 : Comparaison approches qualitative et quantitative selon Berthier (2008, p. 26).	202
Tableau 17 : Récapitulatif des séances à observer.	203
Tableau 18 : Contrat de communication de l’entrevue avec les encadreurs.	204
Tableau 19 : Planification de la collecte des données.	208
Tableau 20 : Récapitulatif des observations traitées dans le questionnaire (HR1), adressé aux athlètes	209
Tableau 21 : Récapitulatif des observations traitées dans le questionnaire (HR2), adressé aux athlètes	210
Tableau 22 : Distribution des effectifs observés en fonction des fédérations	217
Tableau 23 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEP observés pendant trois séances d’entraînements	219

Tableau 24 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEP observés pendant trois séances d’entraînements	221
Tableau 25 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEP observés pendant trois séances d’entraînements	223
Tableau 26 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASSO observés pendant trois séances d’entraînements	225
Tableau 27 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEV observés pendant trois séances d’entraînements	227
Tableau 28 : Scores obtenus par six athlètes de la FECASDEI observés pendant trois séances d’entraînements	229
Tableau 29 : Résultats des entretiens : auto handicap comportemental.....	233
Tableau 30 : Résultats des entretiens : auto handicap revendiqué.....	235
Tableau 31 : Répartition des participants en fonction de leur âge	237
Tableau 32 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de l’âge.....	238
Tableau 33 : Répartition des participants en fonction de leur sexe	239
Tableau 34 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du sexe	240
Tableau 35 : Répartition des participants en fonction de leur type de handicap	240
Tableau 36 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du type de handicap	241
Tableau 37 : Répartition des participants en fonction de leur cursus scolaire	242
Tableau 38 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du cursus scolaire	243
Tableau 39 : Répartition des participants en fonction de leur discipline	243
Tableau 40 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de la discipline pratiquée	244
Tableau 41 : Répartition des participants en fonction de leur région d’origine	245
Tableau 42 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de la région d’origine.....	246
Tableau 43 : Répartition des participants en fonction de leur nationalité	246
Tableau 44 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de la nationalité	247
Tableau 45 : Répartition des participants en fonction du nombre de médailles remportées	248

Tableau 46 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du nombre de médailles remportées	249
Tableau 47 : Répartition des participants en fonction du type de médailles remportées.	249
Tableau 48 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du type de médailles remportées	250
Tableau 49 : Répartition des participants en fonction de la VI 1 : l’auto handicap comportement et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.	251
Tableau 50 : Répartition des participants en fonction de la VI2 : l’auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.....	257
Tableau 51 : Corrélation entre l’auto handicap comportemental et performances sportives des athlètes handisports	262
Tableau 52 : Régression sur le sentiment l’auto handicap comportemental et performances sportives des athlètes handisports	263
Tableau 53 : Corrélation entre l’auto handicap revendiqué et performances sportives des athlètes handisports	264
Tableau 54 : Régression sur l’auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports	264

LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

Figure 1: Exemple de courbe descendante de performance individuelle d'après Famose (1995).	118
Figure 2: Exemple de courbe ascendante de performance individuelle d'après Famose (1995).	119
Figure 3: Exemple de courbe de performance négative d'après Famose (1995).	119
Figure 4: Exemple de courbe de performance positive d'après Famose (1995).	120
Figure 5: Exemple de courbe de performance linéaire d'après Famose (1995).	120
Figure 6: Exemple de courbe de performance en ogive d'après Famose (1995).	121
Figure 7: Exemple de courbe de performance représentant le taux d'apprentissage.	122
Figure 8: Les fondements théoriques de l'auto handicap ; G.R. Coudeville et al. (2015) ...	137
Figure 9: Organigramme du CNPC.	182
Figure 10: Pourcentage des effectifs observés en fonction des fédérations	218
Figure 11: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation.	220
Figure 12: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation.	222
Figure 13: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation.	224
Figure 14: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation.	226
Figure 15: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation.	228
Figure 16: Moyenne des Scores obtenus par 6 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation.	230
Figure 17: Pourcentage des résultats des entretiens sur l'auto handicap comportemental.	233
Figure 18: Pourcentage des résultats des entretiens : auto handicap revendiqué.	236
Figure 19: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction de l'âge.	238
Figure 20: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du sexe.	239
Figure 21: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du type de handicap.	241
Figure 22: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du cursus scolaire.	242
Figure 23: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction des disciplines pratiquées.	244

Figure 24: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction des Régions d’origine.	245
Figure 25: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction de la nationalité.	247
Figure 26: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du nombre de médailles. .	248
Figure 27: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du type de médaille.	250

RÉSUMÉ

La présente recherche vise à trouver le lien entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun afin de mieux comprendre le comportement de ceux-ci, pendant les séances d'entraînement et même en compétition. Pour ce faire, trois (03) outils de collecte de données ont été utilisés notamment l'observation, l'entretien et le questionnaire. À travers une grille d'observation conçue sur la base du modèle d'élaboration d'une fiche de préparation d'une séance d'entraînement d'une part, et des critères d'évaluation de la performance sportive définis par Magill (1988) d'autre part, nous avons pu observer les 46 athlètes des différentes fédérations sportives (FECASDEP, FECASDEV, FECASDI et FECASSO), qui ont accepté par consentement éclairé de participer à notre étude. Les mêmes athlètes ont été soumis à un questionnaire constitué de 39 items regroupés autour des indicateurs et indices des différentes variables de notre étude. De même, 10 encadreurs ont passé chacun un entretien semi-directif de 40 minutes pour nous apporter plus d'informations sur les participants. Ces entretiens nous ont aussi permis de comprendre l'attitude des encadreurs, de réunir les informations actualisées sur la qualité d'encadrement que reçoivent les athlètes en situation de handicap, le triangle pédagogique et l'ambiance qui règne dans le groupe avant, pendant et après une compétition sportive. Les données recueillies auprès des 56 participants ont été dépouillées et traitées à l'aide du logiciel SPSS version 23. Le coefficient de corrélation de Bravais Pearson et l'analyse de contenu nous ont également permis d'analyser les données quantitatives et qualitatives pour aboutir au résultat selon lequel, la corrélation entre l'auto handicap comportemental et/ou revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports est négative et significative ($r = -0.623$; $P = .001$) et ($r = -0,466$; $P = 0,05$). $r < 0$, Ce qui signifie que la droite de régression est descendante. Il ressort des interprétations dudit résultat que : l'hypothèse nulle (H_0) est rejetée et l'hypothèse alternative (H_a) est acceptée, ce qui veut dire que l'auto handicap comportemental et/ou revendiqué influencent les performances sportives des athlètes handisports. Autrement-dit, plus les athlètes handisports développent fortement l'auto handicap comportemental et revendiqué, moins leurs performances sportives baissent. Donc l'auto handicap est un prédicteur de la performance sportive des athlètes en situation de handicap. Nous pouvons conclure que les stratégies d'auto handicap influencent les performances sportives des athlètes du para sport au Cameroun.

Mots clés : Auto handicap ; auto handicap comportemental ; auto handicap revendiqué ; performance sportive ; handisport.

ABSTRACT

The present research aims to find the link between self-disability strategies and the sports performances of disabled athletes in Cameroon in order to better understand the behaviour of disabled athletes during training sessions and even in competition. To do this, three (03) data collection tools were used: observation, interviews and questionnaires. Using an observation grid designed on the basis of the model for drawing up a training session preparation sheet, on the one hand, and the sports performance evaluation criteria defined by Magill (1988), on the other, we were able to observe the 46 athletes of the various sports federations (FECASDEP, FECASDEV, FECASDI and FECASSO), who had given their informed consent to take part in our study. The same athletes were subjected to a questionnaire consisting of 39 items grouped around the indicators and indices of the different variables in our study. Similarly, 10 coaches each took part in a 40-minute semi-directive interview to provide us with more information about the participants. These interviews also enabled us to understand the attitudes of the coaches, to gather up-to-date information on the quality of coaching that disabled athletes receive, to understand the educational triangle and the atmosphere that reigns in the group before, during and after a sports competition. The data were collected from 56 participants and processed using the SPSS software version 23. The Bravais Pearson correlation coefficient and the content analysis allowed us to analyze the quantitative and qualitative data to arrive at the result according to which, the correlation between behavioural/reported self-disability and sporting performance of disabled is negative and significant ($r = -0.623$; $P = .001$) et ($r = -0,466$; $P = 0,05$). $r < 0$, which means that the regression line is descending. It emerged from the interpretations of the result that: the null hypothesis (H_0) was rejected and the alternative hypothesis (H_a) was accepted, which means that the behavioural and reported self-disability influences the sporting performance of disabled athletes. In other words, the higher the level of self-reported and behavioural disability in disabled athletes, the lower their sporting performance. Self-disability is therefore a predictor of the sporting performance of disabled athletes.

Key words: Self-disability; behavioural self-disability; claimed self-disability; sports performance; disability sport.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La performance sportive d'un athlète est intimement liée à sa vie, ses problèmes, ses peurs, ses blocages, ses sentiments, son stress, sa capacité de concentration et beaucoup d'autres facteurs tels que, la maîtrise de sa respiration, les techniques de relaxation et de récupération, la pleine conscience, la méditation, la confiance de soi, l'estime de soi, la gestion des stratégies d'auto-handicap (Lelièvre, 2016).

De ce fait, la psychologie du sport permet à l'athlète de mieux maîtriser l'ensemble de son être, afin que son corps et son esprit ne puissent faire qu'un. C'est dans ce scénario que l'athlète peut réellement libérer son plein potentiel. Pour que cela puisse se faire, les entraînements physiques et techniques doivent être accompagnés d'un encadrement psychologique adéquat.

La psychologie du sport pour personnes en situation de handicap accorde une place prioritaire au développement harmonieux de l'athlète et à sa santé. Les enjeux parfois élevés de la réussite sportive constituent un apport pour les comportements déviants tels que la tricherie, les conduites agressives, voire violentes. Ces comportements ainsi que les stratégies de désengagement moral (auto-handicap) utilisées par les athlètes pour les justifier font actuellement l'objet d'études approfondies. Là encore, un climat motivationnel de maîtrise instauré par l'entraîneur et l'entourage du sportif apparaît comme un contexte de socialisation propice au développement des valeurs morales et des conduites prosociales des sportifs.

Bien que de plus en plus reconnu et utilisé, l'entraînement mental a longtemps été le «parent pauvre» de la préparation de l'athlète. Or, pour accomplir des exploits sportifs, la force mentale est incontournable dans ce sens qu'elle représente une préparation psychologique d'avant compétition et amène l'athlète à mentaliser sur tous les aspects de la compétition. C'est dans cette optique que nous avons pensé que, pour exceller dans la performance sportive, l'athlète doit trouver l'équilibre entre le technique, le tactique, le physique et le psychologique. Parlant de l'encadrement psychologique qui est l'épine dorsale de notre travail de recherche, nous avons choisi comme facteur psychologique pour optimiser la performance sportive, la gestion des stratégies d'auto-handicap.

Le sport est une activité réservée à toutes les catégories de personnes. Ainsi, les personnes en situation de handicap, bien qu'étant des personnes à part entières sont aussi intéressées par la pratique du sport de compétition. Selon l'IPC (1989), Le sport pour handicapés peut ainsi s'appréhender comme tout sport dont les règles ont été aménagées pour qu'il puisse être pratiqué par des personnes ayant un handicap et surtout en fonction de la

spécificité dudit handicap ou de ladite déficience. C'est pour cette raison que le vocable le plus utilisé est celui de « sport adapté », l'adaptation pouvant ainsi concerner entre autres les équipements sportifs utilisés, les règles de jeu, l'environnement de pratique. Il est à noter que plusieurs sports pour déficients sont basés sur des sports pratiqués par les valides ; toutefois, certains ont été créés spécifiquement pour les personnes handicapées et n'ont pas d'équivalents chez les valides, à l'instar du Goalball, du Torball, du Boccia, du Rugby sur fauteuils roulants ou de la Dynamophilie. Les sports pour personnes en situation de handicap sont généralement répartis en fonction des quatre (04) grandes catégories de handicaps : les déficients auditifs, les déficients visuels, les déficients physiques et les déficients intellectuels. Chaque groupe a sa propre histoire, ses organisations, ses compétitions et même sa vision du sport.

Les handicapés qui en font partie, possèdent des talents qui méritent une attention particulière. À ce sujet, André et Raufast (1991) soulignent que lors de la première édition des Jeux Méditerranéens pour Sports Adaptés à Montpellier (1989), les handicapés ont réalisé des performances supérieures à celles des candidats aux examens des universités françaises spécialisées dans les sciences et techniques des activités physiques et sportives, et même de certains sportifs valides de haut niveau. Plus proche de nous, les prouesses de l'athlète sud-africain Oscar Pistorius (sportif handicapé sud-africain médaillé d'or aux jeux paralympiques de Beijing 2008, demi-finaliste aux Jeux Olympiques (JO) de Londres (2012), médaillé d'argent aux Jeux paralympiques de Londres (2012) nous interpellent. Cela pourrait conforter l'idée que nous partageons selon laquelle, les personnes en situation de handicap pratiquant le sport sont capables de produire de bonnes performances sportives.

Cependant, ils développent des mécanismes de blocage personnellement initiés afin de justifier leurs piètres performances sportives par tout autre chose qu'un manque de préparation. Or, la réalisation d'une tâche avec un handicap permet, en effet, d'une part de maximiser les implications du succès pour l'image de compétence car celui-ci aura été obtenu malgré ce handicap, et, d'autre part, de minimiser celles de l'échec. C'est sur ces bénéfices attributionnels d'augmentation et de soustraction que repose une manière d'agir fréquemment rencontrée dans le domaine du sport, que les scientifiques ont qualifié de « stratégie d'auto-handicap » (Kelley, 1972). Plus précisément, selon Snyder et Smith (1982, p. 107) :

L'auto-handicap peut être compris comme un processus par lequel ... une personne adopte des caractéristiques ou des comportements qui correspondent superficiellement à la reconnaissance d'un problème, d'une faiblesse ou d'un déficit, mais qui l'aident à contrôler

les attributions concernant ses performances (faites par elle-même ou par les autres), de façon à diminuer les implications qu'un échec aura pour le Soi et à augmenter celles d'un succès.

Les stratégies d'auto-handicap se caractérisent également par le fait qu'elles sont exclusivement anticipatives. Hirt et al. (1991) expliquent dans ce sens que les individus qui « *emploient l'auto-handicap recherchent des obstacles ou des handicaps avant une épreuve ... pour contrôler stratégiquement les attributions causales qui pourront être faites de leurs performances* ». L'auto-handicap est donc une stratégie qui consiste à mettre en avant des obstacles à sa réussite pour manipuler a priori les attributions qui pourraient être faites concernant leurs résultats futurs.

C'est l'exemple de la célèbre nageuse française Cléo Renou, qui a laissé penser qu'elle sera capable de faire encore mieux le jour où elle se préparera consciencieusement à travers son témoignage sur la déclaration de la stratégie d'auto-handicap :

Certains regardent comment je fais, comment je me prépare. Je veux leur dire que je ne suis pas un exemple. Je fais tout pour ne pas réussir. ... J'ai dit à Philippe [mon entraîneur] que le jour où je ferai tout bien, ce sera autre chose ! Quand il y a quelque chose que je veux faire, je le fais et quand je ne veux pas, je ne le fais pas. Si je ne suis pas fatiguée, même à deux heures la veille d'une compétition, je ne me couche pas. (www.lequipe.fr, le 1^{er} avril 2007).

Pour pouvoir affirmer que cette nageuse a eu recours à l'auto-handicap, il faut donc s'être assuré qu'elle a mis en avant sa mauvaise préparation pour manipuler les attributions relatives à ses performances futures et non pour valoriser davantage ses performances antérieures.

Le sportif handicapé camerounais devrait également être à la quête de la gloire, du héros, fêté et adulé comme ses homologues des autres pays. Il combattrait pour devenir une icône, le représentant de sa société, de son pays. Malheureusement, il existe encore des pesanteurs individuelles centrées sur la manière de gérer l'auto-handicap par la personne en situation de handicap, notamment la perception négative de son image, la faible estime de soi, le manque de confiance en soi pour ne citer que celles-là.

Cependant, les représentations sociales, entendues comme étant la manière dont la société opère un regard sur les modes et les pratiques des individus, influencent significativement les athlètes handicapés dans le processus de la gestion de l'auto-handicap. L'homme agit et réagit en fonction des représentations et la société le juge en fonction de ses

représentations, qui peuvent par le fait même être source de conflits ou de stigmatisations. C'est dans ce sens que Fischer a pensé que.

La représentation sociale est un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales (Fischer, 1987, p.118).

L'expression « *représentations sociales* » est également comprise sous l'appellation de « *mentalité collective* » par (Durkheim, 1917). Pour le sociologue français, l'individu agit en fonction des manières de faire, de penser, d'agir et de sentir que la société lui présente. Cette idée est conforme à notre manière de penser, qui postule que les préjugés socioculturels ou encore les représentations sociales sont un frein très important à l'implication des athlètes handicapés aux compétitions, mieux au décollage du sport pour personnes handicapées au Cameroun.

Seulement, contrairement à Noutcha (2008) qui estime que le handicapé sportif doit s'entraîner dans un club pour valides où l'amélioration des performances pourra être contrôlée, nous estimons que l'implication personnelle des athlètes handicapés lors des compétitions à travers une gestion efficace et efficiente des stratégies d'auto-handicap conduirait à la valorisation de leur estime de soi et par ricochet, aboutirait à l'amélioration des performances de ceux-ci et partant au développement du sport pour handicapé au Cameroun. Il n'est pas superflu de souligner l'importance de la préparation psychologique du sportif handicapé dans le processus d'acceptation de son vécu en tant que personne en situation de handicap pouvant réaliser une performance de pointe.

De ce qui précède, il apparaît que la plupart des auteurs se sont appesantis sur la perception que la société se fait du handicap et sur les facteurs limitant la personne handicapée à devenir un sportif d'élite. En effet, l'inconfort social dont est victime le sportif handicapé peut être cerné à trois niveaux différents. Premièrement, cette stigmatisation est centrée sur l'individu c'est-à-dire la façon dont le handicapé dans la pratique de son sport conçoit ses rôles sociaux, plus précisément ses modèles de comportements. Deuxièmement, elle est due à l'influence permanente des groupes sociaux auxquels appartient le sportif handicapé. Et troisièmement, la limitation de la personne handicapée à devenir un sportif qualifié relève de la mauvaise perception de l'image de soi, car il utilise les stratégies d'auto handicap pour limiter

son niveau d'entraînement et par conséquent, diminuer ses chances de réussite ou de réalisation de la bonne performance sportive (Famose, 2001).

Notre travail quant à lui, sera axé sur l'influence que les stratégies d'auto-handicap comportementale et revendiqué ont sur les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun. La compréhension de cette influence pourra nous permettre d'élucider de nouvelles méthodes d'encadrement des athlètes handicapés afin d'accroître considérablement leur performance pendant les compétitions sportives et par ricochet améliorer leur état de santé. La réalisation de la bonne performance permettra à la personne en situation de handicap d'accepter son état, de comprendre son importance dans la société et de développer des mécanismes de prise en charge personnelle qui pourront faciliter son insertion sociale à travers le fruit de ses efforts. C'est dans cet ordre d'idée que plusieurs auteurs à l'instar de Tripett (1890), Crépin (2007), Cotrell et Klinger (1972), ont démontré l'importance de la performance sportive sur l'amélioration des conditions sanitaires des personnes handicapées.

La présente recherche est subdivisée en deux parties qui s'articulent ainsi qu'il suit :

La première partie est consacrée aux considérations théoriques des stratégies d'auto-handicap et des performances sportives des athlètes handisports du Cameroun. Elle est composée de trois chapitres :

- le premier chapitre traite de la problématique de l'étude ;
- le deuxième s'intéresse au handicap et stratégies d'auto-handicap ;
- enfin, le troisième établit le rapport théorique entre le sport pour handicapé et les performances sportives des athlètes en situation de handicap.

La deuxième partie quant à elle est basée sur les considérations d'ordre méthodologiques et opératoires. Elle est également composée de trois chapitres qui se déclinent de manière suivante :

- le quatrième chapitre essentiellement consacré à la méthodologie de l'étude, définit la population de l'étude, la technique et les instruments de collecte des données, les méthodes de traitement des données choisies dans le cadre de ce travail ;
- quant au cinquième chapitre, il est consacré à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus à partir des données recueillies auprès des athlètes et des encadreur ;

- enfin, le sixième chapitre de ce travail de recherche sera réservé à l'interprétation et la discussion des résultats obtenus. Ce sera aussi le lieu de parler des limites et des suggestions apportées à cette étude.

PREMIÈRE PARTIE : CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES

La première partie de notre travail qui parle des orientations théoriques est subdivisée en trois chapitres tel que mentionné plus haut. Il s'agit tout d'abord de la problématique de l'étude. Par la suite, nous nous sommes attelés à la définition du terme handicap suivant les conceptions des différents pays tout en mettant en exergue l'expression « *stratégies d'auto-handicap* » de Jones et Berglas (1987), sous ses deux formes à savoir : les stratégies d'auto-handicap comportementales (Tice, 1991 ; Rhodewalt & Davison, 1986) et les stratégies d'auto-handicap revendiquées (Ryska, 2002 ; Snyder & Higgins, 1988). Ce parcours nous a permis de donner une orientation spécifique à notre recherche selon les deux approches des stratégies d'auto-handicap sur l'existence de deux motifs (protection de soi et valorisation de soi) et de deux cibles (publique et privée) sous-jacentes aux stratégies d'auto-handicap qui apparaissaient d'ailleurs déjà dans les premiers écrits sur l'auto-handicap (Jones & Berglas, 1978 ; Snyder & Smith, 1982).

Ces deux approches sont considérées comme une source normative très importante dans l'acquisition des performances sportives. D'autres termes et expressions comme le handicap, la notion de soi, la personne handicapée, l'entraînement, la contre-performance, la tâche motrice, ont également fait l'objet d'une étude avant la déclinaison du sens que nous entendons leur donner dans le cadre de cette recherche.

Par la suite, nous avons passé en revue les différentes études qui ont permis d'expliquer les performances sportives des athlètes en situation de compétition. Ceci nous a permis de parcourir au préalable les théories de l'entraînement ainsi que les déterminants des performances sportives. Toutes ces recherches ont à chaque fois fait l'objet d'une analyse critique afin d'élucider progressivement l'approche normative des performances sportives qui tient compte des stratégies d'auto-handicap dans tout processus d'entraînement. À partir de cette analyse, nous avons examiné le lien entre les différentes stratégies au sens de Jones et Berglas (1978), avec les performances sportives des athlètes sous l'orientation de Cratty (1968).

Cette partie s'achève par l'insertion théorique, qui est un véritable croisement d'approches théoriques. Il s'agit notamment, de la théorie des stratégies d'auto-handicap de Jones et Berglas (1978), la théorie des buts d'accomplissement de Nicholls (1984, 1989, 1992) et Dweck (1986), la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (2000), la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (2004), la théorie des attributions causales de Weiner (1985), la théorie de l'estime de soi de Fox et Corbin (1989). Ce croisement théorique nous a permis de noter que, la performance sportive est un domaine complexe qui nécessite une approche

multidimensionnelle intégrant la perspective normative qui met en exergue une préparation psychologique optimale.

CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

La problématique est considérée comme le fil conducteur dont se sert le chercheur pour mener son étude. Selon Gauthier (1986), la problématique fait référence à l'ensemble des éléments formant le problème, à la structure d'informations dont la mise en relation engendre chez un chercheur un écart se traduisant par un effet de surprise ou de questionnement assez stimulant pour le motiver à faire une recherche. On peut donc retrouver dans la problématique de recherche ce qui a poussé le chercheur à poser la question générale, en plus de la prise en considération des faits, des observations, des connaissances théoriques, des résultats d'autres recherches et d'autres questions se rapportant à la question générale. Duby (1971) repris par Guidère a pris un exemple pour annoncer la problématique et dont tout chercheur peut s'en inspirer :

L'un d'eux (des phénomènes) retient particulièrement l'attention, parce qu'il paraît caractériser cette époque (le haut Moyen Age), je veux parler des tumultes de masse, de l'enchaînement des révoltes populaires, des agitations qui ont perturbé les couches inférieures de la société et qui, dans le cours du XIV^e siècle, se propagèrent d'un bout à l'autre de l'Europe (...) A propos de mouvements d'une telle ampleur et qui se propagèrent si longtemps, une première interrogation se lève. Ces commotions, les derniers temps du Moyen Age sont-ils seuls à les avoir ressenties ? N'ont-elles pas déjà secoué le XIII^e, le XII^e siècle ? N'existait-il pas dès lors des tensions aussi violentes entre le peuple et ses maîtres, mais que les témoignages, insuffisamment sollicités peut-être, étouffent et dissimulent encore ? Et si l'on cherche à situer les pulsions qui provoquèrent ces troubles, si l'on regarde d'abord du côté de l'économie... (Guidère, 2004, p. 20).

La problématique de notre étude présente dans les pages qui suivent, le contexte et la justification de l'étude, la formulation et la position du problème de recherche, les constats empirique et théorique de l'étude, la pertinence et le problème de l'étude, les questions et les hypothèses de recherche, les objectifs à poursuivre, ainsi que l'intérêt et la délimitation de l'étude.

1.1 Contexte de l'étude

« *Le sport n'est pas réservé aux seuls bien portants.* » L'activité sportive est aussi pratiquée par des hommes et des femmes atteints dans leur intégrité physique ou psychique, que ce soit de naissance ou par accident.

L'évolution de pratique des activités sportives pour les personnes en situation de handicap constitue le grand mouvement paralympique d'aujourd'hui, impulsé par Guttman (1948), qui est considéré comme le père promoteur du sport pour personnes handicapées.

En effet, le nombre important de blessés médullaires en Grande-Bretagne, suite à la Seconde Guerre mondiale, a posé le problème de la rééducation de ces invalides. Une rééducation au travers de pratiques plus ludiques que la rééducation traditionnelle s'est alors mise en place. Dans ce cadre, au sein de l'hôpital de Stoke-Mandeville, Guttman (1948) a proposé d'adapter la pratique sportive des personnes valides à ce public spécifique. D'abord seulement rééducationnelle, cette pratique a évolué rapidement vers une pratique réellement sportive et compétitive. Ainsi, la première grande compétition pour personnes handicapées s'est donc déroulée en 1948, jour de la cérémonie d'ouverture des Jeux Olympiques (JO) de Londres.

La participation d'athlètes handicapés aux événements olympiques est de plus en plus croissante. En fait, cette participation n'est pas olympique mais « parallèle » aux Jeux Olympiques : elle est alors « Paralympique ». Le combat du Dr Guttmann fut d'associer sport et handicap. Le neurochirurgien s'était aperçu très tôt que la pratique sportive améliorait la qualité de vie de ses patients. Pour lui, les personnes souffrant de handicaps physiques ou visuels devaient pouvoir bénéficier d'une organisation similaire à celle des JO. Ainsi, en 1948, il décide d'organiser à Stoke Mandeville, en parallèle des Jeux Olympiques de Londres, des rencontres sportives (basket et tir à l'arc) pour les blessés de guerre en fauteuil roulant. Quatre ans plus tard, des athlètes hollandais viennent prendre part aux compétitions. Le mouvement international handisport est en marche. C'est pour la première fois à Rome en 1960 que des Jeux destinés aux sportifs handicapés furent organisés sur le modèle des JO et sous le nom de « Jeux Paralympiques ».

Le Mouvement Paralympique fut alors né en 1976, en cette même année, les premiers Jeux Paralympiques d'hiver se sont tenus en Suède. Les Jeux Paralympiques continuent de se développer et le nombre de participants augmente. Lesdits Jeux se sont déroulés en 1988, pour les éditions d'été, et 1992, pour les éditions d'hiver, sur le même site que les Jeux Olympiques. Si les épreuves paralympiques sont séparées de quelques semaines de celles des Jeux valides, quelques disciplines handisports sont présentes en démonstration lors des JO (courses en fauteuil notamment).

Aujourd'hui, la pratique rééducative exercée par les personnes handicapées est assimilée à une pratique de loisirs, en dehors des centres de rééducation. Depuis 1960, date de leur création, les Jeux Paralympiques sont l'événement sportif le plus important dans le handisport, tant par le nombre de participants (plus de 5 000 athlètes aux Jeux Paralympiques d'été de Sydney 2000) que par le nombre de pays concernés (121 pays), ou encore le nombre de sports

présents (22 disciplines). Depuis 1960, ces jeux se déroulent systématiquement en parallèle des Jeux Olympiques (une quinzaine de jours plus tard) et constituent leur équivalent pour les personnes handicapées moteur, tout d'abord, puis déficients visuels et enfin mentaux.

Selon Guttmann (1948), le sport joue un rôle très déterminant dans le processus de rééducation, d'adaptation, d'intégration et d'insertion socio-professionnelle des handicapés. Le sport apparaît dès lors comme un champ favorisant le processus de déstigmatisation pour des sujets en situation de handicap, notamment en rendant leur visibilité tolérée.

Si l'on admet que l'intégration et l'insertion socio-professionnelle des personnes en situation de handicap passent aussi par la pratique sportive, alors la préparation psychologique entre en jeu pour que la prise en charge puisse être considérée comme un tremplin entre l'espace de rejet ou de stigmatisation et le monde social dans lequel le déficient désire faire partie afin de s'affirmer et de s'intégrer en tant qu'acteur social. Il va s'en dire que l'activité physique possède des vertus non négligeables dans l'amélioration de la qualité de la vie, de la rééducation, et dans le processus d'intégration des personnes handicapées. C'est la raison pour laquelle le sport pour personnes handicapées est régi par une instance suprême, le Comité International Paralympique (CIP) qui est l'organisme international représentatif des sports pratiqués par des athlètes handicapés.

En Afrique, la gestion des sports pour personnes handicapées est assurée par la confédération Africaine des sports pour personnes handicapées, qui fait également office du comité paralympique Africain.

Au Cameroun, des informations recueillies auprès des athlètes et encadreurs du Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) d'Etoug-Ebe font état de ce que le pionnier des Activités Physiques et Adaptées (APA) au Cameroun serait le Dr Ressicaud de l'hôpital St André de Makak. Ce médecin européen éprouva de la pitié pour un enfant atteint de poliomyélite, regardant un ballon qu'il ne pouvait atteindre à cause de son handicap. Il rééduqua celui-ci en un an, grâce à des exercices à base sportive ; cet enfant (Jean Doum) est devenu kinésithérapeute au CNRPH à Etoug-Ebe. Des études menées par Ndjie (2011) indiquent que, c'est le camerounais René Bahana, de regretté mémoire, qui est le « père » des sports pour personnes handicapées au Cameroun. En effet, il fut le premier à offrir des fauteuils roulants et des ballons pour la pratique du basket-ball sur fauteuils roulants. Le Basketball sur fauteuils roulants, serait justement la première discipline sportive à être pratiquée par les handicapés au Cameroun et, précisément dans l'enceinte du CNRPH autour des années 1985.

Le premier athlète serait un jeune poliomyélitique du nom de François Xavier Nyobe, actuellement en service à l'atelier des attelles au CNRPH- Etoug-Ebe.

Depuis 1998, le sport pour personnes handicapées est géré par la fédération Camerounaise du sport pour personnes handicapées (FECASH) qui a pour objectif principal, la promotion et le développement de toutes les disciplines sportives adaptées aux handicapés. Toutefois, le rayonnement du sport pour handicapés et son développement harmonieux imposent une bonne organisation, une ligne de conduite bien établie par des textes de fonctionnement, une prise en charge dynamique des athlètes.

Ainsi, quelques lois et décrets en vigueur régissent la pratique et la participation aux compétitions des personnes handicapées tels que :

Le décret n°83/013 de 1983, le décret n° n°88/ 772 de 1988, le décret n° 90/1516 de 1990 auxquels on peut ajouter le récent article 36 de la loi N°2010/002 du 13 avril 2010 portant promotion et protection des personnes handicapées qui stipule que l'Etat, les collectivités territoriales et la société civile prennent toutes les dispositions utiles pour la promotion du sport et des loisirs des personnes handicapées et organisent leur participation aux compétitions internationales.

L'article 2 de la loi n° 2010/002 du 13 Avril 2010 relative à la protection et promotion des personnes handicapées, en reprenant la définition adoptée par l'ONU, dispose que :

Le handicap est une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné ; la personne handicapée est toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou non.

L'article 3 de ladite loi, précise que le terme personne handicapée s'applique aux catégories suivantes : les handicapés physiques, les handicapés mentaux et polyhandicapés. Il ressort aussi de l'article 4 de la loi sus-évoquée que :

« - (1) la déficience est constatée par un médecin ayant qualité. Celui-ci délivre un certificat médical spécial et gratuit ;
- (2) Le certificat médical spécial indique la nature de la déficience, ainsi que le taux d'incapacité ou d'invalidité y afférent ».

Le préambule de la déclaration des droits de la personne handicapée, adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) le 09 décembre 1975, stipule que : « *le terme handicapé désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale du fait d'une déficience congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales* ».

La Charte Internationale de l'Éducation Physique et du Sport stipule en son article II, alinéa 1 que : « *l'éducation physique et le sport (...) doivent développer les aptitudes, la volonté et la maîtrise de soi de tout être humain et favoriser sa pleine intégration dans la société.* »

De même, il est admis que le handicap évoque la question de la différence et les modes de gestion sociale de l'altérité. En tant que telle, la différence impose le pouvoir de la norme comme prescription d'un ordre impératif (Stiker, 2005 ; Gardou, 2006). Elle commande les usages sociaux à l'égard des situations de handicap et éveille les controverses liées à l'inclusion et à l'exclusion des sujets différents, de leurs droits à un mode de vie usuel et du sens de l'égalité. La question de la différence polarise ainsi l'attention sur les possibilités d'intégration sociale des personnes affectées par des limites mentales, sensorielles ou encore motrices. Toutefois, les performances sportives des athlètes handicapés, objet privilégié de cette étude, constituent une forme particulière de l'expérience de handicap. Le corps constitue, en effet, le point d'ancrage de l'individu dans le monde. Il correspond à son incarnation irréductible et se dresse comme le représentant de soi à travers les modalités de sa mise en scène (Le Breton, 2002).

1.2 Justification du choix du sujet

La pratique du sport de compétition par les personnes handicapées depuis un certain temps constitue une préoccupation universelle. Cette universalité du sport a pour but le bannissement des conceptions et des perceptions qui déterminaient le handicap comme une situation sociale désavantageuse, une fatalité plongeant la personne en situation de handicap dans un état de précarité ou de mendicité. Le sport apparaît comme un remède à la blessure du handicap et comme ayant une action « réparatrice » de l'intégrité corporelle, ouvrant la possibilité de s'inscrire dans un projet de vie (Labridy, 1991).

Le sportif handicapé est en position d'ambivalence entre la matérialité de la déficience qu'accuse le regard d'autrui et les exigences de la performance sportive. Son investissement dans la pratique sportive et la réalisation des performances de pointe suscitent la rencontre avec d'autres handicapés et participent à une révocation, voire même un oubli de son handicap. En

effet, l'engagement corporel des athlètes dans une pratique socialement signifiante leur permet de se forger une identité exceptionnelle dans l'espace sportif. Par ailleurs, l'appropriation de cette nouvelle identité et la conciliation avec le corps déficient transforment leur perception du corps propre et conduisent à la réconciliation avec soi, malgré une confrontation continue à la logique de la norme dans l'espace extrasportif (Merleau-Ponty, 1945).

Le handicap modifie la figure commune, « légitime » du corps et bouleverse le sens de l'humanité de l'homme (Ancet, 2006). Ce faisant, le vécu des sujets handicapés présente des difficultés spécifiques inhérentes à la déficience corporelle. Ces difficultés sont associées aux exigences de la mobilité des corps et de leurs compétences physiques. Fougeyrollas (1978, p. 51) s'est interrogé sur « les conditions d'intégration des corps différents » dans la sphère sociale. Il a pu mettre en évidence que ces corps déficients sont évalués par des critères de jugement structurés dans une « matrice normative » socialement construite. Face aux prescriptions de la normalité, les corps différents se heurtent aux valeurs sociales signifiantes en rapport avec la production et la rentabilité. Les corps différents sont ainsi créés et perçus conformément aux exigences de la normalité. Celle-ci, par son pouvoir de catégorisation, donne sens aux modes de considération de ces corps et aux représentations sociales qui leurs sont inhérentes.

Le sport occupe un espace social particulier qui a constitué un objet d'étude fructueux pour comprendre les situations de handicap, étant considéré comme pratique reproduisant les valeurs sociales dominantes (Pocciello, 1997). À juste titre, les représentations sociales des sportifs handicapés physiques reflètent les postures usuelles à l'égard de la déficience physique et de la conception de l'activité sportive adaptée à leurs conditions (Compte, 2005). Les sportifs handicapés vivent des conditions assez difficiles liées aux représentations et préjugés qu'ils se font pendant les préparations aux compétitions sportives. Cette situation peu reluisante nous a amené à étudier les difficultés vécues par les athlètes handicapés.

1.3 Formulation et position du problème de recherche

1.3.1 Exposé du sujet

Les personnes atteintes d'un handicap sont souvent perçues par les « valides » comme stigmatisations renforcent les sentiments d'incapacité et de différence sur le plan de la santé physique et psychologique. Or, la perception de soi joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi qui contribue significativement à la réalisation de la performance sportive.

Des programmes sportifs de rééducation et d'adaptation sont utilisés pour aider physiquement les personnes handicapées. Mais au-delà de ce travail de connaissance de soi sur

le plan purement fonctionnel, l'activité physique sportive et/ou de loisir peut servir de support à une meilleure intégration psychosociale de la personne en situation de handicap, du fait d'une perception plus positive de leur propre valeur et la capacité à produire du bon résultat.

1.3.2 Situation problème et présentation des données de la situation

Les athlètes handicapés des fédérations camerounaises des sports pour déficients bénéficient d'un encadrement des personnes, pour la plupart, formées à l'Institut National de la Jeunesse et des Sports de Yaoundé (INJS), des Centres Nationaux de la Jeunesse et des Sports (CENAJES) et certains ont reçu leur qualification dans des centres de formation. Il convient de rappeler que toutes ces personnes ont acquis des connaissances nécessaires pour donner un encadrement de qualité aux personnes en situation de handicap.

En ce qui concerne le volet financier, l'enveloppe budgétaire du Ministère des Sports et de l'Éducation Physique, dispose d'une ligne dédiée au financement des compétitions sportives des personnes en situation de handicap.

Malgré tout ce dispositif notamment, ressources humaines, financières et matérielles mis en œuvre par l'État pour accompagner les athlètes handicapés à participer aux compétitions nationales et internationales d'envergure, les résultats ne sont pas toujours satisfaisants car ces athlètes accèdent difficilement au podium et par conséquent reçoivent très peu de médailles. Ils réalisent de mauvaises performances sportives. Cette situation peu reluisante nous a amené à étudier les difficultés vécues par les athlètes handicapés camerounais dans la pratique des activités physiques et sportives de compétition. Le tableau 01 ci-dessous indique les performances sportives de certains athlètes des fédérations camerounaises des sports pour déficients qui ont participé aux compétitions sportives Nationales et Internationales :

Tableau 1: Récapitulatif des palmarès des athlètes en compétition

Nom et prénom	Compétitions	Discipline	Performance	Année	Lieu de réalisation	Observations
T. W.G.	Jeux de la francophonie	200M	38''20	2016	Abidjan	Non classé
A. M. A.	Jeux de la francophonie	Javelot	36.95	2015	Dubaï	Non classé
M. E. L.	Jeux de la francophonie	200 M	38.17	2016	Dubaï	Non classé
Z. P.	Para Athletics	Basket sur fauteuil roulant	Mauvaise	2015	Italie	Aucun match gagné
M. M. O.	Jeux Africains	Power Lifting		2015 2019	Brazzaville	Aucune

	world para powerlifting FAZZA		-80kg	2021	Abuja Nigeria Nur-Sultan Dubai	médaille
A.M.R.	Championnat du monde	Power Lifting	200 kg	2017	Londres	Non classé
M.M.S.	Océan festival handisport Championnat du monde FAZZA	Power Lifting	-50kg	-2015 -2019 -2021	Cameroun/ Kribi Kazakhstan Dubai	Médaille d'or Aucune médaille
M.C.	Grand prix International Dubai	Poids	12, 76m	2016	Dubai	Passable
M.V. (F57)	Grand prix International Dubai	Javelot	31.72	2015	Dubai	Aucune médaille
M. A. (F57)	Grand prix International Dubai	Lancer	11,25m	2017	Dubai	Aucune médaille
A.O.Y. (F40)	Grand prix International Dubai	Lancer	11.36m	2016	Dubai	Non classé
I.B. (T47)	- FAZZA -JESOLO	Saut en longueur 400m	-0'58'92 et 6,22m -0'57'84 et 6,05m	-2021 -2022	-Dubai -Italie	Pas de médaille
A. E. (F57)	FAZZA	Poids Disque	9.80m et 6,22m 36, 97	-2021	-Dubai	Ranking mondial 15 ^{ème}
M.F.A. (F57)	FAZZA	Poids Disque	8.72m et 6,22m 24, 17m	2021	-Dubai	Aucune médaille
N. F. M. (-45kg)	Jeux de l'avenir/sous- région Afrique Centrale Jeux de Commonwealth Jeux Africains Jeux Paralympique	Power Lifting	-45kg	-2008 -2014 -2015 -2021	Cameroun Glasgow Brazzaville Tokyo	Medaille d'or 5eme 4eme 8eme
G.C.R. (F55)	Jeux paralympique	Course Lancer disque Javelot	4x400m : 3m33 100m : 15s68 17,29 m	2016	Rio de Janeiro (Brésil)	Aucune médaille
A.G. J. (T11)	Grand prix du Tunis Jeux Paralympique	100m 400m	11''85 100m 52''17 400m 11''52 100m	2019 2020	Tunisie Tokyo	4 ^{ème} place final

Source : Direction Technique Nationale du MINSEP / Direction Technique/Comité National
Paralympique Camerounais.

Nous pouvons constater à travers ce tableau que les athlètes handicapés des différentes fédérations remportent très peu de médailles dans les compétitions auxquelles ils ont participé. Il est alors judicieux pour nous de chercher à comprendre la manière dont ces athlètes perçoivent l'esprit de la compétition sportive. Par la suite, nous nous attèlerons à présenter les deux constats de notre étude avant d'en dégager le problème de recherche suivi de quelques questions qui pourront construire l'ossature de notre travail.

1.3.3 Constat empirique

Les compétitions sportives organisées à l'intention des personnes handicapées sont souvent réparties selon trois grandes catégories de handicaps : les déficients sensoriels, les déficients physiques et les déficients intellectuels. Grâce à une technologie adaptée, les sportifs handicapés des pays développés ont pu s'approprier du matériel spécifique à la discipline pratiquée. C'est le cas des fauteuils et des prothèses de plus en plus légers de nos jours. De plus, des accessoires tels que les cale-genoux, la ceinture de maintien ou la sangle viennent s'ajouter aux fauteuils et prothèses et améliorent significativement les performances des sportifs qui n'ont rien à envier à celles des « valides », cela permet à certains sportifs handicapés de rivaliser avec les « valides », en réalisant des performances de pointe.

En 2002, les championnats du monde handisport ont vu 79 records du monde battus pour 206 titres distribués, cela représente deux records battus sur toutes les cinq épreuves. Il faut dire que ces athlètes sont de plus en plus entraînés et disposent d'un matériel sans cesse plus perfectionné. Par exemple, en athlétisme, le nigérian Ajibola Adoeye, un athlète amputé de la jambe détient le record du monde de 100m de sa catégorie, avec un temps de 10 secondes 72. C'est également le cas de l'américain Jefferey Mark Skiba qui, lors des derniers championnats du monde, a porté le record du monde de saut en hauteur à 2m 09 alors qu'il est, rappelons-le, amputé fémoral.

Les athlètes sud-africains ont glané des médailles aux jeux olympiques de 2012 réservés aux valides. Natalie du Toit a remporté 5 médailles en or aux jeux paralympiques de 2004, (50m libre, 100m papillon, 100m nage libre, 200m nage et 400m nage libre) alors que Oscar Pistorius, surnommé « blade runner », a remporté la médaille en or au 100m, 200m et 400m avec à la clef un record pour cette dernière catégorie. Le Cameroun, à l'exemple des pays à forte tradition sportive comme les pays européens, dispose d'une fédération chargée de la gestion du sport pour handicapés. De même, il existe de multiples clubs, répartis à travers le pays, capables de fournir des sportifs handicapés de haut niveau à l'exemple de Gobé qui a été champion de sa

catégorie sous les couleurs de la Suisse ou de Francis Biwole Nkodo ; triple médaillé d'Or au javelot, poids et power-lifting au Jeux Africains des Personnes Handicapées d'Afrique Francophone tenus en 2008.

En plus, il est organisé chaque année dans la ville de Yaoundé quelques manifestations sportives auxquelles prennent part les handicapés. Ces compétitions sont généralement organisées par des structures gouvernementales telles que le MINAS (Ministère des Affaires Sociales) et le MINSEP (Ministère des Sports et de l'Education Physique), non gouvernementales ou même par des particuliers. Ces athlètes participent également aux compétitions d'envergure internationale à l'exemple des jeux paralympiques ou des jeux de la francophonie et sont entièrement pris en charge financièrement et matériellement. L'Etat met à leur disposition les moyens nécessaires pour l'atteinte des résultats. Malheureusement, ils remportent très peu de médailles et découragent de ce fait, les potentiels sponsors et mécènes à investir dans le sport pour handicapé au Cameroun.

Des observations faites, nous avons tiré le constat selon lequel, certains athlètes handicapés trouvent généralement des raisons pour boycotter les activités programmées par leurs encadreurs en vue de préparer les compétitions sportives. Les uns déclarent des blessures imaginaires, les autres accusent le poids de la déficience qu'ils supportent et qui contribue à leur affaiblissement. Ils se justifient par le fait qu'ils sont des personnes entièrement à part. De ce fait, certains refusent de participer aux séances d'entraînements planifiées par les encadreurs qualifiés. Ils perdent le sens de l'endurance et de la persévérance qui constituent les fondements de la réussite. Les athlètes handisports du Cameroun développent ainsi un aspect comportemental qui serait à l'origine des mauvaises performances sportives enregistrées.

Les études théoriques de notre recherche pourront nous situer sur la dénomination du comportement développé par ces athlètes en situation de handicap.

I.3.4 Constat théorique

Théoriquement, la performance sportive est fortement liée au niveau d'entraînement de l'athlète. Cette affirmation corrobore avec la pensée de Locke et Latham (1990), qui montrent que, le temps consenti pour s'entraîner est fortement corrélé au niveau de performance atteint lors de l'évaluation subséquente de l'athlète.

De même, Cratty (1968) distingue trois niveaux parmi les facteurs contribuant à déterminer les performances sportives des athlètes : les caractéristiques comportementales à la

base de toute performance, les caractéristiques physiques de l'individu et les aptitudes spécifiques requises pour l'activité en question. Les trois niveaux sont interdépendants dans la mesure où la réussite ou l'échec d'un sujet donné devant une tâche spécifique se répercute sur les fondements comportementaux, augmentant ou abaissant l'impact de facteurs psychologiques comme le besoin de réussite ou le niveau d'aspiration. Cet effet psychologique affecte à son tour la persévérance du sujet, laquelle agit sur l'évolution de ses aptitudes physiques qui influent enfin sur la maîtrise requise pour l'activité en question. Pour Cratty (1968), les motivations fondamentales du comportement sont des éléments comme le niveau d'aspiration, le besoin d'approbation, le besoin de réussite, la stabilité émotionnelle, et toutes les autres composantes de la personnalité individuelle et de la structure de la motivation.

Il est donc clair qu'en dehors d'une préparation mentale optimale, la participation aux programmes d'entraînement élaborés par l'encadreur technique concourt à la réalisation de bonnes performances sportives.

Cependant, certains athlètes diminuent leurs chances de réussite en boycottant les séances d'entraînement. Ils préfèrent ne pas participer aux séances d'entraînement, créant eux-mêmes des obstacles pour justifier leurs mauvaises performances sportives, accusant ainsi leur situation de personnes défavorisées. C'est ce que Jones et Berglas (1978) ont appelé les stratégies d'auto handicap.

La question des stratégies d'auto-handicap développée par les athlètes en situation de handicap a fait l'objet de plusieurs recherches. Ainsi, Modrain et al., (1998) ; Fox (2000), ont montré dans une étude que l'estime de soi est significativement plus élevée chez ceux pratiquant une activité physique régulière que chez ceux qui n'en pratiquent pas.

Dans le cadre d'une étude longitudinale, Marcellini (2005) a tenté d'éclairer les trajectoires de vie de sujets vivant en fauteuil roulant qui s'investissent dans une activité physique de loisir et/ou de compétition. Elle a pu mettre en évidence que le regroupement des sujets handicapés physiques dans l'espace sportif les soutient favorablement dans un processus de déstigmatisation et facilite leur intégration sociale.

Lachhed et Moualla (2009) proposent une analyse du vécu corporel d'athlètes handicapés physiques, investis dans une pratique sportive de haute compétition. Dans cette expérience singulière, le corps est en position d'ambivalence entre la matérialité de la déficience qu'accuse le regard d'autrui et les exigences de la performance sportive. Elles pensent que la

mise en jeu spécifique du corps dans la pratique sportive et la réalisation des performances de pointe suscitent la rencontre avec un corps autre et participent à une révocabation, voire même un oubli du handicap. L'engagement corporel des athlètes dans une pratique socialement signifiante leur permet de se forger une identité exceptionnelle dans l'espace sportif.

Lamri, Khiam et Hassouni (2016), ont mené une étude sur l'évaluation de l'impact de l'estime de soi sur la performance sportive auprès d'un échantillon de 200 jeunes adolescents scolarisés. Au terme de cette étude, il se dégage que l'estime de soi est un facteur déterminant pour la performance sportive. Ainsi, lorsque l'estime de soi est faible, il agit négativement sur la performance sportive.

S'il est admis que la pratique sportive et la réalisation des performances de pointe suscitent la rencontre avec un corps autre et participent à une révocabation, voire même un oubli du handicap, Lachhed et Moualla (2009) alors il convient de noter que l'optimisation desdites performances passe indubitablement par un encadrement spécifique qui intègre à la fois l'aspect psychologique et la préparation physique des athlètes. Ces athlètes devraient être entraînés avec un équipement spécifique de pointe adapté à chaque type de déficience afin d'assurer le maintien de l'équilibre émotionnel et affectif d'une part et renforcer le tonus musculaire d'autre part.

Cependant, nous avons constaté que ce principe d'encadrement à double aspect est beaucoup plus respecté dans certains pays développés tels que la France, l'Allemagne, les États Unis... où le staff technique joue pleinement son rôle. Dans ces pays, lors de la préparation des athlètes handicapés, les encadreurs focalisent leur encadrement sur la préparation cognitive qui vise à renforcer l'état d'esprit et augmente l'estime de soi des athlètes. Les équipes des athlètes en situation de handicap disposent chacune d'un préparateur psychologique dont le rôle n'est plus à démontrer dans la mesure où nous savons la précarité sanitaire dans laquelle vivent ces personnes.

Dans la plupart des pays d'Afrique par contre, et au Cameroun en particulier, la préparation des athlètes en situation de handicap est fortement basée sur le renforcement du tonus musculaire, une préparation physique intense ou Préparation Physique Généralisée (PPG). Cette préparation n'intègre pas de manière pratique l'aspect comportemental et le vécu des athlètes en situation de handicap. Encore moins, elle ne facilite pas l'optimisation de l'état d'esprit des athlètes. Cette manière d'encadrer les athlètes handicapés serait de nature à contribuer au développement des stratégies d'auto handicap et par conséquent baisserait

significativement leurs performances sportives. C'est dans ce sens que Leary et Shepperd (1986, p. 1267), définissent l'auto-handicap comportemental comme les « *actions d'individus qui construisent des handicaps afin d'éviter qu'un échec ne soit attribué à leurs aptitudes* » et l'auto-handicap revendiqué comme la tendance à « *déclarer verbalement détenir des handicaps qui interfèrent avec ses propres performances* ». De ce constat théorique, il découle clairement que le comportement qu'affichent les athlètes en situation de handicap au Cameroun n'est rien d'autre que la matérialisation des stratégies d'auto-handicap théorisées par Johnes et Berglas (1978).

1.3.5 Pertinence et problème de recherche

1.3.5.1 Pertinence du problème

Le sportif handicapé est en position d'ambivalence entre la matérialité de la déficience qu'accuse le regard d'autrui et les exigences de la performance sportive. Or, son investissement dans la pratique sportive et la réalisation des performances de pointe suscitent la rencontre avec d'autres handicapés et participent à une révocation, voire même un oubli de son handicap. À ce titre, il est clairement établi que le regard de l'autre influence significativement sur la réalisation de la performance sportive des athlètes en situation de handicap. Il est alors nécessaire de créer un climat de performance, C'est-à-dire une situation d'évaluation où les épreuves sont centrées sur le résultat, le déroulement est public, les performances sont comparées à celles des autres, les résultats et les déclarations d'handicaps sont rendus publics. Ames (1992).

De même les travaux de Triplett (1897) ont mis en exergue l'étude de la performance de l'individu en présence de ses pairs. Cette étude a permis de comprendre que, les coureurs (les cyclistes) amélioraient leurs performances lorsqu'ils participaient à la compétition avec d'autres cyclistes, contrairement à ceux qui effectuaient la course contre la montre, c'est-à-dire en individualité. C'est ce qu'il a appelé « *la facilitation sociale* ». Ensuite, l'autre étude qui a marqué l'histoire de la psychologie sociale expérimentale est celle de Ringelmann. Après avoir placé les individus en position de tir à la corde, il se rend compte que, ceux-ci ont tendance à réduire leurs efforts lorsqu'ils sont nombreux que lorsqu'ils sont seuls. Cette observation l'a amené à conclure que,

Pour l'emploi de l'homme, comme d'ailleurs des animaux de traits, la meilleure utilisation est réalisée quand le moteur (l'individu) travaille seul : dès qu'on accouple deux ou plusieurs moteurs sur la même résistance, le travail utilisé de chacun d'eux, avec la même fatigue, diminue par suite de manque de simultanéité de leurs efforts. (Ringelmann, 1898, p. 9).

C'est ce qu'on a appelé l'effet Ringelmann ou « *la paresse sociale* ». C'est pour dire que, seul, l'individu dépense plus d'énergie qu'accompagné de ses pairs.

Davey (1972) dans son analyse des différents facteurs nécessaires à la performance athlétique rejoint cette approche. Pour lui, la technique, l'adaptation des caractères physiques et l'attitude générale sont les principaux éléments de la performance. Elle apparaît comme dépendant essentiellement de quatre groupes de facteurs : l'aptitude naturelle et la capacité physique donnée à l'individu par voie d'héritage génétique ; l'acquisition des techniques nécessaires à l'accomplissement de performances remarquables dans le domaine du sport considéré ; le type spécifique et le niveau d'adaptation physique indispensable pour ce sport et les caractères psychologiques généraux d'un sujet donné en ce qui concerne la personnalité, les motivations et les forces émotionnelles.

Toutefois, ces facteurs et les performances qui en résultent sont également très profondément influencés par l'environnement dans lequel vit l'athlète et par la situation dans laquelle il se trouve. Dès lors, il importe de souligner qu'en ce qui concerne la performance sportive, indépendamment des aptitudes, de l'entraînement et de l'adresse d'un sujet donné dans une discipline sportive donnée, la performance finale dépend en dernier ressort de l'état psychologique de l'athlète. Dans une mesure plus globale, elle dépend de la personnalité de l'athlète, de la force de sa motivation pour la réussite et de la maîtrise de son état émotionnel.

Les athlètes handicapés, à travers l'entraînement, acquièrent déjà des aptitudes physiques et compétences spécifiques à leur discipline sportive nécessaires à la réalisation des bonnes performances. Mais, sur le plan comportemental, ils développent des stratégies d'auto-handicap. Ces athlètes font face à la valorisation de soi qui est le processus par lequel, le sujet pense, agit et se perçoit de telle sorte que l'estime de soi soit maximisée Beaumeister (1990). Ils se considèrent comme des athlètes de second rang et s'auto handicapent pour être victime de leur propre discrimination lors de la préparation aux compétitions. Cette situation irrégulière a retenu notre attention au point de nous amener à faire une recherche sur le problème qui pourrait surgir d'un tel comportement qu'affichent les athlètes en situation de handicap au Cameroun.

1.3.5.2 Problème de recherche

Le problème de recherche peut être défini comme étant l'écart entre ce qui est et ce qui devrait être. Pour Gauthier (1986, p. 52), le problème est, « *...un écart ou un manque à combler dans le domaine de nos connaissances entre ce que nous savons et ce que nous devrions ou désirons savoir sur le réel* ».

Au cours d'une investigation sur le palmarès des athlètes du Comité National Paralympique Camerounais sur le palmarès des athlètes en situation de handicap, où nous avons recueillis des données faisant état de ce que, les athlètes handisports du Cameroun réalisent généralement de mauvaises performances lors des compétitions sportives organisées à leur intention. (C/f tableau N°1). Nous nous sommes alors intéressés aux mobiles qui contribuent à la réalisation de ces piètres performances. Ainsi, le travail sur le terrain nous a permis d'observer que certains athlètes en situation de handicap sont généralement absents aux séances d'entraînement programmées et planifiées par l'encadreur. La grande majorité arrive en retard aux entraînements. D'autres par contre déclarent des blessures et même des maladies imaginaires qui ne sont pas souvent diagnostiquées par le médecin de l'équipe. Pendant la compétition, ces mêmes athlètes revendiquent des primes supplémentaires non cosignées dans le cahier des charges de la compétition.

De ces observations, nous avons tiré le constat selon lequel, malgré les moyens financiers et matériels mis par l'État à leur disposition pour la préparation et la participation aux compétitions sportives nationales et internationales, ces athlètes réalisent généralement des contre-performances sportives. Cette mauvaise prestation, non seulement constitue un frein pour la promotion et la vulgarisation du sport pour handicapés, mais aussi elle est à même de démotiver les investisseurs prompts à financer les compétitions sportives pour lesdites personnes au Cameroun voir de susciter leur désengagement. IL est claire que l'objectif principal pour un État, de financer une compétition sportive est de sauvegarder sa souveraineté à travers l'obtention des médailles qui feront triompher son drapeau.

Or, le postulat de Locke et Latham (1990) nous enseigne que, la performance sportive est fortement corrélée au niveau d'entraînement physique et psychologique de l'athlète. Autrement dit, le temps consenti pour s'entraîner est fortement corrélé au niveau de performance atteint lors de l'évaluation subséquente. C'est lorsqu'un athlète s'entraîne en respectant les consignes de l'encadreur ainsi que le programme préétabli, qu'il peut espérer obtenir une bonne performance sportive. On se serait alors attendu à ce que les athlètes handisport soient ponctuels et assidus aux séances d'entraînement, à ce que ces athlètes se donnent à fond pendant les entraînements, en augmentant leur estime de soi en ayant une confiance en soi élevée pour pouvoir surmonter leur handicap et produire la bonne performance sportive,

Paradoxalement, certains athlètes en situation de handicap au Cameroun s'abstiennent de s'entraîner, donc ne mettent pas toutes les chances de leur côté pour réussir. Ils se caractérisent par des comportements et des déclarations qui constituent des biais à l'atteinte des

résultats. (Famose, 2001). En effet, en réduisant intentionnellement leurs efforts, ils limitent leurs possibilités éventuelles d'obtenir de bons résultats. Ils se créent du fait, un véritable obstacle à leurs performances sportives. Pour le spécialiste en handicap physique, ce comportement relève d'une incapacité de construction d'un état mental performant. Il va s'en dire que les athlètes en situation de handicap au Cameroun ne parviennent pas à construire un état affectif, cognitif et émotionnel capable de booster leur moral lors de la préparation et de la participation aux compétitions sportives. Tenant compte de cette incapacité et de l'incertitude des résultats des compétitions sportives, ces athlètes vont donc développer des comportements que Jones et Berglas (1978, p. 201), ont conceptualisé sous l'appellation de : « stratégies d'auto-handicap » ; un ensemble de biais que mettent en place les athlètes afin de disposer d'excuse en cas de mauvaise performance sportive.

Ce problème pertinent nous a amené à nous poser des questions notamment, qu'est ce qui peut être à l'origine de cette incapacité pour certains athlètes à réaliser de bonnes performances? Peut-on interroger l'environnement, la culture, les conditions de vie, le matériel utilisé ou bien le comportement et l'attitude des pratiquants?

1.4 Questions de recherche

Nous avons alors regroupé ces questions autour d'une question principale et de deux (02) questions secondaires.

1.4.1 Question principale

Comment les stratégies d'auto handicap influencent-elles les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun ? Peut-on comprendre que les absences, les retards, la déclaration des blessures et des maladies par l'athlète en situation de handicap ont un impact sur leur performance sportive ?

1.4.2 Questions secondaires

QS1) l'auto-handicap comportemental influence-t-il les performances sportives des athlètes handicapés camerounais ?

QS2) l'auto handicap revendiqué détermine-t-il les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun ?

1.5 Hypothèses de recherche

Dans l'optique de respecter le parallélisme existant entre les questions de recherche et les réponses anticipées qui peuvent en découler, nous avons émis une hypothèse générale et deux (02) hypothèses secondaires.

1.5.1 Hypothèse générale (H.G)

Les stratégies d'auto-handicap influencent significativement les performances sportives des athlètes handicapés du Cameroun à travers l'auto handicap comportemental et l'auto handicap revendiqué.

1.5.2 Hypothèses secondaires (H.S)

- ✓ HS1) l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.
- ✓ HS2) l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

Il n'est pas superflu de croire que le sport en général et le sport pour handicapé en particulier détient des qualités humaines lesquelles contribuent à l'oubli du handicap. Les professionnels du sport, les observateurs avertis et les analystes militent de plus en plus pour une plus grande reconnaissance des valeurs des athlètes en situation de handicap, qui a le mérite d'être un puissant moyen d'épanouissement à travers la réalisation des performances sportives de pointe.

La présente étude est de ce fait constituée de plusieurs objectifs qui se fondent sur le constat selon lequel les stratégies d'auto-handicap exercent une influence considérable sur la réalisation des performances sportives.

1.6 Objectif de l'étude

1.6.1 Objectif général

L'objectif d'une recherche étant ce vers quoi tend celle-ci, notre objectif général est de vérifier si les stratégies d'auto-handicap influencent les performances sportives des athlètes en situation de handicap. En d'autres termes, il est question dans cette étude de mesurer la corrélation entre les stratégies d'auto-handicap et les performances sportives enregistrées par les athlètes handisports pendant la participation aux compétitions sportives nationales et internationales. Dans le même ordre d'idées, nous ambitionnons examiner la relation entre les performances réalisées par ces athlètes et les stratégies d'auto-handicap comportemental et /ou revendiqué qu'ils développent.

1.6.2 Objectifs spécifiques

Spécifiquement, la présente étude vise à :

- évaluer l'influence des stratégies d'auto-handicap comportemental sur les

performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun ;

- vérifier l'influence des stratégies d'auto-handicap revendiqué sur les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.

1.7 L'intérêt du sujet

Nous avons été marqués par l'intérêt d'approfondir, de clarifier nos idées et de communiquer de façon logique et rigoureuse sur les stratégies d'auto-handicap et les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun. La problématique prend son fondement sur la manière dont ces athlètes s'auto-handicapent et les performances sportives qu'ils engrangent lors des compétitions sportives nécessitant des efforts cognitifs et physiques importants ayant fait l'objet de nombreuses théories expliquant la corrélation qui existe entre ces deux variables. De ce qui précède, nous pouvons dire que l'intérêt de cette étude est pluridimensionnel.

1.7.1 Intérêt personnel

Les études menées en Master II, traitant d'une problématique presque qu'identique à celle de la présente étude intitulée « *stratégies d'auto-handicap et performances sportives des athlètes handisports du Cameroun* » ont suscité pour la première fois notre intérêt. Malgré la volonté des encadreurs d'amener leurs athlètes vers les objectifs précis, notamment, celui de la réalisation de bonnes performances sportives lors des compétitions, ceux-ci ont toujours éprouvés des difficultés quant à la participation et l'engagement des athlètes. Ceux qui parvenaient à participer aux séances d'entraînements par crainte de sanctions ou de réprimandes, ne donnaient aucune satisfaction à cause de leur faible degré d'engagement. La grande majorité trouvait des excuses en créant elle-même des handicaps pour ne pas participer. Il se posait donc un problème de motivation de ces athlètes pour l'entraînement dans des disciplines exigeant des efforts physiques et cognitifs importants. Or, c'est lorsqu'un athlète s'entraîne convenablement qu'il a une bonne probabilité d'obtenir des performances qui puissent témoigner de son degré d'engagement. Les échanges avec les encadreurs et ces athlètes ont également permis de comprendre que, les athlètes véhiculaient des messages mettant en exergue une perte de soi, un manque de confiance de soi.

1.7.2 Intérêt social

Les pouvoirs publics camerounais développent depuis quelques années une grande volonté d'offrir aux athlètes en situation de handicap un encadrement de qualité aux fins d'améliorer leur condition de vie, ce qui confirme cette pensée « *un esprit sain dans un corps*

sain ». La législation sur la protection des personnes handicapées au Cameroun est abondante : la loi N° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées définit en son article 2 le handicap comme « *une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné* ».

Une étude sur les problèmes relatifs aux difficultés d'encadrement psychologique des athlètes handisports est nécessaire dans la société car, susceptible de donner des orientations pratiques aux décideurs politiques pour un meilleur encadrement, notamment, dans le domaine de la préparation et de la participation aux compétitions sportives d'envergures, véritable levier d'épanouissement et d'insertion sociale des athlètes en situation de handicap. .

1.7.3 Intérêt scientifique

Cette recherche s'inscrit dans le vaste champ des représentations sociales des personnes en situation de handicap. Les athlètes handicapés adoptent des stratégies variées dans la réalisation des performances. Dans le domaine sportif précisément, l'intensité générale des stratégies adoptées par l'athlète est de maintenir une image positive de soi, de protéger son estime de soi et de renforcer la cohésion du groupe en s'adaptant aux situations d'entraînement à travers la création des normes sociales acceptées par le groupe. « *... les sportifs régulent cognitivement leurs comportements soit pour confirmer les qualités désirables qu'ils considèrent comme centrales dans leur schéma de soi, soit pour éviter de devenir un « soi possible négatif* » (Famose, 1997, p. 13).

Les stratégies d'auto-handicap sont guidées par la motivation à rehausser le soi qui conduit à essayer de protéger et/ou de valoriser les *dimensions centrales du soi*. Ce concept de dimension centrale du soi repose sur la théorie selon laquelle l'estime de soi serait multidimensionnelle et hiérarchique (Gobance, Berjot, & Paty, 2008). Selon cette théorie, l'estime de soi d'une personne serait la résultante de représentations de son soi dans de multiples domaines (Marsh, 1997 ; Shavelson & Bolus, 1982 ; Vallerand, Pelletier, & Gagne, 1991), certaines d'entre elles étant plus centrales ou pertinentes que d'autres. La plupart des auteurs s'accordent donc pour différencier les dimensions centrales du soi des dimensions périphériques (Sedikides, 1995). Ainsi, par exemple, pour un basketteur, le fait d'avoir une bonne détente pourra constituer une composante centrale du soi, alors que le fait de savoir chanter pourrait représenter une composante périphérique.

Cependant, les stratégies motivationnelles que plusieurs auteurs ont utilisées pour expliquer les performances des apprenants ne sont pas orientées vers le choix de l'activité, mais plutôt, il s'agit d'une « *motivation de contrôle* » considérée comme ensemble de variables affectant l'action durant le temps pendant lequel l'individu essaye d'atteindre ses objectifs. Kanfer (1990) démontre que certaines variables ou encore plusieurs mécanismes sociocognitifs et affectifs y entrent en jeu. Car, « *la motivation est en relation avec les perceptions affectivo-cognitives que l'individu a de lui-même et de son environnement.* » (Ruel, 1987, p. 256).

La théorie de la régulation sociale de Reynaud (2004) qui met l'acteur (l'athlète) au centre du processus d'apprentissage, nous permettra d'établir un lien entre nos variables. La régulation sociale montre qu'un athlète impliqué dans le processus d'entraînement, ne subit pas les règles y relatives. Mais, il développe avec ses pairs, des stratégies pour « *boycotter* » collectivement des règles leur permettant de s'adapter à la situation contraignante d'entraînement. Il s'agit pour eux d'assurer un certain équilibre entre les règles d'entraînements préétablies par l'encadreur technique, prises ici comme règles de contrôle et les règles de déclaration de blessures ou règles autonomes. Cette analyse théorique renvoie dans le domaine de l'apprentissage, aux propos de Meirieu (1988) repris par Seners (1993, p.110) : « *il n'y a transmission que lorsqu'un projet d'enseignement rencontre un projet d'apprentissage.* » car, il n'est pas possible de faire faire à n'importe quel enfant, n'importe quoi, a-t-il souligné.

1.7.4 Intérêt économique

Elle contribue à la réduction du fardeau économique à travers une diminution significative des frais liés à la santé, car la pratique des APS par les handicapés leur garantit une bonne santé. Les APS sont nécessaires pour le développement total des personnes en situation de handicap tout en garantissant leur épanouissement et leur intégration sociale. Elle enlève les handicapés de la situation de demandeur, pour le placer dans la posture de générateur de revenus à travers la participation aux compétitions sportives. Le sport de compétition offre tout de même une profession aux personnes en situations de handicap physique.

1.8 Délimitation de l'étude

Cette étude se déroule au Comité National Paralympique Camerounais, lieu de regroupement des Fédérations Sportives Nationales pour personnes déficientes situé à Yaoundé, Département du Mfoundi, Région du Centre. Certains athlètes de ces fédérations qui sont suivis médicalement, sont regroupés au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées Cardinal Paul Emile Léger d'Etoug-Ebé, dans l'arrondissement de Yaoundé 6^{ème}.

Cependant, le suivi administratif et technique des athlètes en situation de handicap est mené par le Comité National Paralympique Camerounais sous la houlette de sa Direction Technique.

La méthode d'investigation choisie pour notre étude répond du souci de mettre en évidence la triangulation des données au sens de Reidy et Mercier repris par Fortin (1996) qui prend en compte les méthodes qualitative et quantitative pour rendre compte de manière effective l'existence d'un phénomène irrégulier. Ainsi, trois méthodes nous intéressent dans ce travail de rédaction de thèse à savoir : l'observation directe ou *in situ* des encadreurs en situation d'entraînement ou de formation, l'entretien et le questionnaire. C'est pourquoi nous avons fait l'observation des séances d'entraînement, l'entretien avec les encadreurs et un questionnaire adressé aux athlètes qui participent aux compétitions sportives nationales et internationales. Le questionnaire a été formulé sur la base de l'échelle de Likert dans sa dernière version qui présente de nombreux avantages, notamment, au niveau des facilités qu'elle offre pour l'évaluation de la fidélité et de la validité du questionnaire. Cette démarche obéit à la construction de l'objet tel que défini par Bachelard (1980) pour qui, le fait social est conquis, construit et constaté. Abstraction faite ici, aux expériences du chercheur, à ses préjugés, aux prénotions ou aux idéologies. Il fallait d'abord se débarrasser des idées préconçues (le savoir naïf) pour faire des questionnements sur le sujet.

Les travaux de cette recherche ont commencé en 2019, lors de notre admission à l'école doctorale et s'achèvent lors de la soutenance de la thèse de doctorat Ph.D.

CHAPITRE 2 : HANDICAP ET AUTO HANDICAP

L'approche sociale du handicap, comme la notion de situation de handicap, dénaturent le handicap en le définissant comme le résultat d'une interaction entre des caractéristiques personnelles (dont la déficience et/ou les incapacités) et des caractéristiques environnementales (Stiker, 2021). Par contre, Jones et Berglas (1978), trouver ou créer des obstacles qui rendent la réalisation de bonnes performances peu probable pour protéger son sentiment de compétence est une expression de l'auto handicap.

Ce chapitre a été subdivisé en deux grandes parties.

La première consistera à explorer tous les contours de la notion de handicap, avec la présentation des définitions diverses à travers l'histoire. Dans un second temps, nous allons présenter l'aspect conceptuel du handicap, ainsi que la typologie des déficiences. Dans le troisième temps, nous parlerons de la notion de « soi », ses différents aspects et le regard de l'autre.

Dans la deuxième partie, nous visiterons tout de même la généralité sur l'auto handicap.

2.1 Historique du Handicap

La question du handicap appelle toujours une multiplicité de réponses étant donné que chacun a une idée plus ou moins arrêtée de la signification du terme « *handicapé* ». Du reste, il n'existe pas à proprement parler de définition univoque même si des essais de clarification de la terminologie ont bien été entrepris.

Ainsi les Nations Unies, dans leur déclaration du 9 décembre 1975, désignent la personne handicapée comme « *toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie nécessitée d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.* » L'OMS, enfin, en 1980, a estimé qu'« *est handicapé un sujet dont l'intégralité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises.* »

En France, François Bloch-Lainé, dans son rapport en 1967 distinguant l'inadaptation du handicap, donnait cette définition :

On dit qu'ils sont handicapés parce qu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou 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 la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus dans la même société (Bloch-Laîné, 1967).

Depuis, la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, définit le handicap lorsqu'elle souligne que :

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 psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

En réalité, le statut de personne handicapée est conféré par une commission officielle. La personne est reconnue handicapée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, CDAPH (ex-CDS et ex-COTOREP) et peut alors bénéficier des prestations spécifiques.

Différents régimes de protection sociale coexistent pour les personnes handicapées. Car le handicap peut survenir à la suite d'un fait de guerre, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'un problème congénital, d'une maladie invalidante ou d'un accident. Ainsi, un ancien combattant bénéficie du régime des anciens combattants et victimes de guerre. Un salarié victime d'un accident ou d'une maladie en lien avec son activité professionnelle relève du régime des accidentés du travail. Enfin, le régime mis en place par la loi d'orientation de 1975 intervient pour les personnes handicapées qui ne sont pas affiliées à un autre régime de protection sociale.

Combien de personnes handicapées peut-on dénombrer en France ? Ces difficultés de définition ont pour conséquence directe que le nombre des personnes handicapées en France, reste d'une grande imprécision.

Un recensement de 1981, confirmé par une enquête de santé en 1991, chiffrait à plus de 5 millions les personnes vivant à domicile qui se déclaraient handicapées ou souffraient d'une gêne dans la vie quotidienne, soit 9,8 % de la population française.

Ce chiffre correspondait à une conception extensive du handicap, sans fondement médical ni scientifique précis.

Tableau 2 : Principales déficiences et rapport dans la population mondiale en 1994

Principales déficiences	
Type déficience principale	Pourcentage de la population
Motrice	3,4
Visuelle	2,8
Auditive	1,3
Psychique	0,6
Intellectuelle	0,2
Autre	0,5
Total	8,8

Source : Solidarité Santé 1994

L'objectif central de l'enquête HID confiée à l'INSEE entre 1998 et 2001 est de fournir des données de cadrage sur le handicap. Elle vise à mesurer le nombre de personnes handicapées ou dépendantes, à évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité et sa nature ainsi que la quantité et l'origine des aides existantes. Au total, 1,2 millions de personnes déclarent avoir au moins une incapacité, une limitation d'activité ou une reconnaissance administrative de leur handicap.

La diversité des populations observées infirme l'idée de population handicapée homogène justifiant d'un traitement global ; l'INSEE a donc tenté de les caractériser en établissant une typologie qui a abouti par le croisement de plusieurs indicateurs à la constitution de sept sous-populations.

- Population 1 :
 - Des incapacités isolées et mineures (5,3 millions) : déficiences auditives, difficultés à voir de près.
- Population 2 :
 - Des incapacités diffuses non repérées (0,8 million) : difficultés à monter un escalier, à porter un poids.
- Population 3 :
 - Des modes de reconnaissance aux critères disparates (1,2 million), reconnaissance d'un taux d'invalidité ou d'incapacité sans limitation d'activités. Déclaration d'une ou deux déficiences souvent dues à un accident du travail.
- Population 4 :
 - Les personnes âgées dépendantes (2,3 millions) : déclaration d'une ou plusieurs incapacités occasionnant une restriction d'activités sans reconnaissance

administrative. Origines : le vieillissement, la maladie et les accidents domestiques. Déficiences motrices et sensorielles.

- Population 5 :
 - Le noyau dur du handicap (1,2 million) : déclaration d'une ou plusieurs incapacités, une limitation des activités et une reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité. Origines : la naissance (la plus fréquente), les accidents du travail et de la route, les maladies professionnelles, les problèmes familiaux, professionnels ou personnels.
- Population 6 :
 - Personnes présentant des déficiences intellectuelles ou mentales (0,6 million). Déclaration d'une ou plusieurs incapacités avec reconnaissance d'un taux d'invalidité mais sans limitation. Déclaration souvent de plus de deux déficiences, parmi lesquelles le retard mental grave ou léger occupe le premier rang avec l'épilepsie.
- Population 7 :
 - Des maladies limitantes (0,325 million). Déclaration d'une limitation avec reconnaissance d'un taux d'incapacité ou d'invalidité, sans incapacité. Déclaration d'une seule déficience, souvent motrice, viscérale ou métabolique. Origines : maladies et accidents.

En revanche, selon les chiffres de la Direction des impôts de 1996, 1,5 million de personnes sont détentrices de la carte d'invalidité ouvrant droit à une demi-part supplémentaire de quotient familial pour le calcul de l'impôt.

En 2000, selon l'INSEE, le nombre de personnes handicapées serait de l'ordre de 3,2 millions, parmi lesquelles 1,8 million seraient atteintes d'un handicap sévère restreignant leur autonomie et justifiant une prise en charge ou une prestation en espèce ou en nature.

En 2002, le rapport Assante aboutit à un chiffre proche de 3,5 millions de personnes dont 10 % sont accueillies en institutions. Parmi elles :

- 14 % atteintes de déficiences sensorielles (500 000 personnes) ;
- 40 % de personnes déficientes motrices (1,4 million de personnes) ;
- 15 % atteintes de maladies invalidantes (525 000 personnes) ;
- 18 % de personnes déficientes mentales (600 000 personnes) ;
- 18 % de personnes souffrant de maladies mentales (600 000 personnes).

2.1.1 Approche psychologique de la personne en situation de handicap

Les personnes présentant une déformation ou une impossibilité physique vivent depuis de nombreuses années dans l'ombre de la vie, dans la « *cour des miracles* » avec toute la marge il y a quelques siècles, au sein d'institutions « *spécialisées* » depuis le « *siècle des lumières* ». (Stiker, 1982, p. 248).

La place des personnes handicapées a toujours été celle d'une certaine marge, elle l'est encore, et l'époque actuelle se caractérise par un afflux de plus en plus important de personnes handicapées en cours de vie qui revendiquent leurs droits d'hommes et de femmes. Même si des efforts importants sont faits dans le sens de l'intégration, la réalité quotidienne nous montre toutes les difficultés auxquelles nous devons faire face lorsque que nous sommes amenés à vivre continûment avec une personne handicapée. Dans les recherches sur l'origine des sentiments de gêne que provoque la vue d'une personne « *stigmatisée* », nous sommes arrivés à comprendre que l'angoisse Phallique de Castration et l'angoisse Orale de Séparation d'avec le sein étaient « *réactivées* » par la confrontation directe au corps déformé de l'autre, comprendre surtout que ces réactions n'avaient rien de « *malsain* » et qu'elles étaient déclenchées par le simple rappel d'angoisses inconscientes refoulées, plus ou moins vécues comme traumatisantes et dont nous sommes tous porteur. Le moyen de défense le plus adapté et le plus connu face à ces angoisses internes étant le refoulement, la personne handicapée est donc, tout comme les souvenirs douloureux que sa présence tend à réactiver, marginalisée, refoulée et considérée comme devant bénéficier de structures « *spécialisées* ».

Les personnes stigmatisées subissent le même sort que celui que nous réservons à nos problématiques conflictuelles : le refoulement. Il est facile de remarquer en effet, qu'à l'encontre des nombreuses déclarations « *conscientes* » préconisant l'intégration des personnes handicapées, la réalité quotidienne nous donne au contraire de nombreux exemples de résistances « *inconscientes* » des personnes en situation de handicap.

Les personnes handicapées sont généralement stigmatisées. Cette stigmatisation naît de la considération peu approximative de leur image de soi. Or nous savons clairement que le stigmatisé vit fantasmatiquement comme castré et coupable d'une faute innommable. C'est le cas de l'inceste, dont la castration représentée par le stigmat est la punition logique, cette pensée nous conduirait à considérer les personnes handicapées comme des représentants de « *La Faute* ». Tel Œdipe, à la fois vénéré et craint, les personnes handicapées sont « *un symbole vivant de l'échec, de la fragilité et de l'émasculation, un contrepoint de la normalité* ». Murfy

(1989, p.165), fantasmatiquement castrées et socialement exilées, en toute adéquation avec la mutilation physique et l'exil d'Œdipe.

Du témoignage de plusieurs personnes interrogées sur leurs sentiments lors de la première rencontre avec une personne présentant une déformation physique visible, la marque d'une souffrance passée ou actuelle, nous pouvons extraire les réflexions suivantes : « *Quand je le vois (le handicapé), le croise, le rencontre, je me sens mal à l'aise, gêné, je ne sais comment me comporter vraiment* » « *Quand l'autre (différent) est concret, là, présent l'espace de quelques instants, c'est la surprise, la panique intérieure, le trouble, le malaise.* » « *La première fois, j'étais comme en état de choc, je ne savais pas comment être, j'avais du mal à être normal* ».

Hormis ce « *mal à être normal* », visiblement, la difficulté de l'autre face à la personne handicapée est exprimée comme une difficulté à « *savoir comment se comporter* ». A l'occasion d'une première rencontre, quelle qu'elle soit, nos premières impressions guident nos réactions et déterminent l'avenir de cette relation. L'aspect physique et l'image du corps sont les facteurs déterminants qui vont « *attirer* » ou « *repousser* » les interactants lors du premier contact ; et cet aspect physique prend maintenant une importance prépondérante dans notre contexte social où le corps « *parfait* » nous est vanté et conseillé par de plus en plus nombreux arguments publicitaires.

Nous cherchons à contrôler au plus près l'image de nous-mêmes que nous livrons au regard de l'autre ; tenue de soirée et culturisme pour séduire, costume sombre et strict pour asseoir son autorité, tenue spécifique pour se fondre ou se détacher de la masse, s'intégrer ou se démarquer d'un groupe. La première image que nous percevons de notre interlocuteur est à même de nous donner une somme d'informations qui indiquent éventuellement son milieu et sa position sociale, son groupe d'appartenance. Chaque individu pris séparément étant une partie constitutive de différents groupes. (Freud 1921, p.198). Ces premières informations permettent de catégoriser l'interlocuteur et en conséquence de préparer ou d'adapter son comportement suivant que nous aurons à faire à un homme ou une femme, ministre ou employé, militaire, punk, cadre, sportif, jeune ou vieux, handicapé ou non. Une des difficultés du handicap visible est qu'il rend ces pré-sélections quasi-inopérantes ; au premier abord, nous ne voyons pas une personne dont l'apparence nous laisse présager de son appartenance sociale, mais "un handicapé", inclassable et incasable dans ce que nous connaissons, mais aussi incassable parce que déjà cassé, et donc dangereux.

Le handicap visible prend le pas sur le reste des signaux susceptibles de nous dévoiler des bribes de l'identité de notre interlocuteur handicapé, le stigmatisme est ce qui est perçu de prime abord. « *L'invalidité exerce sur le sens de qui on est, de ce qu'on est, une emprise bien plus forte que n'importe quel rôle social, même les rôles clés comme l'âge (malgré qu'il soit difficile d'envisager l'âge comme un rôle social, N.D.A.), le métier et l'appartenance ethnique...* » (Murphy, 1989). Cette perception imposante aboutit à une classification asexuée (handicapé, invalide, aveugle ...) qui ne fournit aucun des repères habituels nous permettant de définir une des classifications sociales connues. « *Réservé aux handicapés* » est le terme qui sert à désigner les toilettes accessibles, séparées des toilettes hommes et femmes, c'est un terme qui résume toute notre difficulté à vivre continûment avec ces êtres dont nous n'arrivons même pas à déterminer le sexe.

Dans nos relations habituelles, « *plus les deux interactants partagent les mouvements et les postures, meilleure est la relation* » (Condon, 1984, p.65), et nos relations sont majoritairement facilitées par la réassurance de notre sécurité narcissique de base ; nous recherchons l'identique, le même. Celui qui saura nous renvoyer une image rassurante de nous-mêmes sera celui vers qui nous nous dirigerons le plus facilement. Nostalgique que nous sommes de notre complétude narcissique de premiers instants, nous fuyons instinctivement la différence, comme nous aurions aimé pouvoir éviter la souffrance qu'a provoqué en nous la première séparation d'avec le corps maternel.

« *L'état de choc* » que provoque parfois la première confrontation avec le corps déformé, n'est que la première des difficultés à surmonter pour entrer en relation avec l'autre différent. De cette première impression « *troublante* » naît le plus souvent un sentiment de gêne et de culpabilité : le trouble et les attitudes mal assurées faisant naître des sentiments souvent en conflit avec la censure du Surmoi. Un fort besoin de réparation engendre alors d'autres comportements inadaptés à la situation réelle ; « *c'est la panique qui fait que j'ai parfois traversé une rue sans l'avoir demandé, propulsé par une personne qui ne m'a pas adressé la parole !* » Les porteurs d'un stigmatisme visible, sont vécus comme des « *intouchables* », « *quand on est en conflit avec (les personnes handicapées) on ne peut avoir les mêmes réactions qu'avec un individu normal* ».

Entrer en communication avec une personne corporellement « *désarticulée* » pose aussi d'autres problèmes que celui que nous venons d'esquisser, simplement parce que ses attitudes corporelles sont hors norme, hors code.

Ainsi, la gestualité coverbale est étroitement associée à la chaîne phonique comme l'on soulignés Cosnier et Brossard (1984), et les gestes et attitudes qui ponctuent nos mots et nos phrases sont autant de signaux que nous percevons dans une logique préétablie, connue et souvent répétitive.

L'attitude corporelle invite au dialogue ou au retrait, « *le langage dans son aspect naturel n'est jamais désincarné* » (Condon, 1984, p. 34). Le corps se penche en avant lorsque l'intérêt est soutenu, les mains viennent appuyer les convictions par leurs mouvements, les jambes se croisent ou se décroisent, la distance spatiale se réduit de plus en plus à la naissance d'une sympathie. Le corps parle son langage et utilise pour cela un certain nombre d'attitudes que nous avons appris à reconnaître, à décoder automatiquement, et l'attitude corporelle de notre interlocuteur nous donne la première indication quant à son désir de communication. Les hommes publics sont initiés à cette connaissance du langage du corps et peuvent « *maîtriser leur comportement non verbal de manière à ne transmettre que l'impression désirée* » (Cook, 1772, p. 135). Il est acquis qu'un discours, pour être convaincant doit être ponctué d'une gestualité adaptée ; souvenons-nous de ceux du Général De Gaulle.

Le trouble face à une personne handicapée vient encore se faire plus prégnant lorsque cette gestualité est absente ou qu'elle n'entre pas dans les codes habituels. Les gestes saccadés d'une personne I.M.C. (Infirme Motrice Cérébrale) échappent en grande partie à son contrôle volontaire, nous ne retrouvons pas chez elle l'adéquation langage-geste que nous avons l'habitude de reconnaître. « *Le corps du tétraplégique n'est plus capable d'un langage silencieux dans l'expression des émotions... car les circuits délicats de la rétroaction entre la pensée et le mouvement ont été rompus.* » (Murphy, 1989). Le langage se trouve ici pratiquement désincarné, et il est évident qu'une partie importante de notre difficulté à comprendre la parole saccadée et bégayante d'une personne I.M.C, vient principalement du fait de cette inadéquation, la compréhension verbale se trouvant très facilitée lorsque l'on ne fixe que sa bouche ou son visage.

Pour comprendre, nous devons « *déparasiter* » la communication en quelque sorte, dépouiller celle-ci de la parole et des gestes inadaptés qui viennent brouiller l'échange. Selon Flavia (2009), « *Converser avec les autres pour moi est presque synonyme de nudité, gestes. Le corps a besoin de désigner le matériel des mots, des choses, il a besoin de repères dans l'espace ; cela est dans la norme* ». De la même façon, échanger avec une personne quadraplégique (*j'aimerais parler gestuellement. Ce n'est pas évident d'être empêché de joindre*

la parole aux paralysies totale des quatre membres) se fera d'autant plus facilement en concentrant son acuité visuelle sur le visage, c'est-à-dire sur la seule partie du corps pouvant encore gestualiser sa parole.

Il faut savoir et admettre qu'une personne handicapée présente des besoins de réassurance narcissique qui lui font cruellement défaut. Comme tout individu, il a besoin de se savoir en sécurité dans son corps, besoin d'en tirer du plaisir, des satisfactions, besoin d'être reconnu et aimé pour ce qu'il est. C'est une étape importante de la réadaptation après un traumatisme invalidant, une période de recherche qui se centre principalement sur le « *regard de l'autre* ». « *La façon dont un individu regarde son interlocuteur en dit long sur ses sentiments vis-à-vis de celui-ci* » Cook (1772, p. 133), et ce regard de réassurance est recherché avec avidité par une personne qui sort d'un centre de rééducation Simon (1989, p.148), dans un corps qu'il ne reconnaît plus, un corps qui n'est à cet instant qu'un corps de souffrance. Ce regard de l'autre, de nombreuses personnes handicapées le condamnent, parce qu'elles expriment souvent la gêne et l'angoisse du premier instant, alors qu'elles y recherchent, comme nous tous, une réassurance de leur intégrité menacée. Pour tout un chacun, « *capter le regard de quelqu'un implique presque obligatoirement le début d'une interaction* » Cook (1772, p. 13), et c'est dans cette recherche d'interaction, de communication, d'échanges, que les personnes handicapées font leur expérience du regard détourné, apeuré, troublé, gêné. Ils cherchent la réassurance et ils ne trouvent que le trouble, miroir de leur propre trouble interne et physique. Ce trouble naît à la découverte de la différence, lorsque l'interlocuteur est obligé de revoir et d'aménager ses codes habituels de communication, lorsque son identification vient se buter à ce corps de souffrance.

Lors d'une rencontre entre deux individus face-à-face, après la sphère visuelle, la sphère de la parole est la seconde sollicitée ; ce peut être l'occasion de la « visibilité » du handicap et le début des difficultés de relation pour ceux qui présentent des troubles du langage. Pauline, porteuse des séquelles d'un traumatisme crânien grave vit très douloureusement cette perte du contrôle de l'effet qu'elle produit sur ses interlocuteurs. Jeune, jolie et ne présentant qu'une claudication peu gênante, on ne s'aperçoit de son handicap que lorsqu'elle émet le son de sa voix. Elle ne contrôle plus les effets et les intonations de ses paroles. Les mots sont là, ils sont clairs, hésitants, mais le ton de sa voix est totalement déroutant, passant d'une octave à l'autre sans aucune raison apparente et sans lien avec le sens de ses paroles. « *Comme d'habitude, un type me demande un renseignement, quand il entend ma merveilleuse voix, il prend la fuite,*

démarrage en trombe ». « Voir, sentir, et ne pas pouvoir exprimer ce que je ressens : besoin de liberté ».

Nadine, I.M.C, attribue-t-elle aussi le poids de son handicap à cette parole qui lui fait défaut. Atteinte d'une spasticité musculaire moindre, elle dit :

Que la véritable gêne s'installe lorsque j'ouvre la bouche pour parler. À partir de ce moment, on ne me voit plus et l'on parle généralement à mes accompagnateurs, ou pire, on fait semblant de me comprendre plutôt que de me demander simplement de répéter ! Des fois, j'en ai tellement marre de ne pas pouvoir parler avec qui je veux, que je me tuerais.

Pourtant, si Pauline comme Nadine présentent effectivement de réels troubles du langage, il est objectivement beaucoup plus facile de communiquer avec elles qu'avec un étranger n'ayant qu'une connaissance rudimentaire de la langue française. La « désarticulation » corporelle ou émotionnelle, est une barrière à la communication beaucoup plus difficile à surmonter que le décodage d'une langue étrangère gestualisée, parce que notre vécu, notre histoire et notre intégrité tant corporelle que psychique se trouvent menacés, déstabilisés de leurs assises souvent très précaires. Le statut de « handicapé » et la gêne qu'il déclenche, n'apparaissent qu'avec la visibilité du handicap, cette catégorisation est par là même un classement totalement subjectif.

La différence physique, ou mentale « entraîne une critique des formations (comme les idéaux narcissiques, N.D.A) individuelles et une mise en demeure de les remanier » Freud (1921, p.163), c'est « un défi à l'ordre » (Stiker, 1982, p.248), une brèche dans nos connaissances et habitudes de communication. Nous sommes effectivement plus désemparés pour communiquer avec une personne présentant des « parasites » corporels, qu'avec un étranger « valide » parlant une langue inconnue mais dans une corporéité assurée.

2.1.2 Le corps individuel et le « corps » du groupe.

L'homme à autant besoin de son adhésion au groupe qu'il lui est nécessaire de se sentir en cohésion avec son corps, et de la même façon que le psychisme se construit par « étayage » sur les sensations qu'apportent le corps Anzieu (1985), le groupe se construit une illusion de corps groupal composé d'un « esprit de corps » et de « membres », à partir de ce que Kaes (1979) a nommé « l'appareil psychique groupal ». Qu'en est-il du rapport aux groupes pour un individu stigmatisé ? Le groupe étant considéré ici comme une équipe sportive, un groupe d'athlètes handicapés.

Ce que nous pouvons dire est qu'il existe un « *rejet* » quasi-incontournable de l'infirme. La survenue d'un handicap en cours de vie est toujours suivie, du moins dans l'immédiat de l'hospitalisation, d'une exclusion des groupes dont la personne traumatisée faisait partie. Cette exclusion, de son travail, de son club sportif, contribue au dépouillement de son identité ; en plus de la perte d'identité corporelle, son identité groupale s'évapore aussi. « *L'individu se sent incomplet quand il est seul* » (Freud, 1921, p.184), et le recours au groupe est indispensable, vital.

Hormis le groupe familial dont son importance est loin d'être méconnue, nous nous intéresserons ici aux rapports que certains groupes sociaux élargis entretiennent avec la personne stigmatisée ; principalement avec les apports de Anzieu (1975, p.299) « *le groupe et l'inconscient* » et de Freud (1921) « *psychologie des foules et analyse du Moi* ».

L'identification est le maître mot de l'étude des groupes : l'identification imaginaire au chef à l'idole ou au meneur se retrouve dans les groupes ou foules spontanés. L'identification symbolique est favorisée par le groupe institutionnel régi par des lois et des codes de conduite (Anzieu, 1985, p.177).

La constatation que nous pouvons faire, est que la personne handicapée est encore trop souvent « *placée* », plus ou moins arbitrairement, au sein d'un groupe institutionnel protecteur (pour qui ?), et contrôlé. On accorde à l'infirme une place au milieu des siens, dans les centres de rééducation tout d'abord, dans de nombreuses institutions spécialisées ensuite. Il est facile de remarquer que les deux formes de groupes désignés, spontanés à identification imaginaire et institutionnels à identification symbolique, sont effectivement accessibles aux personnes handicapées, seulement ils ne le sont réellement et facilement que lorsque ces groupes sont constitués par leurs semblables ; les associations de personnes handicapées et les institutions "spécialisées". Ce mouvement vers ses semblables *répond à un besoin de préservation de l'unité Moïque menacée, elle permet le remplacement de l'identité de l'individu par l'identité de groupe. L'illusion du « bon » groupe répond aux besoins de réassurance narcissique en instaurant un narcissisme groupal* (Anzieu, 1985).

Dans ce raisonnement, le contact et l'identification avec ses semblables est une étape indispensable de la réhabilitation de l'infirme, celui-ci a en effet le besoin de se sentir solidaire, de s'identifier, de se projeter et de se reconnaître, autre que ce qu'il était, autre que les « *valides* », mais identique, solidaire, à d'autres. C'est une étape qui, bien que souvent indispensable, est difficile à accepter pour la personne invalidée en cours de vie ; comment

puis-je ressembler à ces personnes dont l'image sociale se résume en termes d'incapacité et de déficience ?

Au premier abord, il peut être dur d'accepter sa communauté d'identité avec les aveugles, les sourds ou les estropiés, mais une fois que cette barrière est tombée, on peut y trouver un havre qui délivre des relations tendues et faussées avec les « autres », les valides (Murphy, 1989).

Ce groupe retrouvé dans la communauté des invalides « *facilite la construction d'une enveloppe psychique que chacun peut intérioriser à la place d'un Moi peau trop rigide, ou trop troué ou trop inconsistant* » (Anzieu, 1985, p.178), déficience psychique qui est la réalité de ceux qui ont perdu « *l'étagage* » corporel fondamental à la construction et au maintien de l'intégrité du Moi peau (Anzieu, 1985), de l'image du corps et de l'image de Soi. Le monde des groupes se divise en deux grandes catégories pour l'invalidé ; les groupes auxquels il peut prétendre et ceux où son intégration sera problématique voire impossible.

Parmi les « *groupes impossibles* » pour la personne en fauteuil roulant, la foule est l'amalgame humain que la présence d'une prothèse rend très difficilement accessible. Amateur de concerts de rock, j'ai toujours apprécié cet oubli de soi que provoque la proximité corporelle des autres, cet état de « *transe* » que l'on recherche souvent à l'époque de l'adolescence, dans les dancings, les concerts ou les manifestations étudiantes. En plus de l'idéal et de l'image de Soi qui réunissent les protagonistes de la foule, les corps forment un tout, ils sont les uns contre les autres et chacun oublie ses limites et ne fait plus qu'un avec la masse. L'image corporelle partagée donne naissance à ces mouvements de foule dont ont dit parfois qu'elle se comporte « *comme un seul homme* », la perte des limites individuelles entraînant chez les individus qui constituent ce type de foule « *une régression de l'activité psychique à un stade antérieur* » (Freud, 1921, p.182).

Cette forme de régression facilite l'expression des comportements habituellement contenus, c'est pourquoi ce type de foule est parfois recherché ; on peut y danser, y crier, se battre, s'embrasser ou s'adonner à nombres de comportements et d'expressions refoulées dans le cadre de la vie ordinaire. La présence d'un fauteuil roulant rend difficilement accessible ce type d'expérience, les corps ne peuvent se toucher, ils sont toujours séparés par la présence de cette « *mécanique froide* » qui impose un isolement corporel. Les exactions de ceux qui entourent l'invalidé dans ces moments sont souvent vécues péniblement. Corporellement isolée, une personne en fauteuil ne partage plus ces moments de régression intense, sauf, lorsque qu'une hystérie collective amène la foule à extirper la personne de son fauteuil et à la baigner

de ses mille mains. Ces instants sont possibles à l'intérieur d'une foule très compacte et très hystérique, certaines personnes handicapées ont eu l'occasion de le vivre et en ramènent toujours des sentiments intenses et le souvenir d'une expérience très forte, sentiments mêlés à la crainte de l'accident qui aurait pu être possible ; une foule « *barbare* » est aussi dangereuse !

Plus les « *liants* » psychiques d'un groupe concernent l'image de Soi et l'image du corps, plus une personne porteuse d'un stigmate corporel visible, auront des difficultés d'intégration. Il en va ainsi de beaucoup de groupes utilisant une tenue spécifique, spécialement dans les troupes du « *corps armé* » par exemple, où l'uniforme (l'image de Soi) et l'homogénéité physique (l'image du corps) sont deux ciments importants. Il existe « *un souci constant des collectivités et des groupes de pourchasser de leur sein l'hétérogénéité ressentie comme une menace envers leur cohésion* » (Freud, 1921, p.19), et il est évident que plus un groupe ou une collectivité se veulent forts, invincibles, plus ceux-ci chasseront de leur sein la différence et la marque de la castration et du changement ; souvenons-nous ici du Nazisme.

2.1.3 Insertion groupale des handicapés

L'intégration d'une personne handicapée dans un groupe de sport est dépendante des possibilités d'échanges de l'un avec l'autre. Tout dépend de l'incidence du handicap sur les échanges à l'intérieur du groupe, et autant il est facile à une personne paraplégique de participer à un groupe de sport collectif, autant il lui sera difficile de « *faire corps* » avec un groupe de danseurs. L'important est dans le partage d'une activité où le handicap peut être secondaire, il faut que les participants aient l'occasion de pouvoir s'identifier à la personne stigmatisée, et cela est facilité lorsque la maîtrise prend le pas sur la castration.

Dans la constitution d'un groupe, les participants connaissent un stade « *d'urgence identificateur* » (Missenard, 1982, P.27) et un état de « *ré adolescence* » (Kaes, 1979) qui commandent des besoins identificateurs importants et urgents. Chacun « *porte le regard sur le corps des autres et y recherche les traits identificateurs qui lui manquent* » (Missenard, 1982). Dans ce jeu d'identifications multiples, la personne handicapée y participera d'autant plus qu'elle aura l'occasion d'y montrer son pouvoir d'action, d'autant plus facilement qu'elle pourra y faire preuve de son intégrité retrouvée. Il faut avant tout pouvoir proposer un trait identificateur à l'autre, montrer que la déstructuration et la perte figurées par le corps déformé, angoisses de tous les membres à leur arrivée dans le groupe sportif, peuvent être générateurs de renaissance et de maîtrise.

Deux exemples peuvent illustrer ces propos. Le premier de ceux-ci concerne une de mes premières tentatives de retour au groupe après mon accident ; âgé de vingt-cinq ans alors, je me souviendrai longtemps de cette « *douche froide* ». Après ma sortie d'hôpital dans mon nouvel uniforme d'invalidé en fauteuil roulant, le groupe d'amis de mon âge et de ma profession d'alors subissait aussi le « *choc du retour* », et nous firent plusieurs tentatives « *suicidaires* » pour tenter de conjurer le sort. L'une d'entre elle fut de nous rendre à une prestation musicale donnée dans un night-club, comme avant, pour nous prouver que rien n'avait changé. Après un rapide appel téléphonique pour réserver une table où je puisse me rendre en fauteuil, nous partîmes ensemble, et vêtus nos habits des grands soirs de fête nous allâmes « *défier de destin* ».

Très inquiet sur la façon dont j'allais pouvoir vivre cette situation et très curieux de l'effet que produirait ma présence en fauteuil roulant dans ces lieux du roi « *look* », je fus heureux de constater la facilité avec laquelle nous rejoignîmes notre table. Le spectacle fut de qualité, j'avais quitté mon fauteuil roulant pour la discrétion des banquettes de la maison, et je commençais à croire que tout pouvait effectivement se passer comme avant. Jusqu'au moment où, en remerciant l'artiste de sa prestation, l'animateur de la soirée crût bon de saluer la présence « *courageuse* » d'une personne handicapée dans la salle. Il demandait simplement au public de me céder un passage jusqu'à l'avant-scène, pour que je puisse apprécier au mieux la présence de l'artiste dans sa dernière chanson. Haie d'honneur, trouble naturel des individus de la foule et pas de trou pour me cacher. Après quelques autres tentatives, le groupe des danseurs du soir devint un groupe perdu, en même temps qu'une grosse partie de moi-même.

L'intégration la plus facile et la plus naturelle à un groupe de cyclistes, m'a été proposée par la pratique de la balade tout terrain. J'utilise une grosse moto à quatre roues (QUAD) pour sillonner les forêts en compagnie d'un groupe d'une vingtaine de personnes passionnées de pratique 4X4. Jamais lors de nos premières rencontres, et alors que nous avons passé plusieurs jours ensemble, jamais personne ne m'a demandé pourquoi j'étais handicapé ou si c'était difficile, jamais mon handicap n'a été l'objet de la conversation ; alors que la plupart des premières rencontres doivent habituellement consacrer un temps plus ou moins long sur ce sujet. Durant ces balades, on me donne une aide quand j'en ai besoin, je procure celle-ci pour faire des liaisons rapides ou explorer des pistes possibles, je suis solidaire, je suis maître de ma moto et je partage une activité où tout le monde, à un moment ou à un autre, peut être « *handicapé* » parce qu'une moto a cassé ou qu'elle s'est embourbée.

Ces moments de normalités relationnelles qui pourraient s'apparenter à une forme de « *déni* », sont marqués au contraire par une reconnaissance réelle du handicap, et il ne peut en aller autrement. La pratique de cette activité demande au pilote du Quad une bonne connaissance de ses limites, et apporte aux autres participants une réelle reconnaissance du handicap, parce qu'il leur faut toucher et saisir mon fauteuil pour le mettre dans leur véhicule, et parce qu'il leur faut parfois me toucher et me saisir pour m'aider à me hisser sur mon engin. Tous ces gestes sont étrangement faciles dans ces genres « *d'équipées sauvages* », le naturel relationnel que je retrouve alors étant très certainement induit par le recours au symbole.

La valeur symbolique de la moto n'est plus à démontrer, mais je tiens à rapporter ici « *l'introduction* » d'un article de presse consacré à la pratique du (quad) par de jeunes paraplégiques.

Le guidon bien en main, il contrôle parfaitement la descente de son engin sur cette pente plutôt scabreuse. Doucement, sans à-coups, le quad se place là où son pilote le veut. Tout l'art de la manoeuvre consiste à déterminer la bonne trajectoire et à s'y maintenir pour franchir l'obstacle (Revue « *Le généraliste* », N° 1197, 21 Septembre 1990).

Il me faut aussi ajouter que sur « *mon engin* », je deviens le possesseur évident d'un « *gros Phallus* », et que cela induit d'autant mon attitude que la perception qu'ont les autres de moi-même.

Ces deux exemples parlent d'eux-mêmes : sont accessibles aux personnes handicapées, les groupes sportifs où ils peuvent partager. Tout dépend surtout de ce qui sert de « *lien psychique* », les groupes liés principalement par le corps et son image seront assez fermés à ceux que la vie a mutilé, les groupes sportifs liés dans un échange de savoir leurs seront plus facilement ouverts. Seront accessibles à la personne handicapée, les groupes sportifs où il pourra exprimer et montrer son pouvoir d'action, accaparer ou se réapproprier, affirmer et faire reconnaître son « *Phallus* ». La réhabilitation de l'infirme nécessite l'élaboration de sa propre castration, et ses relations seront d'autant plus facilitées qu'il pourra « *rassurer* » ses interlocuteurs sur l'existence de son pouvoir d'action, sur la réalité d'une symbolique Phallique qu'il a fait sienne, et qui peut se partager.

2.2 Aspect conceptuel du handicap

2.2.1 Classification des handicaps selon l'OMS

À la nécessité de description d'une situation la plus exacte possible, a répondu la création, par le professeur Philip Wood, d'un cadre conceptuel permettant d'organiser cette information a publié en 1980, par Organisation Mondiale de la Santé, la Classification Internationale des Handicaps (CIH) avec comme sous-titre : « *manuel de classification des conséquences des maladies* » (Wood, 1980).

Pour Philip Wood, les conséquences s'organisent en trois niveaux : la déficience, l'incapacité et le désavantage

2.2.1.1 La déficience

Elle correspond à toute perte ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique, à la naissance ou acquise plus tardivement, depuis les anomalies génétiques, la perte d'un membre jusqu'à l'altération de la fonction mentale.

Neuf catégories sont identifiées : les déficiences intellectuelles et du psychisme, les déficiences du langage et de la parole, les déficiences auditives, les déficiences de l'œil, les déficiences des autres organes (cardiorespiratoire, urinaire, sexuelle), les déficiences du squelette, les déficiences esthétiques (difformités), les déficiences des fonctions générales, sensibles autres (diabète).

2.2.1.2. L'incapacité

C'est la conséquence de la déficience sur l'activité, elle correspond à toute réduction de la capacité ou à l'impossibilité à accomplir certaines activités ou certains gestes de la vie quotidienne. Elle se décline en neuf catégories concernant le comportement (conscience de soi, orientation dans le temps et l'espace), la communication (compréhension, écoute, vision), les soins corporels, la locomotion, l'utilisation du corps (dans les activités domestiques par exemple), la maladresse et les incapacités générées par certaines situations (résistance au bruit, au climat, aux contraintes de travail) ou celles qui concernent des aptitudes particulières (résolution de problèmes, planification du travail), enfin, les autres restrictions d'activités.

2.2.1.3 Le désavantage

Conséquence de l'incapacité, limite ou interdit les raies qu'un individu peut espérer jouer du fait du handicap. C'est à ce niveau qu'interviennent médecins, psychologues et travailleurs sociaux et que se situe la prise en charge ou l'accompagnement à la vie ordinaire.

La CIH, se limitant au domaine de la santé, n'intègre pas la notion de handicap social où se mêlent des difficultés liées à d'autres causes (pauvreté, logement ...). Cet outil scientifique a été utilisé dans les domaines statistique et administratif et a servi de base à la construction du guide barème pour l'attribution des taux d'incapacité par les ex-CDES et les ex-COTOREP devenues CDAPH.

Après la promulgation des règles d'égalisation des chances, cette classification a elle-même fait l'objet d'une révision engagée par l'ONU.

2.2.2 Classification internationale du fonctionnement des handicaps

Une Seconde classification adoptée en mai 2001 par l'OMS lui succède donc : la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

L'objectif est d'établir un langage commun afin de décrire les états de santé, les fonctionnalités et incapacités en tant qu'éléments importants de la santé, de fournir une base scientifique pour comprendre et étudier ces états de santé. À côté de propositions de modifications techniques, le refus de situations négatives (comme l'incapacité, le désavantage) devrait produire une autre terminologie mettant l'accent sur la non-discrimination des personnes, l'égalité des chances et la pleine participation à la société. Ainsi, les principales critiques de la CIH portaient sur la non prise en compte des facteurs d'environnement attribuant ainsi à la personne des difficultés qui lui sont extérieures, et aboutissant à une formulation négative. Elle pourra être utilisée comme outil statistique pour l'évaluation des besoins et comme outil de politique sociale pour concevoir et mettre en œuvre des actions spécifiques.

Elle se veut description générale du fonctionnement humain, présenté de manière neutre, et outil d'intégration qui servira pour les personnes handicapées et les autres. À partir de ce cadre général sont, en effet, repérés les degrés des limitations du fonctionnement, le besoin d'aide et l'effet de l'environnement.

Elle organise l'information en deux parties :

- fonctionnement et handicap ;
- facteurs contextuels.

La partie fonctionnement et handicap a deux composantes :

- la composante organisme qui comprend deux classifications, une pour les fonctions des systèmes organiques et une pour les structures anatomiques ;

- la composante activités et participation qui définit les aspects du fonctionnement du point de vue de la personne en tant qu'individu et en tant qu'être social.

La partie facteurs contextuels comporte également deux composantes :

- les facteurs environnementaux : l'environnement physique, social, les attitudes et règles communautaires de conduite ;
- les facteurs personnels qui représentent les caractéristiques de la personne : l'âge, la personnalité, le caractère, les aptitudes, le mode de vie, l'origine sociale, le niveau d'instruction, traits pouvant avoir une influence sur le handicap à un niveau quelconque.

Chaque composante peut être exprimée en termes positifs ou négatifs et chaque élément est fait de divers domaines à l'intérieur desquels on trouve les catégories, unités de classification.

L'état de santé d'une personne est ainsi classé en attribuant des codes selon la catégorie qui précise l'étendue du fonctionnement ou du handicap dans cette catégorie et la mesure facilitatrice ou l'obstacle des facteurs environnementaux.

Autrement dit, on retrouve dans la CIH révisée trois dimensions :

- les incapacités au niveau du corps avec des classifications pour les fonctions et les structures corporelles ;
- les incapacités au niveau de la personne avec la réduction totale ou partielle des activités quotidiennes d'une vie autonome ;
- les incapacités au niveau de la société, avec l'implication plus ou moins grande de la personne dans diverses situations.

Les moyens qui facilitent ou entravent la participation sont désormais pris en compte. La classification débouche sur des grilles d'évaluation. Ainsi, dans la version intégrale, la situation d'une personne peut être décrite grâce à 1 424 codes.

Tableau 3 : Classification des handicaps en fonction des facteurs contextuels.

Classification				
	Partie 1 : Fonctionnement et handicap		Partie 2 : Facteurs contextuels	
	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs extérieurs affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
Schémas	Changement dans les fonctions organiques (physiologie) Changement dans la structure anatomique	<i>Capacité</i> Réaliser des tâches dans un environnement standard <i>Performance :</i> Réaliser des tâches dans l’environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impacts des attributs de la personne
Aspect positif	Intégrité fonctionnelle et structurelle	Activité Participation	Facilitateurs	Sans objet
	Fonctionnement			
Aspect négatif	Déficiencia	Limitations de l’activité Restriction de la participation	Barrières, obstacles	Sans objet
	Handicap			

Fonctions organiques ; fonctions physiologiques. Structures anatomiques : anatomie de corps.
Déficiences : problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique. Activité : exécution d’une action
Participation : implication de la personne dans les situations de la vie par rapport aux facteurs personnels et environnementaux. Limitations de la participation : problèmes rencontrés dans la participation de la personne aux situations de vie.
Limitation de l’activité : difficultés rencontrées dans l’exécution de certaines activités. Facteurs environnementaux : environnement physique, social et attitudinal dans lequel les personnes vivent.

Les fonctions de l'organisme sont réparties en huit fonctions :

- Fonctions mentales ;
- Fonctions sensorielles et douleur ;
- Fonctions de la voix et de la parole ;
- Fonctions des systèmes cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire ;
- Fonctions des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien ;
- Fonctions génito-urinaire et reproductive ;
- Fonctions de l'appareil locomoteur et liées au mouvement ;
- Fonction de la peau et des structures associées.

La structure corporelle est aussi répartie en huit structures, correspondant autant que possible à ceux des fonctions :

- structures du système nerveux ;
- yeux, oreilles et structures annexes ;
- structures liées à la voix et à la parole ;
- structures des systèmes cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire ;
- structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- structures liées à l'appareil génito-urinaire ;
- structures liées au mouvement ;
- peau et structures annexes.

Les activités et la participation des personnes en situation de handicap :

- apprentissage et application des connaissances ;
- tâches et exigences générales ;
- communication ;
- mobilité ;
- entretien personnel ;
- vie domestique ;
- relations et interactions avec autrui ;
- grands domaines de la vie ;
- vie communautaire, sociale et civique.

Les facteurs environnementaux se divisent en cinq grands groupes notamment :

- produits et technologie ;
- environnement naturel et changements apportés par l'homme à l'environnement ;
- soutien et relations ;
- attitudes ;
- services, systèmes et politiques.

Les fonctions organiques sont codées à l'aide d'un code qualificatif qui indique l'étendue de la déficience :

- 0 : pas de déficience
- 1 : déficience légère ;
- 2 : déficience modérée ;
- 3 : déficience grave ;
- 4 : déficience absolue.

Les structures anatomiques sont codées avec trois codes qualificatifs indiquant l'étendue, la nature et la localisation de la déficience.

L'activité et la participation sont codées avec deux codes qualificatifs, celui de la performance et celui de la capacité, avec une échelle allant de 1 à 5 :

- aucune difficulté ;
- difficulté légère ;
- modérée ;
- sévère ;
- extrême.

Trois autres codes facultatifs peuvent s'ajouter (capacité avec assistance, performance sans assistance, implication ou satisfaction subjective).

Par l'instauration du guide-barème qui s'est substitué au Code des pensions militaires d'invalidité, la France a intégré dans ses textes officiels la classification, parachevant ainsi la modernisation d'un outil scientifique offrant un langage commun.

S'appuyant sur les trois dimensions définies par Wood : « *déficience* » (atteinte des organes et des fonctions, aspect lésionnel), « *incapacité* » (limitation des capacités, aspect

fonctionnel du handicap), « *désavantage* » (résultat de l'interaction entre la personne et son environnement, limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal), le guide barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées est utilisé depuis décembre 1993 par les ex-CDES et les ex-COTOREP devenues CDAPH pour déterminer le taux d'incapacité des personnes qui ont déposé une demande auprès de ces commissions, à partir de l'analyse des déficiences et de leurs conséquences.

L'objectif est de permettre une prise en compte la plus individualisée possible de la situation de chaque personne en fixant pour chaque catégorie, et à travers les trois dimensions, des degrés de sévérité allant de 3 à 5. L'entrée se fait dans le guide-barème par type de déficiences regroupées en huit déficiences :

- 1) déficiences intellectuelles et difficultés de comportement ;
- 2) déficiences du psychisme ;
- 3) déficiences de l'audition ;
- 4) déficiences du langage et de la parole ;
- 5) déficiences de la vision ;
- 6) déficiences viscérales et générales ;
- 7) déficiences de l'appareil locomoteur ;
- 8) déficiences esthétiques.

Deux seuils sont importants pour l'ouverture de droits :

- le seuil de 50% correspond à des troubles importants obligeant à des aménagements notables de la vie quotidienne, limité au logement ou à l'environnement immédiat avec une autonomie conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- le seuil de 80% correspond à une déficience grave entraînant la perte de l'autonomie dans les actes essentiels de la vie quotidienne.

Devant les difficultés rencontrées dans son application, une actualisation a semblé nécessaire pour tenir compte des évolutions de la médecine dans la prise en charge de certaines maladies et intégrer des critères environnementaux.

Pour le moment, la révision ne concerne que le chapitre 6 du guide-barème « déficiences viscérales et générales » même si dans l'avenir elle pourrait être étendue à d'autres chapitres. En effet, s'agissant de pathologies dont la prise en compte est plus récente que d'autres

handicaps reconnus depuis longtemps, l'évolution rapide de la médecine dans le diagnostic et les traitements génère des modifications rapides dans le quotidien même des personnes.

2.3 La typologie des déficiences

De façon classique et par commodité de classement sont distinguées les déficiences motrices, sensorielles et intellectuelles. Nous les présentons dans cet ordre tout en sachant bien que ce schéma simple n'en reflète pas la complexe diversité, en particulier, s'agissant des handicaps associés.

2.3.1 Les déficiences motrices

Les déficiences motrices : terme générique recouvrant différentes formes de handicaps mais qui portent tous atteinte à la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, réduisant l'autonomie de la personne et nécessitant parfois une aide extérieure dans les actes de la vie quotidienne.

Leur origine est variée, se produisant lors du développement du fœtus ou à la naissance (malformations). Elle peut être causée par des traumatismes extérieurs (accidents) ou des maladies (sclérose en plaques, polyarthrite). La déficience motrice peut être due à une atteinte du système nerveux affectant le système nerveux central (encéphale et moelle épinière) ou le système nerveux périphérique qui relie la moelle aux organes par l'intermédiaire des nerfs périphériques. Elle peut résulter aussi d'une atteinte des muscles ou du squelette.

- ***L'hémiplégie***

L'hémiplégie est une paralysie de la moitié droite ou gauche du corps, due le plus souvent à une lésion cérébrale dans l'hémisphère opposé. Pour ce qui est de la paraplégie, c'est une lésion des muscles des membres inférieurs. Selon le degré d'atteinte, on peut assister à l'utilisation des deux membres, mais soutenus à la station debout par les béquilles. L'utilisation du fauteuil roulant par les paraplégiques est incontournable. Cette paralysie d'une moitié du corps (bras et jambe du même côté) a pour cause un accident vasculaire cérébral, une attaque cérébrale ou une tumeur au cerveau. Elle est caractérisée par des troubles fonctionnels selon ; l'importance des lésions et les zones touchées.

L'hémiplégie droite ou gauche associe des troubles de la motricité, de la sensibilité, de la compréhension, ainsi qu'un déficit de la parole. Selon les parties du cerveau atteintes, l'hémiplégie touchant différentes parties du corps sera crurale (paralysie de la jambe) ou

brachio-faciale (paralysie du bras et de la face). Les hémiplegies de l'hémisphère gauche du cerveau s'accompagnent de difficultés à parler, à écrire, à communiquer, nécessitant l'intervention d'un orthophoniste.

- ***La paraplégie***

C'est une paralysie des deux membres inférieurs, résultant d'une lésion de la moelle épinière due à une fracture de la colonne vertébrale, à un écrasement des vertèbres ou à une maladie affectant la moelle épinière. L'importance de l'atteinte, souvent provoquée par des accidents de la circulation, de travail ou des blessures diverses, peut entraîner l'utilisation d'un fauteuil roulant. Lorsque la paralysie qui touche les membres inférieurs et le tronc atteint également les membres supérieurs : il s'agit par définition d'une tétraplégie.

- ***La tétraplégie***

La tétraplégie, due aussi à une lésion de la moelle épinière, est la paralysie des quatre membres. Selon la gravité de la lésion, des troubles peuvent affecter les fonctions urinaires et intestinales. La fonction génito-sexuelle est modifiée avec une perte de sensibilité plus ou moins importante. La personne tétraplégique dont l'autonomie est très réduite doit être assistée par une tierce personne.

La tétraplégie, est une atteinte fonctionnelle des quatre membres. Cette atteinte est accompagnée des lésions musculaires des membres et parfois ceux du tronc selon le degré de gravité. Concernant les paraplégiques et les tétraplégiques, il s'agit le plus souvent de blessés médullaires, venus aux sports jeunes, quelques fois au cours de leur rééducation (la pratique sportive étant un outil efficace de réadaptation). Les difficultés sont d'autant plus importantes que le niveau neurologique est élevé. Les principales difficultés tiennent à : L'étendue des paralysies rendant obligatoire l'utilisation du fauteuil roulant. Le risque toujours présent d'escarres ischiatiques ; Les contractures dans les formes spastiques avec mouvements involontaires et postures gênantes déclenchées par l'effort, le froid, les frottements ; L'insuffisance du contrôle des sphincters pouvant occasionner des fuites urinaires.

Cependant la majorité des paraplégiques pratiquent l'auto sondage pour vider leur vessie avant un entraînement ou une compétition. Le risque d'infection urinaire est élevé quand ils ne boivent pas assez ou ne vident pas régulièrement leur vessie. La précarité du maintien de la température centrale est constatée exemple : l'exposition prolongée au froid (piscine) entraîne une hypothermie et au chaud une hyperthermie. L'insuffisance de l'adaptation cardiovasculaire

à l'effort et bien d'autres encore sont des troubles neurologiques constatés. Minimisant parfois toutes ces difficultés, les paraplégiques et les tétraplégiques qui s'entraînent très régulièrement, accèdent avec succès à des sports éprouvants comme l'athlétisme ou le basket-ball sur fauteuil roulant en compétition.

- ***Le traumatisme crânien***

C'est une des conséquences dramatiques des accidents de la route, du travail ou de la vie quotidienne."

Un choc violent à la tête peut se traduire par des lésions cérébrales entraînant un coma de quelques heures à plusieurs semaines.

Les lésions localisées sur une région du cerveau entraîneront des altérations des fonctions de cette région, provoquant par exemple des troubles de la parole, de la mémoire ou de l'audition. Des lésions encéphaliques diffuses provoqueront, elles, de lourdes séquelles.

Les séquelles physiques provoqueront hémiparésie, épilepsie, troubles de la vision et incoordination des gestes tandis que se manifesteront des troubles du comportement avec une mémoire et une attention défaillante, une lenteur dans les gestes et des difficultés de communication.

S'y ajoutent des troubles neuropsychologiques (troubles de la mémoire ou des fonctions cognitives) et psychoaffectifs (état dépressif ou à l'inverse état d'agitation) dont les manifestations peuvent être diverses.

La prise en charge se fera en centre de rééducation fonctionnelle avant de prendre la forme d'une réinsertion sociale et professionnelle.

Dans le cadre de la politique de réinsertion, ont été créés des maillons entre les services hospitaliers délivrant des soins de suite et de réadaptation et les structures médico-sociales d'accueil adaptées, en nombre très insuffisants, les unités expérimentales d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle (UÉROS).

- ***L'infirmité motrice cérébrale***

Cet ensemble de troubles résulte d'une lésion du cerveau survenue aux environs de la naissance, alors que le système nerveux central n'a pas encore atteint son plein développement.

Les perturbations du tonus musculaire, de la régulation et de la commande volontaire des mouvements sont réparties en trois principaux types cliniques :

- le syndrome spastique touche les muscles les plus sollicités (muscles fléchisseurs des membres supérieurs et extenseurs des membres inférieurs) et réduit les possibilités de jeu musculaire ;
- le syndrome athétosique résulte d'une atteinte des noyaux gris et se caractérise par des mouvements involontaires, lents et irréguliers ;
- le syndrome ataxique, plus rare est dû à une lésion du cervelet et se caractérise par des troubles de l'équilibre, de la marche, et de la coordination des mouvements.

La prématurité est la première cause de l'IMC, mais un accouchement difficile provoquant une souffrance fœtale aiguë, des infections cérébrales (méningites) ou des accidents domestiques peuvent aussi être responsables de lésions cérébrales.

Le handicap moteur pourra alors prendre plusieurs aspects suivant la gravité et la localisation de l'atteinte, allant d'une anomalie du mouvement, d'une simple difficulté à coordonner les gestes, jusqu'à l'incapacité de marcher. Il existe souvent des troubles associés comme l'épilepsie, les reflux gastro-œsophagiens, les problèmes urinaires, mais également des troubles du langage et des difficultés d'organisation spatio-temporelle.

Un enfant sur 2 000 naît avec une infirmité motrice cérébrale. Dans certains cas des appareils orthopédiques sont nécessaires.

En cas de déficience motrice, la kinésithérapie permettra de garder les articulations souples et de stimuler l'évolution motrice.

En fonction des troubles associés à la déficience motrice, des rééducations en ergothérapie, psychomotricité, orthophonie sont pratiquées.

Depuis quelques années est proposée la mise en place d'un réservoir de médicament sous la peau de l'abdomen relié par un cathéter à la moelle épinière et programmé électroniquement pour délivrer un médicament luttant contre l'hypertonie. Le réservoir doit être rempli tous les trois mois et changé tous les cinq ans.

- ***L'épilepsie***

Cette maladie d'origine cérébrale se manifeste par la répétition de crises qui peuvent être généralisées ou partielles. Les crises généralisées convulsives représentent le modèle le plus classique mais pas le plus fréquent. La personne en crise se raidit soudainement, perd conscience et s'effondre ; le corps et les membres peuvent être saisis de violentes secousses qui se ralentissent jusqu'au retour progressif à la conscience.

La crise est partielle lorsqu'elle ne concerne qu'une région limitée du cerveau, se manifestant par une brève suspension de conscience, des troubles visuels ou auditifs et parfois des troubles du langage. Le traitement est médicamenteux, visant à diminuer la fréquence des crises.

- ***La sclérose en plaques***

C'est une maladie du système nerveux qui frappe des sujets jeunes, débutant brusquement entre vingt et quarante ans.

En l'absence de marqueurs spécifiques, le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques, paracliniques et évolutifs rendu plus difficile par les trois formes de la maladie : récurrente (ou rémittente), secondairement progressive ou progressive primitive.

L'altération de la myéline, substance située dans le cerveau, le cervelet et la moelle épinière, a pour conséquence un mauvais passage des messages de la cellule nerveuse, faisant alors apparaître des paralysies ou des troubles sensoriels.

L'origine de la maladie est inconnue même si des études ont montré l'importance des facteurs génétiques dans les mécanismes de la maladie. L'alternance de poussées de la maladie et de rémissions provoque des problèmes dans la vie professionnelle et familiale tandis que les atteintes motrices peuvent évoluer sur une durée de vingt à trente ans, jusqu'à constater une lente réduction de l'activité et le besoin d'utiliser un fauteuil roulant.

En France, 50 à 60 000 personnes souffriraient de la sclérose en plaques.

- ***Le spina bifida***

Cette malformation du tube neural se produit lorsque certaines vertèbres ne se referment pas sur la moelle épinière. L'origine précise en demeure inconnue. Il est souvent accompagné d'hydrocéphalie, accumulation excessive de liquide céphalo-rachidien dans les cavités du cerveau.

Il existe plusieurs formes de spina bifida et parmi elles :

- la myéloméningocèle est la forme la plus grave. La moelle épinière et les nerfs sont difformes, les membranes entourant la moelle épinière ou le cerveau peuvent être ouvertes, exposant ainsi la moelle ;
- la méningocèle, où l'ouverture créée par les vertèbres fissurées ou manquantes, laisse les membranes entourant la moelle sortir du canal rachidien ;

- le spinabifida occulta, résultant d'une malformation d'une ou plusieurs vertèbres, est le type le moins grave.

Il se manifeste par un handicap moteur qui entraîne une paralysie plus ou moins importante et une incontinence urinaire et sphinctérienne. Des séquelles mentales peuvent se surajouter. Le spina bifida nécessite des traitements médicaux et chirurgicaux, l'utilisation d'aides techniques.

- ***La polyarthrite rhumatoïde***

On estime à plus de 300 000, les personnes qui souffrent de polyarthrite rhumatoïde, maladie chronique inflammatoire touchant plusieurs articulations, dont on ignore encore la cause, même s'il existe des facteurs de prédisposition génétique.

Un malade sur deux, atteint depuis plus de cinq ans, connaît une aggravation du rhumatisme invalidante. Elle est caractérisée par une sécrétion anormale de la membrane synoviale de liquide s'accumulant dans l'articulation qui devient gonflée et douloureuse.

Le traitement est médicamenteux et si besoin chirurgical et l'homéopathie, l'acupuncture ou l'ostéopathie sont également utilisés.

D'autres affections, génétiques, sont causes de déficiences motrices.

Plus de 3 000 maladies génétiques, pour la plupart héréditaires, ont pour point commun un gène au cœur des cellules, qui fonctionne mal. Certaines sont connues et peuvent être bénignes, d'autres sont plus rares, invalidantes et parfois mortelles.

- ***La mucoviscidose***

Avec environ 200 cas diagnostiqués chaque année, la mucoviscidose reste la première maladie génétique grave de l'enfant. Elle se manifeste par une augmentation de la viscosité du mucus présent dans les bronches, le foie et le pancréas.

L'enfant a une toux chronique et ressent le besoin de cracher.

Il existe un risque constant d'obstruction bronchique dont le traitement comporte une kinésithérapie respiratoire et la prise d'antibiotiques.

Le transit intestinal est difficile avec des perturbations de la digestion de tous les aliments.

- ***L'ostéogénèse imparfaite ou maladie des os de verre***

L'ostéogénèse imparfaite ou maladie des os de verre constitue un groupe de maladies caractérisées par une fragilité osseuse responsable de fractures. Elle résulte d'un défaut dans la formation du collagène, principale protéine constituant la trame organique des os. Certaines formes ont une évolution sévère avec nanisme. Les déformations du tronc sont très fréquentes et des scolioses peuvent apparaître. Un traitement orthopédique est parfois nécessaire. Les dents sont fragiles et parfois de couleur grise transparente. Un risque de surdité existe chez l'adulte.

Outre les traitements orthopédiques, la prise en charge peut être chirurgicale, kinésithérapique et avoir recours à des aides au déplacement. Elle touche une personne sur 10 000 environ.

- ***L'achondroplasie ou nanisme***

Des 150 types de nanisme, l'achondroplasie est la plus courante et toucherait une naissance sur 15 000. Le front est proéminent et les membres sont plus touchés que le tronc. La plupart des nanismes sont héréditaires, mais la majorité des cas est due à un accident génétique par mutation d'un gène.

Une surveillance médicale est nécessaire et des traitements hormonaux et chirurgicaux sont prescrits.

- ***La chorée de Huntington***

C'est une affection dégénérative du système nerveux. Elle se transmet selon un mode autosomique dominant. Un enfant dont l'un des parents est porteur du gène muté, a un risque d'un sur deux d'hériter de ce gène, localisé sur le bras court du chromosome 4 et de développer un jour la maladie.

La dégénérescence des neurones dans des zones précises du cerveau (le striatum) se traduit par une détérioration intellectuelle, des troubles moteurs avec des gestes incohérents (« danse de Saint Guy ») et des problèmes psychiatriques. 6 000 personnes seraient atteintes de cette maladie incurable qui débute chez le jeune adulte vers 25-40 ans.

- ***L'ataxie de Friedreich***

Autre atteinte cérébrale, l'ataxie de Friedreich est provoquée par une dégénérescence des neurones de la moelle épinière. Le gène responsable a été localisé sur le chromosome 9.

Presque toujours associée à une hypertrophie cardiaque, cette maladie évolutive provoque des troubles de la coordination, entraînant d'abord une démarche vacillante et une instabilité dans la position debout. Les troubles se généralisent ensuite avec des difficultés d'élocution, la perte de réflexes, des tremblements des mains et des bras et un risque de diabète. Avant 30 ans, la marche n'est pratiquement plus possible.

- ***Les maladies neuromusculaires***

Ce sont des atteintes de l'unité motrice, constituée de la moelle épinière, du nerf périphérique, de la jonction neuromusculaire et de la fibre musculaire. On en dénombre plus de 40 regroupées en anomalies de la fibre musculaire (myopathies), atteintes de la jonction du muscle avec le nerf moteur (myasthénie) et atteintes du nerf périphérique lui-même (maladie de Charcot-Marie-Tooth).

- ***Les amyotrophies spinales***

Les amyotrophies spinales, dues à la dégénérescence des cellules nerveuses motrices (motoneurones) périphériques de la corne antérieure de la moelle épinière, se traduisent par une fonte (amyotrophie) musculaire des jambes et du buste, parfois des bras.

La dégénérescence des motoneurones peut débuter très tôt dans les premières années de la vie, empêchant l'enfant de marcher.

On les classe en fonction de l'âge de la maladie ; le type 1 apparaît avant six mois d'âge, le type 2 après six mois. L'enfant peut se tenir assis, mais ne marche pas. Les paralysies touchent les quatre membres.

Les atteintes respiratoires fréquentes nécessitent une prise en charge respiratoire spécifique. Les capacités intellectuelles sont normales.

Dans le type 3, l'enfant a marché, mais il a ensuite présenté une dégradation motrice plus ou moins importante.

Ce sont des maladies génétiques autosomiques récessives : l'enfant ne sera malade que s'il possède le gène défectueux en deux exemplaires, hérités de son père et de sa mère.

- ***Les myopathies***

Les myopathies sont caractérisées par la dégénérescence de la fibre musculaire. Les muscles s'atrophient progressivement jusqu'à l'altération des fonctions respiratoires. La myopathie de Duchenne de Boulogne, la plus connue, touche un garçon sur 3 500. Sa forme peut avoir une évolution lente (myopathie de Becker) ou rapide (Duchenne).

L'atrophie musculaire a pour conséquence un handicap moteur variable selon la forme, rapide ou lente, et l'évolution de la maladie.

La perte de la marche entraîne une utilisation du fauteuil roulant électrique avec des problèmes fonctionnels dus à la station assise et aux difficultés à effectuer des gestes.

Des complications peuvent survenir : scoliose avec la perte des muscles respiratoires et du tronc, problèmes cardiaques et nutritionnels avec une difficulté à avaler. L'enfant ou l'adulte myopathe se fatigue vite. On observe également dans certains cas une diminution du délai pendant lequel il peut se retenir d'uriner. Des problèmes psychologiques et des difficultés d'abstraction peuvent être notés ainsi que des problèmes orthopédiques causés par les déformations articulaires et des membres.

Une prise en charge précoce permettra de limiter les conséquences fonctionnelles de ces maladies, avec kinésithérapie et balnéothérapie, auxquelles s'ajoutera une ventilation respiratoire associée à l'utilisation d'un appareillage. L'année 1987 a été une année clé avec l'identification du gène de la dystrophine responsable de la myopathie de Duchenne, puis les chercheurs ont ouvert la voie de la thérapie génique qui consiste à introduire chez le malade un gène codant détenant le message génétique pour la protéine défailante.

- ***La myasthénie***

La myasthénie est une maladie dans laquelle l'organisme produit des anticorps contre un récepteur servant à la transmission du message du nerf vers le muscle.

Situés à la surface des muscles, les récepteurs en cas de myasthénie sont plus ou moins dégradés.

C'est une maladie auto-immune caractérisée par un épuisement progressif du muscle à l'effort.

Les causes en sont encore inconnues même si des études ont montré que la présence simultanée de certains gènes augmentait le risque de survenue. Dans certains cas, on note des

troubles oculaires, chute de la paupière et/ou vue double, dans d'autres, des difficultés de mastication et une faiblesse des muscles des membres.

Un traitement médicamenteux permet d'équilibrer la maladie mais c'est vers l'immunothérapie que s'orientent les espoirs thérapeutiques.

Une maladie auto-immune est liée à un dérèglement du système immunitaire. Pour lutter contre les bactéries et les virus, l'organisme se défend avec un système immunitaire qui, au cours du développement de l'individu, a appris à reconnaître les corps étrangers et à fabriquer des antiviruses. Dans le cas de la maladie auto-immune, le système immunitaire défend l'organisme contre les corps étrangers mais il produit aussi des anticorps qui neutralisent les constituants normaux de l'organisme.

- ***La maladie de Charcot-Marie-Tooth***

Héréditaire, la maladie de Charcot-Marie-Tooth touche environ une personne sur 2 500 et débute par des faiblesses musculaires et des douleurs dans les jambes puis une fonte des muscles (amyotrophie), des bras et des jambes. Elle évolue lentement mais elle peut se manifester aussi par poussées. L'évolution est variable d'une personne à l'autre.

La faiblesse musculaire entraîne des troubles de la marche et de la sensibilité. La fatigabilité est constante, l'équilibre, instable et la station debout, pénible.

Les mécanismes responsables de la maladie n'étant pas connus, la prise en charge visant à prévenir les conséquences des lésions est essentielle avec une rééducation kinésithérapique et orthopédique.

2.3.2 Les déficiences sensorielles

- **La déficience auditive**

La déficience auditive est un handicap dont les conséquences sur le comportement quotidien sont difficiles à appréhender. On a pu parler à cette occasion de handicap invisible. En effet, la surdité ne se voit pas et l'impression donnée par un sourd est celle d'un individu quelconque. La parole humaine étant le moyen privilégié de la communication, sa détérioration situe le déficient auditif en marge des échanges oraux. De plus, l'oreille, outre sa fonction d'audition dont l'intensité est exprimée en décibels, joue un rôle important dans l'équilibre.

Le handicap provoqué par une surdité dépend du caractère unilatéral ou bilatéral de la surdité, du degré et du type de surdité, de l'existence parfois de handicaps associés (sourds aveugles par exemple) et de l'âge de survenue par rapport à l'apprentissage du langage.

La surdité peut être une surdité de transmission affectant l'oreille externe (pavillon et conduit auditif) ou l'oreille moyenne (tympan et osselets).

Le plus souvent la perte est modérée (les sons graves sont mal perçus) et peut être traitée par des médicaments dans les cas d'otites ou parfois par chirurgie dans les cas de blocage du fonctionnement de l'étrier.

La surdité de perception affecte, elle, l'oreille interne (cochlée et nerf auditif) et peut être d'origine génétique ou acquise, causée avant la naissance par des infections congénitales ou apparue durant les périodes néonatale (traumatisme obstétrical, prématurité) et postnatale (séquelles d'infection). Pour mesurer l'importance de la déficience auditive, on parle de surdité légère quand la perte moyenne est comprise entre 20 et 40 décibels (dB), de surdité moyenne entre 40 et 70 dB, de surdité sévère entre 70 et 90 dB et profonde au-delà de 90 dB. Ces deux dernières demandent une prise en charge plus lourde.

Le diagnostic peut être fait à tout âge grâce à des tests : dès la naissance pour les enfants à risque ou plus tard devant des signes d'un comportement anormal vis-à-vis du monde sonore ou ceux d'un retard de langage.

La prise en charge consiste surtout en une rééducation orthophonique et un appareillage auditif.

Depuis quelques années est apparue une prothèse particulière destinée aux sourds profonds, l'implant cochléaire, dont l'un des éléments, le porte-électrodes, est inséré par intervention chirurgicale dans la cochlée. Pour communiquer diverses méthodes sont utilisées:

- la langue des signes français (LSF) où chaque signe est une combinaison d'éléments: forme et orientation de la main, emplacement dans l'espace ;
- le langage parlé complété, composé de signaux d'aide à la lecture labiale qui se font la main près du visage ;

- la méthode verbo-tonale inventée par le professeur Guberina, avec pour objectif le développement des capacités fonctionnelles des zones auditives non atteintes pour éduquer la voix, le rythme et l'intonation de la parole.

L'article 33 de la loi du 18 janvier 1991 reconnaît aux jeunes sourds la liberté, de choix entre une communication bilingue - langue des signes et française

- et une communication orale, dans le domaine de l'éducation.

➤ **La déficience visuelle**

Elle est définie par la mesure du champ visuel (l'espace couvert par un œil immobile) et de l'acuité visuelle (appréciation des détails par l'œil). Lorsque l'acuité visuelle est comprise entre 3/10 et 1/20, après correction du meilleur œil, on parle d'amblyopie. La personne dont la vision est inférieure ou égale à 1/20 au meilleur œil après correction et le champ visuel, réduit à 1/10 pour chaque œil, est considérée comme aveugle.

La déficience visuelle peut être congénitale (maladie de la mère durant la grossesse, anomalie de l'œil) ou acquise (traumatismes par chocs violents). Des cancers du nerf optique ou de la rétine, des maladies dégénératives, comme un diabète sévère, ou héréditaires, comme la rétinite pigmentaire, conduisent à la malvoyance et parfois à la cécité.

Certains signes peuvent être la manifestation d'une déficience visuelle :

- une tendance à trébucher, à heurter les meubles ;
- une grande maladresse dans les gestes ;
- un clignement des yeux, un plissement des paupières ;
- une tendance à fermer un œil pour mieux voir, une position anormale de la tête pour fixer ;
- des larmoiements.

Mal connue du grand public, la rétinite pigmentaire est une maladie héréditaire qui se manifeste par une cécité nocturne et une atteinte du champ visuel :

- Soit la vision centrale est tout d'abord touchée avec une gêne à la lumière, il y a une altération de l'acuité visuelle et des troubles de la vision des couleurs.

Soit l'atteinte porte sur la vision périphérique, avec comme symptômes. La cécité nocturne et un rétrécissement du champ visuel. Le caractère évolutif amène à la disparition peu

à peu de la perception de la lumière. Plus d'un million de personnes souffrent en France d'un trouble spécifique de la vision. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, il faut s'attendre à un accroissement du nombre de dégénérescences maculaires liées à l'âge, maladie la plus fréquente, responsable de la perte de la vue chez les personnes de plus de 50 ans.

On ne connaît pas encore les véritables raisons de cette maladie dégénérative de la région centrale et sphérique de la rétine (la macula).

Les ophtalmologistes en distinguent deux formes :

- une forme atrophique ou « sèche ». C'est l'expression la plus fréquente de cette maladie qui se caractérise par l'existence, dans la macula, de dépôts adipeux jaunâtres dont l'accumulation dans le tissu rétinien des deux yeux conduit, en l'absence de prise en charge spécialisée, à une perte croissante des fonctions visuelles ;
- une forme « humide », due au développement de néovaisseaux dans le tissu rétinien et aux complications hémorragiques associées à ce phénomène. Cela conduit à la formation de « tâches aveugles » pouvant mener à la cécité.

Les premiers symptômes sont une vision floue des images, des difficultés à distinguer les couleurs, une déformation des lignes droites et une gêne de la vision centrale.

La prise en charge consiste en une « rééducation orthoptique » pour utiliser au mieux la rétine périphérique, l'utilisation de systèmes visuels grossissants et des traitements visant à stopper la progression des phénomènes dégénératifs par génétique moléculaire.

Outre la recherche génétique afin de trouver les gènes responsables, les chercheurs s'orientent vers la thérapie génique, par l'introduction d'un gène normal non muté pour restituer la fonction des bâtonnets. Elle n'est cependant envisageable, dans les prochaines années, que pour certaines rétinites pigmentaires débutantes car il est nécessaire qu'une partie des bâtonnets n'ait pas dégénéré et elle impose également de connaître le gène responsable.

Des essais purement expérimentaux de greffe de bâtonnets ont lieu, mais plusieurs années seront nécessaires pour en connaître l'efficacité. D'autres travaux se concentrent sur des rétines artificielles.

France, 35 000 à 40 000 personnes seraient atteintes de rétinopathies pigmentaires.

2.3.3 Déficiences intellectuelles

La définition de la déficience intellectuelle dépend pour une part de ce qui est considéré par la société comme normal. Des critères importants entrent bien entendu en ligne de compte, comme les aptitudes à manier les concepts abstraits et à faire face à des situations compliquées et variées.

Par opposition, la déficience intellectuelle sera présentée comme un développement insuffisant des capacités mentales, entraînant l'impossibilité d'un apprentissage normal et d'une réaction appropriée aux circonstances de la vie quotidienne.

La personne handicapée mentale disposera le plus souvent d'une capacité insuffisante à mémoriser et à fixer son attention, à évaluer l'écoulement du temps,

L'importance des informations à sa disposition, à assimiler des notions abstraites. Elle pourra mal maîtriser la lecture et l'écriture et avoir une méconnaissance plus ou moins grande des conventions tacites qui régissent l'échange d'informations et les règles de communication.

Le handicap mental est congénital ou acquis, résultant d'une déficience plus ou moins importante des fonctions intellectuelles. À ne pas confondre avec la maladie mentale qui est une perturbation des facultés mentales susceptible d'être réduite ou guérie par des thérapies adaptées.

Les causes les plus fréquentes sont d'origine génétique (mutation du gène ou aberration chromosomique) ou biologiques (agressions prénatales et périnatales).

Des facteurs familiaux, des accidents de grossesse, des affections causées par un virus (rubéole) ou un parasite (toxoplasmose) s'y ajoutent.

Des tests évaluant le quotient intellectuel (QI), établissent les diverses catégories, de la déficience légère à la déficience profonde. Catégorisation critiquable dans la mesure où elle ne fournit pas d'indications sur les capacités, l'établissement du QI devant n'en être qu'une étape.

La classification traditionnelle, mais pas la seule utilisée, distingue de la façon suivante

- retard mental léger : QI de 70 à 50 ;
- retard mental moyen : QI de 49 à 35 ;
- retard mental grave : QI de 34 à 20 ;
- retard mental profond : QI moins de 20.

Les déficiences profondes entraînent une restriction sévère de l'autonomie des troubles neurologiques et des troubles du comportement, associant parfois des handicaps moteurs et sensoriels.

Les déficiences légères permettent une certaine autonomie et des acquisitions limitées entretenues par une pédagogie appropriée.

➤ **La trisomie 21**

Parmi les aberrations chromosomiques, la trisomie 21 ou syndrome de Down est la plus fréquente. 1 déficient mental sur 5 est trisomique. Le taux de prévalence de la trisomie 21 tourne autour de 1 pour 700 naissances, mais varie avec l'âge de la mère, passant à 1 pour 200 naissances à 38 ans. Elle résulte de la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21^e des 23 paires de chromosomes de la cellule.

L'aspect du visage est évocateur : les pommettes saillantes et les yeux obliques leur ont valu longtemps le nom de « mongolien », aujourd'hui abandonné. Les doigts sont courts et larges, les cheveux fins et raides. La taille, normale à la naissance, accuse au fil des ans un retard par rapport à la moyenne. L'aspect trapu est dû aux bras et aux jambes un peu courtes par rapport au tronc. Le tonus musculaire est faible (hypotonie). Des malformations cardiaques sont présentes chez près de 50% des individus et des problèmes digestifs constatés : le strabisme est fréquent, de même qu'une dysfonction de la glande thyroïde.

Les jeunes trisomiques sont réputés sensibles aux infections et doivent bénéficier de toutes les vaccinations.

➤ **Le syndrome X fragile**

Deuxième cause de retard mental après la trisomie 21, le syndrome du fragile est une anomalie héréditaire du chromosome X, qui affecte plus les garçons que les filles. Il toucherait plus de 15 000 personnes en France. La transmission se fait de manière inhabituelle pour une maladie liée au chromosome X : environ 30% des femmes porteuses sont atteintes et 20 % des hommes porteurs n'ont aucune expression clinique.

Le gène est dit « prémuté » quand la personne est porteuse d'un X fragile sans être malade. Elle est porteuse saine. Par contre, si la mutation est complète (ou mosaïque), la personne porteuse du X est malade.

On peut établir un diagnostic fiable grâce à la biologie moléculaire par prise de sang, extraction d'ADN du tissu fœtal lors de la 10^e semaine et amniocentèse à partir de la 16^e semaine de grossesse.

Chez le jeune enfant, les premiers signes qui peuvent attirer l'attention sont un retard de langage, un retard psychomoteur et des troubles du comportement.

➤ **L'autisme**

L'autisme revêt de gros problèmes de définition. Ensemble très divers, vraisemblablement lié à un problème neurologique, il est souvent accompagné d'autres signes comme l'épilepsie ou un retard mental, à des degrés divers. Schématiquement, il se caractérise par l'isolement, l'incapacité à communiquer avec les autres et donc une grande difficulté pour l'intégration à la cellule familiale. C'est un trouble de la fonction de relation et l'ensemble des moyens de communication verbale et non verbale sont concernés.

Son origine est complexe et a divisé les spécialistes en tenants de la théorie psychanalytique et ceux de la théorie organique, opposant maladie mentale au handicap mental.

L'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale en 1994 retenait la définition suivante :

Le syndrome d'autisme infantile est un trouble, global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication verbale et non verbale, comportement. Les interactions sociales sont perturbées en quantité et en qualité. Il existe un retrait social (retrait. Autistique) caractéristique du syndrome- indifférence au monde.

La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité.

Les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés. De plus, les personnes autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère et des comportements agressifs. Les caractéristiques cliniques évoluent souvent avec l'âge, au cours de l'adolescence et du passage à l'âge adulte, et peuvent alors se modifier, se stabiliser ou s'aggraver.

➤ **Le syndrome d'Asperger**

Le syndrome d'Asperger est une forme clinique d'autisme mais avec une acquisition du langage à un âge à peu près normal.

C'est dans le domaine des interactions sociales que les troubles sont les plus importants. Les comportements sont inadaptés aux situations, l'enfant « Asperger » ne comprenant pas les gestes des autres et les règles du comportement social. Le potentiel intellectuel est souvent normal, leur mémoire excellente et ils se passionnent pour des sujets de prédilection dont ils apprennent tout ce qu'ils peuvent.

Ils ont des comportements répétitifs, avec une tendance à utiliser des objets de manière stéréotypée, s'imposant des routines dans toutes les sphères de leur vie.

La France a connu un retard conséquent avant de mesurer l'ampleur du problème de la prise en charge des personnes autistes. Bon nombre d'autistes ne trouvent aucune solution institutionnelle et restent à la charge des familles dans des conditions difficiles.

D'autant qu'un rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) de 1999 a pu observer que l'hospitalisation psychiatrique n'était pas pertinente sur le long terme et a constaté le déficit conséquent de places médico-sociales adaptées.

2.3.4 Les déficiences associées

La circulaire du 6 mars 1986 explique qu'il est possible de distinguer parmi les enfants atteints de handicaps associés :

- les enfants plurihandicapés, associant de façon circonstancielle deux handicaps : surdité-cécité, handicap moteur et sensoriel, d  fici  nce mentale et sensorielle ;
- les enfants polyhandicapés, atteints d'un handicap grave à expression multiple, avec une d  fici  nce mentale sévère accompagnée de troubles moteurs qui entraînent une restriction grave de l'autonomie.

On appelle par ailleurs sur-handicapés les enfants dont le ou les handicaps originels se cumulent avec un handicap acquis d'ordre cognitif ou relationnel. Par exemple, les d  fici  nts mentaux légers avec des troubles de la personnalité ou du comportement.

Ces handicaps supplémentaires peuvent être issus de la d  fici  nce originelle ou être la conséquence d'un environnement mal adapté.

Le polyhandicap n'est pas un handicap rare. Son taux de prévalence est de 1,8     chez les moins de 20 ans et de 2,5     chez les moins de 60 ans ; il concernerait 60 000 à 120 000 personnes, mais un certain nombre de personnes polyhandicapées, en raison de la configuration particulière de leurs atteintes ou de leur caractère évolutif, nécessitent un accompagnement très spécifique.

La déficience mentale est sévère ou profonde, se traduisant par des difficultés à se situer dans le temps et l'espace, des troubles de la mémorisation, du raisonnement et de relations des situations.

La déficience motrice peut être de niveau variable, se manifestant dans l'état de tension des muscles, le maintien de l'axe corporel dans les différentes positions et la préhension. La restriction de l'autonomie et des capacités de perception, d'expression et de relation rend les polyhandicapés totalement dépendants de leur entourage pour tous les actes élémentaires de la vie.

Les troubles de la vision tels que la myopie, l'astigmatisme, les cataractes, les malformations oculaires ou les atteintes rétinienne atteignent 40% des personnes polyhandicapées dès leur plus jeune âge. Ces problèmes rendent la vision fatigante avec des troubles de la perception du relief, du fond par rapport à l'objet.

Incontinence, troubles nutritionnels et absence de langage oral sont souvent constatés même si les situations sont très variées. L'épilepsie est très fréquente chez la personne polyhandicapée. Elle est très fatigable par les efforts qu'elle est amenée à faire pour assurer son quotidien, et les rééducations doivent en tenir compte.

Les médecins considèrent que 20% des causes sont acquises (diminution ou interruption de l'irrigation sanguine ou de la ventilation du cerveau), 20% sont d'ordre génétique, 20% liées à une malformation du cerveau et 40% restent inconnues.

La création de places dans les établissements spécialisés pour les adultes lourdement handicapés - maisons d'accueil spécialisé et foyers à double tarification sont reconnus comme un besoin prioritaire et bénéficie depuis 1999 d'un plan pluriannuel.

2.3.5 Les handicaps rares

Maladies rares du fait de leur faible prévalence, considérées comme de véritables orphelines de la santé puisqu'en raison d'une rentabilité financière jugée insuffisante, elles ont été oubliées par l'industrie pharmaceutique. Les personnes atteintes de maladies rares souffrent d'un dramatique déficit de connaissances sur leurs pathologies et subissent un parcours anormalement long pour connaître la nature de leur maladie et être orientée vers les services compétents.

Les résultats de la méconnaissance de ces maladies par les médecins et les laboratoires sont des diagnostics erronés ou tardifs, l'absence de prise en charge des malades du fait de l'absence de médicaments.

La France, depuis 1994, joue un rôle important dans le domaine de la recherche génétique et la promotion d'une politique en faveur des médicaments orphelins.

De même, les associations de malades souvent à l'origine des initiatives engagées dans la recherche et l'information se sont regroupées dans le collectif Alliance des maladies rares.

L'année 2001 a vu la création d'une plateforme des maladies rares qui regroupe l'Alliance des maladies rares, le serveur d'information Orphanet, le service téléphonique Maladies Rares Info Services et le réseau européen Eurordis.

Un institut des maladies rares réunissant l'État, les organismes de recherche CNRS et INSERM, la CNAM et des associations de malades a été installé en 2002 pour coordonner et développer la recherche."

Comme beaucoup de ces maladies sont d'origine génétique, la génomique et la thérapie cellulaire qui concerne la recherche sur les cellules souches d'embryons surnuméraires devraient ouvrir de nouveaux espoirs en matière de découverte fondamentale, de prévention et de soins.

Neurofibromatoses, syndrome d'Angelman, maladie de Von Hippel-Lindau, syndrome de Lowe sont quelques-unes des 7 000 maladies rares. La majorité des 500 maladies les plus fréquentes ont une prévalence inférieure à 1 pour 100 000 ce qui signifie que moins de 600 personnes en France sont atteintes pour chacune de ces pathologies. Les trois quarts des maladies rares peuvent être présentes dès la naissance ou avant l'âge de 2 ans. 80 % sont d'origine génétique et parmi elles, sont distinguées :

- les maladies monogéniques résultant de la mutation d'un seul gène ;
- les maladies mitochondriales, transmises exclusivement par la mère, causées par l'altération du génome de la mitochondrie ;
- les maladies polygéniques ou multigéniques dans lesquelles plusieurs gènes sont impliqués. Ce sont les plus fréquentes ;
- les maladies plurifactorielles où interviennent à côté de l'altération de plusieurs gènes, des facteurs environnementaux ;
- les maladies résultant d'aberrations chromosomiques.

Très souvent graves, chroniques et évolutives, elles impliquent une perte d'autonomie et des gênes qui peuvent altérer la qualité de vie.

Un décret du 18 décembre 2003 définit les personnes atteintes d'un handicap rare, personnes présentant l'une des configurations de déficiences ou de troubles associés dont le taux de prévalence n'est pas supérieur à un cas pour 10 000 habitants et relevant de l'une des catégories suivantes :

- l'association d'une déficience auditive grave et d'une déficience visuelle grave ;
- l'association d'une déficience visuelle grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves ;
- l'association d'une déficience auditive grave et d'une ou plusieurs autres déficiences graves ;
- une dysphasie grave associée ou non à une autre déficience ;
- l'association d'une ou plusieurs déficiences graves et d'une affection chronique, grave ou évolutive, telle que :
 - une affection mitochondriale ;
 - une affection du métabolisme ;
 - une affection évolutive du système nerveux ;
 - une épilepsie sévère.

Les handicaps rares nécessitant une prise en charge particulière se retrouvent parmi les handicaps associés graves (polyhandicaps, plurihandicap et surhandicaps).

Parmi les pathologies, nous trouvons :

- Le syndrome de Lowe

Le syndrome de Lowe ou syndrome oculocérébro-rénal est une maladie génétique rare qui atteint 400 à 500 enfants en France et touche les yeux, le cerveau et les reins. Héréditaire, transmise par la mère, elle n'est développée que par les garçons. Elle est caractérisée par un retard de croissance, une hypotonie musculaire, un dysfonctionnement rénal et oculaire avec cataractes, glaucomes et dystrophies cornéennes. Les os sont fragiles et les fractures fréquentes. Des crises d'épilepsie et des troubles du comportement sont constatés.

- Les maladies lysosomales

Une quarantaine de maladies lysosomales sont répertoriées et toucheraient 3 000 personnes.

✓ **Le dysfonctionnement biochimique d'enzymes**

Un dysfonctionnement biochimique d'enzymes empêche de recycler et d'éliminer les déchets cellulaires, engorgeant la cellule et gênant son fonctionnement normal. La transmission est héréditaire sur le mode récessif autosomique : les parents sont chacun porteurs d'un seul gène défectueux et la possibilité de le transmettre à leur enfant est d'1 sur 4 ; les symptômes sont divers, plus ou moins invalidants selon le type d'affections.

✓ **Les neurofibromatoses**

Les neurofibromatoses affectent la croissance cellulaire des tissus nerveux. La forme la plus répandue de type 1, portée par le chromosome 17, est connue sous le nom de maladie de Von Recklinghausen. Elle associe des tumeurs de la gaine des nerfs périphériques et des lésions cutanées, variables dans leur intensité, des atteintes osseuses (scoliose importante) et des neurofibromes de grande taille. Les difficultés d'apprentissage scolaire sont plus ou moins importantes. La gravité de cette maladie génétique est extrêmement variable d'un cas à l'autre.

La neurofibromatose de type 2 se signale par le développement à l'intérieur du système nerveux central de tumeurs bénignes, des schwannomes vestibulaires.

Les symptômes les plus courants sont une baisse de l'acuité auditive à cause du développement des tumeurs près du nerf cochléaire, des difficultés d'équilibre et suivant le lieu de formation des méningiomes, des maux de tête, des troubles de la vision et des difficultés motrices diverses.

Quand leur volume devient important, les structures encéphaliques voisines peuvent être comprimées, provoquant des lésions neurologiques sévères.

✓ **La maladie de Von Hippel-Lindau**

La maladie de Von Hippel-Lindau développe des tumeurs variées le plus souvent bénignes, affectant la moelle épinière et le cervelet, la rétine, les reins, les surrénales et le pancréas. En France, environ 450 personnes des deux sexes en souffrent. Elle a été localisée sur le chromosome 3.

✓ **Le syndrome de Gilles de la Tourette**

Le syndrome de Gilles de la Tourette est la plus connue des maladies à tics multiples. En effet, ce trouble neurologique est caractérisé par ces mouvements involontaires et soudains qui se produisent de façon répétée. On le trouve trois fois plus chez les garçons que chez les

filles et il toucherait environ 20 000 personnes. Parfois, elle associe des troubles de l'attention et de l'apprentissage. Avec les années ; les troubles comportementaux se généralisent.

✓ **Le syndrome d'Angelman**

Le syndrome d'Angelman, syndrome d'origine génétique, est caractérisé par un retard mental sévère, un retard du développement moteur avec une démarche saccadée, des traits comportementaux particuliers (rire facile, hyperactivité, apparence joyeuse). Fréquemment la croissance du périmètre crânien est retardée. Une épilepsie se développe très tôt. Des troubles de l'attention et du sommeil, une attirance pour l'eau sont également notés.

Mesurant l'ampleur cumulée de ces maladies, un rapport du ministère du Travail et les Affaires sociales de décembre 1996 a préconisé deux séries de mesures :

- La création de sections spécialisées au sein d'établissements et de services du type SESSAD pour les enfants et de services d'accompagnement et d'aide à domicile pour les adultes.
- La création de centres de ressources spécialisés pour les handicaps rares, avec pour missions l'information des commissions spécialisées et des professionnels de la santé, l'évaluation des nouvelles méthodes de dépistage et de traitement, l'affinement des diagnostics à la demande des familles ou des équipes médico-sociales, enfin, l'étude des conditions d'un maintien à domicile.

Pour mieux comprendre le handicap et le vécu de la personne handicapée, nous allons étudier l'ensemble des représentations mentales qu'une personne en situation de handicap développe au quotidien.

2.4 La notion de « Soi » : le sentiment de soi

Les neurosciences cognitives s'intéressent aujourd'hui à la notion de soi, qui résulte de l'intrication de deux aspects. Le soi est à la fois un ensemble de représentations mentales personnelles et multidimensionnelles que l'on a sur nous-mêmes et le phénomène de conscience de soi qui lui est associé. Il est à la base de notre identité individuelle et de notre sentiment de continuité au cours du temps. L'existence et le rôle d'autrui dans la construction de représentations mentales personnelles semblent essentiels ; c'est pourquoi le soi apparaît en relation étroite avec la théorie de l'esprit.

La théorie de l'esprit correspond à notre capacité à inférer des représentations ou des états mentaux à autrui. Bien que les études portant sur le soi et celles portant sur la théorie de

l'esprit soient souvent distinctes, il semble que ces deux concepts partagent des processus communs. Cette idée est confortée par les récentes études d'imagerie cérébrale qui mettent en évidence l'activation d'un réseau neuronal commun (constitué principalement du cortex préfrontal médian et du précunéus) lors de réalisation de tâches évaluant le soi ou la théorie de l'esprit. Ainsi, notre capacité à se représenter nos pensées et celles de l'autre semble donc avoir une origine cérébrale similaire. Conscience de soi et conscience de l'autre peuvent donc s'envisager dans une interaction bidirectionnelle à l'origine du fondement de notre identité individuelle et de la compréhension d'autrui, assurant ainsi la régulation des comportements et le bon déroulement des interactions sociales. A. Damásio est porté par la conviction « qu'un sentiment de soi est une partie indispensable de l'esprit conscient » (Damásio, 1999, p.18), et selon lui le sentiment de soi est la première réponse à une question que l'organisme n'a jamais soulevé : à qui appartiennent les configurations mentales incessantes qui se déroulent en ce moment même ? Damásio répond à cette question en disant que : « *La réponse est qu'elles appartiennent à l'organisme, en ce qu'il est représenté par le proto-Soi (...) ensuite le cerveau assemble la connaissance sans paroles nécessaires à la production de cette réponse que l'on n'avait pas demandée.* » (Ibid.)

2.4.1 Les différents aspects de la notion de « soi »

Lorsqu'on parle de conscience exclusivement humaine, on entend volontiers le terme « conscience » dans son acception la plus élevée, par exemple conscience morale, religieuse, philosophique. Mais si l'on définit simplement la conscience comme le « *sentiment d'exister* », d'être soi, on peut alors concevoir que « *cette conscience essentielle* » puisse être indépendante de l'activité intellectuelle et trouver son origine ailleurs que dans les centres d'intégration supérieurs. Damásio (1999) développe son modèle pour rendre compte des différents niveaux possibles de la conscience de soi. Il nous montre donc que le proto-soi est une perception d'instant en instant de l'état émotionnel interne du corps rendue possible, entre autres, par l'insula ou cortex insulaire qui produirait donc un contexte émotionnel adéquat pour une expérience sensorielle donnée. Par la suite, une perception du monde extérieur devient consciente quand elle est mise en relation avec ce proto-soi.

Cette concordance d'un ordre supérieur, appelé « *conscience noyau* » par Damásio (« *core consciousness* », en anglais) correspond à la question « *Qu'est-ce que je ressens face à cette scène visuelle ou à cette phrase ou à cette musique par exemple ?* ». Un troisième niveau, la conscience étendue, devient possible lorsque l'on peut se représenter ses expériences conscientes dans le passé ou le futur par l'entremise de la mémoire et de nos fonctions

supérieures permettant la conceptualisation abstraite. La conscience qu'ont les êtres humains d'être soi-même et pas un autre, cette conscience autobiographique, serait donc ancrée pour Damásio dans tous ces instants de la vie où notre conscience noyau donne une valeur affective à ce que nous vivons.

Par conséquent, ce moi autobiographique est sans cesse en reconstruction, éclairé qu'il est par le passé autant qu'influencé par nos attentes sur le futur. Il est intéressant de noter que Damásio distingue aussi « *la conscience étendue* » de ce que l'on désigne sous le terme général « *d'intelligence* ». La première permet pour lui d'avoir accès à un corpus de connaissances le plus large possible, alors que l'intelligence serait davantage reliée à l'habileté de manipulation de ces connaissances afin d'inventer de nouvelles réponses comportementales, de faire des liens. C'est également à l'enseigne de cette conscience étendue propre aux humains que logeraient des facultés comme la créativité, la prise en compte systématique des autres (altérité), la conscience morale (Morgadinho2011).

2.4.2 La construction de l'image de soi

Pour qu'un handicapé soit intéressant aux yeux des autres, il faut qu'il soit intéressant à ses propres yeux. Et c'est ici qu'intervient ce qu'on a appelé « *l'image de soi* », l'une des principales découvertes de la psychologie moderne. Les personnes charismatiques projettent une image conforme à la réalité. Leur magnétisme est, entre autres, provoqué par l'harmonie qui se dégage de leur être.

Elles se voient telles qu'elles sont et ont appris à composer avec cette image. Elles dégagent une aura d'équilibre et de bien-être psychique qui leur attire les sympathies. Pourquoi n'apprendriez-vous pas à rectifier l'image que vous avez de vous-même ? Ne vous effrayez pas, c'est beaucoup plus facile qu'on peut se l'imaginer à première vue.

Il suffit de suivre un cheminement logique.

Que vous en ayez conscience ou non, vous portez en vous-même une image mentale de ce que vous croyez être.

D'où provient donc cette image ?

L'image de soi ressemble à un casse-tête dont les pièces forment un tout. Tout comme un casse-tête présente trois ou quatre principaux types de pièces, selon leurs couleurs et leurs formes, l'image que nous avons de nous-mêmes est composée de multiples pièces qui viennent s'imbriquer les unes dans les autres et que l'on peut rassembler, grosso modo, en trois catégories :

- **L'image corporelle** : Il s'agit, de l'image que nous renvoie notre corps. Etant donné que c'est finalement le seul élément tangible, concret, visible dont nous disposons pour nous juger, c'est lui qui exerce la principale influence sur notre image.

- **L'éducation reçue** : nous sommes en grande partie le produit de notre éducation. Tout enfant rabaissé et brimé par ses parents ou ses enseignants aura fortement tendance à se sous-estimer et à se dévaloriser toute sa vie, quelles que soient, par la suite, ses réalisations personnelles.

- **Nos relations interpersonnelles** : Il est évident que nous consacrons beaucoup de temps à nous comparer aux autres, surtout au cours des trente premières années de notre vie. Par conséquent, un bon conseil si vous souhaitez attirer le succès, l'amour et l'amitié : Ne vous entourez pas de personnes déprimées, défaitistes, pessimistes, geignardes ou dépendantes. Recherchez l'amitié de gens gais, heureux, optimistes et autonomes.

2.4.3 Les trois piliers de l'estime de soi

L'amour de soi, La vision de soi et La confiance en soi sont trois piliers essentiels de l'estime de soi. Christophe (2006).

➤ **L'amour de soi**

L'amour de soi est l'élément le plus important. S'aimer ne souffre d'aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré ses échecs : c'est l'amour « *inconditionnel* » de soi, qui ne dépend pas de nos performances. C'est ce qui permet de nous reconstruire après un échec. Il n'empêche pas la souffrance mais protège du désespoir.

On sait aujourd'hui que cet amour nous est transmis dès la naissance par notre famille. Ce sont les premières « *nourritures affectives* ». Les carences d'estime de soi qui prennent racine à ce niveau sont les plus difficiles à rattraper. On les retrouve dans tous les problèmes liés aux troubles de la personnalité : comportements conflictuels ou comportements d'échec. Sous les masques sociaux, il est souvent difficile de percevoir l'amour qu'une personne se porte à elle-même.

➤ **La vision de soi**

C'est le regard que l'on porte sur soi ; la conviction (pas forcément fondée) que l'on a de qualité ou de défauts, de potentialités ou de limitations. Très souvent, l'entourage qui estime les capacités d'une personne ne comprendra pas pourquoi elle « *s'infériorise ainsi* ». Si la vision de soi est positive, c'est un moteur, une force intérieure. Dans le cas contraire, c'est le pire des freins. Ce regard que nous portons sur nous-mêmes nous vient des projets que nos

parents et notre environnement familial portaient sur nous. Ces projets sont légitimes mais une trop forte pression sur l'enfant, la non-écoute de ses besoins, de ses peurs, de ses doutes et inquiétudes va le rendre vulnérable et craintif. Doutant de sa valeur, il risque de devenir anxieux à l'idée d'échouer. Cela induira deux types d'attitudes : la surcompensation et l'adoption du rôle de « *super* » : « *superman* » « *superwoman* » ou attitudes de dépendance vis-à-vis d'autrui. C'est l'anxiété de l'échec et l'incapacité à se positionner sereinement et librement.

➤ **La confiance en soi**

La confiance en soi est plutôt liée à nos actes. Avoir confiance en soi c'est penser qu'on est capable d'agir de manière adéquate dans telle ou telle situation. C'est plutôt une conséquence de l'amour et de la vision de soi. La confiance en soi vient encore de l'éducation : Les échecs sont-ils présentés à l'enfant comme une conséquence possible mais non catastrophique de ses actes ? Lui a-t-on appris à tirer un enseignement de ses erreurs ou bien a-t-il compris qu'il vaut mieux ne pas agir que de faire mal ? La confiance en soi se transmet par l'exemple et les enfants savent bien que les vraies convictions des adultes se jugent à leurs actes (Christophe, 2006).

2.4.3.1 L'équilibre de l'estime de soi.

Les trois composantes de l'estime de soi sont interdépendantes mais on rencontre bien des personnes chez lesquelles ces composantes sont dissociées : telle personne aura confiance en elle, en ses actes, mais ne s'aimera pas suffisamment, sera dans l'incapacité d'écouter ses besoins, ses aspirations et d'y répondre. Progressivement, elle mettra en doute son estime de soi. On rencontre bien des jeunes ayant reçu une éducation parfaite, protégés, aimés et choyés par des parents attentifs qui pour leur éviter de souffrir les ont empêché de se confronter aux difficultés de la vie : ils sont victimes de doutes profonds sur leur capacité à réussir.

2.4.3.2 Nourrir l'estime soi

L'estime de soi n'est pas permanente. Elle a besoin d'être nourrie d'autant que nous sommes peu nombreux à avoir bénéficié de l'éducation parfaite conjuguant amour inconditionnel des parents, apprentissage à l'élaboration de choix propres et à l'échec. C'est dans notre vie d'adulte, dans le monde du travail et à travers les activités et les relations que nous allons construire et améliorer notre estime de soi ou au contraire, renforcer nos croyances sur notre incompétence. Le rôle et la responsabilité des dirigeants sont à cet égard essentiels.

Nous allons enfin parcourir les travaux de certains auteurs qui ont étudié l'image de soi, l'estime de soi l'auto handicap et la réalisation de la performance sportive.

L'image de soi est une variable du narcissisme. Il s'agit de la représentation qu'un sujet se fait de lui-même. Dans ce sens, ce dernier peut donner une certaine valeur en fonction de la représentation qu'il se fait.

Cette question de l'image de soi reste une problématique permanente chez les personnes handicapées physiques, du fait de la manière dont elles se voient elles-mêmes et le regard que les autres posent sur leur handicap. Cette réalité a des répercussions sur leur manière de construire l'image qu'elles ont d'elles-mêmes.

Dans « Pour Introduire le Narcissisme », Freud (1915), caractérise le narcissisme comme un « choix objectal » et un « mode relationnel ». Il le définit comme étant l'investissement libidinal du Moi, ayant pour origine les toutes premières relations avec la mère.

De cette relation se forge l'estime de soi, qui est fonction de la relation entre l'image de soi et l'Idéal du Moi, instance psychique qui s'est construite sur la base des idéaux parentaux vécus par l'enfant.

C'est donc dans la relation mère-enfant, que le Moi est investi narcissiquement. L'énergie va ensuite investir d'autres objets extérieurs et l'Idéal du Moi. Le Moi s'enrichit dans le même temps par les satisfactions données par ces mêmes objets et par l'accomplissement de l'idéal. « On observe très souvent que plus l'homme est capable d'investir son propre Moi sur un certain mode et plus il dispose de libido pour le monde objectal. » (Freud, 1914).

Pour Balier, « Le narcissisme peut être défini comme étant l'investissement de soi, c'est-à-dire de sa propre personne, à l'origine du sentiment d'identité, de la confiance en soi, de l'estime de soi » (Balier, 1976).

Le narcissisme est donc nécessaire au maintien de la vie. Il est le « gardien de la vie » comme l'exprime Natch, « un antidote » contre la mort. (Gaucher, 1993).

Cette approche permettrait aux athlètes handicapés physiques de se maintenir afin d'intégrer une prise en charge personnelle.

Cette réflexion laisse à penser que le narcissisme n'est pas figé une fois pour toute, chez l'individu. Les crises successives, les événements, façonnent, ébranlent le narcissisme et par conséquent le moi psychique et corporel. Ce moi, qui est, rappelle Freud, avant tout corporel « Il n'est pas seulement un être de surface, il est lui-même la projection d'une surface. » (Freud, 1951).

Plus que l'aspect physique, c'est la conscience du corps et sa représentation qui font partie de la conscience de soi. La conscience de soi est la conscience de son corps et de celui d'autrui. Nous avons vu précédemment, l'importance que cela prend pour les personnes handicapées, les transformations physiques, la signification des troubles, des plaintes corporelles qui mettent en jeu l'identité même de l'athlète. Freud a décrit le Moi s'individualisant à partir de la représentation du corps et de ses limites. Le narcissisme corporel prend le corps comme support, source de plaisir, de séduction, dans la recherche de son identité. (Freud, 1951)

Or, tous ces éléments, le corps, les relations à l'autre, les créations et l'idéal se trouvent remis en question par le handicap. En effet, ces modifications physiologiques, corporelles, sont une atteinte au narcissisme car ces changements sont irréversibles. Ils rendent le corps de la personne en situation de handicap fragile et se manifestent par de multiples signaux, douleurs, raideurs, faiblesses. Ces rappels constants du corps entraînent un retour sur soi, une diminution des attraits pour de nouveaux investissements. Ainsi, le choix de l'objet narcissique, est déterminé par la part identique à soi-même. Freud écrit à ce propos : « *On aime ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été et ce que l'on voudrait être soi-même, une partie du propre soi.* » (Freud, 1914). Le narcissisme devient pathologique lorsque le sujet devient incapable d'aimer un objet autre que lui-même. Pour Freud, cité par Balier, c'est « *un retour vers le sujet de la libido détachée des objets* » (Balier, 1979).

Ainsi, Narcisse lui-même se laisse prendre par la beauté de son image reflétée dans l'eau et ne peut s'en détacher jusqu'à s'en laisser mourir. Le narcissisme est donc estime de soi sur lequel repose le sentiment d'identité.

Il prend naissance lors des premières relations avec les parents, puis il dépend de la représentation que l'on se fait de soi et de l'image que les autres nous renvoient. L'apparence corporelle joue là un rôle important. Les réalisations accomplies dont l'individu est plus ou moins satisfait, contribuent à nourrir ou à atteindre le narcissisme. Or tous ces éléments se trouvent remis en question lorsqu'on est en situation du handicap.

À ce stade, il n'y a pas encore vraiment de Moi. Il n'y a que de l'autosatisfaction pour venir compenser les « *manques d'être* » ressentis par l'individu, pour venir compenser les sensations de vide auxquelles il est confronté. L'être venant au monde a bénéficié d'une présence continue de sa mère dans le prénatal... et fait rapidement l'expérience de l'alternance de la présence et de l'absence, de la faim et de la satiété, de la chaleur et du froid...etc.

Ces manques d'être, ces vides et ces insécurités sont nécessairement compensés pour permettre une sorte de survie en attendant mieux. À ce stade l'autosatisfaction narcissique est un moyen majeur. Ainsi, les athlètes handicapés sportifs à haute estime de soi cherchent à rehausser leur estime de soi en s'auto handicapant pour démontrer qu'ils ont un haut niveau de compétence, quand ceux qui possèdent une basse estime de soi se protègent par l'auto-handicap afin d'éviter de démontrer qu'ils sont incompetents.

De ce qui précède, il en ressort que si les différences individuelles dans l'estime de soi privilégient la tendance vers la protection ou la valorisation de soi, ces mêmes différences affectent l'adoption préférentielle du but d'accomplissement d'une performance de pointe. Le narcissisme peut alors être un puissant moyen pour la reconstruction de l'image de soi des athlètes handicapés. Cependant, le narcissisme connaît une influence du regard d'autrui.

2.4.4 Le regard de l'autre

Si le regard de l'autre nous fait exister, il nous inquiète aussi. L'éthologue Boris Cyrulnik décrit les retentissements organiques que cause une simple rencontre :

La simple apparition d'un Autre dans notre conscience suffit à modifier nos émotions et nos métabolismes [...] une émotion alertante va accélérer les rythmes cérébraux, faire disparaître l'alpha, augmenter les fréquences cardiaque et respiratoire, provoquer une flèche électrocutanée [...] l'Autre, dès qu'il apparaît dans mon champ de conscience, me change mon monde. (Boris, 2012)

Jean-Paul Sartre (2017) évoque cet état d'alerte que crée le simple fait d'être regardé : « *Lorsque je suis regardé par une autre personne, il y a un mouvement vers l'extérieur, un "saignement" "de mon état intérieur" "d'être pour moi" "vers un état extérieur" "d'être pour autrui".* »

Toutefois, la structure de la personne handicapée ne dépend pas seulement de l'objectivité du déficit, mais aussi et tout particulièrement du regard de l'entourage sur la personne handicapée. Pour Gardou, ce regard, indépendamment de l'intention de celui qui le porte, délivre un message non formulé mais visible. Regard qui exprime et projette sa réaction, sa vérité, son sentiment. Son impact est essentiel, il encourage ou condamne, il a d'autant plus d'effort que son sens est faussé par le regard que le regardé porte sur lui-même. C'est un processus interactif qui suscite confiance ou malaise. Le regard des autres alimente le regard sur soi, il contribue à la construction identitaire. L'idée que la personne regardée se fait du regard de l'autre est aussi fonction de la manière dont elle vit sa dissemblance.

Le regard de l'autre, comme le soulignent Crombecque et Mukendi (2002), peut provoquer chez la personne handicapée des réactions diverses (repli sur soi, solitude ou à l'inverse agressivité). Pour De Normandie, qu'il soit positif ou négatif, éminemment variable dans ses expressions, il atténue ou affirme la limitation des possibilités. Il interfère directement sur la capacité de la personne ayant une incapacité à l'accepter ou la surmonter. Ce regard est essentiel, c'est ce qu'explique Nuss lui-même tétraplégique lorsqu'il écrit :

« mais rien ne se fera sans « accessibiliser » les regards à l'altérité, c'est-à-dire au particularisme, parce que c'est de leur éducation que dépendent la reconnaissance de la différence et l'intégration au sens profond du terme, on une intégration condescendante » (Nuss, 2011, pp. 7-25).

Le handicap est attracteur de regard et plus particulièrement le handicap moteur. Notre corps est en effet le premier signe, le premier médiateur aux autres. Ce sont les personnes dont le handicap est plus visible (esthétique et moteur) qui attirent le plus le regard, elles sont toujours en « représentation ». La confrontation avec l'altérité est immédiate, elle renvoie au corps morcelé. Cet aspect physique est prépondérant dans un contexte où le corps parfait est vanté, le premier regard rend les présélections inopérantes, d'où d'ailleurs la difficulté à savoir comment se comporter. Souvent, la personnalité est déterminée par la déficience. Comme le souligne Stiker (2013, p.330), il est la preuve de l'insuffisance de ce que nous aimerions voir établir pour référence (santé, force, vigueur...).

Le regard est influencé par de nombreux éléments, représentation de la vie, de la maladie, de l'imaginaire du corps, de la culture, du niveau d'incapacité ou déficience, de la capacité à vivre dans une société normée, poids des stéréotypes, affect... la personne handicapée est souvent ramenée et assimilée à son groupe d'apparence. Ce groupe peut être survalorisé ou perçu plus négativement voire stigmatisé. Il semble que les professionnels aient des représentations très proches du grand public en décrivant les personnes handicapées comme celles qui ont surmonté et celles qui n'ont pas surmonté leur handicap. Même la proximité avec les personnes handicapées dépend de la nature de la relation. La famille voyant la personne en tant qu'individu, les professionnels ont du mal à dépasser la déficience, ce qui permet à Rohmer (2018, pp. 187-200) de s'interroger sur la qualité du regard qu'ont les encadreurs sur les athlètes. Pour Rohmer et Louvet (2004), les encadreurs devraient avoir des sentiments de compassion à l'égard des personnes en situation de handicap

Le regard de l'autre nous conditionne et pourrait nous amener à développer un comportement de biais à l'atteinte des résultats. Le handicap étant fortement attracteur de regards, peut provoquer chez la personne handicapée des comportements divers notamment le repli sur soi, la perte de l'estime de soi, la solitude et même l'auto-handicap.

2.5 L'Auto-handicap

L'auto-handicap est une stratégie qui consiste à mettre en avant des obstacles à sa propre réussite avant la réalisation d'une tâche évaluative dont le résultat est incertain, de manière à avoir une excuse en cas d'échec ou à être encore plus valorisé en cas de succès (Snyder, 1990). Cette stratégie repose sur la manipulation des attributions causales qui seront faites après la performance et permet de répondre à deux motivations : protéger le soi en cas d'échec (en réduisant les attributions à l'incompétence) et/ou valoriser le soi en cas de succès (en renforçant les attributions à la compétence) (Jones & Berglas, 1978). Par ailleurs, l'auto-handicap s'exprime de différentes manières. La plupart des auteurs font effectivement la distinction entre, d'une part l'auto-handicap revendiqué qui consiste à souligner la présence d'obstacles avant de réaliser une tâche (par exemple, dire que l'on est fatigué), et, d'autre part, l'auto-handicap comportemental qui se manifeste par l'adoption effective de comportements néfastes (par exemple, se coucher tard la veille d'une épreuve) (Hirt et al., 1991 ; Leary & Shepperd, 1986).

2.5.1 Historique de l'auto-handicap

Le terme *auto-handicap* a été employé pour la première fois par Jones et Berglas (1978, p. 201) pour désigner des stratégies qui consistent à « *trouver ou créer des obstacles qui rendent la réalisation de bonnes performances peu probable ... [pour] protéger son sentiment de compétence* ». Ces stratégies peuvent, par exemple, se concrétiser par le fait d'ingérer une drogue avant de compléter un test d'intelligence (Berglas & Jones, 1978).

Lorsqu'ils développent leur théorie, ces auteurs s'appuient sur les travaux de la psychologie sociale et plus particulièrement sur les notions du soi (*self*), tel que développé plus haut en faisant des emprunts à la théorie de Kelley (1972) portant sur les principes de soustraction (*discounting*) et d'augmentation (*augmentation*). Ces auteurs font également référence aux recherches de Nicholls (1975) sur le ratio aptitudes/efforts ainsi qu'à celles de Wortman (1976) sur les biais attributionnels. De manière surprenante, ils ne font par contre aucunement référence aux travaux d'Adler (voir Ansbacher & Ansbacher, 1967). Celui-ci avait pourtant décrit un processus relativement similaire à celui de l'auto-handicap par lequel certaines personnes développent de manière inconsciente des *symptômes* physiques ou

psychologiques pour protéger l'ego. Adler a, en effet, décrit des cas cliniques dans lesquels « *le patient sélectionne certains symptômes et les développe jusqu'à ce qu'ils lui apparaissent comme de véritables obstacles* » (Adler, 1929, p. 13).

Constatant la similitude entre la théorie de l'auto-handicap et celle d'Adler (1929), Snyder et Smith (1982, p. 107) proposent de redéfinir le concept de l'auto-handicap afin d'y intégrer les attitudes qui consistent à revendiquer « *un problème, une faiblesse ou un déficit [physique ou psychologique]* ». Snyder et Smith (1982) considèrent en effet que le concept d'auto-handicap ne doit plus se limiter aux stratégies qui s'expriment par l'adoption de comportements néfastes mais doit également intégrer celles qui s'expriment par la revendication d'obstacles. À peine plus tard, Arkin et Baumgardner (1985), puis Leary et Shepperd (1986) mettent l'accent sur la nécessité de bien distinguer ces expressions de l'auto-handicap. Pour éviter toute confusion, ils proposent alors d'employer deux termes différents pour les désigner : auto-handicap comportemental et auto-handicap revendiqué.

2.5.2 La notion d'auto-handicap comportemental et revendiqué

Afin de bien comprendre ce qui différencie et rassemble les deux notions de l'auto-handicap, ainsi que les circonstances qui ont amené Leary et Shepperd (1986) à publier la note théorique, nous allons d'abord développer la genèse de l'auto-handicap.

En 1986, Leary et Shepperd publient une brève note théorique destinée à attirer l'attention des lecteurs sur l'importance de bien différencier les stratégies d'auto-handicap selon qu'elles s'expriment par des comportements ou par des revendications. Ces auteurs définissent alors l'auto-handicap comportemental comme les « *actions d'individus qui construisent des handicaps afin d'éviter qu'un échec ne soit attribué à leurs aptitudes* » et l'auto-handicap revendiqué comme la tendance à « *déclarer verbalement détenir des handicaps qui interfèrent avec ses propres performances* » (Leary & Shepperd, 1986, p. 1267).

2.5.3 Confusions entre l'auto-handicap comportemental et revendiqué

Cet élargissement du concept d'auto-handicap à la revendication d'obstacles a malgré tout conduit à une certaine confusion dans la littérature. Il apparaît effectivement que selon les auteurs, le même terme *auto-handicap* renvoie certaines fois à son expression revendiquée (p. ex. Ryska, 2002 ; Snyder & Higgins, 1988a) et d'autres fois à son expression comportementale (p. ex. Rhodewalt & Davison, 1986 ; Tice, 1991). Dans certains cas, il est même difficile de savoir à quelle expression de l'auto-handicap une étude fait référence. Ceci est particulièrement notable dans les études corrélationnelles qui ont mesuré la propension à l'auto-handicap à l'aide

de la SHS (Jones & Rhodewalt, 1982), échelle qui s'avère assez floue quant aux stratégies qu'elle évalue.

En effet, alors que l'un de ses concepteurs définit son échelle comme mesurant la tendance des individus à employer « *des comportements d'auto-handicap* » (Rhodewalt, 1990, p. 75), il indique qu'elle mesure la « *réduction des efforts, la maladie, la procrastination ou les bouleversements émotionnels* » (Rhodewalt, 1990, p. 76). Or, ces attitudes renvoient aussi bien à l'auto-handicap comportemental (efforts et procrastination) qu'à l'auto-handicap revendiqué (maladie et bouleversement émotionnel).

Cette ambiguïté relative aux notions de l'auto-handicap mesurées par la SHS entraîne des limites quant à la portée des résultats des recherches l'ayant utilisée pour évaluer l'auto-handicap et pour lesquelles elle constitue la seule mesure de l'auto-handicap (par exemple Elliot & Church, 2003 ; Warner & Moore, 2004 ; Zuckerman & Tsai, 2005). Dans ce type de recherches, il s'avère alors impossible de savoir quelle expression de l'auto-handicap est véritablement étudiée. Ainsi, par exemple, les résultats de Zuckerman et Tsai (2005) selon lesquels plus les étudiants détiennent des scores élevés sur la SHS, plus ils obtiennent de mauvais résultats universitaires, ne peuvent être rapprochés d'aucune des deux expressions de l'auto-handicap. Outre les limites théoriques que cela implique, cette confusion réduit les perspectives d'application de ces différents résultats.

L'origine de la confusion constatée dans la littérature entre les deux notions de l'auto-handicap semble être liée, d'une part, au fait que les auteurs n'utilisent pas toujours les locutions *auto-handicap comportemental* et *auto-handicap revendiqué* pour expliciter à quelle expression ils font référence et, d'autre part, au fait que cette distinction ne peut pas toujours être faite en raison des outils de mesure employés. Une telle confusion amène souvent les lecteurs et les auteurs à généraliser les résultats concernant une expression particulière de l'auto-handicap à son autre expression. Or, si aucune recherche n'a pour l'instant montré qu'une telle généralisation est possible, différents éléments suggèrent le contraire. Afin d'en faire la démonstration, les parties qui suivent s'attacheront à répertorier les résultats qui soulignent des différences entre ces deux expressions, tant au niveau de leurs conséquences qu'au niveau de leurs antécédents. Puisque les études ayant systématiquement comparé les deux expressions de l'auto-handicap sont peu nombreuses (Hirt et al., 1991), notre démonstration s'appuiera également sur la confrontation de résultats observés sur l'une ou l'autre de ces expressions.

2.5.3.1 La Relation entre l'auto-handicap comportemental et l'auto-handicap revendiqué

La déclaration d'une blessure, un manque de concentration, le retard ou l'absence lors des entraînements, la peur de compétir ou les mauvaises conditions d'une compétition constituent quelques-unes des manifestations possibles des stratégies d'auto-handicap qu'un sportif peut utiliser avant une compétition. Ces stratégies, qui sont relativement courantes dans le domaine du sport (Prapavessis et al., 2004), constituent un grand risque dans la baisse des performances sportives et empiètent les relations interpersonnelles des sportifs.

Hirt, Deppe et Gordon (1991) ont montré que les athlètes recourent à l'auto-handicap comportemental uniquement lorsqu'ils ne disposent d'aucun autre moyen pour protéger le soi et qu'ils n'utilisent donc pas ces stratégies lorsqu'ils ont, par ailleurs, la possibilité de recourir à l'auto-handicap revendiqué. Ils privilégieraient les stratégies d'auto-handicap revendiqué parce qu'elles leur paraissent moins coûteuses pour leurs performances.

Shepperd et Arkin (1989) ont également montré que les athlètes n'emploient pas l'auto-handicap comportemental lorsqu'ils passent un test de sélection en présence de bruits gênants, car ce handicap externe leur fournit déjà une excuse pour un éventuel échec.

Certains athlètes ont peur d'être critiqués en public pour ne pas avoir mis toutes les chances de leur côté. Différents travaux montrent effectivement que l'auto-handicap comportemental permet de protéger l'image publique de compétence, mais peut conduire en contrepartie à la dévalorisation générale de celui qui les utilise (Hirt et al., 2003 ; Luginbuhl & Palmer, 1991 ; Smith & Strube, 1991). Ainsi, selon Rhodewalt et al. (1984), les sportifs qui utilisent l'auto-handicap comportemental le font de manière discrète afin d'éviter d'être sanctionnés par leur entourage (entraîneurs, pairs, etc.). Ces auteurs ont en ce sens constaté que les forts handicapés ne réduisent pas leurs efforts à l'entraînement (ce qui serait trop ostensible), mais n'augmentent par contre pas autant leurs efforts à l'approche des compétitions importantes que ne le font les faibles handicapés. On peut donc penser que la possibilité qui était laissée ici aux athlètes de s'échauffer avec un programme inhibiteur constituait un handicap affectant trop ostensiblement les performances pour être saisie.

2.5.3.2 Pertinence de la distinction entre les deux expressions de l'auto-handicap

Leary et Shepperd (1986) mais aussi Hirt Deppe et Gordon (1991) insistent sur l'importance de bien différencier les expressions comportementales et revendiquées de

l'autohandicap. L'examen de la littérature révèle en effet qu'elles présentent au moins quatre grandes différences. D'abord, elles pourraient engendrer des coûts et des bénéfices distincts, et ce que cela soit en termes d'effets sur les performances, sur l'image publique et privée de compétence ou sur l'impression globale faite à autrui (Hirt et al., 1991 ; Leary & Shepperd, 1986 ; McCrea & Hirt, 2001). Ensuite, certains individus pourraient employer préférentiellement l'une ou l'autre des expressions de l'auto-handicap (Hirt et al., 1991 ; Hirt et al., 2003 ; Hirt et al., 2000). Il apparaît, par exemple, que les hommes et les femmes emploient autant l'auto-handicap revendiqué alors que ce sont surtout les hommes qui emploient l'auto-handicap comportemental (Jones & Berglas, 1978 ; Harris & Snyder, 1986 ; Hirt et al., 1991). Une troisième différence se situe au niveau de la nature des attributions associées à ces stratégies (Berglas, 1985). En effet, en employant l'auto-handicap comportemental, le stratège oriente les attributions exclusivement vers des causes externes, c'est-à-dire extérieures à ses propres caractéristiques (par exemple, l'ingestion d'une drogue).

2.5.4 Les Dimensions de l'auto-handicap

Outre la distinction entre les deux expressions de l'auto-handicap, il semble essentiel de différencier les stratégies d'auto-handicap selon les motivations ou motifs qui leur sont sous-jacents et la cible à laquelle elles sont destinées. L'existence de deux motifs (protection et valorisation) et de deux cibles (publique et privée) sous-jacentes aux stratégies d'auto handicap apparaissait d'ailleurs déjà dans les premiers écrits sur l'auto-handicap (E. E. Jones & Berglas, 1978 ; Snyder & Smith, 1982). Adler décrivait déjà ces deux motifs et ces deux cibles comme étant sous-jacents au développement de symptômes destinés à protéger le soi. Le même constat que celui qui a été fait pour les deux expressions de l'auto-handicap émerge pour les différentes dimensions de l'auto-handicap. Malgré le fait que ces dernières aient été clairement définies par les précurseurs du concept (Berglas & Jones, 1978 ; Snyder & Smith, 1982) et malgré les recommandations des chercheurs de bien les distinguer (Arkin & Baumgardner, 1985), elles restent floues et peu différenciées dans la littérature.

Tableau 4: Origine de la distinction entre les deux motifs et les deux cibles de l'auto handicap.

Jones et Berglas (1978, p. 202)	Le handicapé « saisit tout facteur qui réduit sa responsabilité pour la médiocrité et augmente sa responsabilité pour le succès ... pour façonner les implications des feed-back de performances à la fois à ses propres yeux et aux yeux des autres. »
Snyder et Smith (1982, p. 107)	L'auto-handicap peut être compris comme un processus par lequel « une personne adopte des caractéristiques ou des comportements ... qui l'aident à contrôler les attributions concernant les performances (faites par elle-même ou par les autres), de façon à diminuer les implications qu'un échec aura pour le Soi et à augmenter celles d'un succès. »
Adler (Ansbacher & Ansbacher, 1967, p. 276)	Grâce à ce mécanisme de protection du soi, « l'estime de soi du patient est protégée au sein de son propre jugement, et son prestige l'est aussi généralement dans l'estime des autres. Si la décision va à son encontre, il pourra se référer à ses difficultés et à la maladie qu'il s'est lui-même créées. Tandis que s'il est victorieux, quelle n'aurait pas été sa réussite s'il avait été bien portant. »

Source : Origine de la distinction entre les deux motifs et les deux cibles de l'auto handicap. Jones et Berglas (1978, p. 202).

Cette confusion entre les dimensions de l'auto-handicap semble provenir du positionnement théorique de certains auteurs de restreindre ces stratégies à certaines de leurs configurations possibles sans toutefois expliciter ce choix. Beaucoup d'auteurs réduisent, par exemple, l'auto-handicap à sa seule dimension de protection du soi en excluant donc sa dimension de valorisation (Martin, Marsh, & Debus, 2001 ; Midgley et al., 1996 ; Ommundsen, 2001 ; Thompson & Richardson, 2001), ou encore à sa seule dimension publique, en excluant alors sa dimension privée (Midgley et al., 1996 ; Ommundsen, 2001 ; Shepperd & Arkin, 1989b). L'Échelle d'Auto-handicap (Midgley et al., 1996) illustre parfaitement cet état de fait puisque, de par le contenu de ses items, elle mesure uniquement les stratégies employées pour protéger l'image de soi publique et ne permet donc pas d'évaluer le motif de valorisation ni la cible privée de l'auto-handicap (voir Tableau III). Les différents résultats obtenus grâce à cet outil (Ommundsen, 2001 ; Turner et al., 2002 ; Urdan, 2004), ainsi que les conclusions qui en ont été tirées ne concernent donc qu'une configuration particulière de l'auto-handicap : la protection publique.

Or, comme l'attention du lecteur n'est pas attirée sur ce point capital, il est assez fréquent de voir généraliser les résultats obtenus pour une configuration particulière de l'auto-handicap (protection du soi public) à ses autres configurations. Il est probable que le parti pris

de certains auteurs de limiter l'auto-handicap à son seul motif de protection ou à sa seule cible publique provienne du fait que les preuves empiriques de l'existence du motif de valorisation, ainsi que celle de la cible privée de l'auto-handicap ne sont apparues que tardivement. Les deux sous-parties qui suivent s'attacheront donc à faire le point sur l'existence ou non de ces dimensions, en présentant les études qui ne sont pas parvenues à en faire la preuve, ainsi que celles qui y sont parvenues.

Outre le fait d'attirer l'attention sur la nécessité d'éviter de restreindre de manière arbitraire l'auto-handicap à l'une de ses configurations, ces parties passeront en revue les arguments empiriques et théoriques qui justifient la nécessité de cette distinction entre les deux motifs et les deux cibles de l'auto handicap. Elles résumeront notamment les principaux résultats qui suggèrent qu'en fonction de leurs caractéristiques personnelles, les individus n'emploient pas l'auto-handicap pour les mêmes motifs ni avec les mêmes cibles.

2.5.4.1 Les Motifs de protection et de valorisation du soi

Il est intéressant de souligner qu'en raison de leur présumée fonction de protection ou de valorisation du soi, les stratégies d'auto-handicap peuvent être intégrées dans un cadre plus large qui est celui des stratégies ou mécanismes de rehaussement du soi (Sedikides & Strube, 1995, 1997). De nombreuses autres stratégies (ou mécanismes) peuvent être employées pour rehausser le soi (pour une revue, voir par exemple Sedikides & Strube, 1997). Néanmoins, alors que la majorité d'entre elles permettent de remplir une seule de ces fonctions, à savoir protéger (p. ex. l'attribution discrimination, Crocker & Major, 1989) ou valoriser le soi (p. ex. l'auto-affirmation, Steele, 1988), l'auto-handicap permet d'accomplir simultanément ces deux fonctions (Berjot et al., 2008). À ce titre, les travaux menés sur l'auto-handicap fournissent un apport considérable aux théories du soi. L'idée selon laquelle l'auto-handicap est employé pour des motifs de protection et de valorisation du soi, proposée par Jones et Berglas (1978), est étayée par les principes de soustraction et d'augmentation décrits par Kelley (1972).

Selon le principe de soustraction, plus un résultat présente de causes explicatives possibles, moins chacune d'entre elles sera puissante. Par exemple, une contre-performance sportive sera moins fortement associée au manque d'aptitudes physiques d'un athlète s'il s'est mal préparé pour la compétition que s'il s'y est préparé sérieusement. Le principe d'augmentation indique, de son côté, que lorsqu'un résultat est obtenu malgré la présence d'agents perturbateurs, les attributions faites aux autres facteurs seront plus puissantes. Si l'on reprend le même exemple, les aptitudes de cet athlète seront plus valorisées s'il réussit sans s'être entraîné. Une série d'études a d'abord été menée pour vérifier si, comme l'ont présumé

les précurseurs du concept (E. E. Jones & Berglas, 1978 ; Snyder & Smith, 1982), les stratégies d'auto-handicap remplissent leur fonction de protection et de valorisation du soi.

2.5.4.2 Les Bénéfices secondaires de protection et de valorisation du soi

La première étude s'étant attachée à cette question a mis en évidence les bénéfices de protection de l'auto-handicap, mais pas ceux de valorisation (Isleib, Vuchinich, & Tucker, 1988). Isleib et al. (1988) ont effectivement constaté que, lorsqu'ils échouent à un test d'intelligence, les participants qui ont complété ce test en présence d'un obstacle imposé par l'expérimentateur (musique gênante) rapportent une baisse de leur sentiment de compétence inférieure à celle des participants qui ont complété ce test sans obstacle (bénéfices de protection du soi). En revanche, contrairement aux attentes des auteurs, le fait de remplir le test en présence d'un obstacle n'a pas permis aux participants de se sentir encore plus valorisés. Ce même protocole a, par la suite, été répliqué par Rhodewalt, Morf, Hazlett et Fairfield (1991) qui ont, en revanche, réussi à observer les bénéfices de protection et de valorisation du soi consécutifs à la réalisation d'une tâche en présence d'un obstacle imposé. D'autres recherches se sont, par ailleurs, intéressées aux bénéfices de l'auto-handicap revendiqué. Rhodewalt et ses collaborateurs (Feick & Rhodewalt, 1997 ; Rhodewalt & Hill, 1995) ont ainsi montré que plus les étudiants revendiquent la présence d'obstacles avant de passer leurs examens, plus ils sentent leur image de compétence protégée lorsqu'ils les ratent et plus ils la sentent valorisée lorsqu'ils les réussissent. Ces bénéfices de protection et de valorisation de la revendication d'obstacles sur le sentiment de compétence ont également été observés dans le domaine sportif (Greenlees et al., 2006).

2.5.5 Les Motifs sous-jacents à l'auto-handicap

Alors que l'existence des bénéfices secondaires de protection et de valorisation de l'auto-handicap a rapidement conduit à un consensus, la question de savoir si les individus recherchent explicitement ces deux formes de bénéfices a été plus controversée. Berglas (1985) considère, par exemple, qu'une personne qui s'auto-handicape cherche uniquement à se protéger, mais pas à se valoriser. Selon lui, la valorisation du soi constitue, en effet, un « *gain secondaire* » non recherché à l'origine par le stratège. On constate en effet que, jusqu'à la publication des travaux de Tice (1991), seul le motif de protection a été mis en évidence.

Les nombreuses études dans lesquelles les participants s'auto-handicapent après avoir reçu des feed-back non contingents (Jones & Berglas, 1978), tendent effectivement à appuyer l'hypothèse de l'existence d'un motif de protection du soi sans toutefois en faire véritablement

la démonstration. En s'auto-handicapant, les participants chercheraient à éviter de perdre les représentations positives sur leurs compétences acquises grâce aux feed-back de succès (non contingents) reçus lors d'un pré-test. En cherchant à étudier le lien entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun, nous serons amené à démontrer que les individus emploient l'auto-handicap non seulement dans des contextes où ils risquent uniquement d'être dévalorisés (motif de protection), mais également dans des contextes où ils peuvent uniquement être valorisés (motif de valorisation).

Ces deux types de contextes sont opérationnalisés par une tâche censée détecter exclusivement les participants qui présentent des aptitudes intellectuelles extrêmement faibles (condition échec-significatif) ou exclusivement ceux qui présentent des aptitudes intellectuelles exceptionnelles (condition succès-significatif). Cette étude, comme d'autres menées également sur des sportifs, indique ainsi que l'auto-handicap peut être employé pour des motifs de protection et/ou pour des motifs de valorisation (Newman & Wadas, 1997 ; Salomon, 2001 ; Tice, 1991, étude 2). Il faut néanmoins souligner que tous ces travaux ont été menés sur l'auto-handicap comportemental et qu'une telle démonstration n'a pas encore été faite pour l'auto-handicap revendiqué.

2.5.6 Les Caractéristiques personnelles et motifs de l'auto-handicap

Selon la littérature, tout individu emploierait des mécanismes ou des stratégies de rehaussement de soi (Baumeister et al., 1989 ; Campbell, Reeder, Sedikides, & Elliot, 2000 ; Sedikides & Green, 2000), mais il existerait des différences interindividuelles à ce niveau (Sedikides & Strube, 1995). Par exemple, les individus qui présentent une forte tendance au monitoring de soi chercheraient davantage à rehausser leur soi que ceux qui présentent faiblement cette tendance (Krosnick & Sedikides, 1990). Il existerait également des différences interindividuelles au niveau de l'orientation de la motivation au rehaussement du soi. Certaines personnes chercheraient plutôt à protéger leur soi, tandis que d'autres chercheraient plutôt à le valoriser (Baumeister et al., 1989).

Tice (1991, étude 1 et 2) montre à ce titre, que, selon leur niveau d'estime de soi, les individus n'emploient pas l'auto-handicap pour les mêmes motifs : les individus à faible estime de soi s'auto-handicapent principalement pour se protéger, alors que ceux qui présentent une haute estime de soi s'auto-handicapent principalement pour se valoriser. Les premiers chercheraient à lutter contre l'idée selon laquelle ils possèdent de faibles compétences, tandis que les seconds chercheraient plutôt à ne pas perdre la croyance selon laquelle ils possèdent de hautes compétences. Newman et Wadas (1997) ont observé des résultats similaires mais

uniquement chez les participants qui présentaient une estime de soi instable. En mesurant distinctement les motifs de protection et de valorisation de l'auto-handicap, ces différentes recherches ont permis de mieux comprendre la question du lien entre le niveau d'estime de soi des individus et leur tendance à employer des stratégies d'auto-handicap (Newman & Wadas, 1997, étude 1 et 2 ; Tice, 1991).

Les résultats de ces travaux se sont avérés d'autant plus féconds que les études s'étant attachées à cette relation avaient, jusque-là, conduit à des résultats contradictoires (Harris & Snyder, 1986 ; Rhodewalt, 1990 ; Tice & Baumeister, 1990). D'autres caractéristiques personnelles pourraient également prédisposer les individus à utiliser l'auto-handicap pour un motif plutôt qu'un autre. Rhodewalt, Tragakis et Finnerty (2006) émettent, par exemple, l'hypothèse que les narcissiques (Raskin & Hall, 1979) s'autohandicapent pour protéger leur soi plutôt que pour le valoriser.

2.5.7 Cibles de l'auto-handicap

Il existe deux types de cibles dans l'auto-handicap : les cibles privées et publiques et les cibles sous-jacentes.

2.5.7.1 Cibles privées et publiques

Selon Jones et Berglas (1978, p. 202), une personne emploie l'auto-handicap pour manipuler les attributions causales « *à ses propres yeux et aux yeux des autres* » (voir Tableau IV). En référence aux théories du soi, on pourrait alors dire que l'auto-handicap est une stratégie employée pour rehausser le soi privé et le soi public (voir, par exemple, Breckler & Greenwald, 1986 ; Buss, 1980 ; Greenwald & Pratkanis, 1984 ; Leary & Kowalski, 200). Le soi public est celui qui pousse les individus à essayer de faire bonne impression aux autres. Breckler et Greenwald (1986) rapprochent cette facette du « *soi social* » décrit par James (1890, p. 293) comme une « *propension innée à vouloir se faire remarquer, et remarquer favorablement par les siens* ». C'est cette facette du soi qui serait menacée lorsqu'une personne réalise une tâche en présence d'une audience externe. Le soi privé serait celui qui rend une personne sensible à son jugement sur elle-même. Il fournit une audience interne au soi et peut donc conduire une personne à se sentir menacée même lorsqu'elle exécute une tâche évaluative en privé.

L'existence d'une facette privée du soi et d'une motivation à le rehausser a été mise en évidence par de nombreux travaux (voir, par exemple, Frey, 1978 ; Greenberg, Pyszczynski, & Solomon, 1982 ; Pyszczynski & Greenberg, 1983). Le soi public et le soi privé constitueraient deux des quatre « *facettes motivationnelles du soi* », parmi lesquelles on compte également le

soi diffus et le soi collectif (Breckler & Greenwald, 1986, p. 145). La question de savoir si l'auto-handicap permet de gérer l'image publique (Hirt et al., 2003 ; Luginbuhl & Palmer, 1991 ; Smith & Strube, 1991) et privée (Feick & Rhodewalt, 1997 ; Greenlees et al., 2006 ; McCrea & Hirt, 2001 ; Rhodewalt & Hill, 1995) de compétence a rapidement conduit à un consensus. En revanche, la question de savoir si les individus emploient ces stratégies dans le but de gérer leur image publique et/ou privée a été plus controversée.

2.5.7.2 Cibles sous-jacentes à l'auto-handicap

Dans leur expérience, Berglas et Jones (1978) ont manipulé le caractère public des conditions expérimentales en faisant croire aux participants que l'expérimentateur était informé (condition publique) ou non informé (condition dite privée) de leurs résultats au premier test d'intelligence. Selon ces auteurs, le caractère public ou privé de ces deux conditions expérimentales diffèrent dans la mesure où, dans le premier cas, le participant cherchera à maintenir l'illusion qu'il possède de hautes capacités intellectuelles (générée par les feed-back de succès non contingents) aussi bien à ses propres yeux qu'à ceux de l'expérimentateur (cible privée et publique), alors que dans le second, il ne cherchera qu'à maintenir ses propres représentations positives de compétences (cible privée).

Constatant qu'avant de passer le second test d'intelligence, les participants de la condition publique ne consomment pas plus de drogue inhibitrice que ceux de la condition privée, Jones et Berglas en concluent que l'auto-handicap est avant tout une stratégie destinée à préserver l'image privée de compétence. Un peu plus tard, parce qu'ils ont soulevé deux biais dans la condition dite privée de cette expérience (les résultats du second test ainsi que la drogue ingérée sont connus de l'expérimentateur), Kolditz et Arkin (1982) la reproduisent tout en essayant de les contrôler. Les participants de la condition privée devaient alors passer les deux tests en autonomie (sans expérimentateur) et expédier eux-mêmes leurs résultats à un laboratoire pharmaceutique.

Conformément aux attentes des auteurs, seuls les participants de la condition publique choisirent alors de consommer la drogue inhibitrice. Kolditz et Arkin (1982) concluent donc que l'auto-handicap est avant tout une stratégie destinée à gérer l'impression faite aux autres. Ils relativisent néanmoins leurs résultats en n'excluant pas l'hypothèse selon laquelle l'autohandicap puisse également être employé pour préserver sa propre image de compétence. Ces auteurs soulignent effectivement un biais dans la condition privée de leur propre étude : n'étant pas certains de recevoir leurs résultats, les participants ne se sont peut-être pas sentis

suffisamment concernés par le test pour s'auto-handicaper à des fins privées. À la suite de cette étude, et malgré les limites soulignées par ses auteurs, l'opinion selon laquelle l'auto-handicap est avant tout une stratégie destinée à gérer l'impression faite à autrui (cible essentiellement publique) restera dominante dans beaucoup de travaux (par exemple Arkin & Baumgardner, 1985 ; Midgley et al., 1996 ; Shepperd & Arkin, 1989b).

Bien plus tard, Mello-Goldner et Wurf (1997, étude 1) ont, cependant, réussi à mettre en évidence ces stratégies dans des conditions purement privées, c'est-à-dire telles que définies par Kolditz et Arkin (1982, p. 319), en intégrant une seconde variable : « la saillance cognitive de l'audience interne privée et publique ». Ces auteurs appuient leur recherche sur l'hypothèse selon laquelle, à chaque instant, une personne est plutôt focalisée sur la manière dont elle se perçoit elle-même (activation de l'audience interne privée) ou plutôt sur la manière dont les autres la perçoivent (activation de l'audience interne publique), mais sera rarement focalisée sur ces deux types d'informations en même temps (Buss, 1980). Ils présupposent qu'en fonction de la nature de l'audience qui est activée, les participants se focaliseront sur les implications de leur résultat soit pour leur soi privé, soit pour leur soi public.

Mello-Goldner et Wurf (1997) ont manipulé la saillance de l'audience en plaçant les participants assis face à un miroir reflétant uniquement leur buste (condition audience privée) ou face à une caméra et un miroir sans tain au travers duquel l'expérimentateur était censé les observer (condition audience publique).

Conformément aux attentes des auteurs, les participants s'auto-handicapèrent en contexte privé uniquement lorsque l'audience privée était activée (c.-à-d. face à la caméra et au miroir sans tain) et, inversement, en contexte public, uniquement lorsque c'était l'audience publique qui était activée (c.-à-d. face au petit miroir). Le recours à l'auto-handicap à des fins privées a également été mis en évidence sans manipuler la saillance de l'audience (Hobden, 1998 ; Rhodewalt et al., 2006, étude 1 et 2 ; Sanna & Mark, 1995). Sanna et Mark (1995) ont, par exemple, demandé aux participants d'effectuer un test d'intelligence en condition purement privée en leur expliquant qu'ils auront ensuite à calculer eux-mêmes leur score au test ou qu'ils n'auront aucun retour sur leurs performances. Comparativement aux participants qui pensaient ne pas connaître leurs résultats au test, ceux qui s'attendaient à les connaître eurent davantage tendance à choisir une musique inhibitrice (la différence mesurée était par contre tendancielle).

Comme en témoignent ces derniers résultats, l'auto-handicap comportemental semble donc être employé pour gérer l'image publique et privée de compétence. En revanche, par

définition (Leary & Shepperd, 1986, p. 1267), les stratégies d'auto-handicap revendiqué qui consistent à « déclarer verbalement détenir des handicaps » impliquent qu'elles soient destinées à une cible publique. Notons que si les participants sont parfois amenés à verbaliser oralement les obstacles qui pourraient les gêner (Rhodewalt et al., 1995), pour des questions d'ordre pratique, ils sont la plupart du temps invités à rapporter leurs revendications par écrit sur une fiche destinée aux expérimentateurs (DeGree & Snyder, 1985 ; Rhodewalt & Hill, 1995 ; Snyder, Smith et al., 1985).

Les expérimentateurs informent généralement les participants que ces revendications leur permettront de mieux interpréter leurs résultats (voir, par exemple, Hirt et al., 1991 ; Smith et al., 1982). Aussi émettons-nous certaines réserves quant à l'hypothèse avancée par Arkin et Baumgardner (1981) selon laquelle l'autohandicap revendiqué est également destiné à une cible privée ; premièrement parce que, par définition, ces stratégies sont destinées à une cible extérieure ; deuxièmement parce qu'elles sont toujours mesurées en contexte public ; et troisièmement parce qu'aucune étude empirique n'a jusqu'ici fait la preuve de l'emploi de revendications à des fins privées. En outre, en élargissant le concept d'auto-handicap revendiqué à sa dimension privée, on court le risque de ne plus pouvoir différencier ces stratégies de la tendance, décrite par Adler (Ansbacher & Ansbacher, 1967), qu'ont certaines personnes à développer de manière inconsciente des symptômes physiques ou psychologiques.

Toutefois, s'il semble plus judicieux de réserver la locution stratégies d'autohandicap revendiqué pour désigner la revendication d'obstacles destinée à la gestion de l'image publique de compétence, cela n'exclut pas le fait que ces stratégies puissent également procurer au stratège des bénéfices secondaires pour son image privée de compétence (Feick & Rhodewalt, 1997 ; Rhodewalt & Hill, 1995). En effet, comme le souligne Jones (1962), lorsque l'on réussit à faire bonne impression aux autres, on développe un sentiment de compétence personnelle.

2.5.8 Caractéristiques personnelles et cibles de l'auto-handicap comportemental

La motivation à gérer le soi public et privé est universelle, mais il existerait néanmoins des différences à ce niveau (Breckler & Greenwald, 1986). La question de savoir quelles caractéristiques peuvent amener une personne à s'auto-handicaper en public et/ou en privé ne s'étant pas posée pour l'expression revendiquée, la présente partie ne décrit donc que des recherches menées sur l'expression comportementale de cette stratégie. Selon Breckler et Greenwald (1986), des variables telles que la conscience de soi privée ou publique (Fenigstein,

Scheier, & Buss, 1975), le monitoring de soi (Snyder & Smith, 1982), l'orientation des motivations (McClelland, Atkinson, Clark, & Lowell, 1953) ou encore le besoin d'approbation (Crowne & Marlowe, 1964) devraient permettre de statuer sur la motivation qu'aura une personne à rehausser son soi public et privé.

Différents résultats indiquent, en ce sens, que selon leurs caractéristiques personnelles, les individus emploient l'auto-handicap comportemental plutôt pour gérer leur image publique de compétence ou plutôt pour gérer leur image privée. Hobden et Pliner (1995) ont par exemple constaté qu'en condition publique, les individus qui présentent une forte tendance au perfectionnisme prescrit socialement (croire que les autres ont envers soi des attentes élevées, Hewitt & Flett, 1991) s'auto-handicapent davantage que ceux qui présentent faiblement cette tendance. Alors qu'en condition privée, ce sont ceux qui présentent les plus fortes tendances au perfectionnisme orienté vers soi qui s'auto-handicapent le plus. De façon assez similaire, une étude de Mello-Goldner et Wurf (1997, étude 2) montre qu'en condition publique, les participants à forte conscience de soi publique (Fenigstein et al., 1975) s'auto-handicapent plus que les autres participants. En condition privée, ce sont au contraire les participants à forte conscience de soi privée qui s'auto-handicapent le plus. Ces résultats ainsi que d'autres (Rhodewalt et al., 2006 ; Tice & Baumeister, 1990) suggèrent donc que selon l'orientation de leur perfectionnisme, de leur conscience de soi, de leur niveau d'estime de soi ou de leur tendance au narcissisme, les individus se sentent menacés par les situations publiques ou plutôt par les situations privées.

Les différents résultats empiriques présentés dans cette partie tendent donc à montrer l'existence de deux motifs et de deux cibles sous-jacentes aux stratégies d'auto-handicap. Une exception peut toutefois être faite pour l'auto-handicap revendiqué qui semble présenter une dimension publique mais pas de dimension privée. La littérature suggère également qu'en fonction de leurs caractéristiques personnelles, les individus n'emploient pas l'auto-handicap pour les mêmes motifs ni vis-à-vis de la même cible. Ne pas prendre en compte ces différences entre les quatre dimensions de l'auto-handicap fait donc courir le risque de masquer certaines relations entre l'auto-handicap et diverses caractéristiques personnelles, comme ce fut, par exemple, le cas des études menées sur l'estime de soi (Tice, 1991).

Au-delà des apports pour la compréhension du phénomène d'auto-handicap, cette distinction entre les motifs devrait avoir des implications pratiques. Identifier les motifs et cibles qui poussent une personne à s'auto-handicaper pourrait permettre d'anticiper sur les

circonstances dans lesquelles celle-ci sera la plus susceptible d'employer ces stratégies. Cela permettrait de mieux circonscrire les contextes dans lesquels chaque sportif handicapé ou tout autre habitué des situations compétitives sera le plus susceptible de recourir à l'auto-handicap : y aura-t-il recours lorsque l'athlète est confronté à une tâche au travers de laquelle il risque d'être dévalorisé ou lorsqu'il rencontre une tâche qui lui offre la possibilité de se valoriser ?

2.5.8.1 Stratégies d'auto handicap et dévalorisation de soi

Les stratégies d'auto handicap sont aussi des comportements autodestructeurs qui empêchent l'athlète handicapé à réaliser une bonne performance sportive. Ces comportements autodestructeurs sont mieux saisis à travers les conditions dans lesquelles ils sont la plupart du temps utilisés. Les situations d'évaluation dans lesquelles un aspect important du soi est testé, sont en général plus propice à l'élaboration des stratégies d'auto handicap, à la fois pour la valorisation du soi d'une part et d'autre part pour la protection du soi. Les situations d'évaluation sont favorables pour les athlètes handicapés qui cherchent à se mettre en valeur tout comme pour ceux qui redoutent les conséquences affectives de ladite évaluation. Il faut que la tâche soit perçue comme importante, soit publique et que les normes d'évaluation dépendent de la performance d'autres concurrents : tel est le cas de la compétition sportive. Une réussite sportive en dépit des obstacles est une preuve de compétence. Donc l'incertitude quant à la possibilité à réussir à démontrer ou à confirmer le « soi désiré » est une condition favorable à l'élaboration de l'auto-handicap (Famose, 2001). Ces stratégies sont donc une façon pour le pratiquant de négocier les conséquences affectives susceptibles de découler du résultat (échec).

Les athlètes à basse estime de soi s'auto handicapent principalement pour se procurer une excuse protectrice en vue d'un éventuel échec. Par conséquent, réduisent leurs efforts préparatoires, afin de ne pas paraître incompetents en cas d'échec. Dans le cas d'un échec anticipé, elles ont pour but la protection du soi. Ils s'évaluent avec moins de confiance. Par ailleurs, leur concept de soi est moins cohérent, et moins congruent avec les perceptions du comportement réel ainsi avec les événements passés. À cause de cette incertitude, certains sujets approchent et jugent les situations d'évaluation dans une perspective d'échec. C'est la raison pour laquelle ils cherchent à minimiser de possibles implications affectives néfastes, susceptibles de découler de l'échec. Du fait de cette fragilité, leur but consiste à mettre l'accent sur la protection de l'image de soi (Famose, 2001).

Le niveau d'estime de soi serait une condition ayant un impact sur la fréquence de l'auto handicap. Du fait, l'incertitude globale sur le résultat de la performance motive l'utilisation de

l'auto handicap. Toutefois, les théoriciens ont du mal à s'accorder sur le rôle exact que peut jouer le niveau d'estime de soi sur l'utilisation de ces stratégies :

Pour Snyder et Higgins (1988), les individus avec une basse estime de soi doivent s'auto-handicaper plus fréquemment que ceux ayant une haute estime de soi, du fait qu'ils rencontrent plus de situations dans lesquelles ils sont peu certains de leurs habiletés.

Par contre Rhodewalt (1990) stipule que les individus ayant une basse estime de soi peuvent s'auto-handicaper moins fréquemment que ceux avec une haute estime de soi, du fait qu'ils adoptent peu de concepts de soi positifs, donc, ont moins besoin de protéger leur image de soi.

2.5.8.2 Stratégies d'auto-handicap et valorisation de soi

Les stratégies d'auto handicap, sont un ensemble d'attitudes et de comportements que met en place un athlète, et qui pourtant constituent des biais à l'atteinte de ses performances. Ceci, dans l'optique de diminuer sa responsabilité personnelle en cas d'échec et de l'augmenter en cas de succès. Elles apparaissent donc comme une stratégie motivationnelle que Jones et Berglas (1978) furent les premiers à introduire dans la communauté scientifique et à conceptualiser. La logique générale d'une telle stratégie était donc de se créer à soi-même des handicaps, afin de disposer d'excuses, permettant d'expliquer une piètre performance ; par autre chose qu'un manque de compétence (Harris, Snyder, 1978 ; Pyszczynski, Greenberg, 1983).

Toutefois les circonstances d'élaborations de ces stratégies sont différentes. Les athlètes handicapés ayant une haute estime de soi s'auto handicapent généralement pour se valoriser. Ainsi, dans le cas d'un succès prévisible, les stratégies d'auto handicap sont utilisées dans le but de la valorisation de soi.

Le type de personnalité est l'une des conditions déterminantes pour le choix de l'une ou l'autre tendance. En effet, les sujets ayant une haute estime de soi sont certains de posséder des qualités positives importantes (Baumeister, Tice, 1985). Et quand ils leur arrivent de constater qu'ils possèdent des attributs négatifs, ils les minimisent. Ils affrontent toujours les situations d'évaluation avec un haut degré de confiance en soi et ne se sentent pas concernés par l'échec. Leur niveau de confiance les amène à diminuer la probabilité de l'échec perçu, ils s'engagent le plus souvent dans les activités de valorisation de soi.

De nombreuses études montrent que le temps consenti pour s'entraîner est fortement corrélé au niveau de performance atteint lors de l'évaluation subséquente (Locke, Latham, 1990). Paradoxalement, il n'est pas rare d'observer que les athlètes handicapés préfèrent éviter de se préparer, donc de ne pas mettre toutes les chances de leur côté pour réussir (Famose, 1997, 2001). En réduisant intentionnellement leurs efforts, ils limitent leurs possibilités éventuelles d'obtenir un bon résultat. Ils se créent du fait, un véritable obstacle à leur performance. Cette stratégie à première vue absurde, semble conférer un certain nombre de bénéfices (Salomon, Famose, Cury, 2005). En cas de mauvais résultat, ils pourront imputer leur échec, non pas à un manque de compétence et à une mauvaise maîtrise de soi, mais à une faible préparation. Inversement, une réussite en dépit d'une préparation inadéquate ou insuffisante leur permettant de paraître très compétent.

Les théoriciens à la suite de Harris et Snyder (1986), considèrent que les stratégies d'auto-handicap permettent de protéger le soi. On admet qu'un athlète tend à diminuer sa responsabilité personnelle en cas d'échec et à l'augmenter en cas de succès. Or les stratégies d'auto-handicap sont tout aussi utilisées pour rehausser l'estime de soi. Beaumeister et Tice (1989), énoncent alors l'hypothèse que l'auto-handicap peut être au service de la valorisation de soi.

Pour les théoriciens de l'estime de soi (Baumeister, 1982 ; Snyder, 1990 ; Snyder et Smith, 1982), c'est l'incertitude quant à la possibilité de réussir à démontrer ou à confirmer le « soi désiré » qui pousse à la mise en place de l'auto-handicap. Ces stratégies sont donc mises en œuvre dans le but de protéger le soi dans une situation risquée (Famose, 2001). Dans une telle optique, les stratégies d'auto-handicap sont centrées sur les conséquences affectives susceptibles de découler du résultat (succès ou échec). Or nous avons remarqué que, dans un contexte d'entraînement commun à la plupart d'athlètes handicapés participant aux mêmes compétitions, comme c'est le cas au Cameroun, la valorisation de l'estime de soi et la recherche de la performance sont liées ; l'athlète recherchant un effet de surprise.

Tice et Beaumeister (1990) ont appliqué la logique des stratégies d'auto handicap à l'absence d'effort préparatoire. Lors de leur investigation, les athlètes handicapés ayant une haute estime de soi sont libres de s'entraîner autant qu'ils le désirent, dans le but d'effectuer un test d'aptitude. La quantité d'entraînement constitue le critère de stratégie d'auto handicap. Suivant les conditions, la moitié des sujets s'entraîne de façon privée, tandis que l'autre moitié s'entraîne en situation publique. Dans la condition « publique », l'expérimentateur enregistre

soigneusement la quantité de temps pendant laquelle ils se sont entraînés. Par contre dans la condition « privée », cette durée est supposée rester seulement connue du sujet. Toutefois, elle est enregistrée à l'insu du sujet. Ces chercheurs ont constaté que les sujets à haute estime de soi s'entraînent significativement moins longtemps, lorsque leur temps d'entraînement doit être enregistré par l'expérimentateur. Ce qui représente une forme d'handicap.

En minimisant la quantité de temps pendant laquelle ils s'entraînent, les acteurs peuvent non seulement accroître le crédit public en cas de succès, mais réduire le degré selon lequel ils apparaîtraient mauvais s'ils échouaient. Pourtant, ils s'entraînent plus quand leur temps d'entraînement est supposé connu, uniquement par eux. Il apparaît donc que les stratégies d'auto handicap sont centrées sur la protection de l'estime de soi. Emerge donc la question de savoir si la menace sur l'estime de soi est tangible quel que soit le contexte.

Ames (1992) à travers ses travaux portant sur le climat motivationnel, offre une possibilité d'analyse intéressante en distinguant les différents climats d'une situation d'accomplissement. En valorisant le résultat, la comparaison et la compétition entre personnes, on pourrait s'attendre à ce que le climat de performance induise sur le soi, et par conséquent, plus d'auto handicap. Des effets qu'introduirait moins, voire pas, un climat de maîtrise où le progrès personnel et la maîtrise de la tâche sont essentiellement valorisés. L'objectif de cette étude est alors double : d'une part, il s'agit de montrer que le climat motivationnel joue un rôle prépondérant dans l'émergence des stratégies d'auto handicap ; d'autre part d'analyser ce premier objectif au centre d'une démarche naturelle et sportive. L'hypothèse est que les stratégies d'auto handicap (déclarations et comportements) utilisées par les sportifs handicapés se manifestent principalement en climat de performance. Les résultats permettent de vérifier que les stratégies d'auto handicap utilisées par les sportifs handicapés se manifestent principalement en climat de performance où le résultat, la comparaison et la compétition entre les personnes sont valorisés. Dès lors, c'est dans les conditions où les sportifs se trouvent en climat de performance que leurs influences personnelles détermineront dans quelles proportions sera l'usage des stratégies d'auto handicap.

Il ressort de ces résultats que les autres à la suite de Harris et Snyder considèrent que les stratégies d'auto handicap permettent de protéger l'estime de soi. Car le sujet tend à diminuer sa responsabilité personnelle en cas d'échec et à l'augmenter en cas de succès. Depuis les travaux de ces pionniers, il apparaît que l'auto handicap n'ait été envisagé que dans son aspect de protection de soi. Cependant, pour rehausser l'estime de soi, Beaumeister et Tice (1989)

avancent le présupposé que l'auto handicap peut être au service de la valorisation de soi. Au demeurant, tout athlète handicapé, qu'il ait une haute estime de soi ou une basse estime de soi peut s'engager dans l'élaboration des stratégies d'auto handicap (Tice, Baumeister, 1990). Les stratégies d'auto-handicap sont donc un facteur déterminant pour la réalisation de la performance sportive.

Toutefois, l'analyse des recherches ayant appréhendé l'auto-handicap selon ses différents types de conceptions indique que le meilleur moyen de prédire l'émergence de stratégies d'auto-handicap est de prendre en compte à la fois les variables dispositionnelles, les variables situationnelles et la conception interactionniste. Il est en effet probable que l'auto-handicap comportemental et l'auto-handicap revendiqué, qui présentent des antécédents et des conséquences relativement différents, relèvent de processus distincts. Afin d'éviter toute confusion, il est donc nécessaire d'explicitier à quelle expression de l'auto-handicap un résultat fait-il référence. De plus, s'il est avéré que ces expressions de l'auto-handicap présentent plusieurs dimensions et peuvent donc se manifester selon de multiples configurations, il convient de rappeler que dans sa définition d'origine, le concept d'auto-handicap les intègre toutes (E. E. Jones & Berglas, 1978 ; Snyder & Smith, 1982).

Ces contraintes nous ont amené à étudier toutes les configurations de l'auto-handicap, dans un souci d'exactitude. Toutefois, ces configurations de l'auto-handicap pourront être mesurées à partir d'échelles standardisées (Midgley et al., 1996). La prise en compte des deux configurations de l'auto-handicap semble fondamentale quant aux perspectives d'application de ces théories. Plusieurs auteurs avancent effectivement qu'il est possible d'intervenir auprès des sportifs ou de mettre en place certaines conditions pour faire diminuer leur tendance à employer l'auto-handicap (Ferrand, Besson et al., 2006 ; Kuczka & Treasure, 2005 ; Midgley & Urdan, 2001). Mais toute intervention ne pourra cependant être efficace qu'à condition d'avoir, au préalable, circonscrit les configurations de l'auto-handicap auxquelles chacun d'entre eux a recours et d'avoir identifié celles qui pourraient leur être les plus préjudiciables à la réalisation de la performance sportive de pointe.

CHAPITRE 3 : SPORTS POUR HANDICAPES ET PERFORMANCES SPORTIVES

Le sport, dans son acception commune, est défini comme une activité sociale compétitive ou non, mettant en jeu la motricité et la corporéité de l'individu. Vu sous cet angle, le sport serait donc par essence une activité non discriminatoire. C'est ainsi qu'en 1973, sous l'égide de Clermont Simard est né au Canada le concept d'Activité Physique Adaptée. Le sport pour personne en situation de handicap peut être considéré comme un révélateur aussi bien symbolique que sociologique de l'importance du sujet handicapé dans le corps social. De même, dans sa confrontation au sport, le handicapé agit comme un analyseur des pratiques et peut en révéler un idéal d'éthique non affirmé parce que non pensé. Compte (2010, p.21).

Dans ce chapitre, nous parlerons tout d'abord des généralités sur le sport pour personnes en situation de handicap, en suite nous aborderons la notion des performances sportives et en fin l'insertion théorique.

3.1 Généralités sur le sport pour handicapés

La première victoire de tout handicapé est de lutter contre l'isolement et la sédentarité, qui entravent son état de santé. Cette façon de penser a amené Jal (2018), à affirmer que l'isolement des personnes handicapées est un handicap supplémentaire. Ces personnes à besoins spécifiques éprouvent d'énormes difficultés à s'affirmer réellement dans la pratique des activités sportives, alors que la pratique régulière les éloignerait de la solitude et favoriserait leur intégration sociale Compte (2010). Il faut donc se battre pour éviter l'enfermement social, conserver assez de tonus musculaire et mener une vie plus normale possible. Peu importe les difficultés de départ, le sport permet un renforcement de l'organisme ; la personne handicapée y retrouve la souplesse et la vigueur musculaire en même temps qu'une plus grande facilité à effectuer les gestes quotidiens. Elle retrouve également à travers le sport, un moyen de se surpasser, de développer le sens de la dignité, de vaincre et de se débarrasser du sentiment d'infériorité que beaucoup se font. Allant dans le même sens, Devalée (2024), nous fait comprendre que la salle et le terrain de sport pour des personnes en situation de handicap sont les meilleurs endroits pour améliorer ses performances et se surpasser pour réussir son épanouissement. Les compétitions permettent aux sportifs de se mettre en valeur ; en montrant au public, ce dont ils sont capables, de même qu'elles leur permettent de se frotter et d'échanger avec les partenaires des autres clubs ou pays, ou alors de communiquer avec la population. Au-delà d'un développement harmonieux et global, certaines disciplines permettent de mieux compenser un handicap plus précis. Les malvoyants et les aveugles par exemple, trouvent à

travers le sport, la maîtrise de l'équilibre et l'intégration de l'espace. Un aveugle construit son environnement à partir d'un éventail des expériences les plus variées possibles. Or, le sport offre un nombre incroyable de situations, qui de plus, est un cadre sécurisé. La pratique sportive permet de lutter contre les maladies cardiovasculaires et l'obésité qui sont favorisées par la sédentarité.

Nous pouvons alors dire, au vu de ce qui précède, que les handicapés n'ont pas le choix, ils doivent bouger. La pratique sportive doit être la première étape dans la reconquête de l'autonomie après un accident ou une maladie pour renouer le dialogue avec son propre organisme, apprendre de nouvelles sensations et éprouver une certaine fierté d'avoir surmonté des douleurs physiques ou morales. À travers le sport, on retrouve un tonus musculaire qu'on croyait perdu.

Comme toute pratique sportive, le sport pour handicapé ne se pratique pas de façon désordonnée pendant les compétitions. Les spécialistes du domaine ont jugé utile de mettre sur pied un ensemble de classifications en vue de donner à chaque participant, la même chance de réussite. Avant de prendre part à cette classification, l'athlète devra au préalable s'assurer que sa déficience lui offre des possibilités à la pratique de la discipline choisie à travers un test de classification reconnu.

3.1.1 Classification des sportifs handicapés dans le cadre des compétitions sportives

Les classifications n'ont aucun intérêt pour les pratiques quotidiennes du sport, elles deviennent utiles lorsque les pratiquants envisagent de participer à une compétition. Cette classification est réalisée par des professionnels du monde médical et technique qui ont pour mission d'évaluer l'impact du handicap sur le geste sportif et la performance de l'athlète Paris (2024). Celle-ci fait immédiatement surgir le problème de la disparité des handicaps. Dans le souci de donner les mêmes chances aux participants, il serait injuste d'opposer dans une même épreuve des sujets atteints d'handicaps de gravités différentes, par exemple un paraplégique et un tétraplégique dans une épreuve de course. Il appartient aux médecins, aux encadreurs sportifs et aux kinésithérapeutes, tous compétents dans ce domaine, de se regrouper en commission de classification afin de vérifier la réalité du handicap et d'établir une classification selon un protocole bien défini. En principe, la commission de classification est constituée d'un représentant de chacun de ces corps. Cet examen de classification est généralement basé sur deux aspects : une évaluation physique ou analytique, qui consiste en une appréciation précise et quantitative du potentiel de mouvement de l'athlète, au moyen des tests musculaires, des

bilans articulaires et de l'étude de la coordination ; un bilan fonctionnel qui consiste en une évaluation des capacités motrices du sujet et une analyse de son geste technique par rapport à la discipline pratiquée.

Cependant, l'association des deux paramètres est nécessaire pour une meilleure classification des athlètes. Ce n'est qu'au terme de cette étape que l'athlète se retrouve en compétitions avec des adversaires ayant à peu près les mêmes caractéristiques que lui. La classification doit toujours être établie avant la compétition et si c'est nécessaire, l'athlète doit être observé en compétition pour confirmer la classe qui lui est préalablement allouée. Cette observation sur le terrain est appelée « *Review* ».

Il existe cinq grandes classifications, établies au niveau international pour les sportifs handicapés. Les quatre premières sont spécifiques aux différents ordres tandis que la cinquième est une combinaison de plusieurs ordres.

3.1.1.1 Classification pour les sportifs en fauteuil roulant

C'est le premier système de classification, établi pour les jeux de stocke Mandeville depuis 1948. Elle concerne les sportifs atteints de lésions médullaires (paraplégiques et tétraplégiques) et de séquelles de la poliomyélite. Elle est basée sur les testing musculaires et les tests fonctionnels. Elle se rencontre dans les compétitions placées sous l'égide de l'ISMWSF qui est la fédération chargée d'organiser à l'échelle internationale des compétitions pour les handicapés moteurs en fauteuil roulant, hormis les infirmes moteurs cérébraux. Elle doit être effectuée par des personnes autorisées, habituées à la classification ISMWSF. Lors des testing musculaires, on demande à l'athlète d'effectuer, au niveau d'une articulation, le mouvement correspondant à un muscle ou à un groupe musculaire et on apprécie sa façon de le réaliser. Selon le degré de réalisation du mouvement, on attribue des points variants entre zéro (0) et cinq (5) selon un barème admis à l'échelle internationale.

Au préalable, le diagnostic de la moelle épinière ou des séquelles de la poliomyélite devra être précisé par l'interrogatoire. La déficience motrice sera évaluée par l'établissement d'un schéma musculaire complet. Par la suite, l'on procédera à l'évaluation fonctionnelle de l'athlète dans ses différents mouvements, relative aux épreuves choisies en salle ou sur le terrain.

En athlétisme, deux classifications s'établissent selon qu'il s'agisse des épreuves de courses ou des lancers et sauts. Les courses sont matérialisées par la lettre T tandis que les

lancers et les sauts, appelés ici concours sont matérialisés par la lettre F. pour les courses, l'ISMWSF a défini quatre classes (T1 à T4) tandis que pour les concours (sauts et lancers) elle a dénombré huit classes (F1 à F8).

Plusieurs athlètes camerounais se trouvent dans cette catégorie d'athlètes. C'est le cas de l'athlète I.B de la catégorie T47 qui a réalisé 0'58'92 sur 400m et 6,22m au saut en longueur lors des jeux de la FAZZA qui se sont déroulés en 2022 à Dubaï. La même année au JESOLO Italie, il a réalisé 0'57'84 sur 400m et 6,05m (minima B) au saut en longueur.

C'est aussi le cas de l'athlète Timoh Wah Georges qui a représenté le Cameroun aux jeux de la francophonie à Abidjan en 201, avec un score de 38'20 au 200m.

3.1.1.2 Classification pour les sportifs amputés

Cette classification est réalisée pour des compétitions réservées uniquement aux amputés et organisées par l'ISOD ; elle est plus simple car elle se base sur les caractéristiques physiques, à savoir le nombre et le siège de l'amputation. C'est ainsi qu'on a pu distinguer neuf classes selon que l'amputation ait lieu sur un membre supérieur ou inférieur, avant ou après le coude, avant ou après le genou et selon que l'amputation porte sur un seul membre ou les deux à la fois. Les classes obtenues sont notées d'A1 à A9. Cependant, il existe pour ce même ordre une autre classification selon qu'il s'agisse des courses ou des concours. On distingue ainsi quatre classes pour les courses dont deux sur fauteuil roulant et deux autres pour ambulants. Quant aux épreuves de concours, on obtient six classes dont trois pour ambulants et trois sur fauteuil roulant.

Pour le cas des courses sur fauteuil roulant, l'athlète G.C.R. de la catégorie F55 a représenté le Cameroun aux jeux paralympique de Rio de Janeiro où il réalise un score inférieur aux minimax au 4x400m.

3.1.1.3 Classification pour les sportifs infirmes moteurs cérébraux

Cette classification est réalisée pour des compétitions organisées par le CP-ISRA, c'est l'œuvre des classificateurs de ce ressort et elle est beaucoup plus fonctionnelle. Selon la nature et le degré de handicap, il existe huit classes nommées C1 à C8. Les classes C1 à C4 utilisent les fauteuils roulant tandis que les classes C5 à C8 sont ambulantes. Cette classification est la même pour toutes les disciplines sportives pratiquées par les infirmes moteurs cérébraux. Cependant, on note qu'il n'existe pas de continuité entre les classes C5, C6 et C7 dans le degré de l'atteinte.

3.1.1.4 Classification pour les sportifs aveugles et mal voyants

Cette classification est simple pour les aveugles mais lorsqu'il s'agit des malvoyants, ces derniers doivent satisfaire à l'une des conditions suivantes pour être acceptés dans les compétitions organisées par l'IBSA, donc être reconnu comme sportif mal voyant :

- Avoir une acuité visuelle inférieure ou égale à 6/60 ;
- Avoir un champ visuel inférieur à 20 degrés.

D'après le cours d'option EPA, L'IBSA distingue trois classes d'athlètes déficients visuels et ceci dans toutes les disciplines sportives. Il s'agit de :

Classe B1 : aucune perception de la lumière n'est possible pour chacun des deux yeux, ou alors il y a perception de la lumière mais l'athlète n'est pas capable de reconnaître la forme d'une main, à quelque distance que ce soit et dans toutes les directions.

Classe B2 : elle regroupe les déficients visuels capables de reconnaître la forme de la main jusqu'à ceux possédant une acuité visuelle de 1/60 ou un champ visuel inférieur à 6 degrés.

Classe B3 : ici sont regroupés les déficients visuels possédant une acuité visuelle de 6/60 et un champ visuel inférieur à 20 degrés.

Toutes ces classes doivent être établies en testant le meilleur œil avec la meilleure correction possible, ceci en présence d'un ophtalmologue. Par conséquent, tous les athlètes portant les lentilles de contact ou les verres correcteurs, doivent les porter pendant la classification, qu'ils aient ou non l'intention de les mettre pendant la compétition.

3.1.1.5 Classification harmonisée des handicapés

Les classifications précédentes avaient pour principe, de faire prendre part à une compétition ou une épreuve, que les athlètes ayant les mêmes types de handicap. A la vue de la diversité des handicaps, la durée des compétitions devenait très longue, ce qui posait d'énormes difficultés aux organisateurs. Afin d'apporter une solution à ce problème, l'IPC (International Paralympic Comitee) a proposé une classification beaucoup plus fonctionnelle et ayant pour objectif, la combinaison et le regroupement de plusieurs ordres des handicapés dans une même épreuve. Des sujets ayant des handicaps différents mais dont le niveau de déficiences motrices est comparable, se retrouvent en train de compétir ensemble.

Suite à un accord signé en 1998 entre l'ISOD et l'ISMWSF, il a été retenu que l'ISMWSF se chargera désormais de l'organisation des compétitions d'athlétisme, qui

regroupent tous les athlètes en fauteuil roulant indépendamment de la nature de leur handicap moteur, tandis que l'ISOD prendrait en charge les compétitions d'athlétisme pour ambulants, à l'exception des infirmes moteurs cérébraux. Les classes issues de ce système de classification sont également symbolisées par les lettres T et F précédemment définies. Cependant, ici les lettres sont suivies des numéros de la classe, définis par deux chiffres dont le chiffre décimal désigne la nature du handicap, et le chiffre des unités correspond à la classe dans les différentes classifications de départ.

- ✓ 1 représente les handicapés visuels et on a T11, T12, T13 pour les épreuves de courses et F11, F12, F13 pour les concours ; le 1, 2 et 3 des unités déterminent respectivement les classes B1, B2 et B3 définies par l'IBSA.
- ✓ 2 représente les handicapés mentaux et comme il n'existe pas de classes dans cet ordre, on a T20 et F20.
- ✓ 3 représente les infirmes moteurs cérébraux.
- ✓ 4 détermine les athlètes ambulants issus de l'accord entre l'ISOD et l'ISMWSF.
- ✓ 5 pour tous les athlètes en fauteuil roulant.

Le Cameroun compte plusieurs athlètes à l'instar de : A.G.J. de la catégorie T11 qui a participé au Grand prix de Tunis organisé par la Tunisie en 2019. Comme palmarès, cette athlète a réalisé une performance de 11''85 sur 100m ce qui lui a valu une qualification pour les jeux mondiaux IPC de Dubaï.

En 2020, au meeting international de Marrakech, il a réalisé des performances suivantes : 11''65 sur 100m, 23''55 sur 200m et 52''93 sur 400m. Performances qui lui valent la qualification pour les Jeux Paralympique de Tokyo 2020. Malheureusement, auxdits jeux de Tokyo 2020, il a obtenu la 4ème place à la finale des 400m, avec une performance de 52''17 sur 400m et 11''52 sur 100m. Il rentrera alors sans aucune médaille aux Jeux Paralympique de Tokyo 2020.

L'athlète A.N.C.C. quant à lui a été catégorisé parmi les F11 aux jeux de la FAZZA tenus en 2021 à Dubaï avec une performance de 11''99 sur 100m. Il en est de même des JESOLO qui se sont déroulés en Italie en 2022 avec une performance de 12''21 sur 100m. Aucune médaille n'a été remportée.

Toutes ces classifications concourent à la préparation des jeux paralympiques qui sont un moment idéal où les personnes en situation de handicap vont se découvrir à travers des disciplines sportives dites paralympiques.

3.1.2 Les sports paralympiques

Selon la Source : « *Education aux Valeurs Olympiques 2005/Athlètes et Disciplines Sportives* (2005) », les athlètes en situation de handicap ne choisissent pas de façon désordonnée des disciplines sportives qu'ils pratiquent. Ils le font en tenant compte du test de classification cité plus haut qui ressort le degré de handicap de l'athlète, et lui donne une catégorisation en fonction dudit degré.

3.1.2.1 Athlétisme

L'athlétisme est l'un des sports paralympiques les plus populaires. Il fut intégré au programme des Jeux dès leur création en 1960. Il regroupe le plus grand nombre d'athlètes, hommes et femmes, et comprend le plus grand nombre d'épreuves. Les participants aux Jeux Paralympiques sont des athlètes souffrant de handicaps physiques (paralysie cérébrale, moelle épinière touchée, amputation, et autres handicaps moteurs) et des athlètes mal ou non voyant. Le programme des Jeux comprend des épreuves de course, de saut, de lancer, le marathon et le pentathlon. Les athlètes concourent en fauteuil roulant, à l'aide de prothèse ou assistés d'un guide pour les sportifs mal et non-voyants.

3.1.2.2 Boccia

La boccia se pratique en individuel, par paire ou par équipe de 3. Ce sport est accessible aux athlètes souffrant d'un handicap nécessitant l'utilisation d'un fauteuil. La boccia se pratique en gymnase sur des courts équipés d'un marquage au sol particulier. Pour les joueurs, l'objectif est de lancer leur balle de cuir (de couleur rouge ou bleue) le plus près possible de la balle cible (blanche) : le « jack ». Au début du match, l'arbitre tire à pile ou face et l'équipe gagnante choisit la couleur de ses balles. L'équipe aux balles rouges commence. La balle peut être lancée à la main, au pied ou avec l'aide d'un appareil pour les athlètes souffrant d'un très lourd handicap. À l'issue de chaque manche, l'arbitre mesure la distance qui sépare les balles de chaque équipe du « jack » et accorde des points en conséquence. L'équipe ayant le plus de point est déclarée vainqueur.

3.1.2.3 Sports équestres

L'équitation est l'un des sports les plus spectaculaires des Jeux d'été. Il s'agit du seul sport paralympique où les hommes et les femmes participent dans les mêmes conditions et où l'athlète et le cheval sont déclarés médaillés olympiques.

3.1.2.4 Football 5x5

Le football 5x5 est pratiqué par des athlètes mal et non-voyants. Le match met en jeu deux équipes de 4 joueurs non-voyants et d'un gardien de but malvoyant. Le match dure 50 min (deux mi-temps de 25 min). Le football 5x5 suit les règles du football traditionnel.

3.1.2.5 Goal-ball

Le goal-ball est pratiqué par des athlètes non ou malvoyants, hommes et femmes. Chaque équipe est composée de 3 joueurs. L'objectif est d'inscrire un but en faisant rouler la balle avec la main tandis que les joueurs de l'équipe adverse doivent essayer de bloquer la balle avec n'importe quelle partie du corps. Le match se déroule en 2 mi-temps de 10 minutes.

3.1.2.6 Judo

Les règles sont très proches de celles du judo olympique. Les athlètes souffrent pour la plupart de troubles de la vue.

3.1.2.7 Rugby fauteuil

Le rugby fauteuil se pratique sur un terrain de basket avec un ballon semblable au ballon de volley. Seuls des joueurs et joueuses utilisant un fauteuil roulant manuel peuvent participer. Le match se décompose en 4 périodes de 8 min. Chaque équipe compte 4 joueurs et peut être mixte. Pour chaque équipe, l'objectif est de marquer en portant la balle derrière la ligne de but opposée. Pendant les matches, les joueurs peuvent se heurter violemment, ce qui nécessite de nombreuses réparations des fauteuils.

3.1.2.8 Tennis de table

Le tennis de table aux Jeux Paralympiques est très proche de celui pratiqué aux Jeux Olympiques. Quelques modifications sont effectuées pour les athlètes en fauteuil roulant. Peuvent participer les athlètes souffrant d'une déficience mentale, de contusions à la moelle épinière, d'amputations ou d'autres handicaps physiques. Ils jouent debout ou en fauteuil.

3.1.2.9 Tir à l'arc

Le tir à l'arc est pratiqué aux Jeux Paralympiques par des femmes et des hommes souffrant de handicaps physiques. Les athlètes doivent toucher de leur flèche une cible de 122 cm de diamètre à une distance de 70 m. Les épreuves sont individuelles ou par équipe.

3.1.2.10 Volley-ball (assis)

Le volley-ball assis est assez proche du volley-ball olympique. Les principales différences sont la taille du terrain (plus petite) et la hauteur du filet (plus basse). Tous les athlètes souffrant d'un handicap moteur peuvent participer. Chaque équipe est composée de 6 joueurs.

3.1.2.11 Voile

Les règles de compétition en voile sont très proches de celle de la voile olympique. Les athlètes participants aux Jeux Paralympiques sont aveugles ou malvoyants ou souffrant d'un handicap moteur.

3.1.2.12 Tir

Suivant les mêmes règles que le tir aux Jeux Olympiques, le tir paralympique ne connaît que quelques modifications. Les différences résident dans les distances de tir, les types de cibles, les armes, la position de tir, le nombre de coups et le temps accordé à l'athlète pour effectuer ses tirs. Les épreuves sont ouvertes aux femmes et aux hommes.

3.1.2.13 Tennis fauteuil

Le tennis fauteuil aux Jeux Paralympiques se joue à 2 ou à 4. Les athlètes souffrent d'un handicap moteur et ne peuvent se servir d'une ou de leur deux jambes. Dans une catégorie différente, les athlètes ayant un handicap au niveau des bras peuvent également participer. Les règles sont similaires aux règles olympiques.

3.1.2.14 Natation

Les épreuves de natation sont divisées en fonction du type de nage de la distance et du degré de handicap. Les classifications des épreuves sont donc très nombreuses. Les athlètes, hommes ou femmes, souffrant d'un handicap physique, mal ou non-voyants, peuvent participer aux Jeux Paralympiques.

3.1.2.15 Haltérophilie

L'haltérophilie handisport se pratique allongé sur le dos. Les arbitres de la compétition déposent la barre à hauteur des bras tendus de l'athlète. Celui-ci doit, en deux minutes,

descendre la barre au niveau de sa poitrine, la maintenir immobile et la pousser vers le haut pour tendre les bras. Les compétitions paralympiques sont ouvertes aux femmes et aux hommes selon des catégories de poids.

3.1.2.16 Football 7x7

Le football 7x7 est ouvert aux sportifs handicapés moteurs. Chaque équipe est composée de 7 joueurs (gardien compris). Le match dure 60 min (2 fois 30 min). Les règles sont celles du football valide.

3.1.2.17 Escrime fauteuil

Les athlètes participant aux épreuves paralympiques d'escrime souffrent de handicaps moteurs et sont installés dans un fauteuil roulant calé au sol. Il existe 5 épreuves individuelles ou par équipe : le fleuret messieurs, le fleuret dames, l'épée messieurs, l'épée dames et le sabre messieurs.

3.1.2.18 Cyclisme

Le cyclisme paralympique comprend 2 disciplines : le cyclisme sur route et le cyclisme sur piste. Peuvent prendre part aux compétitions : les athlètes mal ou non-voyants, les sportifs atteints de handicaps physiques. En fonction des handicaps, les vélos peuvent être adaptés.

3.1.2.19 Basket-ball fauteuil

Le basket paralympique est très proche du sport valide. Les équipes sont composées de 5 joueurs, hommes ou femmes, et utilisent les mêmes règles que le basket-ball olympique. Les principales différences résident dans l'utilisation du fauteuil, les dimensions et la forme du terrain.

3.1.2.20 Curling fauteuil

Le curling est un sport de grande stratégie. La première Coupe du Monde de curling fauteuil s'est tenue en janvier 2000 à Crans-Montana en Suisse. Ce sport fera ses débuts dans le programme paralympique aux Jeux de Turin en 2006. Le sport est ouvert aux athlètes dont le handicap requiert l'utilisation d'une chaise roulante. Les équipes peuvent être mixtes aux Jeux Paralympiques. Les règles du curling fauteuil sont les mêmes que celles du curling valide avec seulement quelques modifications pour l'utilisation des chaises roulantes. Le curling fauteuil est pratiqué par 16 pays dans le monde.

3.1.2.21 Ski nordique

Les compétitions de ski nordique sont ouvertes aux athlètes souffrant d'un handicap physique (épreuves de ski assis ou épreuves debout avec des prothèses) ou d'une déficience visuelle (épreuves avec guide). Aux Jeux Paralympiques, il existe deux disciplines : le cross-country et le biathlon. Les épreuves sont au nombre de 4 : la courte distance, la moyenne distance, la longue distance et le biathlon. Les athlètes féminins et masculins peuvent y participer en individuel ou par équipe (relais).

3.1.2.22 Hockey sur luge

Le hockey sur luge est la version paralympique du hockey sur glace. Ce sport est entré aux Jeux Paralympiques en 1994 et est vite devenu l'un des sports vedettes des Jeux d'hiver. Très physique, il est pratiqué par des hommes ayant un handicap physique dans le bas du corps. Le hockey sur luge est pratiqué dans 10 pays et suit les règles du hockey sur glace avec quelques modifications liées à la luge.

3.1.2.23 Ski alpin

Les athlètes en ski alpin doivent combiner agilité et rapidité. Il existe 4 disciplines aux Jeux Paralympiques comme aux Jeux Olympiques : le super G, le slalom géant, le slalom et la descente. Les épreuves sont ouvertes aux hommes et aux femmes ayant un handicap physique ou malvoyant. Les skieurs malvoyants sont guidés par des personnes utilisant leur voix comme signal pour indiquer le parcours. Athlètes handicapés physiquement utilisent des équipements adaptés à leurs besoins : un ski unique, le ski assis (fauteuil équipé de skis) ou aides orthopédiques (prothèses, ...). Les deux premières disciplines de ski alpin (slalom et slalom géant) sont entrées aux Jeux Paralympiques en 1976 (premiers Jeux). Aujourd'hui, les athlètes paralympiques concourent dans les 4 disciplines. Les règles suivent celles du Ski valide avec quelques adaptations. Le ski alpin est pratiqué dans 35 pays et continue de se développer.

3.1.2.24 Powerlifting

L'haltérophilie a fait son apparition aux jeux de Tokyo en 1964 pour la première fois. Seulement les hommes ont pu concourir, puis, le sport s'est peu à peu orienté vers le powerlifting pour finir par intégrer officiellement le programme des jeux paralympiques en 1992. C'est en 2000, aux jeux de Sydney que les femmes intègrent également cette discipline. De manière pratique, Jeux Paralympiques, la force du haut du corps est mise à l'épreuve avec une compétition de développé-couché appelée para powerlifting. Les concourants sont

mélangés par catégorie de handicap mais séparés par catégorie de poids. Chaque athlète choisit un poids de la barre à soulever.

Certains de ces sports ne sont pas pratiqués au Cameroun à cause du manque d'infrastructures adéquates. On peut par exemple citer le Curling fauteuil, le ski nordique le Hockey sur luge. En effet, les données actuellement disponibles indiquent que seulement 20% d'athlètes handicapés sportifs Camerounais ont un niveau de compétition international (Direction Technique Nationale du MINSEP, 2020). Ceux-là ont déjà participé aux compétitions d'envergure internationale comme les [JAPHAF] en 2003 à Abuja (Nigéria) et en Mauritanie pour ne citer que ces compétitions. Pourtant l'on constate une participation massive des pays comme le l'Afrique du Sud, le Nigéria... ,

Cependant, les propos du Président Chinois HU JIN TAO lors des Jeux Paralympiques de Beijing au sujet de la valorisation des athlètes handisports témoigne l'intérêt que le monde entier accorde aux personnes handicapées « *Nous allons profiter de la tenue des Jeux Paralympiques à Beijing pour valoriser davantage l'esprit humanitaire, protéger les droits et intérêts des personnes handicapées et garantir à ces dernières l'accès égal à la vie sociale et aux acquis du développement socio-économique* ».

Le Cameroun aurait eu des chances de glaner des médailles aux Jeux de Beijing avec la performance de notre compatriote B. N. F. obtenue lors des JAPHAF. Ce dernier a levé une charge de 182,5 kg dans la catégorie des - de 75 kg lors des JAPHAF de 2008). Malheureusement, les athlètes handicapés camerounais n'ont pu prendre part à ces Paralympiques ; la raison étant celle du non-paiement des amendes infligées au Comité National Paralympique Camerounais (CNPC) par l'IPC. De même, ces acteurs ont encore fait parler d'eux lors des derniers JAPHAF tenus du 25 au 31 Mai 2009 à Niamey au Niger.

Ces absences successives à plusieurs éditions contribuent davantage à développer des stratégies d'auto-handicap qui baissent significativement leur niveau d'engagement aux compétitions sportives tout en participant à la protection de soi. Pendant que les handicapés d'autres pays s'affirment et s'expriment en tant qu'êtres humains, ceux du Cameroun sont aux oubliettes « *les Jeux paralympiques de Beijing ont été une grande fête pour les handicapés du monde. Ces jeux ont été un grand évènement qui a incarné les concepts de transparence, d'intégralité et d'égalité* » a déclaré LIU QI Président du Comité d'Organisation de Beijing (BOCOG).

Nous voyons que l'insertion socio professionnelle, l'inclusion et voire l'intégration sociale de la personne handicapée est possible par la pratique du sport. « *Les paralympiens ont montré leur attitude positive envers la vie, en faisant preuve de respect de soi, de confiance en soi, de développement de soi et d'indépendance. Ils ont chanté un hymne à l'humanité en démontrant leur excellence sportive* » disait Monsieur LIU QI. Il conclut : « *Inspirés par les jeux paralympiques, plus de 300 000 handicapés de Beijing se sont davantage intégrés dans la société, profitant non seulement du charme des jeux mais aussi de l'enthousiasme de la société* »

3.2 Performances des athlètes handicapés sportifs : une réalité complexe

Le problème de la performance individuelle ou collective dans une organisation a été particulièrement étudié en psychologie du travail et des organisations et en gestion des ressources humaines. Mais, ces études n'ont pas véritablement produit des résultats empiriques selon Charles-Pauvers (2006). La grande majorité des travaux dans ce domaine ont défini la performance sur la base des critères variés à savoir :

- L'évaluation par le supérieur hiérarchique ;
- La qualité de service rendu ;
- Les délais de production et d'écoulement ;
- L'absentéisme ;
- L'assiduité ;
- Le respect de la hiérarchie ;
- La motivation ;
- L'implication au travail, etc.

Généralement, on admet avec le Dictionnaire le Robert (1992) que, la performance est le résultat obtenu par un athlète dans une compétition, un cheval en course. De même, le dictionnaire fondamental de psychologie souligne quant à lui qu'il s'agit d'un résultat, le plus souvent donné sous forme quantifiée, obtenu par un sujet dans une tâche. Mieux, comme l'admet Motowidlo (2003, p. 39) il est tout simplement « ... *la valeur totale attendue par l'organisation des épisodes de comportements discrets qu'exerce un individu pendant une période de temps donnée.* » Il ressort alors que la performance individuelle au travail laisse apercevoir plusieurs aspects tels que l'instabilité de la performance qui dépend des types de

tâches proposées, le temps, la qualité du management dans l'organisation, et bien d'autres dispositions situationnelles ou structurelles, individuelles ou relationnelles.

Dans le domaine du sport, la performance, à en croire le dictionnaire de psychologie (Doron et Parot, 1991) est définie comme le comportement et le degré d'efficacité de ce comportement qui provient de la mobilisation des ressources physiques, psychiques, biomécaniques, ou émotionnelles d'un individu face aux contraintes d'une tâche motrice donnée. Ainsi, la performance dépend autant des aptitudes psychomotrices, psychiques ou physiques et des habiletés individuelles, que de la capacité à les mobiliser de manière optimale dans la tâche. Cette capacité est fonction de la motivation et du contrôle émotionnel du sujet.

Selon Keller (1994, p. 304), la performance motrice est « *une action déterminée au double plan de l'exécution motrice et de son résultat.* » Il fait la distinction entre la performance et l'apprentissage. La performance est la traduction d'un rendement, d'une action en cours de réalisation et influencée par les facteurs du mouvement (motivation, fatigue) et c'est en mesurant l'évolution de ce rendement, pendant une période précise que l'on peut savoir s'il y a eu apprentissage ou non. La performance motrice revêt donc la conséquence du mouvement (résultat) qu'aux processus qui sous-tendent et qui organisent la réalisation du geste.

Selon Kimble (1961), la performance est la traduction de l'apprentissage en comportement. L'apprentissage n'est pas la performance, il renvoie à une « *construction hypothétique* », une variable intermédiation qui relie la performance à la pratique.

La performance reflète les modifications temporaires chez le sujet, elle peut aussi refléter l'influence d'une croissance interne de l'organisme c'est-à-dire la maturation. Notons aussi que, les modifications des performances ne peuvent pas toujours être identifiées comme étant dues à l'entraînement. Au regard de ce qui précède, il ressort que le terme performance reste ambiguë ; en anglais par exemple, la performance fait référence soit à l'activité du sujet dans l'accomplissement de la tâche (performance de la tâche), soit au produit de cette activité (niveau de performance).

Dans le cadre de ce travail, c'est le premier volet de cette assertion qui nous concerne. Le niveau de performance correspond, selon Famose (1990), au sens commun, il s'agit de la notion d'acte qui a été introduite par la psychologie cognitive en réaction au behaviorisme. Dans cette perspective, le comportement humain correspond à la partie

manifeste de l'activité motrice, c'est-à-dire le mouvement. Le résultat ou la performance apparaît donc comme le produit de l'activité du sujet, notamment, le comportement moteur observable de ces mouvements. Il serait ainsi idéal, au lieu de se préoccuper des résultats de l'apprentissage moteur, de prendre en compte le processus à travers lequel ce résultat est atteint.

3.2.1 La relation entraînement-performance sportive

La mesure en éducation physique reste de nos jours un fait qui ne fait pas l'unanimité des chercheurs et autres pratiquants. Pour toute activité motrice, il est nécessaire de mesurer les effets, les résultats ou les performances qui peuvent être exprimés en terme de vitesse (comme le 100 m, passe rapide au rugby, etc.), de précision (tir au handball, tir au fusil, etc.), de distance, (lancer de disque,...), etc.

De nombreux auteurs ont fait la classification des mesures en plusieurs catégories :

Chez Schmidt (1975) nous avons trois catégories : la précision, la vitesse, l'amplitude de réponse. Drowatzky (1975) en a proposé 7 : la quantité de la réponse, la latence de la réponse, le taux, l'erreur, la réminiscence, les essais, la rétention. Magill (1988) dénombre plutôt quatre catégories qui dépendent de la nature du but de la tâche motrice.

Tableau 5: La mesure de la performance en fonction de la nature du but, selon Magill (1988).

Catégorie	Types de mesures utilisées	Exemples de buts dans les APS
Vitesse	Seconde, minutes, heures	-Temps pour courir 100m, 200m, etc ; -Temps mis pour faire 50 abdominaux.
Précision	-Nombre d'erreurs ; -Amplitude de l'erreur -Nombre d'essais -Temps sur la cible	-Nombre de lancers ; -Durée de contact d'un stylet sur une cible mobile.
Amplitude de la réponse	-Hauteur -Distance -Poids	-Hauteur franchie en saut en hauteur ; -Nombre de points marqués.
Temps de latence		Temps pour sortir des starting-blocks en sprint

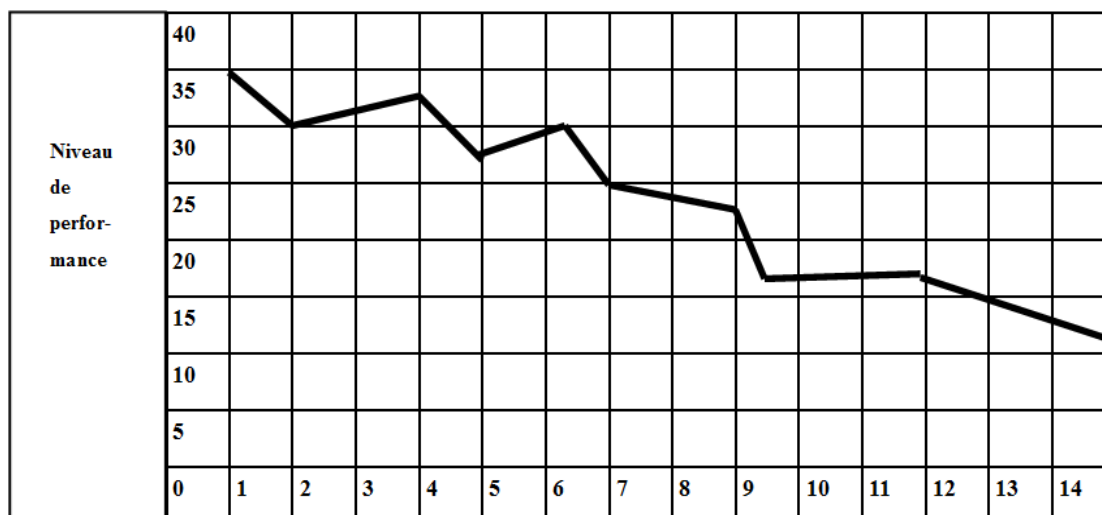
Source : Mesure de la performance : Magill (1988)

Certains auteurs, notamment, Famose (1995), évaluent la performance à partir d'une courbe de performance. Mais, s'il est possible qu'une combinaison d'habiletés apprises puisse être accomplie en un seul essai, le progrès dans l'acquisition d'une nouvelle habileté motrice est généralement long et graduel. C'est dans cette perspective que, la courbe de performance est utilisée afin de fournir une description graphique de l'apprentissage pendant le temps d'entraînement dans lequel la performance est réalisée.

Cette courbe présente plusieurs caractéristiques : elle montre le progrès de performance de l'apprenant dans la situation d'apprentissage. Prenons l'exemple de Famose (1995) sur la mesure du nombre de paniers réussis au Basketball par un apprenant sur une série de 50. L'axe vertical ou ordonné présente les scores tels que le temps, les erreurs,...

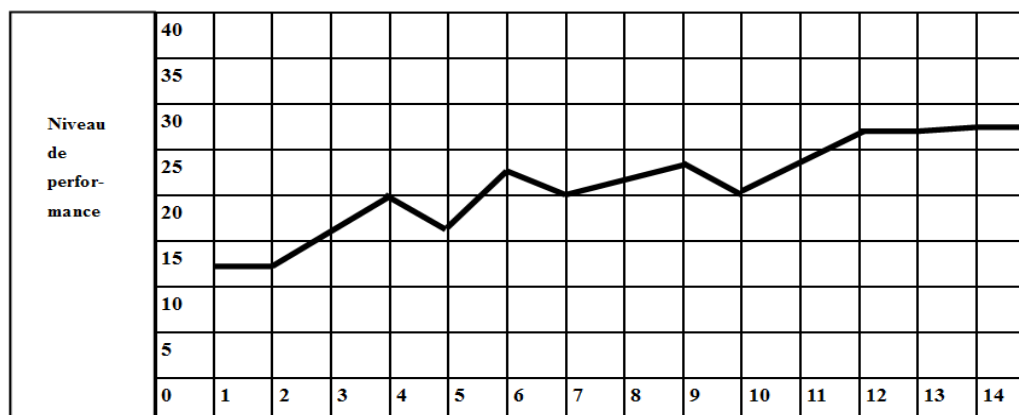
Elle peut être ascendante ou descendante en fonction de la façon spécifique dont on mesure la performance sur la tâche. Elle est ascendante lorsque le progrès de la performance va du bas vers le haut, le cas échéant, on dit qu'elle est descendante.

Figure 1: Exemple de courbe descendante de performance individuelle d'après Famose (1995).



Source : *Courbe descendante de performance individuelle : Famose (1995).*

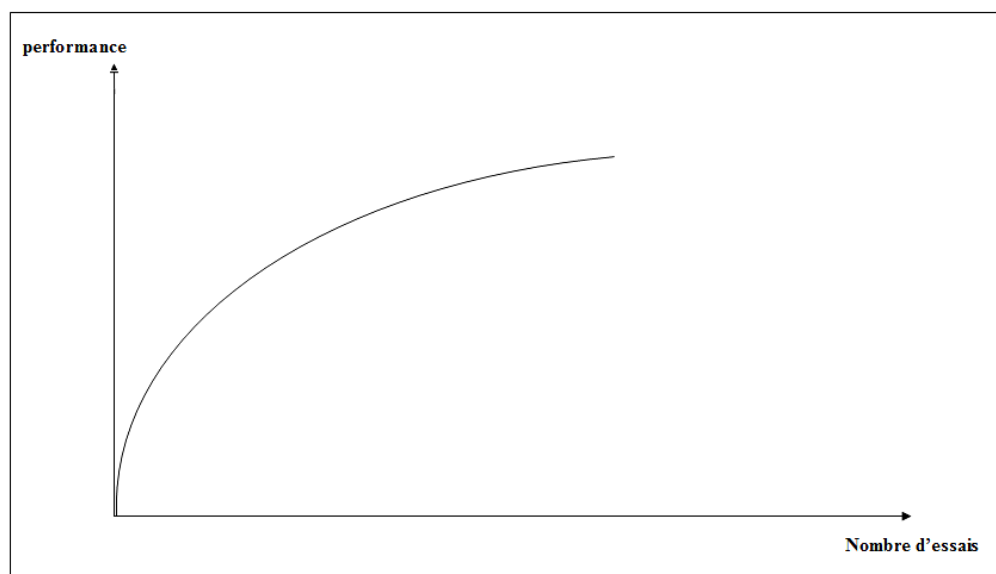
Figure 2: Exemple de courbe ascendante de performance individuelle d'après Famose (1995).



Source : Courbe ascendante de performance individuelle : Famose (1995).

Quatre autres types de courbes apparaissent dans les recherches sur l'entraînement à savoir : la courbe de performance linéaire qui indique que, les performances s'accroissent proportionnellement au temps ou au nombre de séances c'est-à-dire que, chaque unité d'accroissement sur l'axe horizontal (un essai) résulte d'un accroissement proportionnel sur l'axe vertical (seconde).

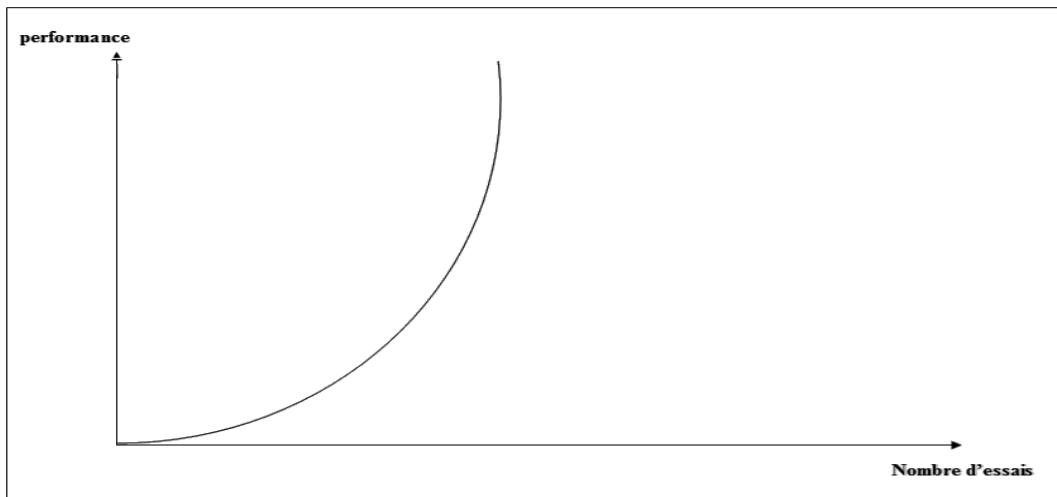
Figure 3: Exemple de courbe de performance négative d'après Famose (1995).



Source : Courbe de performance négative : Famose (1995).

La courbe négativement accélérée qui indique une large quantité de progrès arrivées tôt dans la pratique puis diminue rapidement. D'après les données recueillies sur le terrain, nous pouvons inscrire les athlètes de notre étude à ce niveau.

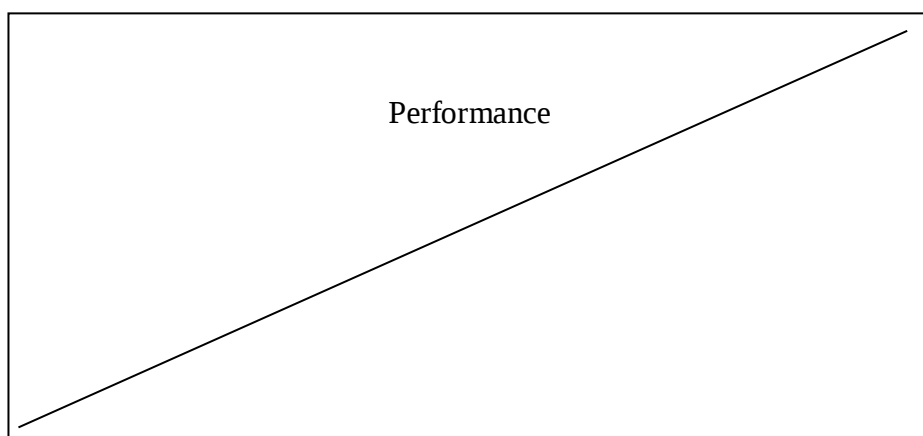
Figure 4: Exemple de courbe de performance positive d'après Famose (1995).



Source : *Courbe de performance positive : Famose (1995).*

La courbe de performance positivement accélérée qui indique un gain de performance léger au début de la pratique, mais un accroissement à la suite de la pratique.

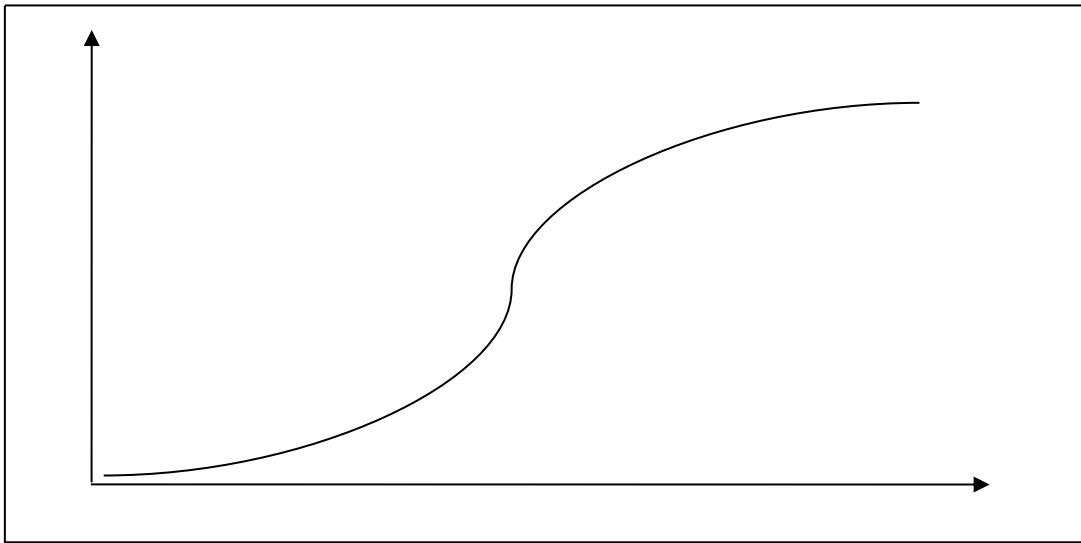
Figure 5: Exemple de courbe de performance linéaire d'après Famose (1995).



Source : *Courbe de performance linéaire : Famose (1995)*

La courbe de performance linéaire nous permet en définitive de mesurer les gains de performances de l'apprenant.

Figure 6: Exemple de courbe de performance en ogive d'après Famose (1995).



Source : Courbe de performance ogive : Famose (1995)

La courbe de performance en ogive qui pointe l'évolution de la performance en dents de scie.

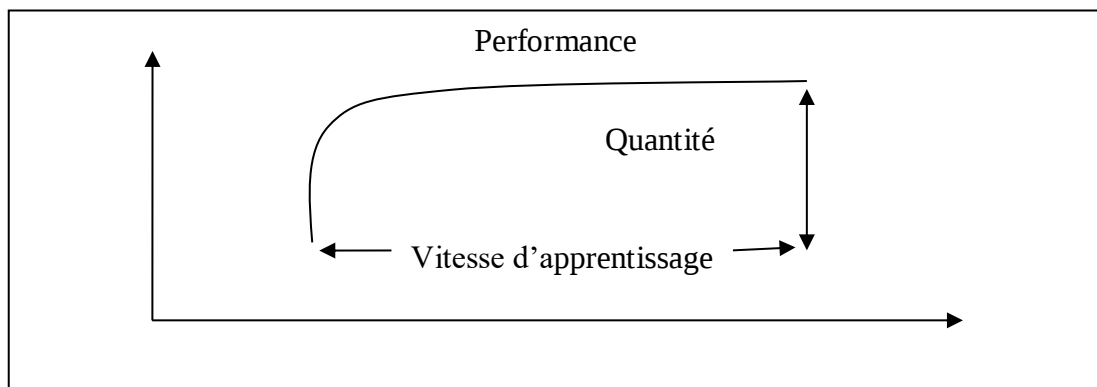
Bhrick, Fitts et Briggs (1975) ont montré que le type de courbe pouvait dépendre de la manière dont on mesurait la performance, d'où le recours à d'autres moyens pour mesurer l'apprentissage moteur.

Nous notons qu'un apprentissage se fait remarquer à travers le progrès observé dans les niveaux de performance d'un individu pendant une période de temps précise. Il est question ici de voir comment est-ce que l'on peut mesurer la quantité de progrès.

La mesure de l'apprentissage selon Famose (1985), se résume en trois notions essentielles c'est-à-dire la quantité, la vitesse et le taux d'apprentissage.

La quantité d'apprentissage renvoie à la différence entre les performances initiales et les performances finales de l'apprenant.

Figure 7: Exemple de courbe de performance représentant le taux d'apprentissage.



Source : *Vitesse d'apprentissage Famose (1995)*

Le taux d'apprentissage ou taux de progrès représente la différence entre la performance terminale et la performance initiale.

En reprenant l'exemple sur une série de 50 lancers au basketball, au début de l'apprentissage, l'élève réussit 10 paniers sur 50 tentatives (20%). À la fin de l'apprentissage, il réussit 30 sur 50 tentatives (60%). Le taux d'apprentissage sera donc :

$$\frac{(\text{Mesure finale}) - (\text{mesure initiale})}{(\text{Mesure maximum}) - (\text{mesure initiale})} \times 100$$

$$\frac{60 - 20}{100 - 20} \times 100 = 50 \%$$

Il est à noter que nous avons quelques exceptions dans la relation apprentissage et performance. Car, il est souvent possible d'apprendre sans qu'aucun changement ne s'opère dans la performance de l'apprenant. Ainsi, nous avons :

- Le progrès dans la performance sans aucune augmentation de l'apprentissage. Ceci est généralement dû à l'utilisation des produits dopants et des drogues, à la maturation biologique, notamment celle du système nerveux, à l'amélioration des organes effecteurs ;
- Le progrès dans l'apprentissage sans augmentation de la performance. Ici, l'apprentissage n'est pas toujours mis en évidence à travers une augmentation dans la performance manifeste. Ceci correspond à ce que Duham (1971) a appelé « *apprentissage latent* » et « *les plateaux d'apprentissage* ».

L'apprentissage latent renvoie au fait qu'un apprenant soit capable d'apprendre, d'acquiescer les aptitudes et les connaissances au cours d'une activité sans résultat.

Les plateaux d'apprentissage quant à eux font référence au niveau de la performance acquise après apprentissage. Cette performance reste statique, ne progresse plus, quel que soit le degré d'engagement de l'athlète dans l'entraînement.

La question lancinante qui vient à l'esprit face au phénomène de plateau d'apprentissage est celle-ci : les plateaux sont-ils des phénomènes normaux dans l'apprentissage ou, sont-ils tout simplement des conséquences qui découlent de certaines mesures ?

Schmidt (1982) a donné une réponse à cette question. Selon lui, les plateaux ne sont qu'une illusion car, ils surviennent du fait du type de mesure de performance utilisée. Ils sont dus à l'absence de motivation ou à la fatigue et au processus d'apprentissage lui-même qui permet au sujet de restructurer à certains moments l'organisation de ses habiletés motrices.

Le processus d'apprentissage peut donc être considéré comme un « *processus vertical* » (Namikas, 1983) durant lequel le débutant progresse à travers plusieurs niveaux d'habiletés. Le plateau d'apprentissage n'est donc qu'une étape car, à chaque niveau, la configuration spatio-temporelle du mouvement ou encore, la forme dans laquelle l'habileté se manifeste différemment des niveaux antérieurs. Dans ce sens, Bernstein (1967) considère que ce qui est appris c'est la solution du problème que le processus d'entraînement en vue de l'acquisition de nouvelles habiletés motrices réside pour l'essentiel, dans la réussite d'une recherche progressive de solution motrices optimales aux problèmes posés au départ. En conséquence, la pratique, lorsqu'elle est envisagée de manière appropriée, ne consiste pas à répéter essais après essais les moyens de la solution d'un problème moteur, mais dans le processus de résolution de ce problème par des techniques qui sont toujours modifiées et perfectionnées de répétition que, le plateau d'apprentissage, loin d'être un ralentissement dans l'apprentissage, est au contraire une étape fondamentale dans le processus d'apprentissage, étape génératrice de progrès futurs.

3.2.2 Les facteurs de la contre-performance en sport

Les insuffisances observées dans la réalisation d'une tâche motrice peuvent aussi être tributaires de plusieurs facteurs, notamment les facteurs techniques, tactiques, physiques et psychosociaux. S'agissant des facteurs psychosociaux, nous pouvons avoir :

- l'absence de collaboration et de coopération sur des principes communs avec les camarades et les encadreurs ;

- l'incapacité à gérer les échecs ;
- l'absence d'affiliation et d'appartenance au groupe ;
- l'irrespect des règles sociales ;
- l'incapacité à supporter les charges d'entraînement ;
- l'absence de la détermination ;
- la peur de la blessure ;
- le manque d'attention et de concentration aux entraînements ;
- les représentations négatives de la tâche ;
- l'absence de confiance en soi et à l'enseignant ;
- le stress ou l'anxiété ;
- le manque de motivation ;
- La mauvaise gestion des stratégies d'auto-handicap.

Yassine (2009) dans une étude sur la relation cohésion-performance dans une équipe de football, pense que, seuls, ces facteurs psychosociaux ne suffisent pas pour déterminer les contre-performances d'un athlète. Nous avons également les facteurs relatifs à la technique de jeu comme :

- l'incapacité d'exécuter et reproduire des schémas moteurs et des gestes techniques en référence à des principes biomécaniques du mouvement ;
- l'inadaptation aux charges techniques de la tâche ;
- l'inefficacité des fonctions neuromusculaires et des capacités de coordination ;
- le manque du maintien du contrôle technique proportionné dans les conditions de complexité de coordination et de fatigue physique ;
- l'incoordination dans l'exécution des solutions techniques personnelles et créatrices.

Sur le plan tactique, les contre-performances sportives peuvent se justifier par des insuffisances au niveau de la maîtrise des stratégies d'auto handicap nécessaires à la réalisation du geste exact. Tandis que les facteurs physiques et morphologiques d'inadaptation font référence à l'absence de l'intensité, la rapidité, la coordination, la puissance, la tonicité musculaire, bref de l'efficacité fonctionnelle générale.

Cette brève analyse nous amène à donner une définition de la contre-performance qui se résume dans le cadre de notre recherche aux comportements observables ou à l'inadaptation des athlètes au moment de l'acquisition des habilités motrices nouvelles. Mais, la plupart des travaux dans le cadre de la performance ont été réalisés en compétition sportive, surtout au sport

de haut niveau. Pourtant, ce travail de recherche est réalisé au niveau de l'encadrement des athlètes surtout en ce qui concerne la gestion de leur état mental.

3.2.3 Relation encadreur psychologique et performance sportive

Guimond (2015), titulaire d'un doctorat en psychologie du sport et travaillant auprès de l'équipe de hockey des Canadiens de Montréal, décrit son travail comme étant « *l'analyse des aptitudes mentales qui déterminent la performance sportive* ». Il mentionne aussi que « *le consultant en psychologie du sport travaille en collaboration avec l'athlète pour atteindre un état psychologique optimal dans le but de lui permettre de performer à son plein potentiel* » (Guimond, 2015). On peut donc constater que pour l'entraînement mental, le consultant et le psychologue font un travail très semblable. L'entraînement mental a pour but d'optimiser les performances de l'athlète dans un maximum de situations possibles. L'athlète doit en effet relever plusieurs défis et surmonter de nombreuses difficultés, lesquels seront mieux gérés s'il y est bien préparé. Dans cette logique, nous poursuivrons notre recherche en interrogeant quelques théories sur le comportement des athlètes.

3.3 Insertion théorique

La combinaison des différentes théories ci-dessous évoquées nous a permis de comprendre les travaux sur les différentes approches et mécanismes qui expliquent les contre-performances des athlètes en situation de handicap. La plupart de ces travaux ont été effectués dans le cadre de la dynamique motivationnelle qui constitue la principale source permettant à l'athlète de s'engager ou de se désengager dans les activités sportives de haut niveau.

Toutefois, la prise en compte des stratégies telles que l'auto handicap comportemental et l'auto handicap revendiqué qui déterminent toute activité d'acquisition des habiletés ainsi que la performance motrice a été négligée dans ces travaux. D'où le choix de la théorie des stratégies d'auto handicap de Johnes et Berglas comme grille de lecture des performances des athlètes en situation de handicap lors des compétitions sportives.

3.3.1 Théorie de l'auto handicap

L'expérience princeps sur l'auto-handicap a conduit Jones et Berglas (1978) à conceptualiser l'auto-handicap sous forme d'« état ». Ces auteurs ont effectivement constaté que la majorité des individus confrontés à une situation importante dont le résultat est incertain sont amenés à utiliser des stratégies d'auto-handicap. Ces deux auteurs avancent également que « *certaines personnes sont plus enclines que d'autres à adopter des stratégies d'auto-handicap* » Jones et Berglas (1978 p. 406), ce qui a été corroboré plus tard par de nombreuses recherches

et par le développement d'échelles standardisées destinées à mesurer une tendance dispositionnelle à l'auto-handicap parfois appelée « *propension à l'auto-handicap* » ou « *trait d'auto-handicap* » Rhodewalt (1990). Jusqu'à présent, les deux outils les plus utilisés pour mesurer cette propension à l'auto-handicap sont la SHS (Self- Handicapping Scale de Jones et Rhodewalt 1982) et l'Échelle d'Auto-handicap de Midgley et ses collaborateurs (Midgley et al., 1996 ; Midgley & Urdan, 1995).

Le sport constitue en effet un terrain idéal pour étudier l'auto-handicap par le fait qu'il génère des situations évaluatives publiques dont le résultat est le plus souvent incertain (Carron et al., 1994). Jones et Berglas avaient déjà fait cette constatation dès 1978 en avançant que « *les handicapés sont légion dans le domaine sportif* » (p. 201). La détection des sportifs qui emploient l'auto-handicap est particulièrement importante (Rhodewalt et al., 1984) car cette stratégie peut avoir des conséquences fortement préjudiciables de nature à entraver la performance sportive. Plusieurs études ont en effet montré que l'auto-handicap pouvait avoir des conséquences inverses de celles recherchées en ce qui concerne la présentation de soi et ainsi conduire à la dévalorisation des compétences de son utilisateur et /ou au rejet de ce dernier par son entourage (Hirt et al., 2003 ; Luginbuhl & Palmer, 1991 ; Rhodewalt & Hill, 1995). En outre, plusieurs études longitudinales ont montré qu'à long terme, les stratégies d'auto-handicap s'avèreraient peu adaptatives. La tendance à l'auto-handicap est, par exemple, corrélée négativement avec la santé, le bien-être, la satisfaction concernant ses propres compétences et la réussite scolaire ou sportive de son utilisateur alors qu'elle est corrélée positivement avec une humeur négative, le recours à des substances nocives (alcool, drogues) et l'usage de stratégies de coping telles que l'évitement ou l'auto-accusation (Eronen et al., 1998 ; A. J. Martin et al., 2001 ; McCrea & Hirt, 2001 ; Midgley et al., 1996 ; Zuckerman et al., 1998 ; Zuckerman & Tsai, 2005). Des études récentes ont également montré que les personnes qui s'auto-handicapent pénètrent dans un cercle vicieux au sein duquel l'auto-handicap et les expériences d'échec se renforcent mutuellement (Zuckerman et al., 1998 ; Zuckerman & Tsai, 2005). Bien que les travaux sur les conséquences de l'auto handicap dans le domaine sportif soient peu nombreux (Coudevylle et al., 2008 ; Elliot et al., 2006), les études citées ci-dessus peuvent souligner l'importance d'étudier l'auto handicap et ses conséquences (contre-performance, émotions négatives, blessures) dans ce domaine particulièrement propice aux processus de protection du soi.

Enfin, plusieurs auteurs suggèrent que la mise en place d'un contexte d'entraînement adapté pourrait réduire le recours à l'auto-handicap (Ferrand, Besson et al., 2006 ; Kuczka &

Treasure, 2005 ; Urdan, 2004), ce qui laisse penser que la possibilité de détecter les forts handicapés pourrait constituer une première étape pour faire évoluer les conduites handicapantes des sportifs (Rhodewalt et al., 1984). La possibilité de détecter les motivations sous-jacentes à l'auto-handicap pourrait permettre aux préparateurs mentaux et aux entraîneurs d'identifier les situations critiques dans lesquelles un sportif sera le plus susceptible de s'auto-handicaper. À partir des scores obtenus sur l'EARS, entraîneurs et préparateurs mentaux pourront, par exemple, prévoir qu'un sportif ayant un fort score de protection s'auto-handicamera davantage lorsqu'il rencontrera des situations sur lesquelles il risque de se sentir dévalorisé (par exemple, affronter un adversaire de niveau très inférieur), tandis qu'au contraire, un sportif ayant un fort score de valorisation s'auto-handicamera davantage dans des contextes qui offrent principalement l'opportunité de se valoriser (affronter un adversaire de niveau très supérieur).

Cette étude nous permettra de mesurer l'auto-handicap revendiqué et comportemental dans le milieu sportif et d'évaluer distinctement les motifs de protection et de valorisation du soi sous-jacents à ces stratégies, à l'aide de l'échelle intitulée Échelle d'Auto handicap Revendiqué et Comportemental en Sport (EARS et EACS). L'utilisation de ces outils est apparue nécessaire pour deux principales raisons. En premier lieu, alors qu'il existe une échelle standardisée permettant de mesurer spécifiquement l'auto-handicap comportemental (Midgley et al., 1996), aucune échelle valide ne permet, à notre connaissance, de mesurer l'auto-handicap revendiqué, que cela soit dans le domaine académique ou dans le domaine sportif. En second lieu, aucune échelle ne permet de distinguer les deux principales motivations de l'autohandicap qui sont : la protection après un échec¹¹ (« *j'ai échoué, non pas à cause de mon manque de compétence, mais parce que je me suis mal préparé* ») et la valorisation après un succès (« *en l'absence de cet obstacle j'aurais encore mieux réussi* ») (Arkin & Baumgardner, 1985 ; Jones & Berglas, 1978 ; Tice, 1991). Outre son intérêt pour le terrain, cette distinction entre les motifs de l'auto-handicap présente un intérêt théorique dans le sens où elle permet de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents aux stratégies d'auto-handicap (Baumeister et al., 1989 ; Tice, 1991).

Jones et Berglas (1978, p.406), les premiers à utiliser le terme d'auto-handicap, définissent le concept comme « toute action ou choix lors d'une situation de performance qui augmente la possibilité d'externaliser (ou excuser) l'échec et d'internaliser (accepter raisonnablement le crédit) le succès ». Comme l'illustre cette définition, les théories attributionnelles à l'époque naissantes (Jones & Davis, 1965 ; Kelley, 1972 ; Weiner et al.,

1971), constituent un premier ancrage théorique de l'auto-handicap et apparaissent en substance dans de nombreux travaux sur le sujet (Jones & Berglas, 1978 ; Greenlees, Jones, Holder, & Thelwell, 2006 ; Jones & Berglas, 1978 ; Rhodewalt & Hill, 1995 ; Snyder & Smith, 1982 ; Tice, 1991).

3.3.2 Les théories attributionnelles

La notion d'attribution causale réfère à la nature des causes invoquées par les personnes pour expliquer les événements passés. Ces causes se caractérisent par un certain nombre de dimensions. Selon la théorie attributionnelle de la motivation et des émotions de Weiner (Weiner, 1985, 1986), le locus de causalité concerne la dimension attributionnelle interne (i.e., attribution à des facteurs personnels) versus externe (i.e., attribution à des facteurs situationnels) des causes, la stabilité a trait à leur caractère stable (permanent) versus instable (changeant) et la contrôlabilité évoque leur caractère contrôlable versus incontrôlable par soi ou autrui.

Dans leur théorie attributionnelle de la résignation apprise, Abramson, Seligman, et Teasdale (1978) distinguent la dimension d'internalité qui rend compte d'une résignation personnelle (i.e., la personne considère que son absence de contrôle sur l'environnement provient d'une cause spécifique à elle-même) versus universelle (i.e., la personne considère que son absence de contrôle provient d'une cause non spécifique à elle-même et que, par conséquent, n'importe qui aurait également échoué à contrôler la même situation).

À l'instar de Weiner, Abramson et al., (1985) caractérisent aussi une cause par sa stabilité qui, dans le cadre de la théorie de la résignation apprise, rend compte du caractère chronique (cause stable) versus transitoire (cause instable) de la résignation. Enfin, Abramson et al., (1985) ajoutent la dimension attributionnelle de globalité qui rend compte du caractère global versus spécifique de la résignation, c'est-à-dire de l'étendue des situations auxquelles une même cause s'applique. Concrètement, dans les situations d'accomplissement, les caractéristiques des causes mises en avant pour expliquer un succès ou un échec interagissent avec la perception du résultat proprement dit et entraînent certaines conséquences dans les sphères cognitives (croyances), affectives (émotions), comportementales (effort, persévérance) et aussi vis-à-vis de l'estime de soi (Weiner, 1986). Après un succès, les causes internes, stables et globales (ex. l'aptitude, le talent), ainsi que les causes internes, instables et contrôlables (ex. l'attention, l'effort, l'entraînement) engendrent des conséquences favorables dans les sphères évoquées. Après un échec, les causes internes, instables et contrôlables semblent les plus à même de présenter des propriétés adaptatives (Weiner, 1986), tandis que les causes internes,

stables et globales engendrent les conséquences les plus néfastes pouvant même affecter l'estime de soi (Abramson et al., 1978).

De nombreuses démonstrations empiriques ont pu être fournies dans des domaines d'accomplissement aussi variés que ceux sollicitant la performance scolaire (ex. Graham & Weiner, 1993), la performance motrice (ex. Gernigon, Fleurance, & Reine, 2000 ;Gernigon, Thill, & Fleurance, 1999) ou la performance sportive (ex. Gernigon & Delloye, 2003). Il est important de noter que si les attributions causales interviennent après la connaissance des résultats, la particularité de l'auto-handicap tient au fait que cette stratégie se manifeste avant la réalisation de la performance (Famose, 2001). Ne sachant pas avec certitude si celle-ci sera un succès ou un échec, l'auto-handicap consiste à se trouver des excuses à l'avance qui pourront être utiles dans les deux éventualités. L'utilisateur pourra ainsi justifier un éventuel mauvais résultat ou rendre un éventuel bon résultat encore plus gratifiant grâce à la présence du handicap. Dès lors, la gestion des attributions se réalise de manière anticipée en utilisant une ou plusieurs propriétés de l'obstacle choisi.

3.3.2.1 L'attribution causale de Weiner (1985)

La théorie de l'attribution peut apporter un éclairage sur les mécanismes de régulation de l'activité. De plus, les jugements d'attribution constituent l'expression d'une connaissance ou d'une croyance (théorie naïve) du sujet sur l'issue de ses activités cognitives.

Weiner (1985) a mis sur pied une théorie de l'attribution de la motivation qui stipule que les jugements rétrospectifs des performances d'un individu ont des effets motivationnels. Les individus ont tendance à attribuer leurs succès à leurs capacités personnelles et leurs échecs à un effort insuffisant. Cette interprétation permet à l'individu de s'engager dans la réalisation de la tâche car, il considère que les résultats sont modifiables en fonction de la quantité d'effort qu'il fournit. Par contre, les individus qui attribuent leurs échecs à des insuffisances d'aptitudes et leurs succès à des facteurs situationnels, s'investissent moins dans la réalisation de la tâche et, ont tendance à renoncer rapidement à la rencontre d'un moindre obstacle.

Il est à noter que l'orientation centrale de la psychologie cognitive de nos jours est l'importance qu'elle accorde à l'interprétation des événements et non aux événements eux-mêmes. L'analyse qui précède montre que c'est plutôt l'interprétation des événements (le succès ou l'échec) qui influence le plus directement la motivation.

Selon Wiener (1986), les causes évoquées peuvent être nombreuses et variées. Nous pouvons avoir des attributions telles que : « *j’ai réussi parce que je ne suis pas bien entraîné* », « *l’entraîneur nous a mal préparé* », « *je ne me sentais pas bien* », etc. D’autres peuvent adopter des attitudes d’excuses pour justifier leurs échecs : « *j’étais fatigué* », « *ce n’étais pas mon jour* », etc.

Il s’agit d’une analyse subjective des causes d’échec ou de succès ; ce sont des causes perçues par l’individu lui-même. Dans cette perspective, la théorie de l’attribution donne la pertinence à la construction de la réalité de l’individu, et non à la réalité en elle-même. C’est pour cela que Heider (1958) a qualifié la théorie de l’attribution comme l’étude du sens commun ou de la psychologie naïve.

De manière générale, la théorie de l’attribution s’intéresse à la psychologie naïve qui « *a pour but de donner une signification au monde ambiant de façon à ce qu’il soit prévisible, et permette donc des interactions efficaces* » (Leyens & Dardenne, 1994, p.106). Il s’agit en particulier de comprendre les mécanismes psychologiques qui sous-tendent l’explication causale des événements et des comportements. Les attributions causales reflètent la perception des personnes sur les causes de leurs actes, de leurs performances et de ceux d’autrui. Cette forme de représentation s’installe progressivement, se modifie avec l’expérience et naît d’une accumulation de processus d’évaluation (par l’environnement) et d’auto-évaluation (Kurtz, Schneider, Carr, Borkowski & Turner, 1988).

Tableau 6: Les trois dimensions de l’attribution de Weiner (1985), d’après Noël (1997).

	Interne		Externe	
	Stable	Instable	Stable	Instable
Incontrôlable	Capacité, aptitude	Fatigue Humeur	Difficulté de la tâche	Hasard Humeur de l’évaluateur
Contrôlable	Efforts Stratégies	Efforts Stratégies	Biais de l’évaluateur	Perceptions de l’évaluateur

Source : Les trois dimensions de l’attribution : Noël (1997)

La théorie de l’attribution (Weiner, 1985, 1986) postule que tout comportement (ou plutôt toute issue positive – réussite – ou négative – échec – du comportement) peut être attribué à une cause caractérisée selon trois dimensions : **le lieu de causalité** (voir Rotter, 1966), **la stabilité et la possibilité de contrôle**. La cause d’un comportement pourra être perçue comme

« interne » ou « externe » selon qu'elle se situe à l'intérieur ou à l'extérieur du sujet. Elle sera stable ou instable si elle est perçue ou non comme présente à travers différentes situations. Elle peut être ou non sous le contrôle du sujet, c'est-à-dire qu'elle peut être supprimée, atténuée, accentuée selon la volonté. Le Tableau ci-dessus donne quelques exemples de causes réparties selon ces trois dimensions dans le domaine scolaire.

Les causes de réussites et d'échecs les plus fréquemment cités dans les contextes d'exécution de tâche sont :

- l'aptitude personnelle,
- la quantité d'efforts déployés,
- le hasard,
- la difficulté de la tâche.

La perception des causes de la réussite et de l'échec constitue un facteur de poids pour expliquer le comportement stratégique, l'effort déployé, le temps d'engagement dans une tâche, la persévérance, ... en bref, les processus de régulation de l'activité.

Il existe des relations étroites entre auto-efficacité et attribution causale. Selon une idée répandue et soutenue par les travaux dans ce domaine, le type d'attribution interagit avec la dimension qualitative de la performance (réussite / échec). Généralement, les réussites sont attribuées aux facteurs internes et les échecs aux facteurs externes. Ce résultat souligne le rôle de protection du soi joué par les mécanismes d'attribution. Toutefois, la relation « *réussite / interne* » est plus souvent observée que la relation « *échec / externe* ». Silver, Mitchell et Gist (1995) envisagent l'intervention de différences individuelles dans les mécanismes d'attribution de la performance. Ils évoquent notamment le rôle de l'auto-efficacité perçue sur le style d'attribution : les sujets peu confiants dans leurs propres compétences auraient une plus basse estime d'eux-mêmes, un faible besoin de réussite, une haute anxiété face aux tests et internaliseraient leur échec ; les sujets avec une haute auto-efficacité externaliseraient leurs échecs. Leurs expériences montrent effectivement une relation entre l'auto-efficacité et le style d'attribution : il s'avère qu'en réponse à l'échec, les différences individuelles influencent les attributions. De plus, les attributions influencent en retour l'auto-efficacité ressentie après la tâche : une bonne performance (réussite) attribuée à des facteurs internes augmente le sentiment d'auto-efficacité ; une mauvaise performance (échec) attribuée à des facteurs internes baisse le niveau d'auto-efficacité. Ces données démontrent l'existence d'une relation bidirectionnelle entre auto-efficacité et performance ; entre auto-efficacité et attributions.

Les résultats généraux obtenus dans les travaux sur l'auto-efficacité et l'attribution défendent l'influence des variables motivationnelles et affectives sur le niveau de performance. Ainsi, les programmes d'intervention et de remédiation destinés à modifier la qualité des apprentissages doivent-ils impérativement considérer les attributions de la performance ; les actions purement cognitives n'auront pas de portée si le sujet continue à penser qu'il ne maîtrise pas son processus d'apprentissage ou qu'il n'est pas capable de mettre en place les opérations efficaces de traitement. La remédiation doit passer par la rééducation des processus attributionnels pour être efficace (Borkowski, 1988 ; Lafortune et Saint-Pierre, 1998).

Notons enfin que ce ne sont pas les attributions elles-mêmes, dans leur expansion concrète, qui contribue à la dynamique motivationnelle du comportement. Selon Weiner (1986), leur impulsion motivationnelle découle de plusieurs dimensions :

- la dimension locus de causalité qui considère les causes selon qu'elles sont perçues comme étant internes ou externes à un individu. C'est dans cette perspective que Heider propose une subdivision des facteurs personnels en intention, effort accompli et habileté, et des facteurs d'environnement à la difficulté de la tâche à accomplir et à la chance ;
- la dimension stabilité qui considère les causes perçues selon qu'elles sont stables ou instables, variables ou invariables. Habituellement, l'individu a tendance à considérer l'effort comme instable et l'habileté comme stable. A ce même titre, la difficulté perçue de la tâche est stable tandis que la chance perçue est considérée comme instable ;
- la dimension contrôle qui permet à l'individu d'évaluer le degré de contrôle de la cause en attribuant habituellement selon Weiner (1986), l'aptitude à une cause sur laquelle il n'a aucun contrôle et l'effort à celle où il a un contrôle volontaire.

Prenons l'exemple du jeune athlète proposé par Famose (1997, p. 212) : « *je ne suis pas doué pour ce sport* », la catégorisation normative : elle est stable (cette basse aptitude reste la même dans le temps), elle est interne à l'élève et elle n'est pas contrôlable par lui.

La dimension globalité qui considère la cause de l'échec ou du succès selon qu'elle est globale ou spécifique. Dans cette étude, un athlète peut se déclarer apte en gymnastique en général, mais faible au grimper à la corde. Ici, les causes les plus globales peuvent être

généralisées à plusieurs situations qui peuvent conduire à un pessimisme ou à un optimisme général tel que l'a défini Seligman (1991).

Avant de considérer les études sur les relations entre auto-handicap et les attributions causales, nous allons rapidement aborder Un autre ancrage théorique de l'auto-handicap.

3.3.3 Les théories de la présentation de soi

Les théories de la présentation de soi, également dénommées « gestion des impressions », s'intéressent à la façon dont les personnes agissent en créant, en maintenant, en défendant et en valorisant les conditions de leur identité sociale (Goffman, 1959). La présentation de soi permet aux personnes de surveiller et de contrôler la façon dont elles sont perçues et évaluées par les autres (Schlenker, 1980). Il s'agit d'un processus dans lequel les individus contrôlent les impressions que les autres ont d'eux et qui joue un rôle important dans le comportement interpersonnel (Leary & Kowalski, 1990 ; Martin Ginis, Lindwall, & Prapavessis, 2007). Les utilisateurs de l'auto-handicap tentent alors de gérer artificiellement de telles impressions (Kolditz & Arkin, 1982). Plusieurs auteurs ont précisé que la présentation de soi implique non seulement les tentatives des personnes pour contrôler les impressions que les autres se font mais aussi les efforts pour commander leurs propres impressions (Greenwald & Breckler, 1985 ; Schlenker, 1985).

Ainsi, il apparaît important de distinguer l'usage de l'auto-handicap pour gérer les impressions vis-à-vis de soi-même (i.e., soi privé ou estime de soi) de celui pour gérer les impressions vis-à-vis des autres (i.e., soi public ou estime sociale). Les premiers travaux sur l'auto-handicap avaient été réalisés dans des conditions privées (Jones & Berglas, 1978) conduisant les auteurs à conclure que les stratégies d'auto-handicap se produisaient tout au moins pour soi-même. Plusieurs chercheurs ont par la suite indiqué que l'auto-handicap apparaissait plus marqué dans des conditions publiques que dans des conditions privées (voir Arkin & Baumgardner, 1985 ; Shepperd & Arkin, 1989). En fait, l'auto-handicap permet à la fois de se convaincre soi-même et à la fois de convaincre l'audience que l'on est une personne dotée de qualités (Higgins & Snyder, 1990). Ceci étant, selon Mello-Goldner et Wurf (1997) l'utilisation de l'auto-handicap comportemental ne dépend pas seulement de la situation publique ou privée dans laquelle se trouve la personne mais également de la source de la rétroaction, externe (autrui) ou interne (personnelle), qu'elle privilégie pour évaluer sa valeur. Ces chercheurs ont alors montré que les personnes étaient plus enclines à utiliser l'auto-

handicap en situation publique lorsqu'elles étaient elles-mêmes cognitivement focalisées sur les jugements des autres.

À contrario, l'auto-handicap en situation privée était plus volontiers utilisé lorsque les personnes étaient cognitivement focalisées sur leur propre évaluation. Finez, Berjot, et Rosnet (2011) résument ainsi que l'auto-handicap peut se manifester dans les deux conditions selon que les personnes utilisent la stratégie en direction des autres (i.e., image publique) ou en direction d'eux-mêmes (i.e., image privée). Au-delà de la distinction entre le contrôle des impressions vis-à-vis de soi-même et le contrôle des impressions des autres, il apparaît important de distinguer la protection et la valorisation de soi recherchées par les utilisateurs (Finez et al., 2011). La protection de soi réduit les aspects négatifs du soi tandis que la valorisation de soi entraîne l'usage d'un processus cognitif et/ou comportemental qui amplifie les aspects positifs du soi (Grove, Fish, & Eklund, 2004). De nombreuses recherches portant sur l'auto-handicap ont alors conforté le fait que les personnes utilisent cette stratégie pour protéger et valoriser le soi (Leary & Kowalski, 1990 ; Tice, 1991, 1993) avait montré que les personnes utilisaient ces stratégies pour protéger leur estime de soi (Jones & Berglas, 1978 ; Snyder & Smith, 1982).

Par la suite, il a été montré que les personnes les utilisaient également pour se valoriser (Tice & Baumeister, 1990). Selon Rhodewalt, Morf, Hazlett et Fairfield (1991), même si la protection de soi touche l'ensemble des personnes, seules celles ayant une estime de soi élevée emploient l'auto-handicap de manière comportementale pour se valoriser. En fait, selon les travaux de Tice et al. (Baumeister, Tice, & Hutton, 1989 ; Tice, 1991, 1993), le choix de l'une des motivations (i.e., protection vs valorisation) est principalement affecté par des différences individuelles dans le niveau d'estime de soi. En somme, pour Tice (1993), « les personnes avec une estime de soi faible sont préoccupées par la protection de soi et utilisent l'auto-handicap dans le but de protéger leur estime et leur réputation. Les personnes avec une estime de soi élevée sont préoccupées par la valorisation de soi et utilisent l'auto-handicap dans le but de valoriser leur estime et leur réputation » (p. 47).

Enfin, selon Levesque et al. (2001), la protection ou la valorisation de soi dépend du résultat de la performance ultérieure. L'usage de l'auto-handicap comportemental permettra de diminuer artificiellement la responsabilité de sa compétence personnelle en cas de mauvaise performance (i.e., protection de soi) ou d'augmenter l'implication de cette compétence en cas de bonne performance (i.e., valorisation de soi).

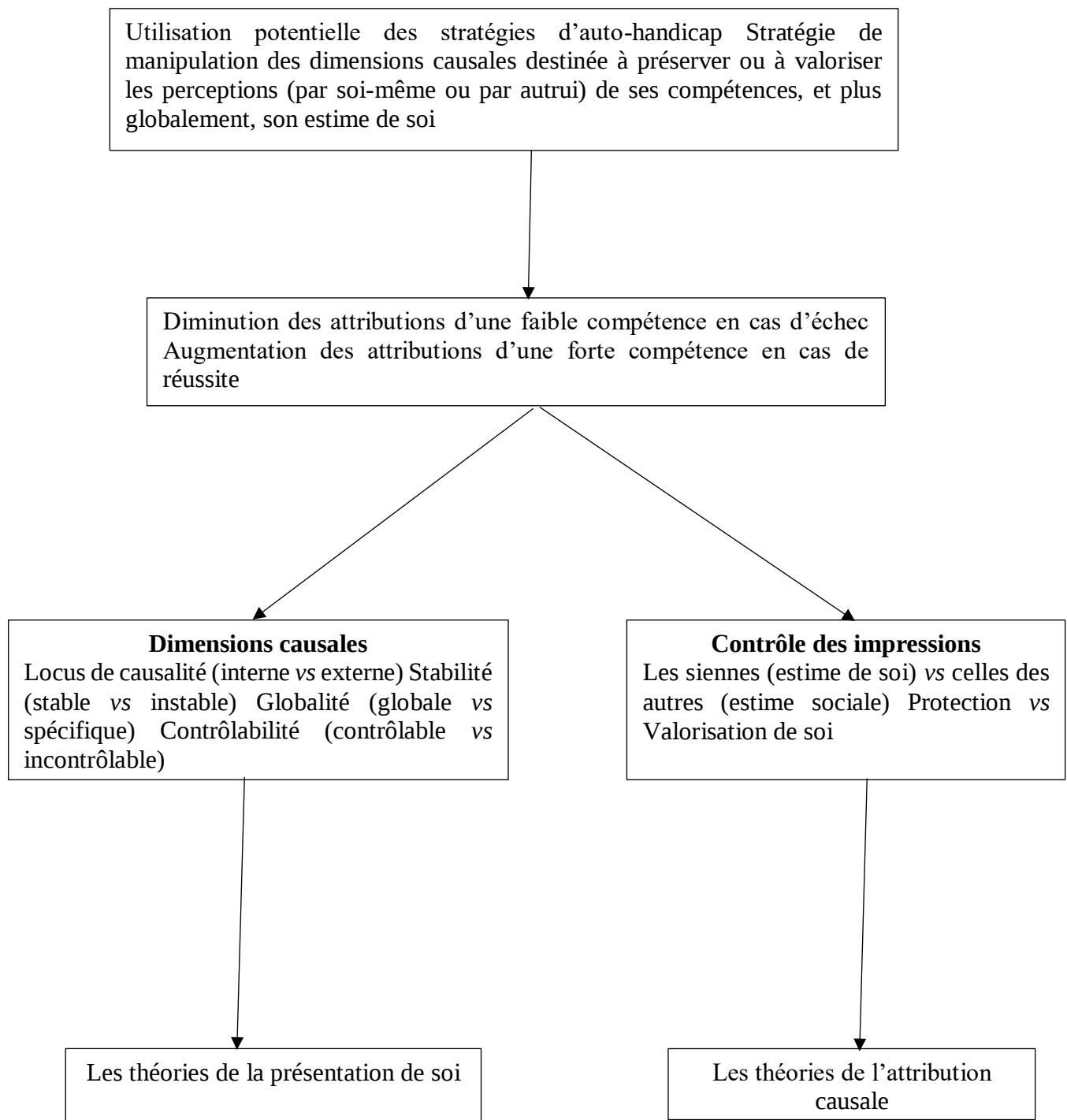
La convergence des théories de l'attribution causale et de la présentation de soi dans l'analyse des stratégies d'auto-handicap trouve son origine à travers les « principes de diminution et d'augmentation » présentés par Kelley (1972). Le principe de diminution signifie que lorsqu'un résultat est associé à plus d'une cause plausible, les attributions pour chacune de ces causes seront moins importantes que si une cause unique est mise en avant. À l'inverse, le principe d'augmentation implique que l'attribution de causalité d'un agent donné est renforcée si les résultats se produisent en dépit de la présence des influences inhibitrices (Kelley, 1972). Jones et Berglas (1978) décrivent ce principe à travers l'exemple de la consommation d'alcool. Cette consommation peut être considérée comme une cause inhibant la performance alors que la compétence est une cause facilitant cette même performance. L'inférence que la compétence est la cause potentielle d'une performance la plus probable se trouve augmentée par la présence de l'alcool. Comme le rappelle Feick et Rhodewalt (1997), ce principe permet à l'utilisateur de l'auto-handicap de diminuer les attributions d'une faible compétence en cas d'échec et d'augmenter les attributions d'une forte compétence en cas de réussite.

Ce principe d'augmentation et de diminution présenté par Kelley (1972) sert d'appui théorique à un grand nombre de recherches empiriques (Ferrand, Tetard, & Fontayne, 2006 ; Jones & Berglas, 1978 ; Rhodewalt & Hill, 1995) et de revues de littérature dans le domaine de l'éducation (voir Rhodewalt, 2008) et du sport (voir Finez et al., 2011a ; Prapavessis, Grove, & Eklund, 2004) portant sur l'auto-handicap mais sans nécessairement en expliciter précisément le cheminement théorique. Il apparaît que l'apport conjoint des théories de l'attribution causale et de la présentation de soi dans l'analyse des stratégies d'auto-handicap permet d'identifier chez ces dernières une véritable fonction attributionnelle ayant pour but de protéger ou de valoriser le soi des utilisateurs (voir Fig. 1). Il est en effet possible d'envisager que la recherche de protection de soi, par le recours à des excuses comportementales ou déclarées, nécessite soit d'externaliser les causes d'un possible futur échec (ex. mauvaises conditions climatiques), soit d'attribuer ou de faire attribuer cet échec à des causes certes internes, mais instables, spécifiques et contrôlables par soi (ex. absence ostentatoire d'effort). Ce jeu attributionnel déculpabilisant du point de vue du soi permet donc à la personne de s'assurer de sauver la face quoi qu'il arrive. À l'inverse, toute attribution d'échec à des causes internes et stables (Weiner, 1985, 1986), de surcroît globales (Abramson et al., 1978) telles que l'absence de qualités personnelles générales représenterait une menace préjudiciable pour le soi. En ce qui concerne la recherche de valorisation de soi, un succès obtenu malgré la présence d'un handicap impliquerait une attribution à des causes internes (ex. effort, habileté), réputées être reliées à l'estime de soi

(Abramson et al., 1978). Mieux, parmi ces causes de succès internes, celles qui sont également stables, voire globales (ex. talent, don), s'avèrent comme les plus flatteuses pour le soi (Abramson et al., 1978).

Utilisation potentielle des stratégies d'auto-handicap, Stratégie de manipulation des dimensions causales destinée à préserver ou à valoriser les perceptions (par soi-même ou par autrui) de ses compétences, et plus globalement, son estime de soi Diminution des attributions d'une faible compétence en cas d'échec Augmentation des attributions d'une forte compétence en cas de réussite Contrôle des impressions les siennes (estime de soi) vs celles des autres (estime sociale) Protection vs Valorisation de soi Les théories de l'attribution causale. Les théories de la présentation de soi Dimensions causales Locus de causalité (interne vs externe) Stabilité (stable vs instable) Globalité (globale vs spécifique) Contrôlabilité (contrôlable vs incontrôlable).

Figure 8: Les fondements théoriques de l'auto handicap ; Coudeville et al. (2015)



Source : Les fondements théoriques de l'auto handicap : Coudeville et al. (2015)

Ces considérations permettent alors de définir l'auto-handicap comme une stratégie de manipulation des dimensions causales destinée à préserver ou à valoriser les perceptions, par soi-même ou par autrui, de ses compétences, et plus globalement, de son estime de soi. Les

déterminants de l'auto-handicap À travers l'examen des fondements théoriques de l'auto-handicap, il apparaît qu'en utilisant les propriétés de l'obstacle employé (ex. externe, instable, spécifique, incontrôlable), les utilisateurs contrôlent, de manière préventive, leurs propres attributions causales et celles que portent leurs observateurs à l'égard de leur prestation afin de se protéger en cas d'échec ou de se valoriser en cas de réussite. Si la recherche de protection et/ou de valorisation de soi (i.e., l'estime de soi et l'estime sociale) permet de distinguer les utilisateurs potentiels de l'auto-handicap des non-utilisateurs, cette préoccupation du soi est insuffisante pour déterminer l'utilisation effective de stratégie et nécessite ainsi d'en identifier les déterminants. Qu'ils soient dispositionnels ou situationnels, ces déterminants présentent la propriété remarquable de mettre fortement en jeu l'estime de soi via ses constituants tels que le sentiment de compétence et ses différentes modalités de construction.

3.1. Mise en jeu de l'estime de soi et auto-handicap.

De nombreux travaux mettent en évidence les liens qui existent entre l'auto-handicap et l'estime de soi. Ces liens ont été examinés dans un grand nombre de recherches (Tice & Baumeister, 1990 ; Tice, 1991) et synthétisés dans plusieurs revues théoriques (Finez et al., 2011a ; Rhodewalt, 1990, 2008). D'une manière générale, ces travaux indiquent que l'auto-handicap et l'estime de soi sont corrélés. Cependant la genèse des comportements des athlètes en situation de handicap peut aussi être comprise à travers l'exploitation des théories de l'apprentissage.

3.3.4 Les approches comportementaliste et néo-comportementaliste

Le célèbre psychologue américain Watson, en 1913, a mis sur pied un modèle théorique sur l'apprentissage. À partir du paradigme $S \longrightarrow R$, c'est-à-dire stimulus-réponse, le behaviorisme encore appelé théorie de la « *boîte noire* » est considéré comme la première théorie qui s'est intéressée à l'acquisition des connaissances ou des habiletés aussi bien chez l'homme que chez l'animal. Les travaux sur le behaviorisme se sont inspirés de deux grandes approches philosophiques de Descartes (1637) et de Locke (1693) qui stipulent que nos pensées sont le fruit de nos expériences personnelles au cours de l'existence. Faisant référence à ce modèle, l'entraînement consiste à introduire les habiletés techniques et tactiques dans l'esprit des athlètes considérés comme une table rase et donc vierge de toutes connaissances.

Comme illustration de cette approche, rappelons l'expérience de Watson (1913) qui se résume ainsi qu'il suit :

Au départ, Albert, (jeune garçon) n'a pas peur du rat, mais Watson faisait retentir soudainement un bruit très fort à chaque fois qu'Albert se rapprochait ou touchait au rat. Étant

donné qu'Albert sursautait de frayeur par le bruit, il est très vite devenu conditionné à avoir peur du rat. La peur a été généralisée à d'autres petits animaux de même couleur (couleur blanche). Watson a ensuite procédé à l'extinction de la peur en présentant le rat sans le bruit. Cependant, à l'époque certains ne chuchotaient que la peur conditionnée de Albert pour les rats blancs était beaucoup plus puissante et permanente que ce que rapporte l'auteur de l'étude. Il semble même qu'Albert aurait fait une crise lorsque ses parents l'ont placé sur les genoux du Père Noël pour se faire photographier. La barbe blanche lui rappelait trop le rat.

Le behaviorisme ou comportementalisme considère à ce titre l'apprentissage comme la modification durable de la conduite qui est la résultante d'un entraînement spécifique ; ça peut être un entraînement sportif comme dans le cas de notre étude. Dans cette perspective, le physiologiste russe Pavlov a effectué ses travaux sur le conditionnement classique à travers le réflexe salivaire chez le chien. Pavlov dans cette étude a réussi à démontrer qu'un animal peut créer une association entre un stimulus et une conduite. Les travaux de Pavlov lui ont permis d'établir trois principales lois qui déterminent l'association stimulus-réponse à savoir :

- La loi d'extinction ;
- La loi de généralisation ;
- La loi de discrimination.

L'athlète est considéré dans cette perspective behavioriste comme un simple réceptacle passif de stimuli venant de l'encadreur. Avec la théorie behavioriste, la psychologie est une science expérimentale donc essentiellement empirique. Les opérations mentales de l'individu ne sont pas prises en compte et, il n'existe pas de connaissances innées dans cette théorie. Tout apprentissage visant à modifier objectivement le comportement de l'apprenant. Ce dernier est une véritable machine dont les émotions sont ignorées pour mettre plutôt en exergue le comportement observable. Le passage d'un niveau de connaissance à un autre s'effectue par le renforcement positif (réussite à une compétition) ou négatif (échec) des réactions ou des comportements qu'on attend de l'athlète.

À ce conditionnement classique, Skinner (1971) a opposé ce qu'il a appelé « *conditionnement opérant* » proposé au départ par Thorndike (1913). Pour cette approche, un animal se conditionne lui-même sans l'intervention d'un expérimentateur qui lui donne la poudre de viande. Mais, cet environnement doit être adapté pour permettre à l'animal d'associer tout seul les stimuli aux réponses. Le conditionnement opérant met en exergue la loi de l'exercice qui permet de comprendre que, c'est à travers les opérations d'essais et d'erreurs que

l'athlète peut acquérir de nouvelles connaissances ou de nouvelles habiletés. Skinner dans sa théorie considère que tout comportement est structuré par l'utilisation adéquate des conditionnements. Sa théorie est plus empirique puisque qu'il tient compte des observations qu'il considère comme fondamentales car, elles permettent d'établir clairement le lien entre le stimulus et la réponse.

Son expérience sur l'auto-conditionnement a permis de comprendre qu'il est nécessaire de créer un environnement propice composé d'un levier susceptible de dégager à chaque pression, des boulettes de viande à l'animal qui découvre que en appuyant délibérément sur le levier, cela entraîne la délivrance des boulettes de viande. La boulette de viande est considérée dans cette expérience comme un renforcement positif donc une récompense qui est à l'origine de l'augmentation de la force de l'association stimulus-réponse.

Cette théorie développée par Skinner est une amélioration du behaviorisme classique. Son principe de base est que, pour qu'il ait apprentissage, il faut qu'il ait des séries d'essais et d'erreurs, seule condition pour l'adaptation de l'association stimulus-réponse et une réaction conséquente.

Le principe du behaviorisme se rapproche au principe de la performance sportive tel que théorisé par Locke et Latham (1990), entraînement (stimulus)-performance (réaction). Dans ces conditions, le modèle $E \longrightarrow P$ qui veut dire Entraînement-Performance est équivalent au modèle $E \longrightarrow P$. Autrement dit, le temps consenti pour l'entraînement est fortement corrélé au niveau de performance sportive acquis par l'athlète. Il s'agit donc de mettre en place un programme d'entraînement adapté à la spécificité de la déficience de l'athlète avec des objectifs précis que lesdits athlètes sont appelés à exécuter in extenso pour atteindre la performance escomptée.

La place de l'encadreur se trouve ainsi justifiée dans la mesure où il est le seul détenteur des règles d'entraînement qu'il transmet aux athlètes par l'usage des méthodes ci-dessous :

- L'opérationnalisation des objectifs d'entraînement ;
- Le conditionnement ;
- L'entraînement par essais-erreurs ;
- La rectification des erreurs à travers les renforcements négatifs ;
- L'usage des renforcements positifs en fonction du type de réaction de l'athlète.

Le principe de la performance sportive inspiré du behaviorisme considère également que celui-ci est une mise en relation entre un stimulus extérieur provoqué par l'encadreur et une réaction adaptative de l'athlète. Dans le contexte sportif, stimulus extérieur provoqué représente l'incitation des athlètes handicapés par leur encadreur qui est aussi considérée comme une source de motivation extrinsèque. Cette incitation conduira à la production d'une performance adaptative. Adaptative par ce qu'elle n'est de la volonté de l'athlète, elle provient d'un objet externe. Cette relation est à l'origine d'un changement de comportement mesurable, et spécifique à l'athlète.

Enfin, selon Skinner (1971), quatre mécanismes permettent de faire une opération sur l'apprenant : il est question d'identifier dans un premier temps les renforcements positif et négatif dans l'optique d'encourager la production d'une conduite adéquate, puis s'enchaîne l'extinction et la punition qui ont pour fonction d'arrêter un comportement inadéquat ou inadapté.

Toutefois, malgré la plausibilité des résultats obtenus par cette approche, quelques limites s'en dégagent par exemple, les behavioristes ne parviennent pas à donner des explications à certains comportements comme le fait que les athlètes ne produisent toujours pas la même performance telle que programmée par l'encadreur. En outre, les renforcements (la multiplication des séances d'entraînement) que les athlètes reçoivent avant la compétition ne sont pas toujours à même de leur permettre d'atteindre les objectifs. Les athlètes dans ce contexte sont des automates qui ne donnent aucun sens aux connaissances ou aux habiletés qu'on leur présente. L'approche behavioriste est en somme essentiellement transmissive, donc contrôlée par l'enseignant/encadreur qui s'efforce à transmettre les connaissances ou les habiletés aux apprenants/athlètes, qui à leur tour s'efforcent à les assimiler. Or, les processus cognitifs et les émotions influencent aussi l'apprentissage/entraînement sportif. D'où l'approche cognitiviste initiée par David Paul Ausubel.

3.3.5 Le cognitivisme

Depuis les années 60, la théorie cognitiviste s'est développée pour essayer de rendre compte de ce qui se déroule dans le psychisme de l'individu. Celle-ci, au même titre que la théorie constructiviste, s'oppose à l'approche behavioriste qui s'est tout simplement appesanti sur la relation objectale entre l'individu et son environnement.

Du latin « *cognitio* » c'est-à-dire « *connaissance* », le cognitivisme reconnaît les processus mentaux qui permettent à l'individu de maîtriser son environnement. L'individu dans

la perspective cognitiviste n'est plus un simple réceptacle passif des données de l'environnement, mais plutôt comme un système de traitement des informations. Il manipule l'information, la stocke, l'utilise et élabore les représentations sous forme computationnelle.

L'approche cognitive a fortement marqué la psychologie cognitive sous deux variantes à savoir :

- le traitement de l'information ;
- les stratégies cognitives et métacognitives.

Concernant le traitement de l'information, les spécialistes ont établi un parallèle entre le psychisme humain et le fonctionnement de l'ordinateur en ce sens que, l'individu traite, emmagasine les informations, les connaissances de manière organisée. Dans cette perspective, Ausubel (1968) développe une théorie basée sur trois éléments fondamentaux : la clarté, la quantité et l'organisation. L'essentiel de cette thèse est basée sur le fait que, ce qui est important dans le processus d'apprentissage/entraînement c'est la façon dont l'apprenant/athlète assimile les connaissances/habiletés à travers soit les apprentissages/entraînement significatifs qui renvoient au sens qu'il attribue aux exigences de la tâche, soit des entraînements mécaniques. Il évoque le phénomène d'ancrage dans sa théorie pour s'opposer au style d'entraînements réduit à la simple communication des consignes qui ne met pas en exergue les nouvelles habiletés. La bonne structuration du matériel (*représentations structurantes*) pour qu'il y ait un meilleur apprentissage.

Quant aux stratégies cognitives et métacognitives, l'athlète est considéré ici comme un acteur privilégié du processus d'entraînement dans la mesure où, celui-ci met en jeu les stratégies pour acquérir les habiletés proposées par l'encadreur sportif. Les stratégies métacognitives que l'athlète met en œuvre lui permettent de faire une évaluation sur sa manière de travailler afin d'apporter des réajustements adéquats pour une bonne acquisition.

La théorie cognitive s'intéresse globalement aux concepts tels la perception qui amène le psychisme à faire des sélections sur l'armature informationnelle disponible, la mémoire notamment la mémoire à long terme qui permet de faire des analyses au lieu de recevoir passivement les informations comme dans la mémoire à court terme, le système représentationnel de l'athlète qui semble aussi un atout important dont il faut prendre en compte dans toute formation, la résolution des problèmes à travers l'atteinte des objectifs fixés ou alors par l'établissement d'un plan d'action.

Dans le domaine sportif proprement parlé, l'approche cognitiviste considère l'existence des processus mentaux qui s'intercalent entre l'entraînement et la performance (Pm : Processus Mentaux) $E \longrightarrow P_m \longrightarrow P$ Ainsi, la performance sportive est alors la conséquence d'opérations cognitives effectuées dans le système nerveux central lors de l'entraînement. C'est au niveau desdits Processus mentaux que les athlètes handicapés développent les stratégies d'auto handicap telle que théorisées par Johnes et Berglas (1987).

L'entraînement permet de développer des habiletés, perçues comme « *capacité [...] à élaborer et à réaliser une réponse efficace et économique pour atteindre un objectif précis* » (Durand, 1987). On distingue ainsi :

- les habiletés simples (écriture) ;
- les habiletés complexes (appuis manuels et pédestres) ;
- les habiletés stratégiques (handball, football) ;
- les habiletés manipulatoires (billard, jongleur) ;
- les habiletés techniques (cheval d'arçons) ;
- les habiletés globales (franchissement saut en hauteur) ;
- les habiletés morphocinétiques (danse) ;
- les habiletés topocinétiques (basket).

Étant donné l'action sportive apparaît dans cette perspective comme la conséquence d'opérations cognitives effectuées dans le Système Nerveux Central, le sportif stocke en mémoire, manipule et utilise des « *connaissances/techniques* » pour agir. Une habileté motrice est commandée par un ensemble de facteurs, située en mémoire : le « *programme* ». Un Programme Moteur est une « *connaissance* » (une structure interne) qui pré-existe au mouvement. « *C'est l'agent qui détermine les muscles à se contracter, ainsi que l'ordre et la durée de leur contraction* » (Schmidt, 1993, p. 90).

Au début des années 70, toutes les caractéristiques de chaque mouvement (vitesse, amplitude de contraction de chaque muscle, la force.) étaient perçues comme programmées au niveau central.

Dans les années 80 par contre, le concept de Programme Moteur Généralisé (PMG) conçu par Schmidt apparaît. Il présente deux aspects :

- un système d'invariants que sont les relations spatiales et temporelles stables entre des parties d'une classe de mouvements, l'ordre des déplacements des segments, l'amplitude relative de chaque séquence et la durée relative de chaque séquence ;
- des paramètres (variables) que sont ; la durée absolue, l'amplitude absolue, le type de segment utilisé.

Sur le plan structurel, l'acquisition des habiletés motrices repose sur les cinq facteurs suivants :

- l'information ;
- la chronométrie mentale et le traitement de l'information ;
- les stades de traitement de l'information ;
- la mémoire à court terme et mémoire à long terme ;
- les programmes moteurs et la théorie du schéma.

Une information désigne par définition un ou plusieurs événements parmi un ensemble d'événements possibles. (Hebenstreit, 1989). L'apport de l'information permet de diminuer l'incertitude. La quantité d'information est une grandeur permettant de mesurer l'information. Soit N le nombre d'événements possibles et n le sous-ensemble désigné par l'information. On pose par définition : Quantité d'information, $I = \log_2 (N/n)$ (bits).

Certains auteurs ont mis en exergue la temporalité dans la réaction au stimulus. Hick et Hyman (1953) développent une relation quantité d'information/temps de réaction, dans des tâches le temps de réaction simple et de choix.

En outre, le traitement de l'information a été mis en exergue et se résume de manière globale et indifférenciée ou comprend des opérations ou stades, différenciés et spécialisés. Sternberg (1969) propose dans cette perspective une méthode destinée à identifier l'éventuelle présence de stades différenciés : la méthode des facteurs additifs.

Les processus cognitifs servent à assurer le transit de l'information entre ces différentes mémoires c'est-à-dire la mémoire à court terme et la mémoire à long terme, selon le processus suivant :

- le codage : ce processus consiste à labelliser un ensemble d'informations sous un code en facilitant l'accès ;

- le regroupement : ce processus vise à regrouper dans une même unité des informations disparates. Il permet des économies de gestion de la capacité du système ;
- la répétition : ce processus permet de maintenir des informations en mémoire de travail, au-delà des quelques dizaines de secondes caractérisant son terme, par une réactivation ;
- le stockage : ce processus renvoie à un archivage de l'information en mémoire à long terme ;
- le rappel : ce processus est responsable de la réactivation, en mémoire de travail, d'informations stockées en mémoire à long terme.

Le schéma moteur se structure exactement comme dans un système informatique :

Processeur	→	Système de traitement de l'information
Mémoire vive	→	Mémoire à court terme
Disque dur	→	Mémoire à long terme
Logiciel	→	Programme moteur

Au début des années 70, le concept de programme moteur est admis par plusieurs auteurs sur le mode « *one-to-one* ». On retrouve ce principe dans la théorie de la boucle fermée d'Adams (1971). Schmidt (1975) quant à lui évoque un argument économique une telle spécialisation des programmes finirait par poser des problèmes de stockage. C'est dans ce même sens que pour Temprado,

La phase initiale de l'apprentissage moteur est marquée par la construction d'une situation significative à partir de laquelle une représentation simple et symbolique est utilisée pour que les opérations cognitives se réalisent. La phase d'exécution quant à elle vise à changer la situation perçue en fonction d'un projet d'action qui suscite la motivation et engendre un apprentissage. (Temprado, 1995, p. 52).

L'approche cognitive est fondée sur deux orientations :

- L'expertise sportive qui privilégie les bases de connaissances sur laquelle s'appuient les décisions et les actions. La différence entre l'expert et le novice sur l'automatisation de l'utilisation des conditions de production. L'entraînement

constitue la construction des bases de connaissances dont il faut optimiser l'utilisation ;

- le contrôle du mouvement qui tient compte de la présence des systèmes intervenant entre la perception et l'action et qui sont stockés au niveau central. Le traitement de l'information sus-évoqué sous-tend tout processus d'entraînement.

Mais, malgré sa pertinence, le cognitivisme néglige un peu l'explication sur le but d'accomplissement qui encadre le comportement de l'athlète et qui est tout aussi important dans l'acquisition des habiletés motrices et des connaissances.

3.3.6 La théorie des buts d'accomplissement : du modèle bidimensionnel au modèle tridimensionnel de l'accomplissement sportif

Depuis les travaux de Murray (1938, 1953), Atkinson (1954, 1974), Maehr (1974) ; Maehr et Nicholls (1980) ; Nicholls (1984, 1989, 1992) ; Dewek (1986), Nkelzok (2009) la théorie de l'accomplissement humain est l'une des théories qui offrent une grille de lecture pour comprendre le comportement des apprenants. Son postulat de base est simple : l'individu en situation d'apprentissage cherche toujours à démontrer sa compétence auprès de ses pairs, et évite toujours de faire preuve de faible compétence. Murray et Mc Clelland repris par Nkelzok (2009, p. 105) pensent que le besoin d'accomplissement renvoie « ...*au désir de faire bien les choses et aussi rapidement que possible, de surmonter les obstacles, de rivaliser avec les autres et de surpasser autrui* ». Cette conception tient compte des buts d'approche et d'évitement de la performance normative qui fait valoir l'estime de soi du pratiquant.

D'autres travaux comme ceux de Ames et Archer (1988) ; Dweck (1986) ; Nicholls, (1984) ont développé dans le champ de l'éducation, la théorie des buts d'accomplissement. Le postulat de base de cette théorie est que, la plupart des conduites humaines sont orientées vers la démonstration de la compétence.

La théorie de la motivation d'accomplissement de Nicholls (1992) basée sur le développement de l'individu est une suite logique de la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (2004) et de celle de la motivation par compétence de Harter (1996). Selon lui, la motivation d'accomplissement s'exprime par le niveau d'habileté perçue qui est d'abord conditionnée pour le niveau de développement de l'enfant, puis, plus tard, par l'apprentissage et la restructuration cognitive (Cox, 2005). Dans cette perspective, Nicholls (1989) a recensé deux orientations motivationnelles, à savoir :

- l'orientation vers la tâche qui conditionne la façon dont l'athlète perçoit son habileté ;
- l'orientation vers l'égo où, l'athlète associe son habileté à la comparaison sociale.

Nicholls (1984, 1989), dans cette perspective, a montré que, les deux orientations motivationnelles conditionnent l'activité de l'apprenant, à savoir : le but d'implication vers la tâche où ils s'engagent dans une tâche qui lui permet de progresser ou d'évoluer malgré l'incompétence perçue ; le but d'implication vers l'égo qui dépend de la compétence perçue des apprenants. Ici, lorsque la compétence perçue est élevée, la motivation à la réalisation de la tâche est aussi élevée. Le cas échéant, l'individu manifeste de faibles niveaux d'engagement et donc de faibles performances.

D'autres théoriciens notamment, Cury, Sarrazin et Famose (2001), se sont fondés sur une perspective bidimensionnelle de l'accomplissement dans le domaine du sport et de l'éducation physique. Pour eux, deux manières essentielles permettent à l'individu de manifester sa compétence :

- le but de performance, lorsque l'individu recherche à démontrer sa supériorité à ses pairs ;
- le but de maîtrise, lorsque l'individu cherche à progresser dans une activité et/ou à maîtriser la tâche à laquelle il est confronté.

Mais, d'autres auteurs ont proposé un renouvellement conceptuel de la théorie des buts d'accomplissement.

Ils stipulent que,

Le but de performance est une construction cognitive, impliquant des tendances d'approche et d'évitement susceptibles d'être scindées en deux buts distincts : le but d'approche de la performance dirigé vers la démonstration de la compétence normative et le but d'évitement de la performance, dirigé vers l'évitement de la démonstration d'incompétence normative (Schiano-Lomoriello, 2005, p. 57).

Ce modèle a évolué pour mettre en exergue l'existence d'un troisième aspect de l'accomplissement :

- le but de maîtrise orienté vers l'amélioration des compétences et la maîtrise de la tâche qui impliquent les progrès de l'athlète ;

- le but d'approche de la performance où l'athlète cherche à démontrer sa compétence en réalisant des performances supérieures à celles de ses pairs. C'est ce que Cury (2000) a appelé « *compétence normative* » ;
- le but d'évitement de la compétence orienté vers l'évitement de la démonstration d'incompétence normative. C'est à ce niveau que l'on constate les diverses stratégies d'auto-handicap qui permettent à l'athlète d'éviter de paraître incompetent devant ses pairs.

Le but d'évitement de la performance caractérise une attitude aversive et rend compte d'une dynamique motivationnelle négative. Ce soubassement psychologique conduit l'individu à expérimenter un sentiment de menace et une anxiété élevés. La mise en place de stratégies de protection de soi le pousse à se désengager affectivement d'une situation menaçante et à exhiber des comportements non adaptatifs vis-à-vis de l'apprentissage. (Cury & Da Fonseca, repris par Schiano-Lomoriello, 2005, p. 59).

Le modèle tridimensionnel de l'accomplissement nous permet de comprendre que, les buts sont des normes spécifiques de compétence qu'il faut atteindre selon la représentation définie par Elliot et Mc Gregor (2001) dans le domaine du sport en fonction de, deux tendances des buts d'accomplissement :

- La tendance motivationnelle appétitive caractérisée par les buts de maîtrise et d'approche de la performance qui permet à l'athlète d'exhiber « *les plans d'adaptation vis-à-vis de l'apprentissage, ... et de la motivation intrinsèque* » (Cury, Elliot, repris par Shiano-Lamoriello, 2005, p. 59).
- La tendance motivationnelle aversive caractérisée par le but d'évitement de la performance qui permet à l'athlète, à partir du sentiment de menace et d'anxiété ressenti, de mettre en place des stratégies de protection de soi, lui permettant de présenter des attitudes non adaptatives vis-à-vis de l'apprentissage (Cury, 2000), c'est à ce niveau que l'on retrouve toutes les stratégies d'auto-handicap chez le sportif.

À partir de cette analyse, la contre-performance des athlètes en situation de handicap impliqué dans un processus d'acquisition des habiletés motrices peut aussi trouver une explication. Toutefois, qu'en est-il lorsque les athlètes ne se situent pas en situation de rivalité ou de concurrence ? La démonstration de la compétence ou de l'incompétence normative ne tient pas compte de la dynamique du groupe où, les sportifs handicapés en interaction peuvent s'engager dans des actions collectives. Bien plus, Cette théorie ne laisse pas apercevoir les buts

véritables de ces tendances motivationnelles. D'où la théorie de l'auto efficacité pour combler le gap.

3.3.7 Le sentiment d'auto-efficacité, atout ou obstacle dans l'acquisition de la performance sportive ?

Le psychologue américain Bandura a développé une théorie sociocognitive basée sur trois facteurs fondamentaux qui orientent le comportement individuel : les facteurs cognitif, comportemental et contextuel. Les sujets sociaux apparaissent selon lui comme des producteurs et des produits de leur environnement. Bandura (1986, p. 391) définit l'auto-efficacité comme

Les jugements que font les individus à propos de leurs capacités à organiser et à exécuter des séquences d'action pour atteindre des niveaux de performance spécifiques. Ceci ne concerne pas les habiletés que chacun a, mais les jugements que chacun peut faire sur les capacités qu'il possède.

- Le sentiment d'auto-efficacité correspond à des construits « *situationnels* » ou des « *états* », c'est-à-dire ce que je peux faire ici et maintenant. C'est un jugement qui se caractérise par son aspect ponctuel dans une situation précise et dans des circonstances particulières. Il ne concerne pas les jugements globaux que chacun porte sur soi c'est-à-dire l'estime de soi mais plutôt, il s'agit des croyances que l'individu développe sur les moyens dont il dispose et qui peuvent lui permettre de réaliser une tâche précise. Ces croyances tirent leurs sources sur six (06) principales modalités à savoir :
- la persuasion verbale ;
- les expériences vicariantes ;
- les expériences actives de maîtrise ;
- les états physiologiques ;
- les états émotionnels ;
- les expériences imaginaires.

Dans le domaine du sport, Delhomme et Meyer (2002, p. 77) ont présenté l'exemple d'un joueur de pétanque qui avait un sentiment d'efficacité élevé sur sa capacité à tirer ou à pointer, sans pour autant que l'estime qu'il avait de lui-même soit élevée.

Dans le même ordre d'idée, Ford (1992) considère les croyances d'efficacité personnelle comme étant la possession ou l'accès aux ressources requises par la tâche ou la compétition : « *ai-je les ressources personnelles et environnementales nécessaires pour atteindre ce but ?* »

l'estimation de cette possibilité repose à la fois sur l'auto-estimation des capacités, des ressources propres que le sportif pense posséder pour atteindre le résultat escompté, et sur l'estimation du caractère plus ou moins favorable de l'environnement. Il s'agit en fait de ce que Ford (1992) appelle croyance de capacité et croyance de contexte.

Les croyances de capacité renvoient à la confiance ou aux doutes du sportif sur un grand nombre de forces ou de faiblesses personnelles à savoir : habiletés perceptives, motrices, ou de communication, capacité de traitement numérique ou de traitement de l'information, etc.

Les croyances de contexte quant à elles font référence au caractère plus ou moins favorable de l'environnement en réponse aux efforts pour atteindre le but. Ces croyances sur le contexte reposent sur trois types d'évaluations selon Famose (1997) :

- évaluation de la nature de l'environnement en relation avec les capacités biologiques, informationnelles et cognitives du sportif ;
- évaluation du climat émotionnel de l'environnement appuyant et facilitant la performance ;
- enfin, Famose (1991) a quant à lui, fait une corrélation entre les représentations cognitives et le degré d'engagement de l'athlète :

Quand l'athlète se sent très efficace, il se comporte avec assurance, garde son attention centrée sur la tâche et réagit positivement aux obstacles rencontrés en les considérant comme des défis et en recherchant les moyens de les surmonter. Convaincu au contraire de son inefficacité, l'athlète détourne souvent son attention de la tâche, se livre à des considérations répétitives sur ces limites personnelles, conçoit les obstacles comme autant de preuve de son incapacité, trouve alors inutile la recherche de solutions et ressent progressivement de l'irritation, du stress, de l'impatience jusqu'à se désengager complètement de la tâche.

Le concept d'efficacité personnelle dans ces conditions, représente un facteur de bonne santé et de résilience (Cottraux, 2011). Plus le niveau d'efficacité personnelle est faible, plus l'apprenant cherche à innover à travers son autonomie.

Mais, en dépit de leur pertinence, les travaux sur l'efficacité personnelle ne montrent pas le lien entre les relations affectives et l'acquisition des habiletés. En outre, ils ne prennent pas en compte les aspects culturels dans son processus. D'où la théorie de l'autodétermination qui, quant à elle, met en exergue les relations affectives entre les individus en interaction.

3.3.8 La théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination (self determination theory) de Deci et Ryan (1985) est considérée comme le socle théorique permettant de comprendre les processus psychologiques mis en jeu dans le comportement de l'individu. Elle se fonde sur cette hypothèse de base : *« l'être humain est un organisme actif, orienté vers l'accomplissement et la croissance, naturellement enclin à intégrer ses éléments psychiques en unités de sens composant un moi unifié et intégré dans des structures sociales plus larges »* (Deci & Ryan, 2000, p. 229).

Elle considère la motivation comme étant le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement. La théorie de l'auto-détermination tire ses origines de la théorie de l'évaluation cognitive, notamment, des travaux de l'évaluation cognitive de l'américain Kanfer (1990) pour qui, l'individu se comporte de manière hédoniste car il essaie toujours de maximiser l'affect positif et de minimiser l'affect négatif en adoptant des comportements visant à l'obtention de résultats associés à la plus grande valeur ou à une utilité globale positive perçue. L'auto-détermination apparaît aussi dans les travaux sur la théorie de contrôle de Carver et Scheier (1981) comme étant la résultante de ce que les individus pensent, ressentent ou croient par rapport à eux-mêmes. Les auteurs présentent trois besoins fondamentaux innés de l'individu : la compétence, l'autonomie et l'appartenance sociale. Mais, cette tendance naturelle qui incite l'individu à s'engager dans son environnement n'est *« réalisable qu'en fonction des conditions sociales et environnementales rencontrées par ledit organisme »* (Coquelle, 2010, p. 11).

La théorie de l'autodétermination s'est construite au travers de recherches sur l'impact des récompenses, des conjurations, des directives, des punitions sur la motivation. Il s'agissait de mettre à jour les facteurs qui interviennent en faveur ou en défaveur de la motivation intrinsèque.

Cette théorie a permis de mettre en œuvre trois formes de motivations : la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation.

Un individu intrinsèquement motivé décide de s'investir délibérément dans une activité pour le plaisir, l'intérêt et la satisfaction que celle-ci lui procure.

Vallerand (1995) ont défini trois formes de motivations intrinsèques : la motivation intrinsèque à la connaissance, la motivation intrinsèque à l'accomplissement, la motivation intrinsèque à la stimulation. Dans le domaine du sport par exemple, un athlète est motivé par

motivation intrinsèque à la connaissance lors qu'il prend part à une activité pour le plaisir de découvrir, d'essayer ou d'apprendre de nouvelles choses.

La motivation intrinsèque à la connaissance fait référence au plaisir que le sportif ressent à essayer de dépasser ses limites.

La motivation intrinsèque à la stimulation renvoie au fait que l'athlète participe à une activité pour les sensations agréables qu'elle lui procure.

Quant à la motivation extrinsèque, l'individu participe à une activité pour obtenir quelque chose d'agréable (la bonne note, l'appréciation du coach ou de l'enseignant...) ou pour éviter quelque chose de désagréable (mauvaise note, exclusion dans l'équipe, la honte...).

Pour Laguardia et Ryan (repris par Coquelle, 2010), les trois besoins fondamentaux sus-évoqués orientent le comportement de l'individu de manière ci-après :

Le besoin d'autonomie renvoie à la perception d'être la source de ses agissements ; le besoin des compétences quant à lui fait référence à la sensation d'exercer ses capacités avec efficacité ; le besoin de relation sociale au sentiment d'être relié aux autres, de ressentir amour et attention réciproques avec les personnes qui sont importantes.

Les athlètes en situation de handicap impliqués dans le processus d'entraînement pour l'acquisition des habiletés motrices complexes ne sont pas extrinsèquement motivés car, l'environnement institutionnel dans lequel ils évoluent est contraignant, pour cette raison, leur engagement serait lié à leur compétence perçue et leur faible capacité d'autodétermination qui fait référence à leur identité propre ou soi physique, toute chose qui caractériserait aussi leur faible performance.

Cependant, la motivation extrinsèque ne doit toujours pas être associée à la perception d'un locus externe de causalité. Ainsi, Deci et Ryan (2000) y ajoutent la notion d'intériorisation qui qualifie les différents types de motivation extrinsèques.

Selon Gagne et Deci (2005), l'intériorisation est un processus d'intégration des éléments connexes à l'activité. C'est le fait d'intégrer en soi les valeurs sous-jacentes, les attitudes correspondantes et les structures de régulation, de manière à ce que leur présence externe et contingente à l'activité ne soit plus nécessaire à la motivation.

Deci et Ryan (2000), ont mis en exergue l'existence d'un continuum d'autodétermination comprenant les différentes formes de régulation extrinsèques en fonction de leur niveau d'autodétermination.

La motivation autodéterminée par la régulation introjectée où l'individu a internalisé la régulation sans l'accepter. Tout comme la régulation extrinsèque, c'est un type de motivation contrôlée car, l'engagement dans l'action se fait sous pression. Mais, il s'agit d'une pression physique plus ou moins consciente appartenant « *soit au registre positif comme l'auto-évaluation, soit au registre négatif comme la honte* ». Ici, l'individu cherche à préserver son estime de soi. Dans cette continuité, la motivation autodéterminée par régulation identifiée occupe une place mitoyenne. À ce niveau, l'individu a intégré les valeurs sous-jacentes à l'action comme étant siennes. Il a le sentiment d'être la source du comportement car, celui-ci correspond à ses buts. Il se sent libre et autonome.

Enfin, la motivation autodéterminée par régulation intégrée revoie au fait que les fins sont assumées et jugées concordantes avec les engagements personnels de l'individu. L'action est ressentie comme faisant partie intégrante de l'individu. Elle n'est liée ni au plaisir, ni à l'activité elle-même, mais « *de sa concordance avec l'identité profonde de l'acteur* » ou de son soi. Dans ce cas, l'individu peut décider de participer à une activité qu'il ne trouve pas intrinsèquement intéressante, car il estime qu'elle peut, par exemple, lui permettre de s'améliorer dans sa discipline sportive.

Au-delà des motivations extrinsèque et intrinsèque, nous avons l'amotivation. Un individu amotivé n'est pas autodéterminé et ne parvient pas à mettre en relation son comportement et les conséquences qui lui sont associées. En outre, il se sent incompetent et estime qu'il n'a pas de contrôle sur ses propres actions, par conséquent, en sport, par exemple, les athlètes ne perçoivent aucune raison de continuer à pratiquer l'activité dans laquelle ils sont engagés d'où les comportements auto-handicapants (blessure imaginaire, la procrastination,...).

Pour Sarrazin, Tessier et Trouilloud (2006), une motivation est dite autodéterminée quand l'activité est réalisée spontanément et par choix. A l'inverse, la motivation est non autodéterminée quand l'individu réalise une activité pour répondre à une pression externe ou interne, et qu'il cesse toute implication dès que celle-ci diminue.

Dans le contexte sportif, les apprenants font preuve d'une motivation autodéterminée :

- quand ils s'engagent dans les tâches pour des raisons intrinsèques à celle-ci, que ce soit pour le plaisir qu'ils ressentent en la pratiquant (motivation intrinsèque aux sensations), pour le sentiment de maîtrise qu'ils en retirent (motivation intrinsèque à l'accomplissement), pour la satisfaction d'apprendre quelque chose de nouveau (motivation intrinsèque à la connaissance) ;
- quand ils s'engagent dans une tâche parce qu'ils la considèrent comme quelque chose de cohérent avec leurs valeurs et besoins (motivation extrinsèque intégrée) ;
- quand ils s'engagent dans une tâche qu'ils jugent importante pour atteindre les buts personnels (motivation extrinsèque identifiée).

Par contraste, selon Tessier (2006), Décamps (2012), les élèves font preuve d'une motivation non-autodéterminée :

- lorsqu'ils s'engagent dans une activité parce qu'ils s'y sentent obligés, généralement par des récompenses ou des contraintes matérielles et sociales (régulation externe) ;
- lorsqu'ils subissent des pressions internes comme la culpabilité (régulation introjectée) ;
- lorsqu'ils sont enfin résignés et ne perçoivent aucun lien entre leurs actions et leurs résultats (l'amotivation).

Nous notons deux types de motivations en sport : la motivation intrinsèque qui répond à la satisfaction des besoins et qui est selon Thomas (2002), la motivation la plus autodéterminée, tandis que, la motivation extrinsèque, plus instrumentalisée, est selon Missoum et Thomas (1998) la moins autodéterminée.

Selon la théorie de l'autodétermination, ces types de motivation ont des conséquences cognitives, affectives et comportementales spécifiques.

En contexte scolaire, plusieurs études (Reeve, 2002 ; Ryan & Deci, 2000 ; Sarrazin & Trouillard, 2006) ont montré que les formes de motivation les plus autodéterminées étaient associées à des conséquences éducatives positives (attention, plaisir, persistance dans l'apprentissage, performances élevées), alors que les formes les moins autodéterminées avaient des conséquences négatives (abandon précoce, choix de tâches inadaptées à leur niveau, faibles performances).

Dans cette optique, Fleurance (2002) a inventorié les effets de la motivation autodéterminée :

- l'amélioration des émotions et des pensées positives ;
- la détermination du risque d'arrêt de la persistance ;
- l'augmentation de la concentration ;
- l'amélioration de l'énergie positive.

En outre, la motivation autodéterminée est à l'origine de la motivation d'accomplissement selon MC Clelland (1953). Le processus de la motivation à l'accomplissement est expliqué dans la figure suivante qui illustre l'existence de deux types de motivations à l'accomplissement, une première qui s'oriente vers la motivation à la réussite, une seconde qui manifeste une motivation par évitement de l'échec qui s'oriente vers des conséquences de risque d'échec.

Enfin, Vallerand repris par Fleurance (2002) a remarqué que, la motivation autodéterminée peut avoir un impact sur des conséquences affectives (exemples : l'intérêt pour l'activité, les émotions positives vécues et la satisfaction inhérente à la pratique sportive), comportementales (exemples : les intentions futures de continuer son sport, l'ouverture sur autrui, les notions de socialisation, d'intégration et de responsabilité...) et cognitives (le développement de la mémoire, la concentration, l'attention et la perception).

Deci et Ryan (2000), pensent en conséquence que les différents types de motivations répétés et classés en fonction de leur degré d'autodétermination sont influencés par les facteurs sociaux. Ces facteurs sociaux seraient à même de faciliter une motivation autodéterminée (ou non autodéterminée) en nourrissant ou au contraire en entravant l'expression de trois besoins psychologiques fondamentaux sus évoqués : le besoin de compétence, d'autonomie et d'appartenance ou de proximité sociale.

Le besoin de compétence ; c'est le besoin d'interagir efficacement avec l'environnement en exerçant ses activités et en contrôlant les éléments qui conduisent au succès dans une tâche qui, selon Deci, (1975), représente un défi. Par conséquent, le comportement émane du besoin de compétence quand l'apprenant persiste dans une tâche dont la difficulté est adaptée à ses capacités, et quand il démontre l'intérêt pour tester, s'informer sur, développer, étendre, évaluer, ses capacités, habiletés et ressources. (Reeve, Deci & Ryan, 2004). Ce besoin renvoie donc à la confiance que l'individu a de ses capacités et ses possibilités d'influer sur les résultats.

Le besoin d'autonomie ; il se réfère à la liberté de faire des choix dans ses activités physiques et sportives et de ne pas être sous la dépendance total d'un éducateur puissant. Ce

besoin pousse l'individu à être à l'origine de son propre comportement, à le régler lui-même, plutôt qu'à être contrôlé par une force ou une pression externe ou interne (Deci & Ryan, 2000). Le comportement de l'apprenant est alors autodéterminé ou autonome lorsqu'il est en adéquation avec ses propres ressources (ses valeurs, ses centres d'intérêt). L'individu ne doit donc pas être contraint à s'engager dans une activité.

Le besoin de proximité ou d'appartenance sociale ; c'est le besoin de se sentir connecté avec d'autres personnes de son environnement social, d'accorder et/ou de recevoir de l'attention de la part de personnes significatives pour soi, et d'appartenir à une communauté ou un groupe social (Baumeister & Leary, 1995). Ce besoin pousse l'élève à entrer dans une relation authentique avec les personnes par lesquelles il se sent concerné et qu'il respecte (Reeve, Deci & Ryan, 2004). C'est en ce sens que Sarrazin, Tessier et Trouilloud, (2006) affirment que :

« Tout environnement social qui permettrait la satisfaction de ces trois besoins catalyserait en retour une motivation autodéterminée, ce qui augmente la propension d'un apprentissage durable et de performances accrues. Par contraste, tout environnement social qui entraverait l'expression de ces trois besoins, augmenterait la probabilité d'apparition d'une motivation non-autodéterminée. (Sarrazin, Tessier & Trouilloud) ». 2006, p. 174).

Paquet et al. (2009) ont enfin proposé la validation et l'adoption d'une échelle de locus de contrôle spécifique à la performance sportive, en sport individuel (LOCPSI). Selon Rotter repris par Paquet *et al.*, le locus de contrôle correspond à une expectation de contrôle, qui résulte de l'ensemble des séquences comportement/renforcement rencontrées et qui traduit le degré de représentation que possède un individu du lien entre ses comportements et/ou ses caractéristiques personnelles et les renforcements positifs ou négatifs qu'il reçoit. Ainsi, si l'individu ne perçoit aucune relation entre son comportement et le renforcement obtenu, on parlera de locus de contrôle externe. À l'inverse, si l'individu perçoit une relation causale, on parlera de locus de contrôle interne. Cette validation s'est effectuée sur la base de la *Multidimensional Health locus of control scale* (MHLCS) de Wallston, Wallston et Devellis (1978). Dans une série de trois études, les auteurs ont tenu compte de la spécificité du contexte sportif, en ajoutant aux trois facteurs originaux de l'échelle MHLCS (l'internalité, la chance et les personnages tout puissants), un quatrième facteur qui représente la distinction du facteur « *personnage tout puissant* » en deux autres facteurs « *autres adversaires* » et « *autres entraîneurs* ». Cette échelle a permis d'établir une corrélation entre ces items et les items développés dans la théorie de l'autodétermination.

En définitive, la théorie de l'autodétermination est présentée ici comme une théorie unificatrice de la motivation car, à partir de la régulation intégrée du continuum d'autodétermination, est prise en compte, l'identité personnelle ou le soi de l'individu qui renvoie à des catalyseurs psychologiques de compétence, d'autonomie et d'appartenance sociale. En outre, l'autodétermination met en exergue les facteurs sociaux liés à la formation du soi physique à savoir « *les expériences sociales associées au succès et à l'échec, à la compétition et à la coopération, (ou) comportement de l'entraîneur* » (Richard, 2005, p.78). Tout ceci renvoyant aux théories des buts d'accomplissement, d'attribution causale, d'auto-efficacité. Le soi physique apparaît donc comme la clé de voûte de toute réaction de l'individu, notamment en sport.

Mais les limites de cette théorie se trouvent au niveau de la négligence du caractère obligatoire des entraîneurs. L'athlète n'opère pas de choix de la discipline sportive dans laquelle il souhaite s'épanouir, il obéit aux critères de classifications préalablement établis par des organismes internationaux spécialisés en matière de para sport. Il ne s'agit donc pas de plaisir ni de satisfaction, puisse que l'entraînement ou la formation devient dans ce cas une contrainte qui amène l'athlète à développer les attitudes négatives lorsque la situation devient incontrôlable. Ces attitudes peuvent entraîner l'athlète vers une baisse significative de la performance et une incapacité à trouver des solutions pour régler des problèmes posés. D'où l'échec. Dans ces conditions, la théorie de l'impuissance apprise pourra nous en dire mieux.

3.3.9 La théorie de la résignation acquise

La théorie de la résignation acquise a été mise sur pied par Miller et Seligman (1980), Seligman (1994) les types de réactions que l'individu peut avoir face à une situation d'échec ou de succès. À partir d'une expérience sur les chiens, l'auteur a démontré que, les individus confrontés à des événements incontrôlables, manifestent des déficits motivationnels, cognitifs et émotionnels qui traduisent respectivement leur passivité, leur difficulté d'acquérir de nouvelles habiletés ou connaissances, les états émotionnels négatifs. C'est dans ce sens que, Miller et Seligman (1980) montrent que, face à une situation incontrôlable, certains individus présentent quatre carences : une carence motivationnelle, une carence cognitive (troubles d'apprentissage même en situation contrôlable), une carence émotionnelle (des réactions dépressives), une baisse de l'estime de soi. Seligman (1994) distingue les individus optimistes des pessimistes. Les optimistes sont capables de valoriser leur situation d'échec comme étant une situation intermédiaire ou passagère permettant d'atteindre des résultats positifs en cas de persistance. Tandis que les individus pessimistes sont de véritables résignés qui, face à des

situations incontrôlables, développent plutôt des attitudes négatives vis-à-vis de la tâche. C'est à ce niveau que nous avons classé les athlètes en situation de handicap. Ils développent des attitudes négatives lors de la préparation aux compétitions sportives et même pendant les entraînements.

Dans le domaine des activités physiques et sportives, la résignation acquise dans son aspect d'incontrôlabilité a été étudiée par Gernigon, Fleurance et Reine (2000). Leurs travaux qui ont porté sur la tâche de tir à pistolet ont abouti à la conclusion selon laquelle : les sujets, face à une situation où les feedback de réussite ou d'échec sont indépendants de l'atteinte ou non de la cible (situation incontrôlable), sont moins persistants et moins performants par rapport aux sujets confrontés à des situations plus contrôlables.

Mais, selon Martin-Krumm et Sarrazin (2004), ces travaux ont présenté plusieurs limites en termes de validité interne de certaines expériences, et d'autres explications ont été données aux contre-performances observées chez les apprenants notamment, les stratégies de protection de soi, l'intérêt accordé à d'autres activités, le manque de concentration,...D'où, la prise en compte d'autres éléments issus de la théorie des attributions causales telle que développée par Weiner (1974). Il s'agit de la théorie des styles explicatifs ou théorie des styles attributionnels élaborée par Abramson, Seligman et Teasdale (1978) pour expliquer le pessimisme et l'optimisme des individus consécutifs à l'échec dans une tâche donnée. Ils pensent que, lorsqu'un individu, face à une situation incontrôlable, les explications qu'il donne tiennent compte des attributions causales de la manière ci-après :

- Une attribution causale stable (malgré mes efforts, rien ne changera) induit une résignation chronique ;
- une attribution causale instable induit une résignation transitoire ;
- une attribution causale globale induit une résignation globale ;
- une attribution causale spécifique induit une résignation spécifique ;
- une attribution causale interne induit une résignation apprise personnelle avec diminution de l'estime de soi ;
- une attribution causale externe induit une résignation apprise universelle.

Le style explicatif renvoie ainsi à la manière donc les individus donnent des explications aux différentes situations contrôlables ou incontrôlables auxquelles ils sont confrontés. Ces explications sont influencées par les expériences individuelles, les autres significatifs (parents, amis, camarades, entraîneurs ...), les médias, l'âge. Mais, ces travaux ne tiennent pas compte

de l'influence que les apprenants peuvent aussi apporter pour contourner des situations incontrôlables. Cependant, la perception des expériences individuelles de l'athlète pourrait aussi contribuer à la réalisation des contre-performances.

3.3.10 Perception de l'image de soi et performances sportives

Monia et Najoua (2009) dans un article, proposent une analyse du vécu corporel d'athlètes tunisiens handicapés physiques, investis dans une pratique sportive de haute compétition. Dans cette expérience singulière, le corps est en position d'ambivalence entre la matérialité de la déficience qu'accuse le regard d'autrui et les exigences de la performance sportive. Menée à partir d'un corpus d'entretiens, l'étude montre que la déficience corporelle s'exprime, pour les athlètes, en termes d'écart par rapport à la norme. Cependant, la mise en jeu spécifique du corps dans la pratique sportive et la réalisation des performances de pointe suscitent la rencontre avec un corps autre et participent à une révocation, voire même un oubli du handicap. En effet, l'engagement corporel des athlètes dans une pratique socialement signifiante leur permet de se forger une identité exceptionnelle dans l'espace sportif. Par ailleurs, l'appropriation de cette nouvelle identité et la conciliation avec le corps déficient transforment leur perception du corps propre et conduisent à la réconciliation avec soi, malgré une confrontation continue à la logique de la norme dans l'espace extra sportif.

Fox et Corbin ont élaboré un modèle de concept de soi physique évaluant la compétence sportive, la condition physique, la force, l'apparence, la satisfaction de soi physique, l'image de soi globale et y ont incorporé une échelle d'importance (Fox, 1990). L'instrument correspondant est le « *physical self perception profil* ». Dans ces conditions, si l'athlète se perçoit comme meilleur, ou comme ayant progressé dans sa discipline sportive, il peut vouloir garder l'adéquation entre la perception, le feed-back de son entourage et ses performances réelles. Il met alors en place des stratégies pour réduire cette adéquation lors de la compétition.

Lee-Nowacki (2002) étudie les aspects psychologiques de la représentation de soi chez l'athlète déficient intellectuel à l'aide de l'Échelle toulousaine d'Estime de Soi (ETES), version « *enfant* » élaborée par Oubrayrie (1997). La recherche a porté sur deux groupes d'athlètes : le premier est composé de trente athlètes de CM2 (15 filles et 15 garçons) d'âge moyen de dix ans six mois. Ces athlètes suivent la scolarité dite « *normale* ». Le second groupe est composé de trente athlètes déficients intellectuels légers de la même tranche d'âge, avec un QI qui se situe entre 50 et 70. Lee- Nowacki a voulu vérifier si l'athlète déficient intellectuel dans un centre d'éducation sportive et d'intégration scolaire ne montrait pas d'indice global de l'estime de soi

différent de celui de l'athlète qui suit le cursus normal. Enfin de compte, il remarque que les athlètes dans un centre d'éducation sportive et d'intégration scolaire présentent une estime de soi globale plus élevée que les déficients intellectuels en cursus normal.

Selon Fiske et Maddi (1968), la tendance fondamentale de la personnalité est *« l'effort pour maintenir le niveau d'activation à ce que l'on a coutume de considérer comme caractéristique de cette personnalité »*. L'activation apparaît dès lors comme le niveau normal d'excitation, de vigilance, de tension et d'énergie que l'athlète handicapé se doit d'être contrôlé régulièrement pendant la pratique sportive. L'athlète connaît normalement un niveau d'activation à peu près constant d'un jour à l'autre, mais au bout d'une certaine période, de temps, il s'habitue à un niveau donné qui devient son niveau d'activation habituel. Ce niveau d'activation est le résultat de la constance approximative d'intensité, de signification et de variation des stimuli de toutes origines dans son existence ; de telle sorte que l'athlète finit par considérer comme normaux certains degrés et certains types de stimuli qui ont régulièrement un impact sur lui. Lorsqu'il existe un décalage avec le niveau d'activation réel, l'athlète adopte un comportement visant à modifier l'impact des stimuli. Autrement dit, si le niveau d'activation réel est plus bas que le niveau habituel, il adopte un comportement visant à augmenter l'impact des stimuli et si le niveau d'activation réel est plus élevé que le niveau habituel, il adopte un comportement visant à diminuer l'impact des stimuli. Le comportement visant à diminuer l'impact des stimuli est un comportement qui cherche à réduire l'intensité, la signification et la variation des stimuli de toutes origines. Le comportement visant à augmenter cet impact est bien évidemment l'inverse. C'est dire que l'orientation de la vie sportive d'un handicapé physique donné est commandée par ses efforts personnels pour faire coïncider le niveau habituel d'activation.

Plus loin, le Certified Public Accountant (CPA), (1984, p.6) précise que : *L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs.*

Cette définition nous fait remarquer que l'estime de soi est axée sur une évaluation relativement durable et non sur des variations ponctuelle et transitoire ; ensuite, que l'estime de soi doit prendre en compte les variations dues aux expériences individuelles, au sexe, à l'âge et autres aspects fixant les rôles.

Duclos, Laporte et Ross (cités dans Essiomele, 2022), proposent un modèle impliquant l'estime de soi, la motivation, l'engagement et le sentiment d'efficacité dans le processus d'apprentissage. En effet, selon eux, en se concentrant sur le processus d'apprentissage, en corrigeant ses erreurs et en ajustant ses stratégies en cours de route, l'athlète en vient inévitablement à connaître des succès. Il se sent alors efficace, étant conscient qu'il a adopté les bonnes attitudes et qu'il a choisi les bonnes stratégies. Il éprouve de la fierté qui nourrit l'estime de lui-même. Plus un athlète réussit ce qu'il entreprend, plus il se sent efficace et fier, et plus il développe graduellement sa compétence. Se sentir compétent, c'est être convaincu que l'on peut relever avec succès n'importe quels défis si l'on adopte les attitudes favorables et les bonnes stratégies. Ce sentiment donne à l'athlète de l'espoir et lui donne accès à de multiples apprentissages.

Selon Meyer (1987, P.953), l'estime de soi est : *L'ensemble de savoirs sur soi à valence positive ou négative, est le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive. Ces savoirs sont alimentés par des informations provenant des milieux de vie (familiaux et scolaires) auxquels l'athlète attribue des significations diverses.*

Dans le même sens Dorai (1988, P. 56) pense que l'estime de soi « *est l'idée que l'athlète forme de lui-même après intériorisation des jugements issus de l'environnement.* »

L'estime de soi oriente donc la prise de conscience et la connaissance de soi, par l'appréciation positive ou négative que l'athlète porte sur lui-même, en comparaison avec les éléments de son environnement (parents, enseignants). Son influence ne se limite pas seulement aux réactions sur le moment, mais contribue à orienter les décisions et l'investissement pour l'action future en motivant ou en démobilisant l'athlète (Pierrehumbert, 1992).

Dans le champ des études de l'influence de l'estime de soi sur les performances sportives, les résultats de bon nombre de recherches ont montré qu'il existe une relation significative entre la perception de soi et la performance sportive (Bloom, 1966 ; 1979 ; Crohn, 1983 ; Gerardi, 1990 ; Briffore et Parsons, 1983 ; McGuire, Furjioka et McGuire, 1979 ; Skaalvik, 1983 ; Wiggins, Schatz et West, 1994).

Enfin, l'estime de soi repose sur la notion d'« *auto-évaluation* ». Ce terme renvoie à un processus de jugement par lequel l'athlète considère ses résultats, ses capacités, ses qualités selon un système de valeurs et de normes personnel, et porte un jugement sur son mérite personnel. Ces attitudes envers soi-même ne sont pas de natures différentes des attitudes envers d'autres objets : il s'agit d'une orientation positive ou négative vers un objet ou un fait, et d'une prédisposition à répondre favorablement ou défavorablement à ceux-ci et à tout ce qui s'y

rattache (Horland & Janis, 1959). Ces attitudes peuvent être conscientes ou inconscientes et porteuses de connotations affectives positives ou négatives et étroitement liées à des processus cognitifs et motivationnels.

Selon Lawrence (cité dans Yao, 2014). L'estime de soi est une évaluation personnelle entre le soi idéal et l'image de soi c'est-à-dire un jugement de valeur entre ce qu'est réellement l'individu et ce qu'il désire être (ses aspirations). L'estime de soi est le regard sur soi, elle renvoie à un jugement de valeur personnelle, ce jugement étant possible lorsque l'individu se forge une image de soi c'est-à-dire une connaissance de ses caractéristiques personnelles. Les individus s'évaluent par rapport à ce qu'ils croient être. Cette évaluation découle de la comparaison que ces personnes font par rapport à leur entourage immédiat constitué de ses parents, ses camarades et ses pairs. Et pour établir une relation forte, il faut s'évaluer positivement. C'est cette évaluation positive qui est demandée aux athlètes en situation de handicap lors des préparations et des participations aux compétitions pour être plus compétitifs.

Selon le Certified Public Accountant (CPA) (1984, P.7), « *adopter une attitude positive envers soi-même a été, depuis longtemps, considéré comme un facteur important par un grand nombre de théoriciens de la personnalité mais rares sont ceux qui en ont réellement étudié les conséquences* ». Et pourtant, différentes observations révèlent que l'estime de soi influence le comportement des athlètes en compétition. Lorsque l'estime de soi est élevée ou positive, l'athlète est plutôt content de lui-même, et montre une certaine confiance en lui et en ses capacités de réaliser de bonnes performances. Par contre, lorsqu'elle est faible ou négative, l'athlète manque généralement de confiance en lui-même, ce qui se traduit souvent par une attitude timide et effacée ou, au contraire par un comportement agressif qui ne favorise pas l'atteinte des résultats.

Dans le même sens Toczec-Capelle et Martinot (2004) montrent qu'au cours de la vie, en effet, l'athlète intègre en mémoire autobiographique d'innombrables réussites ou échecs, lesquels peuvent ressurgir accompagnés de leur charge émotionnelle dans certaines situations, avec des conséquences plus ou moins heureuses sur les fonctionnements cognitifs. L'estime de soi est partie intégrante de ce même système de mémoire. Dès lors, l'estime de soi positive conduit l'athlète à adopter des conduites associées à une haute motivation de réaliser une performance de pointe, par contre l'estime de soi négative est associée à une baisse de motivation entraînant de mauvaises performances sportives.

Concernant les travaux d'Israël (1960) et de Korman (1966), ils traduisent la théorie de la balance de Heider. L'estime de soi y est considérée comme une fonction des sentiments

personnels d'adéquation de l'athlète, ainsi que comme une résultante de la mesure dans laquelle celui-ci fut apte, par le passé à satisfaire des besoins personnels. Dans cette perspective, l'estime de soi peut devenir un prédicateur des performances futures de l'athlète. Ainsi, selon Korman (1966), en présence d'une tâche, l'athlète sera motivé à réaliser une performance consistante avec son image de soi. Si l'estime de soi est élevée, seule une performance de haut niveau permettra de déboucher sur une cognition consistante, et dès lors, l'athlète sera motivé à réussir la tâche. Korman (1966) a ainsi pu montrer que le niveau d'estime de soi est associé au caractère plus ou moins approprié des objectifs choisis, au succès remporté dans la réalisation de ces objectifs, ainsi qu'à l'évaluation de ces objectifs. Il a également montré que les sujets dont l'estime de soi est élevée sont, davantage que les autres, capables de choisir des tâches dans lesquelles leurs chances de succès sont grandes.

Selon Tap (1998, P. 17), James est un des premiers auteurs à avoir considéré l'estime de soi comme résultant d'une construction personnelle depuis 1890. À cet effet, il pense que l'estime de soi est *la conscience de la valeur du Moi, met l'accent sur la dynamique intrapersonnelle et intrapsychique, sur la diversité des Moi (s) sur le rôle éminent des émotions dans la construction de soi et l'émergence de la valeur personnelle, sur l'importance de l'articulation entre le Moi actuel et les aspirations. Il s'intéresse à la personnalité en tant que structure, rigide ou souple, aux frontières précises ou diffuses.*

Dans cette optique, l'articulation entre le Moi actuel et les aspirations d'un sujet jouerait un rôle primordial. Ainsi, plus la distance entre le soi réel et le soi idéal est grande, dans le sens que les succès ne correspondent pas aux ambitions, plus l'athlète aurait tendance à avoir une estime de soi ternie.

De même, Harter (1998, P. 59) estime que le rapport entre les réussites et les échecs détermine l'évaluation globale défendue par James : « *un athlète aurait une haute estime de lui-même dans la mesure où ses succès seraient égaux ou même supérieurs à ses aspirations. Si, à l'inverse, les aspirations dépassent les réussites effectives, alors, son estime de soi sera faible.* » Elle précise qu'il ne s'agit pas d'effectuer un simple calcul mathématiques, étant donné que certaines réussites auront davantage d'impact sur l'estime de soi, que d'autres pourront être perçues comme anodines...Cela dépend de l'importance que l'athlète accorde à la discipline sportive qu'il pratique.

C'est à Cooley (1902) que revient le mérite d'apporter une nouvelle perspective avançant l'hypothèse selon laquelle le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée

par les interactions avec l'entourage, et cela dès l'enfance. Cooley parle alors de l'effet de miroir social (looking glass self) : c'est le regard des autres qui renvoie des indications permettant à l'athlète de connaître l'opinion qu'ils ont de lui. Cette opinion serait par la suite incorporée à la perception de soi, une perception qui dépendrait donc étroitement de la façon dont l'athlète est perçu ou pense être perçu par les autres. Dubar (2000) parle d'identité pour soi.

Les études de Greenberg et al. (1985) montrent effectivement que l'expectation d'une récompense extérieure diminue le recours aux stratégies d'auto-handicap. Ces recherches nous amènent à comprendre que la motivation reste aussi un facteur déterminant dans la prise de décisions des athlètes en situation de handicap. Laquelle prise de décision engage le développement des stratégies d'auto handicap dans des conditions particulières de compétitions sportives. Ainsi, quel peut être aussi l'influence du stress lors d'une compétition ?

3.3.11 Le stress en sport et performances des athlètes handicapés

Les études sur le stress dans les domaines du sport sont particulièrement prolifiques. De manière générale, le stress renvoie à des situations négatives sur le fonctionnement humain. Il s'agit des perturbations, des émotions négatives, des troubles qui peuvent survenir dans la vie d'un individu à la suite d'une situation menaçante provenant de l'environnement. Vernazobres (2006, p. 178) souligne à propos que, « *le danger est de demander uniquement à l'individu de se sur-adapter aux conditions exigeantes, voire stressantes de son travail ; alors que le stress au travail peut être envisagé comme un symptôme de dysfonctionnement de l'organisation et non de la personne.* »

Plusieurs spécialistes se sont intéressés à la notion de stress. Tout d'abord en biologie, nous avons les travaux de Cannon (1928) et de Selye (1936). L'ensemble des travaux de Cannon tourne autour de la notion d'homéostasie pour montrer que pour maintenir un équilibre intérieur, de nombreux mécanismes fonctionnels se déclenchent ayant pour objet la réduction et la maîtrise des perturbations causées par l'environnement externe ou interne. Ce sont des adaptations produites par l'organisme pour éviter le déséquilibre induit par les menaces. Avec ces travaux, nous notons déjà la notion de réajustement et même celui d'adaptation. C'est ce que Cannon a appelé « *syndrome d'urgence* ». Syndrome qui, jusqu'à preuve du contraire, demeure une nécessité incontournable pour les athlètes en situation de handicap. Tenant compte de leur déficience, ces athlètes ont besoin de réajuster et d'adapter leur comportement aux situations environnementales.

Quant aux travaux du physiologiste canadien Selye, la notion d'adaptation ressort. Il utilise plutôt l'expression « *syndrome général d'adaptation* » en lieu et place de la notion de stress. Celui-ci apparaît chez tout individu en situation menaçante pour mobiliser l'organisme et le permettre de se réajuster pour un équilibre stable et durable. Pour qu'il y ait réaction de l'organisme, selon Selye (1936), deux grands processus hormonaux sont sollicités à savoir :

- le système sympathique et médulle-surrénalien qui entraîne chez le sportif l'augmentation de la fréquence cardiaque ainsi que la tension artérielle,
- le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien qui serait à l'origine du syndrome général d'adaptation.

Toutes ces réactions entraînent de nombreuses troubles métaboliques et fonctionnels qui entravent l'adaptation de l'individu. Mais, Selye et Cannon ont mené ces études chez les animaux et en situation artificielle de laboratoire.

Cependant, sur le plan psychologique, plusieurs études montrent que, le stress est plutôt déterminé par des facteurs émotionnels, cognitifs et sociaux. Lazarus et Coyne (1980) ont pu démontrer que, le stress dépend de la façon dont l'individu évalue les situations auxquelles il fait face dans son environnement. Il s'agit d'un déséquilibre entre les exigences de l'environnement et les différentes ressources dont dispose l'individu pour y faire face.

D'autres études ont abordé le stress sur le plan professionnel, notamment les travaux de Woodman et Hardy (2001). Ils ont recensé quatre facteurs organisationnels liés au stress du sportif :

- les conditions environnementales de travail (transport, conditions d'entraînement ou de l'enseignement, primes,...) ;
- le style de leadership mis sur pied par l'entraîneur ;
- les objectifs personnels poursuivis par l'athlète ;
- les relations que l'athlète peut entretenir avec tous les responsables, les coéquipiers, et autres intervenants dans l'équipe.

C'est dans cette perspective que Lévêque repris par Le Scanff (2005) pense que le rôle du psychologue auprès du sportif doit être pluridimensionnel en intégrant aussi les problèmes organisationnels qui peuvent affecter la performance des athlètes.

Le psychologue doit porter son attention vers le logistique et l'organisationnel, en tant qu'ils sont porteurs d'effets psychologiques indirects puissants. Il doit aider les cadres sportifs

à questionner leurs procédures et à s'interroger sur les répercussions psychologiques de celle-ci. C'est alors un rôle régulateur institutionnel qui prévaut au sens donné dans l'institution rééducative et thérapeutique à terme. (Le Scanff, 2005, p. 71).

La performance de l'athlète dépend ainsi de la façon dont les ressources personnelles, organisationnelles ont été mobilisées pour faire face aux exigences de l'environnement du sportif. Si ces ressources sont insuffisantes, il y a automatiquement inadéquation de l'athlète ou de l'apprenant. C'est ici que l'athlète présente des patterns non adaptatifs vis-à-vis de l'entraînement.

D'autres travaux se sont appesantis sur les stratégies du coping ou stratégies du faire face qui sont considérées comme « *un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux en perpétuel changement pour gérer les demandes externes ou internes évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources personnelles* ». (Lazarus & Folkman, 1984). À ce sujet, Ainsi, Finch (cité dans Nicchi Scanff, 2005), effectue une étude sur 148 joueuses de softball pour conclure que, la stratégie de désengagement mental des athlètes était corrélée « *aux plus faibles performances de frappe et le déni était lié aux plus faibles performances de réception des joueurs de champ.* »

L'influence du stress sur les contre-performances sportives a également été abordée par plusieurs auteurs dans les domaines de l'attention, de la coordination, de l'exigence de la tâche, le soutien social ainsi que l'adéquation « *efforts-récompenses* » de Siegrist (2000) :

- Williams, Tonymon et Andersen (1990) par exemple, ont pu démontrer que les athlètes qui développent le stress présentent une réduction considérable de la vision. Pourtant, dans certaines disciplines sportives, à dominante bio-informationnelle comme le tennis, le badminton, le football, le handball, le basketball, le volleyball, la pétanque, etc., le traitement visuel, en qualité et en quantité. Une bonne vision est exigée pour la réalisation de bonnes performances. Dans le cas du déficit bio-informationnel consécutif au stress, ces athlètes enregistrent automatiquement des contre-performances ;
- le stress affecte aussi la qualité des coordinations. La plupart des actes incoordonnés en sport proviennent du stress où l'individu ne parvient pas à assurer l'équilibre entre les exigences techniques de coordination et les ressources cognitives et émotionnelles dont il dispose. Ceci entraîne des perturbations du schéma moteur qui crée parfois des blocages musculaires voire la rigidité musculaire ;

- les exigences de la tâche constituent parfois des agents stressseurs qui entraînent l'épuisement psychologique encore appelé *burnout* qui affecte à la fois les domaines affectifs, cognitifs, émotionnels et physiques, et se définit selon Ayala et Aronson repris par Paulhan et Bourgeois (1995) comme épuisement physique, émotionnel et mental causé par un engagement prolongé dans des situations émotionnellement exigeantes. Dans cette perspective, Fleurance (1998) montre que, en milieu sportif, le *burnout* affaiblit l'efficacité des processus de récupération car, le processus de production des hormones s'inhibe et entraîne la diminution de la quantité hormonale exigée, et on observe un comportement réticent, non-adaptatif voire révoltant de l'apprenant. Ceci a pour conséquence le développement de la démotivation allant jusqu'à la perte totale du plaisir du jeu ou de l'apprentissage de l'individu ;
- le soutien social. Les coéquipiers, les encadreurs ou tout autre individu ayant la charge de l'encadrement des apprenants ont une influence sur le développement du stress chez l'apprenant avec pour conséquence la diminution de l'effort chez ce dernier.
- certaines pathologies cardiovasculaires proviennent de l'inadéquation entre les efforts fournis et l'absence de reconnaissance à sa juste valeur. Neidhammer, Siegrist (1998) ; Peter, Siegrist (2000), montrent que ces insuffisances inhibent la créativité des athlètes et la monotonie qui en résulte entraîne des contre-performances répétées chez ceux-ci.

Debois (2003, p. 21) a étudié la relation entre l'anxiété et la performance sportive. Selon l'auteur, de nombreux travaux classiques considèrent que, « *l'athlète anxieux est un athlète fragilisé* ». Pour d'autres, l'anxiété précompétitive est un moteur de l'action. Les premiers travaux se sont inspirés de la théorie du U inversé de Yerkes et Dodson (1908) selon laquelle, il y a un niveau d'éveil favorable aux bonnes performances, au-delà de ce niveau, les performances deviennent faibles. Dans cette perspective, Hanin (2000) a proposé l'hypothèse d'une zone optimale individuelle de fonctionnement (ZOF) qui permet aux athlètes de réaliser de bonnes performances lorsque leur anxiété fluctue dans cette zone. Hardy (1990) quant à lui décrit le modèle de « *catastrophe* » selon laquelle, l'anxiété cognitive et l'anxiété somatique interagissent pour influencer la performance des athlètes. Enfin, Jones (1995) a mis sur pied le modèle de l'interprétation directionnelle de l'anxiété. Dans ce modèle, Jones pense que l'anxiété n'a aucune relation avec la performance. Mais, la performance de l'athlète dépend de la manière dont il interprète cette anxiété comme étant facilitatrice ou obstacle à la performance.

En outre, Zaghouani et Khadher (2011, p. 430) ont dans cette perspective, montré chez les coureurs de rallye raid tunisiens que, « *les affects négatifs, favoriseraient l'adoption des comportements imprudents et ceci dans le but de régulation émotionnelle* ». Mais les résultats obtenus dans le cadre des travaux ci-dessus sont restés inconsistants car, les cadres dans lesquels ces travaux ont été réalisés sont différents. Et, les travaux ne font pas la différence entre les effets de la période précompétitive et celle de l'acquisition des habiletés sur la performance des apprenants.

Nous constatons à partir de ces résultats que le stress ou l'anxiété et la performance sportive sont incompatibles, tout simplement parce que, l'athlète, face à des situations menaçantes, ne parvient pas à y opposer des ressources adaptatives en fonction desdites menaces. Ces demandes qui sont faibles au regard des ressources dont ils disposent peuvent entraîner des faibles performances consécutives aux règles contraires à celles nécessaires à l'acquisition optimale des habiletés motrices nouvelles. Il convient de rappeler que, si les athlètes dits « normaux » font face aux situations menaçantes pouvant conduire au stress, à plus forte raison les athlètes handicapés qui sont en position d'ambivalence entre la matérialité de la déficience qu'accuse le regard d'autrui sur son handicap et les exigences de la performance sportive attendue. Il est donc clair que les athlètes en situation de handicap sont plus exposés aux situations anxieuses et stressantes pouvant les amener à développer les stratégies d'auto handicap lors des compétitions sportives.

DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE

L'objectif de cette partie est d'expliquer la méthodologie à adopter pour examiner les stratégies d'auto handicap dans le processus d'entraînement et de compétitions sportives des ainsi que le lien significatif qui existe entre celles-ci et les performances sportives des athlètes en situation de handicap. C'est aussi le lieu pour nous de présenter les résultats auxquels nous sommes parvenus.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Ce chapitre passe d'abord en revue le rappel de la thèse, des questions, des objectifs et des hypothèses de la recherche avant de s'appesantir sur les différents sites d'investigation (le CNPC, la FECASDEP, la FECASDEV, la FECASDI et la FECASSO), la population, la technique de recherche choisie ainsi que les instruments de collecte des données. Il faut souligner que, dans cette étude, nous avons adopté la méthode hypothético-déductive qui nous a permis d'appliquer des dispositions générales relatives à la théorie des stratégies d'auto handicap pour formuler les hypothèses, construire les outils de collecte des données, faire la collecte et vérifier lesdites hypothèses, sans va-et-vient sur le terrain.

4.1. Rappel : thèse, questions, objectifs et hypothèses de recherche

4.1.1 La thèse de l'étude

Certains sportifs handicapés, dans une situation menaçante pour le soi telle qu'une compétition, décident de réduire ou d'arrêter leurs efforts lors d'exercices aérobies prolongés pour protéger leur image de soi. Ces sportifs, à la fois soucieux de l'image qu'ils vont donner à travers leur performance et à la fois ressentant des probabilités de succès faibles quant à leurs capacités à réaliser une bonne performance dans la compétition, vont préférer utiliser la réduction de l'effort afin d'avoir une explication pour justifier une contre-performance attendue. Ils prétexteront par la suite sous forme d'attributions causales qu'ils étaient fatigués, blessés, malades... afin de sauvegarder leur image de compétence. Cette expérience a conduit Jones et Berglas (1978) à conceptualiser l'auto-handicap. Pour cette étude, les contre-performances des athlètes ne sont pas toujours déterminées par la motivation de ces derniers. Mais plutôt par leur capacité à construire un mental performant afin de surpasser les contraintes liées aux compétitions sportives de haut niveau.

La majorité des études évoquées pour justifier les contre-performances des athlètes aux compétitions sportives ont été effectuées dans le cadre des théories de la motivation. Les performances des athlètes se justifient ainsi par le sentiment d'auto efficacité, l'auto détermination, l'estime de soi, l'accomplissement, la valeur perçue de la tâche, la résignation acquise, les représentations, les attributions causales, etc. Mais, elles n'accordent pas une place importante aux stratégies d'auto handicap qui détermine le comportement des athlètes en situation de compétition sportive. Les athlètes, face aux exigences d'une situation menaçante, devant un système normatif d'entraînement prévu par les institutions internationales et incarné par l'encadreur, développent des moyens de contournement plus aisés à travers d'autres règles

implicites tels que la déclaration des blessures imaginaires, les émotions négatives, la procrastination, la réduction de l'effort... L'action de l'entraîneur en tant que détecteur des forts handicapés pourrait constituer une première étape pour anticiper sur les conduites handicapantes des sportifs (Rhodewalt & al., 1984) qui s'opposent ainsi à celle des athlètes.

Le choix de la théorie d'auto handicap de Jones et Berglas (1978) se justifie par, le fait qu'elle nous a permis d'opérationnaliser nos variables. Elle nous a aussi permis de comprendre que, l'athlète peut poser des actes de nature à s'absenter régulièrement aux entraînements, ou à réduire intentionnellement son effort lors d'une compétition sportive ; ce sont les stratégies d'auto handicap comportemental qui participe à la protection de soi. Il peut également avoir l'attitude de revendiquer s'affronter à un adversaire de niveau très inférieur, d'imposer une prime supplémentaire à sa prise en charge afin de participer à une compétition sportive ou de déclarer une blessure, une maladie, une fatigue. Il développe de ce fait, les stratégies d'auto handicap revendiqué qui concourt à la valorisation de soi.

4.1.2 Les questions

Dans cette étude, nous avons une question principale et deux questions spécifiques intitulées ainsi qu'il suit :

Question principale : Quelle est le lien entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun ?

Cette question de départ a été opérationnalisée en deux autres ci-dessous ayant chacune des modalités et des indicateurs :

1. l'auto-handicap comportemental influence-t-il les performances sportives des athlètes handicapés camerounais ?
2. l'auto handicap revendiqué détermine-t-il les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun ?

4.1.3 Les objectifs de recherche

Notre objectif général est de vérifier le lien entre les stratégies d'auto-handicap et les performances sportives des athlètes en situation de handicap. En d'autres termes, il est question dans cette étude de mesurer la corrélation entre les stratégies d'auto-handicap et les performances sportives enregistrées par les athlètes handisports pendant la participation aux compétitions sportives nationales et internationales. Cet objectif général se décline en plusieurs objectifs spécifiques suivants :

- trouver l'influence des stratégies d'auto-handicap comportemental sur les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun ;

- vérifier l'influence des stratégies d'auto-handicap revendiqué sur les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.

4.2 La place de la variable dans une recherche

La variable occupe une place importante dans une recherche. Elle provient des questions que le chercheur s'est posé au départ.

Par définition, la variable est une quantité susceptible de prendre un certain nombre de valeurs contrairement à une constante qui demeure immuable (Berthier, 2008). Il s'agit des mesures effectuées dans l'enquête et qui concernent les caractères qui peuvent être soumis à des analyses en sciences sociales. Elle est généralement définie par l'ensemble des modalités qui renvoient le plus souvent aux réponses aux questions posées. La variable peut à la fois concerner aussi bien les données numériques que les informations signalétiques comme le niveau d'étude, l'âge, le sexe, Aussi, en ce qui concerne l'échelle de Likert, le niveau d'accord permet de déterminer une variable. Une variable peut prendre plusieurs valeurs qui peuvent s'exprimer en termes de scores, de degrés, de quantités,...En somme, selon Fortin (1996, p. 36) « *une variable a une propriété inhérente de variation et d'assignation de valeurs.* »

4.2.1 Types de variables

Notre travail de recherche compte deux variables qui seront soit manipulées, soit contrôlées :

- La variable dépendante (VD) : Elle subit les effets de la manipulation de la variable indépendante. C'est la variable dite « *expliquée* » car, elle dépend des variations de la variable indépendante que le chercheur manipule. Elle est généralement symbolisée par la lettre Y.
- La variable indépendante (VI) : C'est la variable que le chercheur manipule pour mesurer ses effets sur la variable dépendante. Souvent appelée variable explicative, la variable indépendante influence la modification de la variable étudiée. On la note généralement par le symbole X.

4.2.2 La Variable Dépendante (VD)

Les performances sportives des athlètes handisports ont été retenues dans cette étude comme Variable Dépendante car, c'est sur elle qu'on voudrait observer l'effet consécutif lors de la manipulation de la Variable Indépendante.

La Variable Dépendante de cette recherche a été éclatée en deux modalités contenant chacune quatre indicateurs avec plusieurs indices, conformément aux travaux de Jones et Berglas (1978) de la manière suivante :

- **Succès / Médaille ;**
- **Echec / Pas de Médaille ;**

Chacune des modalités ci-dessus a donné lieu à plusieurs indicateurs de la manière suivante :

- **Modalité 1 : Succès / Médaille :**

Indicateur : Résistance

Indices : distance parcourue, nombre de tours effectués, charge soulevée, ...

Indicateur : Assiduité

Indices : nombre de participation aux compétitions sportives, nombre de participations aux entraînements,...

Indicateur : Endurance

Indices : temps mis pour compétir, temps mis pour s'entraîner,...

Indicateur : Médaille

Indices : nombre de médailles obtenues, nombre de compétitions effectuées avec succès,...

- **Modalité 2 : Échec / Pas de médaille**

Indicateur : déclaration de fatigue

Indices : Nombre de secondes élevées, Nombre de minutes élevées, Nombre d'heures élevées.

Indicateur : absence de médaille

Indices : Nombre d'erreurs élevées, Nombre d'essais élevés, Nombre d'échecs élevés.

Indicateur : Déclaration de blessures :

Indices : Hauteur franchie faible, Distance parcourue faible, Nombre de points marqués faibles.

Indicateur : Absences répétitives :

Indices : Nombre d'absence à la rééducation, Nombre d'absence aux entraînements, Nombre d'absences à la préparation mentale.

4.2.3 La Variable Indépendante (VI)

La Variable Indépendante de cette étude est : *les stratégies d'auto handicap*. C'est elle que nous manipulerons pour observer ses effets sur la Variable Dépendante. Son opérationnalisation a abouti à deux modalités, conformément aux travaux de Leary et Shepperd, (1986, p. 1267) :

– **Auto handicap comportemental ;**

Ce sont les « *actions d'individus qui construisent des handicaps afin d'éviter qu'un échec ne soit attribué à leurs aptitudes* ». Ainsi, lorsque l'auto handicap fait référence à son expression comportementale, l'échelle SHS de Jones et Rhodewalt, (1982), indique qu'elle mesure la « *réduction des efforts et la procrastination* », Rhodewalt, (1990, p.75).

– **Auto handicap revendiqué.**

L'auto-handicap revendiqué est la tendance à « *déclarer verbalement détenir des handicaps qui interfèrent avec ses propres performances* » (Leary & Shepperd, 1986, p. 1267). De même, lorsque l'auto handicap renvoie à son expression revendiquée, ladite échelle, indique qu'elle mesure la « *maladie et le bouleversement émotionnel* », Rhodewalt, (1990, p.75).

L'analyse des recherches (Jones & Berglas, 1978 ; Snyder & Smith, 1982) ayant appréhendé l'auto-handicap selon ses différents types de conceptions indique que le meilleur moyen de prédire l'émergence des stratégies d'auto-handicap est de prendre en compte à la fois les facteurs **dispositionnelles (personnalité)**, les variables **situationnelles (contexte)** et la conception **interactionniste (l'action sociale)**. Il est en effet probable que l'auto-handicap comportemental et l'auto-handicap revendiqué, qui présentent des antécédents et des conséquences relativement différents, relèvent de processus distincts. Cette approche nous a permis de comprendre comment les attributions se forment pour expliquer un comportement. Dans cette perspective, nous avons élaboré les modalités de la Variable Indépendante ayant chacune trois indicateurs et plusieurs indices comme suit :

VI1 : Auto handicap comportemental

Modalité 1 : Auto handicap comportemental à connotation dispositionnelle.

Indicateur : - diminution de la force physique ;
- perte de l'estime de soi ;
- manque de confiance en soi.

Indices : faiblesse dans la réalisation des tâches, absence de stratégies de réalisation de l'exercice.

Modalité 2 : Auto handicap comportemental à connotation situationnelle.

Indicateur : - procrastination ;
- manque de concentration ;
- diminution de l'effort ;
- absence de persistance.

Indices : Inattention, absences répétitives, report des séances d'entraînements, boycott de la compétition.

Modalité 3 : Auto handicap comportemental à connotation interactionniste.

Indicateur : - manque de l'auto détermination ;
- peur d'affronter l'adversaire.

Indices : indifférence à l'endroit des modèles, perte de confiance en l'encadreur, angoisse élevé, incertitude.

VI2 : Auto handicap revendiqué

Modalité 1 : Auto handicap revendiqué à connotation dispositionnelle.

Indicateurs : -Représentation négative de la compétition ;
- absence d'autoévaluation.

Indices : perte de l'estime de soi, manque de confiance en soi, absence de stratégies de réalisation de l'exercice.

Modalité 2 : Auto handicap revendiqué à connotation situationnelle.

Indicateurs : -blessure ;
-maladie ;
-perte d'habiletés motrices.

Indices : Attention, concentration, persistance.

Modalité 3 : Auto handicap revendiqué à connotation interactionniste.

Indicateurs : -perte de confiance en l'encadreur ;
-manque de confiance à l'équipe.

Indices : Angoisse élevé, incertitude, imprécision.

4.2.4 Opérationnalisation des variables

Après avoir défini les différentes variables, les modalités, les indicateurs et les indices, nous allons dans le tableau ci-dessous, présenter toutes les combinaisons des variables possibles devant aboutir à la formulation des hypothèses.

Tableau 7: Combinaison des variables

	VD	VI	VI1	VI2
VD	VDxVD	VDxVI	VDxVI1	VDxVI2
VI	VIxVD	VIxVI	VIxVI1	VIxVI2
VI1	VI1xVD	VI1xVI	VI1xVI1	VI1x VI2
VI2	VI2xVD	VI2xVI	VI2x VI1	VI2x VI2

Source : Exploitation du cours de Mvessomba (2013).

Dans le tableau ci-dessus, nous avons seize (16) combinaisons possibles des Variables Dépendantes et Indépendantes. Il est divisé en deux par une diagonale constituée de la combinaison de variables identiques du genre : (VD x VD ; VI x VI ; VI1 x VI1 ; VI2 x VI2).

De part et d'autre de cette diagonale, les combinaisons étant identiques (VI1 x VD et VD x VI1 par exemple), nous prendrons en compte celles d'un seul côté. Dans cette partie, il se dégage des combinaisons suivantes :

VI x VD ; VI1 x VD et VI2 x VD.

L'exploitation de ces combinaisons nous permettra à partir de la définition de la notion d'hypothèse, de formuler celles de notre recherche.

4.2.5 Élaboration des hypothèses

Les hypothèses sont des énoncés formellement conçus pour déterminer la relation qui existe entre plusieurs variables. L'hypothèse constitue la pierre ou le socle sur lequel est basée toute recherche sur le terrain surtout lorsqu'il s'agit de réfuter ou de compléter une théorie ou une proposition. Il s'agit concrètement d'une base de formulation pro-forma ou d'une supposition qui va orienter toute la démarche du chercheur qui va s'évertuer méthodiquement et systématiquement à la vérifier. Mieux, selon Tsala Tsala (2002, p. 130), elle fait référence à « *une affirmation provisoirement suggérée comme explication d'un phénomène* ». Elle se différencie de la question de recherche qui reste dans une logique interrogatoire sans une forme de prédiction des résultats de l'étude.

La formulation d'une hypothèse vient de plusieurs sources à savoir : une simple observation des phénomènes, de la théorie ou d'une recherche empirique, de l'imagination ou d'un travail préalablement effectué à partir de la pré-enquête. En somme, l'hypothèse joue un rôle important dans une recherche, cette importance peut se résumer en trois catégories : le rôle de l'orientation de la sélection des faits observer qui permettent d'apporter une réponse à la question de recherche, le rôle d'orientation sur le terrain de recherche et le rôle d'élaboration des relations entre les variables.

Après la définition des hypothèses et sur la base de l'opérationnalisation des variables ci-dessus, nous avons élaboré le modèle de la recherche qui comprend l'hypothèse générale opérationnalisée en deux hypothèses de recherche qui sont issues de la littérature sur les déterminants des performances sportives des athlètes et de la littérature sur les stratégies d'auto handicap.

➤ **Hypothèse Générale (HG)**

Elle (HG) est la résultante de la relation entre VD et VI : (**VI x VD**). Nous l'avons formulé ainsi qu'il suit :

Les stratégies d'auto handicap ont un lien avec les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

L'opérationnalisation de celle-ci a été faite sur la base de deux hypothèses de recherche formulées de la manière suivante :

➤ **Hypothèse de recherche n°1 (HR1)**

Les travaux (Pyszczynski & Greenberg, 1983 ; Schultheiss & Brunstein, 2000) suggèrent que l'incertitude du résultat et la pertinence de la tâche constituent des facteurs nécessaires pour provoquer la mise en place de stratégies d'auto-handicap comportemental. Ces deux facteurs sont d'ailleurs quasiment toujours présents dans les études menées sur l'auto-handicap comportemental, créant ainsi une situation propice à la menace du soi. Les situations qui évaluent des composantes pertinentes pour le soi dont le résultat est incertain, présentent en effet de fortes chances d'être menaçantes pour le soi. En référence à ces travaux et les combinaisons issues du tableau ci-dessus, VI1xVD, l'Hypothèse de Recherche n°1 a été formulée ainsi qu'il suit :

HR1 = VI1xVD : *l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.*

➤ **Hypothèse de recherche n°2 (HR2)**

La plupart des auteurs s'accordent pour affirmer qu'il existe des différences interindividuelles au niveau de la propension (ou prédisposition) à employer l'auto-handicap (voir Rhodewalt, 1990). Ils différencient ainsi les faibles des forts handicapés grâce à différents outils parmi lesquels on trouve la *Self- Handicapping Scale* (SHS, Jones & Rhodewalt, 1982 ; pour une adaptation française, voir Kraïem & Bertsch, 2011), l'Échelle d'Auto-Handicap (ÉAH, Midgley et al., 1996) et l'Échelle d'Autohandicap Comportemental en Sport (ÉACS, Finez, 2008). Cette conception dispositionnelle a été étayée par de nombreuses recherches empiriques qui montrent que, lorsqu'ils sont confrontés à une situation d'évaluation, les forts handicapés ont davantage recours aux stratégies d'auto-handicap (comportemental et revendiqué) comparativement aux faibles handicapés. Lay, Knish et Zanatta (1992, étude 1) et Strube (1986) ont ainsi, respectivement, montré que les forts handicapés identifiés grâce à la SHS s'entraînent moins que les faibles handicapés (auto-handicap comportemental) et

revendiquent davantage d'obstacles (auto-handicap revendiqué) avant de passer un test d'intelligence ou un examen.

De nombreuses autres études ont de la même manière montré que, lorsqu'ils sont confrontés à des situations menaçantes pour le soi telles qu'un test d'intelligence, un examen ou une compétition sportive, les étudiants et sportifs identifiés comme forts handicapés grâce à la SHS (Jones & Rhodewalt, 1982 ; Strube, 1986) adoptent davantage de comportements handicapants (Rhodewalt & Fairfield, 1991 ; Rhodewalt, Saltzman, & Wittmer, 1984 ; Richards, Johnson, Collins, & Wood, 2002 ; Thompson & Richardson, 2001) et revendiquent davantage d'obstacles comparativement aux faibles handicapés (Feick & Rhodewalt, 1997 ; Greenlees, Jones, Holder, & Thelwell, 2006 ; McCrea & Hirt, 2001 ; Rhodewalt & Hill, 1995 ; Ryska, 2002 ; Strube, 1986). **HR2 = VI2xVD : l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.**

Tableau 8: Synoptique

Hypothèse générale	Hypothèses de recherche	Variables Indépendantes	Indicateurs	Modalités	Items	Variable Dépendante	Indicateurs	Modalités	Items	Instruments de collecte des données	Outils d'analyse des données
Les stratégies d'auto handicap ont un lien avec les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun	Hr1 : l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun	VI 1 : L'auto handicap comportemental	diminution de la force physique -perte de l'estime de soi -manque de confiance en soi.	Auto handicap comportemental à connotation dispositionnelle	Q7-Q21	VD : les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun	-déclaration de fatigue -absence de médaille déclaration de blessures -absences répétitives	Succès Médaille	Q36-Q37	Questionnaire, guide d'entretien et grille d'observation.	Statistiques descriptives, inférentielles, Analyse de contenu.
			Procrastination -manque de concentration -absence de persistance	Auto handicap comportemental à connotation situationnelle							
			-manque de l'auto-détermination -Peur de l'adversaire	Auto handicap comportemental à connotation interactionniste							
			bouleversement émotionnel	Auto handicap revendiqué							

	Hr2 : l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun	VI2 : L'auto handicap revendiqué	-absence d'autoévaluation	à connotation dispositionnelle	Q22-Q35	VD : les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun		Echecs Pas de Médaille	Q36-Q37	Questionnaire, guide d'entretien et grille d'observation	Statistiques descriptives, inférentielles, Analyse de contenu.
			-Blessure -maladie -perte d'habiletés motrices	Auto handicap revendiqué à connotation situationnelle							
			perte de confiance en l'entraîneur -manque de confiance à l'équipe	Auto handicap revendiqué à connotation interactionniste							

Source : Données du terrain

N.B : les indices n'ont pas été mentionnés dans ce tableau pour des raisons d'espace.

En conclusion, cette partie nous a permis d'affiner le problème de cette recherche, notamment à travers les écrits antérieurs sur les déterminants psychologiques des performances sportives des athlètes en situation de handicap, les différentes théories et approches sur les stratégies d'auto handicap (revendiqué et comportemental) en situation de compétition sportive. En somme, les analyses effectuées montrent que, toutes ces études évoquées ne mettent pas l'accent sur l'influence des stratégies d'auto handicap sur les performances sportives des athlètes handisports. La réalisation d'une performance de pointe ne se résume pas dans cette perspective seulement à la motivation des athlètes, mais, il est important d'explorer les aspects dispositionnel, situationnel, et interactionniste pour comprendre le comportement des athlètes handicapés en compétition.

Toutefois, Rhodewalt, Saltzman et Wittmer (1984) à travers des études prenant en compte simultanément les variables personnelles et situationnelles, nous ont permis de comprendre l'émergence de stratégies d'auto-handicap. Ces auteurs ont mesuré l'assiduité et les efforts que les nageurs fournissaient à l'entraînement à l'approche de compétitions importantes et non importantes. Il est apparu que les forts handicapés étaient moins assidus et fournissaient moins d'efforts aux entraînements que les faibles handicapés les jours qui précédaient les compétitions importantes (auto-handicap comportemental). Cette différence n'est par contre pas apparue avant les compétitions non importantes.

Dans cette perspective, nous allons voir à travers une enquête auprès des athlètes et les encadreurs afin de vérifier l'applicabilité de cette théorie transversale dans le domaine de l'encadrement desdits athlètes afin d'améliorer leur performance sportive.

4.3 Type de l'étude

Notre travail de recherche vise à décrire la corrélation entre deux variables. Il s'agit donc d'une étude corrélationnelle dont l'objectif est d'examiner le lien (corrélation) entre les stratégies d'auto-handicap (VI) et les performances sportives des athlètes handisports (VD) lors des compétitions sportives nationales et internationales. Il s'agit du système hypothético-déductif où l'on part des questions d'ordre générales préétablies pour expliquer un problème particulier. Il est donc nécessaire d'avoir un échantillon représentatif afin d'effectuer une généralisation des résultats à d'autres populations.

L'étude corrélationnelle permet au chercheur de vérifier la nature des relations entre les variables (dépendante et indépendante) pour établir la force et la direction desdites relations. Contrairement à l'étude descriptive corrélationnelle et l'étude de vérification des modèles théoriques, nous envisageons préciser et mesurer toutes les variables, ce qui nous permettra de

vérifier les hypothèses retenues à l'aide du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson. En outre, notre étude se situe dans le champ de la psychologie du sport pour personnes handicapées en ce sens qu'elle cherche à étudier la relation entre les mécanismes de création et déclaration du handicap développés par athlètes et les contraintes liées à la réalisation de bonnes performances sportives.

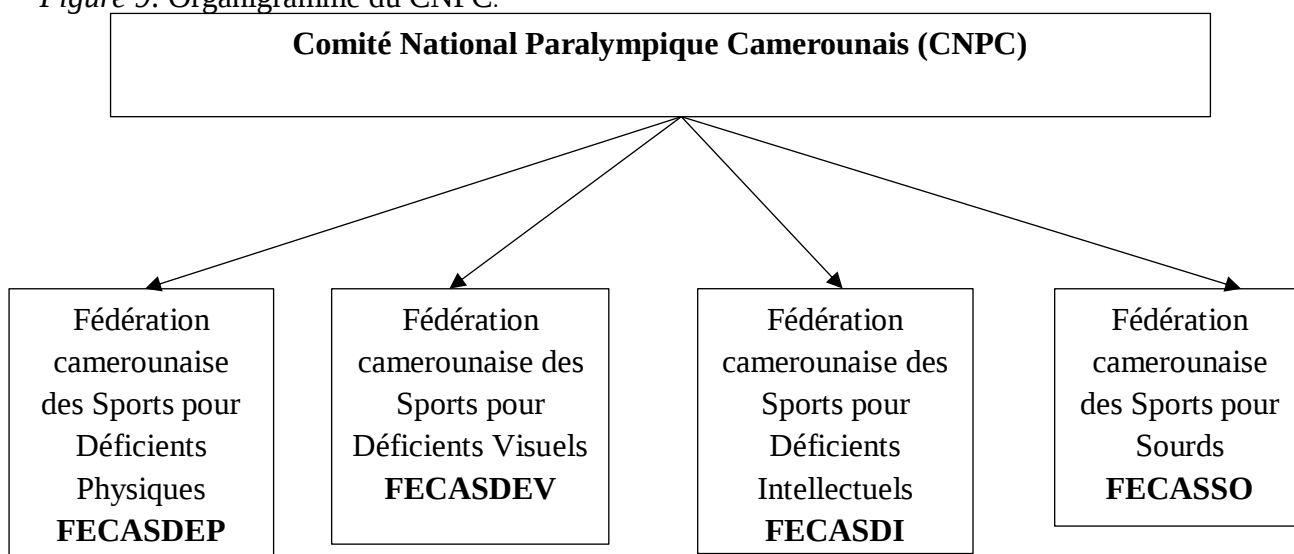
4.4 Sites de l'étude

Notre étude a été menée en milieu sportif, notamment auprès des athlètes handicapés affiliés dans les quatre (04) Fédérations Camerounaise des Sports pour Déficients. Il s'agit concrètement de la FECASDEP : Fédérations Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques ; la FECASDEV : Fédérations Camerounaise des Sports pour Déficients Visuels ; la FACASSO : Fédérations Camerounaise des Sports pour Sourds et la FECASDI : Fédérations Camerounaise des Sports pour Déficients Intellectuels. Ces quatre institutions reconnues officiellement sont les seules au Cameroun pour encadrer les athlètes handicapés dans le cadre de la préparation et de la participation aux compétitions nationales et internationales. Ces institutions sont dirigées par le Comité National Paralympique Camerounais (CNPC).

4.4.1 Le Comité National Paralympique Camerounais (CNPC)

La structure du Mouvement Paralympique Camerounais (MPC) issue de la grande réforme opérée par la Loi N°2011/018 du 15 juillet 2011 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives se présente comme suit :

Figure 9: Organigramme du CNPC.



Source : Direction Technique Nationale du CNPC, 2011.

Les organes dirigeants du CNPC sont les suivants : l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration et le Bureau Exécutif.

4.4.2 Missions du Comité National Paralympique Camerounais (CNPC)

Les articles 61 et 63 de la Loi N°2011/018 du 15 juillet 2011 confient au Comité National Paralympique Camerounais la charge de :

- contribuer à la promotion de la représentation nationale au sein des instances et organismes sportifs internationaux, en collaboration avec les fédérations sportives nationales pour personnes handicapées ;
- favoriser la concertation et l'entraide entre les différents acteurs du sport pour personnes handicapées ;
- formuler tout avis et proposer toute mesure visant la promotion de l'éducation physique, du sport, de l'esprit sportif pour personnes handicapées ;
- rechercher les voies et moyens de la conciliation et de l'arbitrage, à la demande des parties concernées, à l'occasion des conflits d'ordre sportif opposant ses adhérents et les fédérations sportives nationales pour personnes handicapées par référence aux usages du Comité International Paralympique ;
- fédérer les différentes structures et organes nationaux à caractère physique et sportif pour personnes handicapées ;
- garantir et superviser l'organisation des Jeux Paralympiques Nationaux ;
- développer, promouvoir, contrôler et réglementer le mouvement paralympique dans l'ensemble du territoire camerounais, sans discrimination de sexe, de type de handicap, de religion, d'obédience politique ou ethnique ;
- représenter le sport pour personnes handicapées à l'étranger... etc.

Pour accomplir ses missions, le CNPC est affilié à l'APC (African Paralympic Committee) au niveau africain, et à l'IPC (International Paralympic Committee) au niveau mondial. Les organes dirigeants du CNPC sont les suivants :

- L'Assemblée Générale ;
- Le Conseil d'Administration ; et
- Le Bureau Exécutif.

4.4.3 L'Assemblée Générale

Elle est l'organe représentatif du CNPC au cours duquel les décisions fortes pour la bonne marche du Comité sont prises.

4.4.4 Le Conseil d'Administration

Coordonné par le Président du CNPC, il regroupe les membres suivants :

- Les membres élus des Fédérations. Notamment : la FECASDEP, la FECASDEV, la FECASDI, et la FECASSO ;
- Les membres désignés représentants des Administrations à savoir : le MINSEP, le MINJEC, le MINPROFF, le MINSANTE et le MINAS ;
- Le membre représentant du Comité National Olympique et Sportif du Cameroun.

4.4.5 Le Bureau Exécutif

Comme toute association, le bureau exécutif est composé d'un Président, des Vice-Présidents, d'un Conseiller Technique, des Conseillers Techniques es-qualités qui sont les présidents des Fédérations suscitées, d'un Secrétaire Général, d'un secrétaire Général Adjoint, d'un Chef du Département Financier, d'un Chef du Département Financier Adjoint, d'un représentant des athlètes masculins et d'un représentant des athlètes féminins.

4.4.6 Les Fédérations Camerounaises des Sports pour Déficiants

Les Fédérations Sportives quant à elles sont chargées notamment de :

- l'encadrement des para-athlètes à la base ;
- l'organisation des compétitions sportives nationales ; et
- développement des sports pour personnes en situation de handicap.

Elles travaillent en collaboration avec les ligues et certaines associations qui s'occupent des questions du para-sport et qui sont affiliées en leur sein.

4.5 La population d'étude

La population est l'ensemble de tous les individus possédant des caractéristiques précises ayant une relation avec les objectifs de l'enquête (Mayer & Ouellet, 1991). Il sera question ici de préciser la population parente, la population cible et la population accessible.

4.5.1 La population parente

Encore appelée population de référence, est l'ensemble des individus sur lesquels porte l'objet d'une étude. Notre population parente est constituée de l'ensemble des personnes en situation de handicap pratiquant les Activités Physiques et Sportives Adaptées.

4.5.2 La population cible

Notre population cible est composée de l'ensemble des personnes en situation de handicap pratiquant les Activités Physiques et Sportives Adaptées de compétition.

4.5.3 La population accessible

Dans le cadre de notre étude, la population accessible est constituée de l'ensemble des personnes en situation de handicap, pratiquant les Activités Physiques et Sportives Adaptées de compétition et affiliées à l'une des quatre fédérations que compte le Comité National Paralympique Camerounais. Les résultats de notre recherche seront susceptibles d'être généralisés à cette catégorie de personnes réparties ainsi qu'il suit :

- FECASDEP : 27 Athlètes ;
- FECASSO : 13 Athlètes ;
- FECASDEV : 13 Athlètes ;
- FECASDI : 7 Athlètes.

Il est à noter que, notre population accessible est constituée de 60 athlètes, la grande majorité pratiquant au Cameroun et une minorité à l'étranger. De même, une population de 20 encadreurs a été accessible dans le cadre de cette étude.

Tableau 9: Effectifs des athlètes par lieu de résidence qui sont affiliés dans les quatre fédérations en 2022.

N°	Fédération/Pays	Camerounais	Étrangers
1	Toutes les Fédérations	51	9
TOTAL		60	

Source : Données du terrain

Le tableau ci-dessus indique une forte concentration des athlètes au Cameroun soit 51/60 et une faible résidence des athlètes handicapés à l'étranger, ce qui justifie leur forte propension à développer les stratégies d'auto handicap observé sur le terrain.

De même, la prise en compte des différentes zones culturelles et linguistiques des athlètes nous a permis de crédibiliser les données dans le cadre de la triangulation spatiale selon Miles et Huberman (1994, p. 308) : « *Le recours à des sites multiples, bien échantillonnés et soigneusement analysés, peut nous aider à répondre à la question de savoir si les résultats observés ont un sens au-delà du site spécifique étudié.* »

4.5.4 L'échantillon et la technique d'échantillonnage

Si nous considérons l'échantillon comme étant « ...un groupe d'individus tirés d'une population préalablement définie, conformément à un plan de sondage donné et sur lequel porteront les observations prévues par l'enquête » (Gankou Fowagap, 2015, p.150), la

technique d'échantillonnage qui nous intéresse ici est la méthode probabiliste où tous les athlètes en situation de handicap, affiliés dans une fédération, ont la même probabilité de participer à l'étude.

Parlant d'encadreur. Est encadreur, tout individu ayant reçu une formation adéquate dans une institution agréée, affilié dans l'une des quatre fédérations susmentionnées et disponible à la tâche.

Il faut noter que dans ces fédérations, il existe plusieurs disciplines sportives de compétition. Trois outils nous ont permis d'effectuer la collecte des données sur le terrain. Ce qui nous a amené à utiliser deux méthodes d'échantillonnage notamment :

- La méthode probabiliste dans le cadre de l'enquête par des observations et des entretiens ;
- La méthode non-probabiliste dans le cadre de l'enquête par questionnaire.

De même, les encadreur quant à eux sont spécialisés chacun en sa manière à l'encadrement des personnes à besoins spécifiques. Nous avons au total 10 encadreur qui ont été interviewés dans le cadre de cette recherche. Le tableau ci-dessus présente les effectifs des encadreur qui ont participé à l'entretien prévu par l'étude.

Tableau 10 : Effectifs d'encadreur par discipline sportive retenue dans chaque fédération en 2022.

Fédération	Disciplines sportives
Encadreur FECASDEP	4
Encadreur FECASDEV	2
Encadreur FECASDI	2
Encadreur FECASSO	2
Total	10

Source : données du terrain

Au total, 10 encadreur sont concernés par notre étude et subissent l'entretien. Les encadreur retenus ici sont ceux qui accompagnent régulièrement les athlètes en compétition. De ce fait, ils répondent tous aux critères d'ancienneté et d'expérience pour passer un entretien et sont capables de faire des échanges en toute objectivité et de manière libre. Il s'agit ici de l'échantillonnage probabiliste simple.

La formule que nous avons utilisée pour définir notre échantillon est celle de Javeau (1982, p. 46) qui stipule que « l'échantillon peut présenter 20% ou plus de population-mère,

soit un cinquième ». Pour plus de lisibilité, nous avons fait recours à la formule ci-dessous qui donne un éclairage sur l'utilisation de cette méthode d'échantillonnage :

$$N = \frac{N_i \times n_i}{N}$$

Avec : n= population de l'échantillon à déterminer.

Ni= proportion de la population.

ni= échantillon pris.

La population-mère comprend 20 encadreur·s qui entraînent les athlètes dans plusieurs disciplines sportives (gymnastique, judo, athlétisme, power lifting, boxe, sports ...collectifs : para basketball, para football, para tennis de table...) que nous avons retenues. Compte tenu de cet effectif réduit, nous avons utilisé 50% pour une meilleure représentativité. En application de la formule de Javeau (1982), nous avons 10 encadreur·s répartis comme suit :

- FECASDEP : 4 Encadreur·s ;
- FECASSO : 2 Encadreur·s ;
- FECASDEV : 2 Encadreur·s ;
- FECASDI : 2 Encadreur·s.

Concernant les athlètes, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Au total, 46 soit 76,66% d'athlètes sur une population cible de 60 ont été choisis car, seuls les athlètes disponibles, capable de lire ou comprendre après lecture d'un tiers et participant régulièrement aux compétitions sportives ont été retenus. Nous avons jugé important de passer le questionnaire à toute cette population cible compte tenu du nombre très réduit de l'effectif. Aussi, le questionnaire a été élaboré en tenant compte des variables de l'étude, des modalités, des indicateurs et des indices afin de comprendre de manière précise le lien qui existe entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes en situation de handicap.

Les athlètes sont repartis ainsi qu'il suit :

- FECASDEP : 24 Athlètes ;
- FECASSO : 8 Athlètes ;
- FECASDEV : 8 Athlètes ;
- FECASDI : 6 Athlètes.

Le tableau ci-dessous récapitule l'échantillon de notre étude en fonction des instruments envisagés et des effectifs globaux par institution.

Tableau 11 : Échantillon de recherche

N°	Fédérations	Encadreurs	Echantillon des Encadreurs (50%)	Effectifs des athlètes	Echantillon des athlètes (76,66%)
1	FECASDEP	8	4	27	24
2	FECASSO	4	2	13	8
3	FECASDEV	4	2	13	8
4	FECASDI	4	2	7	6
TOTAL		20	10	60	46

Source : données du terrain

Le tableau ci-dessus indique le nombre d'encadreurs et d'athlètes par fédération en fonction des pourcentages d'échantillonnage requis à chaque niveau. Au total, 10 encadreurs sur 20 ont été choisis selon la formule de Javeau (1982) tel que précisé plus haut. De même, 46 athlètes ont été choisis sur une population de 60.

4.6 Instruments de collecte des données

Les instruments de collecte des données sont constitués de l'observation, de l'entretien et du questionnaire. Au regard de nombreuses critiques contre la méthode qualitative, notamment la non représentativité de la taille de l'échantillon, le manque de fidélité et de validité des données (Clarke, 1992), nous allons combiner avec la méthode quantitative qui exige une taille importante de l'échantillon. Ceci nous permettra de procéder à la triangulation des deux types de données, à en croire Riutort :

- *Les méthodes quantitatives consistent à s'appuyer sur les données chiffrées afin de mettre à distance la réalité sociale pour mieux pouvoir l'analyser. Elles visent également à produire des statistiques sur les populations étudiées, afin de procéder à des comparaisons dans l'espace et dans le temps.*
- *Les méthodes qualitatives consistent à produire des connaissances, à partir d'une rencontre établie entre le chercheur et l'objet étudié : observation directe, participante, entretien...*

Ces deux grands types de méthodes employées, loin de s'exclure, se complètent généralement dans les travaux empiriques et permettent ainsi de se contrôler mutuellement. (Riutort, 2014, p. 97).

En outre, ces deux approches sont aussi importantes dans la théorisation parce que, « méthodologie et théorisation sont (...) intrinsèquement liées » selon Demesy (2011, p. 17).

Enfin, il est important pour la fiabilité de notre étude d'utiliser les mesures objectives pour l'évaluation des aptitudes physiques, techniques et tactiques des athlètes et les mesures subjectives sus évoquées (observation, entretien, questionnaire).

4.6.1 Les mesures objectives

L'objectivité, synonyme d'impartialité et de neutralité, est un idéal difficile à atteindre. Cependant, elle exige du chercheur un comportement de détachement vis-à-vis de tous les facteurs autres que ceux résultant des faits qu'il étudie. De ce fait, « *l'objectivité implique que les observations ne dépendent pas du seul point de vue d'un observateur, ou d'observateurs qui seraient soumis à des conditions qui limiteraient leur indépendance* » (Delhomme & Meyer, 2002, p.10). Les mesures objectives ne nécessitent aucune interprétation. Il est question de l'évaluation des aptitudes physiques des athlètes qui s'appuie sur les facteurs physiologiques (Vo2 max, seuil anaérobie, capacité anaérobie, force spécifique), les facteurs morphologiques (taille, poids, masse grasse), les facteurs biomécaniques (coordination, symétrie des foulées, gainage, ...). Ces aptitudes s'acquièrent pendant les entraînements préparatifs à une compétition sportive.

4.6.2 Les mesures subjectives

Il s'agit pour cette étude de l'observation, de l'entretien et du questionnaire.

4.6.2.1 L'observation

La curiosité de l'esprit scientifique nous a conduit à mener une observation dite scientifique qui diffère de l'observation naturelle, et qui nous a permis de trouver des invariants d'une part, et d'inférer des lois générales qui sont les causes des phénomènes naturelles d'autre part Mvessomba (2013). Dans cette logique, l'observation nous permettra de mieux connaître les athlètes avant (aux entraînements), pendant (en compétition) et après la compétition. L'observation directe est très importante puisqu'elle permet au chercheur d'identifier la manifestation des comportements. L'observation consiste donc à regarder se dérouler sur une période de temps donnée des comportements ou des événements et à les enregistrer (N'da, 2002, p. 73). Pour ce faire, nous avons élaboré une grille d'observation sur la base du modèle d'élaboration d'une fiche de préparation d'une séance d'entraînement d'une part, et des critères d'évaluation de la performance sportive définis par Magill (1988), d'autre part.

Tableau 12 : Mesure de la performance selon Magill (1988).

Catégorie	Types de mesures utilisées	Exemples de buts dans les APS
Vitesse	Seconde, minutes, heures	-Temps pour courir 100m, 200m, etc ; -Temps mis pour faire 50 abdominaux
Précision	-Nombre d'erreurs -Amplitude de l'erreur -Nombre d'essais -Temps sur la cible	-Nombre de lancers -Durée de contact d'un stylet sur une cible mobile
Amplitude de la réponse	-Hauteur -Distance -poids	-Hauteur franchie en saut en hauteur -Nombre de points marqués
Temps de latence		Temps pour sortir des starting-blocks en sprint

Source : Mesure de la performance selon Magill (1988)

La grille d'observation nous permettra d'évaluer les performances des athlètes en relation avec la propension que chacun dispose à développer les stratégies d'auto handicap au moment de l'apprentissage des tâches motrices complexes sur une échelle d'attitude d'une métrique de sept niveaux de cotation :

La légende : 1= très faux ; 2= faux ; 3=un peu faux ; 4= ni vrai ni faux ; 5=un peu vrai ; 6= vrai ; 7= très vrai.

Tableau 13 : Grille d'observations des athlètes en situation

/		Scores									
Items	Sous-items										
Prise en main/ Mise en train (Avant la compétition)	Contrôle vestimentaire										
	Vérification du retard										
	Vérification des absences										
Partie principale (Pendant la compétition)											
	Démonstration par un athlète										
	Déclaration de la fatigue										
	Encouragements de l'encadreur										
	Revendication des primes supplémentaires										
	Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur										
	Respect des consignes techniques et tactiques										
	Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes										
Retour au calme (Après la compétition)	Réussite/bonne performance										
	Echec/mauvaise performance										
Total/scores											

Source : Direction Technique Nationale/ MINSEP : fiche de préparation d'une séance d'entraînement.

Cependant, la méthode d'observation comporte aussi tant d'avantages que d'inconvénients notamment :

– **Forces.**

D'après Quivy et Campenhoudt (1995) ses avantages sont :

- ♦ La capacité de capter les comportements et les attitudes des acteurs (enquêtés) lors d'un témoignage (sur le vif) ;
- ♦ La relative authenticité des comportements par rapport aux paroles et aux écrits. Il est plus facile de mentir par la bouche qu'avec le corps ;
- ♦ Elle permet de saisir dans l'univers de la recherche, les évènements, les situations.

– Faiblesses

- ♦ La difficulté de se faire accepter comme observateur par un groupe ;
- ♦ Le problème de trace. Le chercheur ne peut se fier à sa seule mémoire pour la saisie des événements dans le vif, car la mémoire est sélective ;
- ♦ Le problème de l'interprétation des observations.

C'est pour cette raison que nous allons compléter ces données par l'entretien.

4.6.2.2 L'entretien

L'entretien obéit à plusieurs principes que nous pouvons résumer dans ces phrases de Percec :

Ils apprirent à faire parler les autres, et à mesurer leurs propres paroles : ils surent déceler, sous les hésitations embrouillées, sous le silence confus, sous les allusions timides, les chemins qu'il fallait explorer ; ils percèrent les secrets de ce « hm » universel, véritable intonation magique, par lequel l'interviewer ponctue le discours de l'interviewé, le met en confiance, le comprend, l'encourage, l'interroge, le menace même parfois. (Percec, 1965, p. 36).

Nous avons mené une interview de type semi-directif ou semi-dirigé pour recueillir des encadreurs leurs opinions, leurs expériences et leurs perceptions. Nous avons choisi pour ce faire dix (10) encadreurs dans toutes les quatre fédérations sportives pour déficients et chaque participant était interviewé en solitude. Tenant compte des échantillons retenus, nous avons soumis les participants à un entretien élaboré sur la base de la problématique et des hypothèses de recherches prédéfinies. Ce guide d'entretien nous a permis de comprendre les attitudes des encadreurs, de réunir les informations actualisées sur la qualité d'encadrement que reçoivent les athlètes en situation de handicap, de comprendre le triangle pédagogique et l'ambiance qui règne dans le groupe avant, pendant et après une compétition sportive.

Notre guide d'entretien a été élaboré sous forme des thèmes et des sous-thèmes en fonction des hypothèses de recherche suivantes :

- L'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handicapés camerounais ;
- L'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handicapés camerounais.

Encore appelé entrevue Fortin (1996, p. 243) ou interview, l'entretien est « *un mode de communication verbale entre le chercheur et les participants dans le but de recueillir des données relatives aux questions de recherche formulées* ». C'est un échange verbal où une personne X extrait des informations chez une personne Y, conformément aux thématiques préalablement identifiées. Il présente des forces et des faiblesses suivantes :

– **Parlant des forces.**

D'après Quivy et Campenhoudt (1995) et Fortin (1996), ses avantages sont :

- ♦ Sa capacité de sonder en profondeur ;
- Le contact de face à face est si rassurant qu'il instaure entre l'enquêteur et le sujet la sympathie, qui ouvre la porte à une relation de confiance.

Aux rangs des faiblesses

- ♦ Cette relation de face à face entre l'enquêteur et l'enquêté peut également constituer son principal inconvénient en ce sens qu'il peut s'établir entre les deux acteurs une relation d'influence. Amenant l'enquêté à fournir des réponses auxquelles l'enquêteur s'attend, dans le but de satisfaire l'enquête et non de dire la vérité, toute chose qui pourrait créer des biais ;
- ♦ Cette méthode exige, soit la présence d'une autre personne dont le rôle est de prendre des notes, soit l'utilisation des outils d'enregistrement audio (magnétophone). La présence d'une autre personne ou d'un enregistreur peut aussi parfois mettre l'enquêté mal à l'aise ;
- ♦ Cette présence d'une autre personne ou l'achat d'un enregistreur augmente les coûts dans la collecte des données.

Les faiblesses sus-évoquées sont suffisamment pertinentes pour entrevoir un autre instrument plus efficace pour les données quantitatives d'où le recours à un questionnaire.

4.6.2.3 Le questionnaire

Ne pouvant tout observer à cause de la multitude des faits, le questionnaire a été nécessaire pour palier ce déficit. Pour ce faire, nous n'avons qu'observé des phénomènes préalablement planifiés par les questions qu'on se pose et auxquelles on veut trouver des réponses. Ainsi, le questionnement a été primordial pour notre étude car, pour « *un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S'il n'y a pas de question, il ne peut y avoir de connaissance scientifique* » (Bachelard, 1967, p.14). Constitué des questions fermées et des questions ouvertes, il a été élaboré sur la base des hypothèses retenues afin de compléter les informations recueillies à l'aide de la grille d'observation et du guide d'entretien. Il a été ensuite administré des questionnaires à 46 participants issus des quatre fédérations suscitées. Ce questionnaire est composé de plusieurs items déclaratifs conformément à l'échelle de Likert (1932) qui présente quelques avantages. Pour Evola (2014), « *le travail de conception est moins laborieux, la fidélité, la validité de l'échelle de Likert sont facilement évaluables* ».

Quivy et Campenhoudt (1995, p. 190) affirment que l'enquête par questionnaire est « *une série de questions à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatifs de l'univers de l'enquête [...] relative à leur situation sociale, professionnelle, à leurs opinions [...] ou encore sur un point qui intéresse le chercheur.* »

Mucchielli (1985, p. 84) quant à lui le définit comme « *une suite de propositions, ayant une certaine forme et un certain ordre, sur lesquels on sollicite l'avis, le jugement ou l'évaluation d'un sujet interrogé.* »

Quant à Fortin (1996), « *c'est une méthode de collecte des données qui nécessitent des réponses écrites de la part des sujets.* » Il aide à organiser, à normaliser et à contrôler les données de telle sorte que les informations recherchées puissent être recueillies d'une manière rigoureuse.

Cet outil présente des avantages et des inconvénients

– **Forces**

D'après Quivy et Campenhoudt (1995) et Fortin (1996), ses avantages sont :

. La possibilité de quantifier les données et de procéder à de nombreuses analyses (corrélation) ;

. La représentativité des sujets est de mise compte tenu de la taille de l'échantillon ;

. La possibilité de faciliter un meilleur contrôle des éventuels biais.

– **Faiblesse**

Son principal inconvénient est qu'il ne va pas en profondeur (superficialité des réponses). L'enquête par questionnaire exige que les réponses du participant soient écrites. Il existe deux types de questions : les questions à réponses fermées et les questions à réponses ouvertes.

Les questions à réponses fermées qui présentent un nombre d'éventualités important pour recueillir des données facilement quantifiables, sont très limitées. Elles imposent la possibilité de donner une réponse unique. Ainsi, elles ne donnent pas assez de réponses utiles, peu réfléchies et entachées de désirabilité sociale. Ceci nous a amené à n'utiliser que la deuxième forme de questions.

Les questions à réponses ouvertes : elles ont permis aux participants de s'exprimer librement sur la question. Les données issues des questions ouvertes sont de plus en plus exploitées dans les enquêtes qualitatives. Même si parfois les participants peuvent donner des réponses vagues voire, être hors sujet.

Berthier (2008) a envisagé plusieurs catégories de questions dont nous avons tenu compte dans l'élaboration de notre questionnaire à savoir :

- Les questions comportementales qui nous permettent dans cette étude de décrire la responsabilité des athlètes dans le processus d’acquisition des habiletés techniques et tactiques. Par exemple « *j’ai tendance à repousser jusqu’au dernier moment mes séances d’entraînements* ».
- Les questions d’intention ou d’anticipation qui font référence aux projets des participants dans un processus de revendication. Par exemple : « *Avez-vous l’intention d’être nerveux avant la compétition lorsque vous ne recevez pas une prime supplémentaire ?* »
- Les questions de connaissances pour permettre au chercheur d’examiner le niveau de connaissance des participants. Par exemple « *A votre avis que signifie stratégies d’auto handicap en sport ?* »
- Les renseignements signalétiques qui renvoient à la partie identificatoire du questionnaire et qui concernent l’âge, le sexe, type de handicap, le niveau d’instruction, etc.

Notre questionnaire a été élaboré en fonction de nos deux hypothèses, des modalités de chaque hypothèse de recherche et surtout des indicateurs et des indices retenus sur l’échelle numérique.

La recherche que nous menons est de type corrélationnel, dans la mesure où elle exige une démonstration d’un lien entre deux variables. Pour cette raison, nous avons choisi le questionnaire parce qu’il constitue selon Grawitz (1990, p. 779) « *le moyen de communication essentiel entre l’enquêteur et l’enquêté.* » Il est également avantageux du fait de la précision et la limitation qu’il offre au niveau des réponses ainsi que la possibilité qu’il donne d’interroger un grand nombre de sujets à la fois.

Poser des questions amène en fait à douter. Mais il s’agit d’un doute positif, dont l’objectif est d’aboutir aux connaissances nouvelles en réfléchissant sur les connaissances anciennes. Le scientifique doute parce qu’il sait qu’aucune vérité n’est éternelle, le questionnement est donc primordial en recherche, car pour « *un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question. S’il n’y a pas de question, il ne peut y avoir de connaissance scientifique* » Bachelard (1967, p.14).

Le questionnaire que nous avons adopté nous a permis de recueillir des réponses des athlètes des quatre fédérations sportives sur les stratégies d’auto handicap et leurs performances sportives lorsqu’ils sont en compétition. Il comporte une série d’items qui nous permettent

d'obtenir les valeurs mesurant nos différentes variables. Il comporte deux principales parties :

- la première partie précise l'objet de la recherche et garantit l'anonymat de l'enquêté ;
- la deuxième partie constitue le questionnaire proprement dit. Il est composé de trente-neuf items et formé de questions ouvertes et de questions fermées. Une échelle de réponses sur une métrique de cinq (5) points a été élaborée ainsi qu'il suit : 1 = très faux ; 2 = faux ; 3 = ni faux ni vrai ; 4 = vrai ; 5 = très vrai. Il est demandé à l'enquêté de cocher la réponse qui correspond le mieux. Il convient de rappeler que, dans le cadre de ce travail, chaque case cochée par un participant donne lieu aux points de la manière suivante : très faux= -2 ; faux=-1 ; ni faux ni vrai=0 ; vrai=1 ; très vrai=2.

En outre, l'architecture de notre question obéit à celle des échelles d'attitude, notamment, les échelles de Lickert. En 1932, Lickert, dans son article : « *A technique for the measurement of attitude* », établit une connexion entre la « *théorie de la spécificité* » qui présente la personnalité comme un composé de plusieurs habitudes et manières d'être indépendantes, et une « *théorie de la généralité* » qui met l'accent sur l'unité du caractère, et le traitement quantitatif des résultats d'un test. Selon Lickert, chaque item doit obéir à deux sortes d'impératifs notamment le libellé de la question et l'usage ultérieur de la réponse. Par souci d'atteindre les variations de l'attitude, il pose l'énoncé de telle manière que deux sujets qui prennent deux attitudes différentes, donnent aussi les réponses différentes.

L'expérimentation ici, assigne à l'avance une réponse, réservant les notes les plus élevées aux réponses qui sont le plus en faveur de l'attitude considérée, les notes les plus basses aux réponses les plus favorables, la note à la réponse hésitante qui n'ose pas basculer vers l'un ou l'autre des deux extrêmes.

Nous avons par exemple les réponses ci-après à une question donnée :

Approbation totale approbation indécision désapprobation totale

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

À partir des échelles de Lickert (1932), nous nous sommes appuyés sur le modèle de Marsh *et al* (1994). Les échelles de Marsh se composent d'une série d'items (phrase ou affirmation) comme suit :

Tableau 14 : Exemple d'item tiré du questionnaire de description du soi physique (Marsh et al, 1994).

Je suis bon dans les activités d'endurance telles que la course de distance, l'aérobic, le vélo, la natation ou le ski de fond.	Faux 1	Principalement faux 2	Plus faux que vrai 3	Plus vrai que faux 4	Principalement Vrai 5	Vrai 6
---	-----------	--------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------

Source : Les échelles de Marsh (1994)

Ainsi, nous avons utilisé trois outils de collecte de données qui sont présentés ci-dessous :

Tableau 15 : Présentation de trois outils utilisés dans le cadre de ce travail de recherche.

Outils Eléments	Observation	Entretien	Questionnaire
Nature de la méthode	Qualitative	Qualitative	Quantitative
Définition	Méthode qui consiste à collecter les informations par la vue	Echange verbal où une personne X extrait des informations chez une personne Y	Méthode de collecte des données nécessitant des réponses écrites de la part des sujets.
Forces	– Permet de capter les comportements et les attitudes des acteurs (participants) lors d'un témoignage (sur le vif) ; – Relative authenticité des comportements par rapport aux paroles et aux écrits – Permet de saisir dans l'univers de la recherche, les événements, les situations – Permet une analyse à la fois qualitative et quantitative	– Va en profondeur ; – Méthode se caractérisant par un contact de face à face entre l'enquêteur et le sujet. Par sa politesse et sa sympathie, l'enquêteur rassure l'enquêté. Il se crée une relation de confiance	– Présente la possibilité de quantifier les données et de procéder à de nombreuses analyses (corrélations) ; – Représentativité des sujets est de mise ; – Permet un meilleur contrôle des biais
Faiblesses	– Difficulté de se faire accepter comme observateur par un groupe ; – Fidélité des données difficile à assurer ; – Collecte des données coûteuse en temps ; – Problème de trace. Le chercheur ne peut se fier à sa seule mémoire pour la saisie des événements dans le vif, car la mémoire est sélective ; – Problème de l'interprétation des observations.	– Relation de face à face entre l'enquêteur et l'enquêté peut aboutir à une relation d'influence ; – Présence d'une autre personne dont le rôle est de prendre des notes, soit l'utilisation des outils d'enregistrement ; – Coût élevé ; – Codage des données complexe.	– Superficialité des réponses ; – Retour des questionnaires parfois incomplet.
Cibles	46 athlètes des quatre fédérations camerounaises des sports pour personnes déficientes.	10 encadreur des athlètes en situation de handicap	46 athlètes des quatre fédérations camerounaises des sports pour personnes déficientes.

En définitive, dans le cadre de cette étude, nous avons fait un couplage de techniques d'enquête dans le but de recueillir le maximum d'informations possibles auprès de notre échantillon, c'est-à-dire les athlètes et les encadreurs des quatre fédérations suscitées. Une seule approche serait donc insuffisante pour une telle étude qui se veut exploratoire. Berthier (2008, p. 26) a résumé dans le tableau ci-dessous le contenu exigible pour les deux approches d'enquête que nous avons utilisé dans cette recherche.

Tableau 16 : Comparaison approches qualitative et quantitative selon Berthier (2008, p. 26).

Étude qualitative	Versus	Étude quantitative
– Approche intensive		– Approche extensive
– Structuration minimum		– Structuration maximum
– Entretien ouvert sur un thème		– Questionnaire standardisé
– Pas de questions préparées		– Questions préparées
– Libre expression du répondant		– Questions imposées au répondant
– Nombre réduit d'enquêtés		– Grand nombre d'enquêtés

Source : *Approches comparées, Berthier (2008)*

De tout ce qui précède, nous avons opté pour la triangulation méthodologique qui est la combinaison de méthodologies présentant chacune des avantages pour étudier le lien entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes en situation de handicap. Toutes les méthodes de collecte de données sont souvent entachées de biais et présentent généralement des insuffisances. L'usage d'une méthode mixte de recueil des données nous permet de résoudre les effets d'une méthode unidimensionnelle sur les résultats en prenant en compte les données qui sont confirmées par deux méthodes et en rejetant les données confirmées par une seule méthode.

C'est ce que pensent Karsenti et Savoie-Zajc, lors qu'ils déclarent : « *Ces méthodologies sont de plus en plus souvent abordées non pas sous l'angle de leurs différences, mais sous celui des complémentarités qu'elles peuvent apporter à la recherche. Une vision pratique de la recherche est en train de s'instaurer par laquelle le chercheur met en œuvre diverses méthodes de travail empruntées à l'une ou l'autre des méthodologies afin d'effectuer une recherche la plus utile et la plus instructive possible.* » (Karsenti et Savoie-Zajc, 2000, p. 132).

Nous avons comme travail à faire dans cette étude, de confronter les données issues de l'observation à celles de l'entretien et du questionnaire pour ressortir la fiabilité de nos résultats.

4.7 Procédure de collecte de données

Dans cette étude exploratoire, nous avons réalisé trois grandes phases de collecte de données à savoir :

4.7.1 Les séances d'observation des athlètes in situ.

Au total, 46 athlètes sont concernés par cette opération. Il faut noter que cette observation n'est pas armée, il s'agit tout simplement d'une observation d'une séance d'entraînement par cycle tel que mentionné dans la grille d'observation.

Tableau 17 : Récapitulatif des séances à observer.

N°	Fédérations	Nombre d'athlètes prévus	Nombre de microcycles d'entraînements	Nombre de séances par cycle	Nombre de séances observées
1	FECASDEP	24	2	3	06
2	FECASSO	08	2	3	06
3	FECASDEV	08	2	3	06
4	FECASDI	06	2	3	06
TOTAL		46	15	15	24

Source : Données du terrain

L'observation prévue dans le cadre de cette recherche nous a permis de connaître les faits, les gestes et les dires des athlètes et des encadreurs sous l'angle de l'auto handicap comportemental et l'auto handicap revendiqué en rapport avec les performances sportives des athlètes.

Au total, 24 séances ont été observées, parmi lesquelles, 18 séances d'entraînements et 06 compétitions nationales et internationales. Pour ces dernières, l'observation a été menée par un encadreur désigné parmi l'équipe technique devant accompagner les athlètes qualifiés.

De manière concrète, il a été question de sélectionner des observateurs volontaires parmi les encadreurs non concernés par la recherche, faire une présentation préalable des objectifs de la recherche et de leur expliquer la grille d'évaluation prévue à cet effet. Ce recrutement des observateurs indépendants, 8 au total, soit deux observateurs pour les athlètes de chaque fédération à observer obéit à la logique de Thietart *et al.* (2007, p. 239) pour qui, « ...il est difficile de mener des observations sur de larges échantillons. Le chercheur peut pallier cette difficulté en mobilisant plusieurs observateurs ». Il tient dans ce sens que toutes ces fédérations sont logées dans la ville de Yaoundé et font les entraînements pour la plupart au Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapées (CNRPH) d'Etoug-Ebe.

Cependant, la grande difficulté liée à la distance fut celle d'observer les athlètes qui résident hors du pays. Cette difficulté fut palliée lors des compétitions auxquelles ces athlètes ont pris part avec leur encadreur. Cette triangulation des observateurs nous a permis d'impliquer plusieurs observateurs dans l'étude d'un seul phénomène afin d'avoir un regard panoramique sur le comportement des athlètes. Les observateurs recrutés étant des figures habituelles aux athlètes, leurs présences n'ont pas entravé le déroulement de l'étude.

Les consignes suivantes ont été données aux observateurs :

- ✓ s'installer sur le site de l'entraînement ou de la compétition avant l'arrivée des athlètes à observer ;
- ✓ rester en retrait, ceci pour minimiser l'effet Hawthorne où, la participation à l'expérience valorise le sujet et l'incite à être plus performant ;
- ✓ éviter d'attirer l'attention des acteurs ;
- ✓ n'apporter aucune contribution aux acteurs lors du déroulement de la séance afin d'éviter l'effet Pygmalion ou Rosenthal (1994) ;
- ✓ rester neutre.

En outre, nous avons élaboré également un contrat de communication qui a été la référence ou le fil conducteur tel que Boudard (2010) l'a souligné, pour réduire les biais observés chez l'interviewé qui a tendance à donner des réponses cohérentes qui n'existent pas dans la réalité.

Tableau 18 : Contrat de communication de l'entrevue avec les encadreurs.

Objectifs	Contenu du message à transmettre aux encadreurs
Objectif de l'entretien	<i>Il est question dans le cadre cette entrevue d'aborder avec vous votre manière personnelle d'intervenir en situation d'entraînement. Pas d'inquiétude à se faire puisse qu'il s'agit d'une simple étude qui n'a rien à voir avec les inspections officielles.</i>
Discours attendu	<i>Nous allons échanger et je n'hésiterais pas à vous demander d'amples explications sur des réponses peu claires. Je souhaite que vous vous exprimiez sur les difficultés rencontrées. Prenez votre temps pour répondre et soyez libre dans vos propos.</i>
Structuration de l'entretien	<i>Nous allons tout d'abord aborder les questions relatives à l'auto handicap comportemental, ensuite à l'auto handicap revendiqué, ainsi que votre comportement face aux athlètes que vous formez.</i>

Source : Contrat de communication, Boudard (2010)

Pour éviter les biais liés à la présence d'une personne étrangère lors d'une séance, nous avons informé les athlètes et les encadreurs quelques jours avant la séance. La durée d'observation de chaque cycle est de 6 heures, soit 2 heures par séance ; sauf en cas de compétition où la durée d'une séance est généralement délimitée par le règlement spécial de la compétition. Les observations se sont déroulées suivant le calendrier préétabli par chaque fédération conjointement avec la Directeur Technique National (DTN) en charge de la discipline.

4.7.2 La passation de l'entretien avec les 10 encadreurs retenus dans les différentes fédérations.

Elle s'est faite à la fin de chaque cycle de 3 séances. Il a été question d'éviter l'influence de la nature des enseignements/entraînements car, selon Boudard (2010, p. 106-107), « ...il est probable que certains types d'entretiens entre séances incitent les encadreurs à planifier et à anticiper, à formaliser davantage leur intervention qu'ils ne le font d'habitude. » Nous avons dans ce cas mené des entretiens individuels pour un face à face pédagogique qui ont eu lieu au domicile ou dans les bureaux de chaque encadreur c'est-à-dire loin du cadre formel du travail. Afin de garantir l'entière disponibilité des encadreurs, nous leur avons rencontré surtout le week-end. L'entretien semi-directif est le type choisis pour cette étude et les questions sont structurées en trois catégories :

- les questions principales relatives aux informations, le processus d'apprentissage ou les connaissances liées à la discipline ;
- les questions d'investigation destinées à inciter l'enseignant à développer son argumentaire par des illustrations pratiques, à compléter ou à éclaircir son discours s'il est flou ;
- enfin, les questions d'implication visant à donner des précisions sur un concept.

L'entretien avec les encadreurs vise globalement à :

- recueillir les informations sur le comportement des athlètes vis-à-vis des méthodes d'acquisition des habiletés techniques et tactiques ;
- ressortir la spécificité pour chaque athlète à s'adapter au processus apprentissage/handicap ;
- comprendre les types de compromis ou d'arrangements mis en place pour régler le conflit entre ses athlètes et lui.

Avant d'amorcer l'entretien proprement dit, nous avons d'abord fait une présentation brève de l'objectif de l'entretien, ce que nous attendons de l'encadreur, et la structuration des échanges.

Les thèmes et sous-thèmes d'entretien

II-1 L'auto-handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handicapés camerounais.

- a. L'appréciation que les athlètes handicapés font lors qu'ils sont soumis à une situation stressante comme la préparation à la compétition sportive. (représentations, attitudes, autoévaluation ...)
- b. Le niveau d'engagement des athlètes face à l'adversaire. (concentration, attention, pertinence ...)
- c. Le respect des consignes techniques et tactiques proposées pour réussir. (absence, retards, discipline dans le groupe, ...)
- d. Le degré de confiance que dispose l'athlète au moment de la compétition sportive. (angoisse, incertitude, peur d'affronter l'adversaire, ...)

II-2 l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

- a. L'appréciation faite des primes allouées aux athlètes handicapés lors de la participation aux compétitions sportives. (insuffisantes, arrivent à temps, respecte le cahier des charges,...)
- b. Les attitudes auto handicapantes des athlètes pour contourner les contraintes qu'exige l'apprentissage des gestes techniques. (maladie, fatigues, blessures,...)
- c. Le respect de la catégorie en fonction du degré de handicap des athlètes lors de la compétition sportive. (dépassement de soi, auto détermination, persistance ...)
- d. Émotions que les athlètes ressentent suite à leurs contre-performances sportives. (perte de l'estime de soi, perte de confiance à l'encadreur, diminution de l'effort).

4.7.3 L'administration du questionnaire adressé aux athlètes des quatre Fédérations

Il s'agit dans cette partie de décrire le processus de passation du questionnaire aux athlètes en situation de handicap au Cameroun et de vérifier la cohérence et la consistance interne des items du questionnaire.

4.7.3.1 Le mode d'administration du questionnaire

Le face à face pédagogique a été choisi comme mode d'administration dans le cadre de cette étude. Malgré son coût élevé, il présente quelques avantages en termes de contrôle de l'échantillon, même si la disponibilité des répondants en dépend. Le questionnaire prévu ici concerne les athlètes handicapés qui sont au nombre de 46. répartis dans les quatre fédérations

sportives pour déficients. Le questionnaire a été distribué à certains participants en salle de gymnastique, d'autres encore dans les terrains d'entraînements et, nous avons veillé à ce qu'il n'y ait pas de conversation au moment du remplissage du questionnaire afin d'éviter les biais.

Il est composé de 39 items relatifs aux questions signalétiques, d'anticipation, de comportement et d'opinion. Le questionnaire est également réparti en fonction des deux modalités retenues qui ont fait l'objet de nos deux hypothèses de recherche, c'est-à-dire l'auto handicap comportemental et l'auto handicap revendiqué issues des stratégies d'auto handicap dans le domaine des activités physiques et sportives. Etant donné que les manifestations des stratégies d'auto handicap sont pareilles pour tous types de handicap, nous avons administré le même questionnaire à notre échantillon réparti dans les quatre fédérations. Il convient de rappeler tout de même que le questionnaire destiné aux athlètes anglophone a été traduit en langue anglaise dans le souci du respect des participants. Pour neutraliser les effets Hawthorne et Pygmalion, nous avons présenté nos objectifs de manière imprécise et avons pris de la précaution de faire un débriefing à la fin de la passation de notre outil de collecte des données. Cela nous a permis de garantir la possibilité aux participants de retirer leur protocole lorsqu'ils ne se sentent pas d'accord avec l'objectif de la recherche. Nous avons ainsi respecté l'éthique.

4.7.3.2 Le respect des participants

Le respect des participants a été incontournable dans la conduite de notre étude. Les athlètes handicapés sont de nature limités et diminués, pour cette raison, ils nécessitent un traitement particulier. À cet effet, personne n'a été obligé de participer à notre étude, c'est la raison pour laquelle, nous avons institué une fiche de consentement éclairé, preuve que chaque participant a marqué son accord. Plusieurs autres éléments ont meublé le respect des participants notamment :

- l'information suffisamment enrichie des athlètes sur l'existence du projet (les objectifs, la nature, les conditions, la durée, les résultats, les avantages et risques éventuels...) ;
- la connaissance du niveau intellectuel de chaque athlète pour avoir une idée sur le caractère éclairé de son consentement. Pour les participants mineurs ou déficients intellectuels, nous nous sommes adressés aux parents ou aux tuteurs ;
- les questions qui touchent la sensibilité des participants n'ont pas été posées. Nous avons évité des questions relatives aux mœurs. Toutefois, lorsqu'une question relevant de la sensibilité devait être posée, nous prenions la peine de rédiger un consentement éclairé

dans lequel, nous présentions les avantages et les inconvénients de notre recherche vis-à-vis du participant.

4.7.4 Planification de la collecte des données

Elle s'est opérée à travers des étapes au cours desquelles se situent des éléments du processus suivi de la période de réalisation, du lieu et des cibles. Le tableau ci-après indique clairement ladite planification.

Tableau 19 : Planification de la collecte des données.

Étape	Éléments du processus	Période de réalisation	Lieu	Cible
1	Élaboration et validation des outils	Août 2021	Yaoundé	
2	Contact avec les responsables	Septembre 2021	FECASDEP FECASDEV FECASDI FECASSO	Les responsables des fédérations
3	Pré-test et réajustement des outils	Septembre 2022	FECASDEP FECASDEV FECASDI FECASSO	-Athlètes -Encadreurs
4	Recrutement et formation des observateurs	Octobre 2021	FECASDEP FECASDEV FECASDI FECASSO	Encadreurs
5	Observations <i>in situ</i> des séances	Novembre 2021 Avril 2022	FECASDEP FECASDEV FECASDI FECASSO	Athlètes
6	Entretien	Octobre 2022	FECASDEP FECASDEV FECASDI FECASSO	Encadreurs
7	Passation du questionnaire	Octobre 2022	FECASDEP FECASDEV FECASDI FECASSO	Athlètes

Source : Données du terrain

❖ Le test de consistance interne du questionnaire : Alpha de Cronbach

Le test Alpha de Cronbach a permis d'estimer la cohérence et la consistance interne de notre questionnaire. Ce test est le plus adapté dans l'utilisation de l'échelle de Likert qui appelle à l'établissement des scores. Il s'agit concrètement de voir si effectivement l'échelle mesure ce qu'elle est supposée mesurer. La valeur des coefficients varie entre 0.00 et 1.00. Plus la valeur est élevée, plus la consistance interne est grande.

La passation du questionnaire aux athlètes des quatre Fédérations a été précédée par la vérification de la mesure de chaque hypothèse. Ainsi, cinq (5) questionnaires ont été distribués à 5 athlètes des différentes fédérations de manière aléatoire. Il s'est agi :

FECASDEP = 2 Questionnaires

FECASDEV = 1 Questionnaire

FECASDI = 1 Questionnaire

FECASSO = 1 Questionnaire

Test de fiabilité avec Alpha de Cronbach du questionnaire relatif à l'Hypothèse de Recherche N°1, adressé aux athlètes

Tableau 20 : Récapitulatif des observations traitées dans le questionnaire (HR1), adressé aux athlètes

Récapitulatif des observations traitées			
		N	%
Observations	Valide	2	40,0
	Exclus ^a	3	60,0
	Total	5	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité		
Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
,894	,926	14

Source : données de terrain (2022).

Le questionnaire adressé aux athlètes a une fiabilité presque parfaite avec un score de 0,894.

Test de fiabilité avec Alpha de Cronbach du questionnaire relatif à l'Hypothèse de Recherche N°2, adressé aux athlètes

Tableau 21 : Récapitulatif des observations traitées dans le questionnaire (HR2), adressé aux athlètes

Récapitulatif des observations traitées		
		N
		%
Observations	Valide	2
	Exclus ^a	3
	Total	5
		40,0
		60,0
		100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité		
Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments normalisés	Nombre d'éléments
,873	,903	23

Source : données de terrain (2022).

Le questionnaire adressé aux athlètes a une fiabilité presque parfaite avec un score de 0,873.

Au regard du test de congruence interne de notre instrument de collecte de données, il ressort après analyse que : la première hypothèse affiche un taux de fiabilité de 0,894. Pour la deuxième hypothèse, le test de fiabilité affiche un score de 0,873. En conclusion, ces résultats présentent une congruence interne très forte et confirme la fiabilité du questionnaire de cette recherche.

4.8 Méthodes d'analyse des données

4.8.1 Méthodes de dépouillement et d'analyse des données quantitatives

Pour traiter et analyser les informations recueillies, nous allons utiliser les méthodes qualitatives et quantitatives. Les questions fermées et les données issues de l'enquête par questionnaire sont analysées quantitativement à l'aide du coefficient de Pearson, tandis que les données issues des questions ouvertes de l'observation et de l'entretien sont qualitativement analysées. Il s'agit en réalité de l'analyse de contenu pour les données issues de l'observation et de l'entretien et de l'analyse statistique pour les données recueillies à partir du questionnaire.

4.8.1.1 Le dépouillement des données quantitatives

Le dépouillement des données correspond généralement au moment où le chercheur essaye de traduire en versions exploitables, c'est-à-dire saisie sur un support les données recueillies.

En d'autres termes, le dépouillement nous a permis de transférer les données d'une copie papier vers un fichier électronique. Les réponses ont été ensuite transmises à un ordinateur. Dans le cadre de ce travail, nous avons procédé de la manière suivante :

Le codage. Après la collecte des données, tous les questionnaires retournés ont fait l'objet de classement et de codification. Nous avons attribué les codes aux quatre fédérations sportives pour déficients (FECASDEP, FECASDEV, FECASDI et FECASSO). Les données ont été manipulées plusieurs fois, d'abord au moment de leur saisie, puis au cours des différents traitements. L'accent était mis sur la vérification desdits questionnaires pour voir s'ils ont été remplis totalement, partiellement ou pas du tout. Ce codage a été important pour la saisie des données.

La saisie. Il s'agit ici de l'utilisation d'un ordinateur à partir d'un clavier pour enregistrer les données en grande quantité. Son utilisation s'est faite à cause des contraintes temporelles. Ce moment précis a connu deux phases essentielles, notamment, la saisie ordinaire et la saisie de vérification ou de contrôle.

Les données ainsi codifiées ont été saisies sur l'ordinateur dans le Logiciel S.P.S.S (Statistical Package for Social Sciences) dans sa dernière version.

Ce logiciel a permis des analyses encore plus complètes ainsi que des calculs de chaque variable pour aboutir au masque ou à la matrice de travail. Il nous a permis ensuite de regrouper des données sous forme de tableaux. Nous avons obtenu ainsi divers types de représentations d'une variable ou du croisement de deux variables, de même que les résultats de l'application du test.

D'autres items ouverts qui ont fait l'objet des commentaires par des répondants, ont été collectés.

4.8.1.2 L'analyse des données quantitatives

Après leur dépouillement, nous avons procédé tout d'abord au calcul des corrélations, puis à la vérification des hypothèses.

❖ Le test de corrélation de Bravais-Pearson

Le test de corrélation est utilisé pour évaluer une association (dépendance) entre deux variables. Le calcul du coefficient de corrélation peut être effectué en utilisant différentes

méthodes. Il existe la corrélation r de Pearson, la corrélation (τ) de Kendall et le coefficient de corrélation (ρ) de Spearman. Ces méthodes de calcul de corrélation sont décrites dans les sections suivantes.

❖ Quand et pourquoi faut-il calculer le coefficient de corrélation ?

Dans les recherches en sciences humaines et éducatives, on calcule le coefficient de corrélation (noté r de Pearson) quand on est préoccupé par la mesure de l'intensité de la liaison qui peut exister entre deux variables : une indépendante (ça peut être plus) et l'autre dépendante. On devra se rappeler que dans les enquêtes sociales, il s'agit presque toujours d'identifier le degré et la nature des associations entre les variables : « *c'est pour cette raison que la méthode des enquêtes est souvent désignée la méthode corrélationnelle* » (Dardenne, Haslam, McGarty, Yzerbyt, 2007, p. 60).

Nous avons donc utilisé le coefficient de corrélation pour trois raisons :

- pour établir l'existence d'un lien entre la variable indépendante (les stratégies d'auto handicap) et la variable dépendante (les performances sportives des athlètes handisports) ;
- pour mesurer la force ou l'intensité de ce lien ;
- pour inférer l'existence d'une corrélation au sein des athlètes (r + test de signification de la pente).

Cependant, pour que cela soit possible, nous disposons d'une variable indépendante quantitative et d'une variable dépendante tout aussi quantitative.

Dans un test de corrélation, il y a deux données importantes à considérer :

- le résultat du test de corrélation ;
- la valeur de p du test de la pente.

Considérons que le projet de recherche d'un chercheur porte sur l'analyse de la corrélation entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes handisports.

Au préalable, il y a obligation d'avoir des données continues. La formulation des variables ; l'énonce déjà : les stratégies d'auto handicap, les performances sportives.

Si le résultat d'un test de coefficient de corrélation équivaut à 0, il y a une absence de lien entre $X(VD)$ et $Y(VI)$. Dans le même temps, s'il vaut 1, cela signifie qu'il y a un lien parfait entre X et Y . Le signe (+) signifie que la relation entre X et Y est proportionnelle et que, quand X augmente (ou diminue), Y augmente (ou diminue). Le signe (–) signifie que la relation entre X et Y est inversement proportionnelle et que, quand X augmente (ou diminue), Y diminue (ou augmente). Autrement dit, il y a des corrélations positives (r est précédé du signe +) et négatives

(r est précédé du signe -). La corrélation négative exprime « *une relation entre des variables où les hauts scores sur la première variable sont associés à des scores bas sur la deuxième.* » Par contre, la corrélation positive exprime « *une relation entre des variables où les hauts scores sur la première variable sont associés avec des hauts scores sur la deuxième variable et, inversement, des scores bas sur la première variable sont associés à des scores bas sur la seconde* » (Dardenne et al., 2007, p. 226).

Par convention, on admet que la relation entre X et Y est :

- parfaite si $r = 1$;
- positive si $r > 0$. *La droite de régression monte.* Le chercheur a quatre possibilités de lecture :
 - très forte si $r > +0,8$.
 - forte si r se situe entre $+0,5$ et $+0,8$;
 - d'intensité moyenne si r se situe entre $+0,2$ et $+0,5$;
 - faible si r se situe entre $+0$ et $+0,2$;
- négative si $r < 0$. *La droite de régression descend.* Encore, le chercheur a quatre possibilités de lecture :
 - très forte si $r < -0,8$.
 - forte si r se situe entre $-0,5$ et $-0,8$;
 - d'intensité moyenne si r se situe entre $-0,2$ et $-0,5$;
 - faible si r se situe entre -0 et $-0,2$;
- nulle si $r = 0$. La droite de régression est horizontale. Ce qui ne veut pas dire qu'il y a absence de relation. Elle peut exister mais elle n'est linéaire.

Le dépouillement des questionnaires valides s'est fait à l'aide du logiciel « *Statistical Package for Social Sciences* » (SPSS) version 23, qui a permis le recodage des réponses sous forme numérique, et le test des hypothèses à l'aide du coefficient de corrélation de Bravais Pearson.

❖ La procédure de vérification des hypothèses

La procédure d'analyse est la suivante :

1^{ère} étape : formulation des hypothèses statistiques

Il s'agit ici de l'hypothèse nulle (H_0) selon laquelle les stratégies d'auto handicap ne génèrent pas les performances sportives des athlètes handisports.

L'hypothèse alternative (H_a) stipule par contre que les stratégies d'auto handicap génèrent les performances sportives des athlètes handisports.

2^e étape : choix du seuil de signification

Selon Mialaret (1993), le seuil de signification encore appelé erreur probable noté β (bêta) permet de fixer les chances de se tromper ou non dans la prise de décision.

La marge d'erreur recommandée en science sociale est de 5% soit de 0,05. En termes simples, toutes nos décisions seront prises avec pour risque de nous tromper cinq (5) fois sur cents (100).

3^e étape : calcul du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson

Sa formule issue des données brutes est la suivante :

$$r_{XY} = \frac{[n(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)]}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2][n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

Avec : n = taille de l'échantillon ; Y = valeurs des stratégies d'auto handicap ; X = valeurs des performances sportives des athlètes handisports.

4^e étape : calcul du degré de liberté et lecture de la valeur critique

Le nombre de degré de liberté se calcule par la formule suivante : ddl = N-2, avec N correspondant à l'effectif de l'échantillon.

Pour notre étude, le ddl se présente ainsi qu'il suit :

- FECASDEP : 20-2 = 18
- FECASSO : 8-2 = 6
- FECASDEV : 7-2 = 5
- FECASDI : 5-2 = 3

5^e étape : formulation de la règle de décision

- Si $|r_{cal}| > r_{lu}$, H_0 est rejetée et H_a est acceptée.
- Si $|r_{cal}| < r_{lu}$, H_0 est acceptée et H_a est rejetée.

6^e étape : conclusion

La conclusion fait référence au fait de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse.

4.8.2 Dépouillement et analyse des données qualitatives

L'analyse des données qualitatives est fondée sur l'interprétation du discours ou les mots qui ressortent pendant l'entretien ou l'observation. Il s'agit de l'exploration du langage qui selon Tesh (1990), porte sur quatre aspects principaux : l'identification de la caractéristique du langage, la découverte des régularités dans le langage, la compréhension des significations de l'action humaine par le langage, et enfin, la réflexion.

Trois grandes approches sont généralement utilisées pour analyser les données qualitatives :

- L'approche ethnographique qui s'appuie sur le système culturel utilisé par les répondants et qui sous-tend leurs réponses ;
- L'approche phénoménologique basée sur la recherche du sens, les expériences ou le vécu des participants ;
- L'analyse qualitative dans le cadre de la théorie ancrée et réduite à une simple comparaison constante.

Dans le cadre de ce travail doctoral, l'observation des données recueillies à partir des entretiens avec les athlètes handicapés nous a permis d'élaborer deux catégories d'informations qui peuvent être positives, négatives ou mitigées :

- Les catégories d'informations relatives à l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes en situation de handicap ;
- Les catégories d'informations relatives à l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handicapés ;

4.8.2.1 Codification et condensation des données

Les données recueillies à partir des entretiens ont été codifiées au même titre que celles recueillies à partir du questionnaire. A la seule différence que, les catégories obtenues ici ont été traitées de manière globale. Il faut noter que le style que nous avons utilisé pour présenter les données était direct.

Par la suite, nous avons procédé à l'élaboration des thèmes et des sous-thèmes c'est-à-dire au classement et à l'organisation des informations qui ont été découpées en unité de sens identifiables entre elles selon Usinier et al. (1993). Le protocole de traitement et d'analyse des données que nous avons élaborées répondait au modèle itératif de Huberman et Miles (1991) selon lequel, après le recueil des données, suivi de la présentation et de la condensation, s'achève avec la vérification des hypothèses.

Les données recueillies ont été condensées, c'est-à-dire transformées de l'état brut de transcription à une organisation plus digeste, favorable à la vérification finale à partir de l'analyse de contenu. Cette condensation s'est effectuée à partir de nos fiches de synthèse que nous avons classées par fédération pour une comparaison entre les enquêtés de chaque fédération sportive.

4.8.2.2 L'analyse de contenu

Bardin soutient que l'analyse de contenu est :

Un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs

(quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces énoncés (Bardin, 1977, p. 43).

L'objectif de cette analyse est de dégager les sujets et les thèmes majeurs diffusés dans les messages à partir de la quantification d'item, d'occurrences de certains mots et familles de mots. Il s'agit concrètement de simplifier le texte pour le rendre intelligible afin de l'analyser. L'analyse de contenu nous a permis d'analyser les données recueillies et transcrites sur cinq étapes :

- La lecture et relecture des documents. Ceci nous a permis de déceler les thèmes, les opinions, des athlètes handicapés concernés ;
- L'élaboration des différentes catégories. Elle nous a permis de définir les différentes catégories tels que les opinions positives, négatives, neutres, ou encore favorables, défavorables, indécises. Ainsi, nous avons obtenues par exemple les opinions favorables à la diversification des critères d'évaluation, à la prise en compte des initiatives des athlètes, ... ;
- L'élaboration des unités d'information pour obtenir les plus simples éléments possibles susceptibles d'être retenus ;
- La détermination de l'unité de numérisation qui nous a aidé au décompte observé par paragraphe, par page, ou par ligne ;
- La quantification des éléments décomptés de telle manière qu'ils puissent être traités quantitativement par le chercheur.

Enfin, nous avons procédé à l'analyse thématique à partir de la grille thématique élaborée et qui nous a permis de rendre compte des dimensions transversales des cas, c'est-à-dire une cohérence entre les entretiens passés.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé à la fois les méthodes qualitative et quantitative pour étudier le lien entre les stratégies d'auto handicap et les performances sportives des athlètes en situation de handicap. Au total 46 athlètes ont renseigné les questionnaires après avoir été observés en séances d'entraînements et en compétitions sportives. De même, 10 encadreurs en situation de transmission des habiletés motrices ont accepté passer une entrevue de 40 minutes chacun pour le même objectif. Cette présentation se fera en trois articulations notamment : (1) Les données issues des observations ; (2) Les données recueillies à travers les entretiens ; (3) Les données recueillies par le questionnaire.

5.1 Présentation des résultats des observations de 46 athlètes des quatre fédérations

Les données qualitatives de cette étude ont été recueillies auprès de 46 athlètes des quatre fédérations camerounaises des sports pour déficients. Nous avons d'abord effectué trois séances d'observations par cycle lors des entraînements à l'insu des athlètes ; ceci pour éviter des biais suite à la passation du questionnaire.

5.1.1. Distribution des effectifs en fonction des fédérations

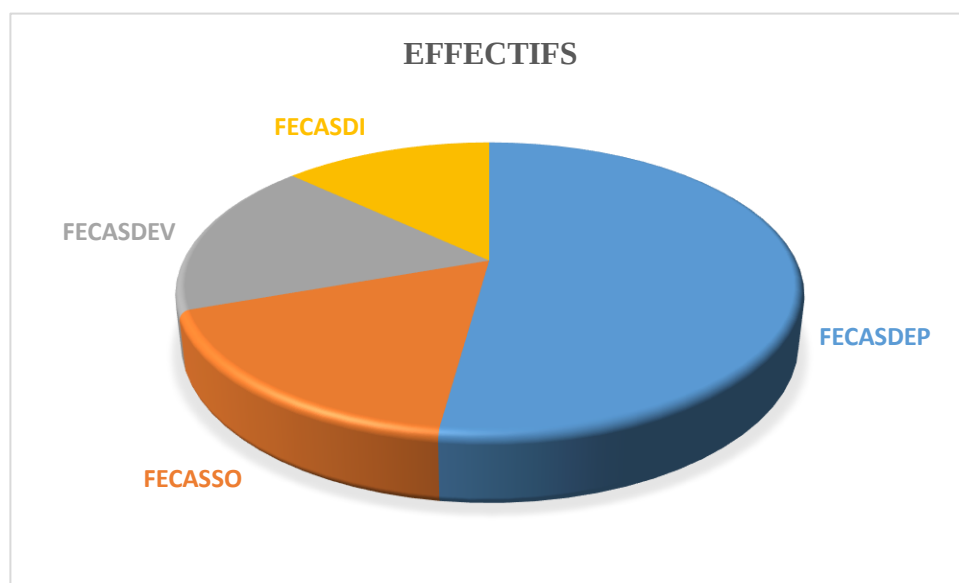
Tableau 22 : Distribution des effectifs observés en fonction des fédérations

Fédérations	Effectifs	Pourcentage (%)
FECASDEP	24	52,17
FECASSO	8	17,39
FECASDEV	8	17,39
FECASDI	6	13,05
Total	46	100

Source : données de terrain (2022).

Le tableau 22 nous présente les effectifs des athlètes en fonction du type de handicap. Ainsi, le Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques regorge le plus grand effectif des participants à cette étude. Soit 24 sur 46 enquêtés.

Figure 10: **Pourcentage des effectifs observés en fonction des fédérations**



Source : données de terrain (2022).

Le tableau ci-dessus nous permet de constater que, les athlètes qui ont été observés et ont renseigné le questionnaire se présentent ainsi qu’il suit : 52,17% sont de la FECASDEP, 17,39% sont affiliés à la FECASSO, 17,39% à la FECASDEV et 13,05% sont de la FECASDI. Il faut souligner que cette répartition a été faite en fonction des effectifs des athlètes dans les différentes fédérations ainsi que des disciplines sportives pratiquées par chaque athlète.

Il convient de relever que le nombre élevé d’athlètes de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques se justifie par le fait que le Handicap Physique est notre spécialité de base. Il en est de même pour les athlètes des Fédérations Camerounaise des Sports pour Déficients Visuels et pour Sourds qui représentent dans cette étude, les Handicaps Instrumentaux. En ce qui concerne les athlètes déficients intellectuels, le nombre est assez réduit dans cette étude parce qu’ils ne font pas partie de notre spécialisation. Mais étant donné qu’ils sont aussi logés au sein du Comité Paralympique Camerounais, nous leur avons intégré dans notre étude afin d’éviter une forme de marginalisation.

5.1.2. Présentation des scores obtenus par chaque athlète observé dans les quatre fédérations sportives

Les scores déclinés dans les tableaux ci-dessous représentent la moyenne obtenue par les athlètes à chaque séance. Il n’est pas superflu de noter que, les observations ont été réalisées

sur un cycle complet de trois séances d'entraînements, la quatrième séance étant spécifiquement réservée à la compétition proprement dite.

La note finale attribuée aux athlètes ci-dessous a été calculée ainsi qu'il suit :

$$\text{Score} = \frac{\text{score séance 1} + \text{score séance 2} + \text{score séance 3}}{3}$$

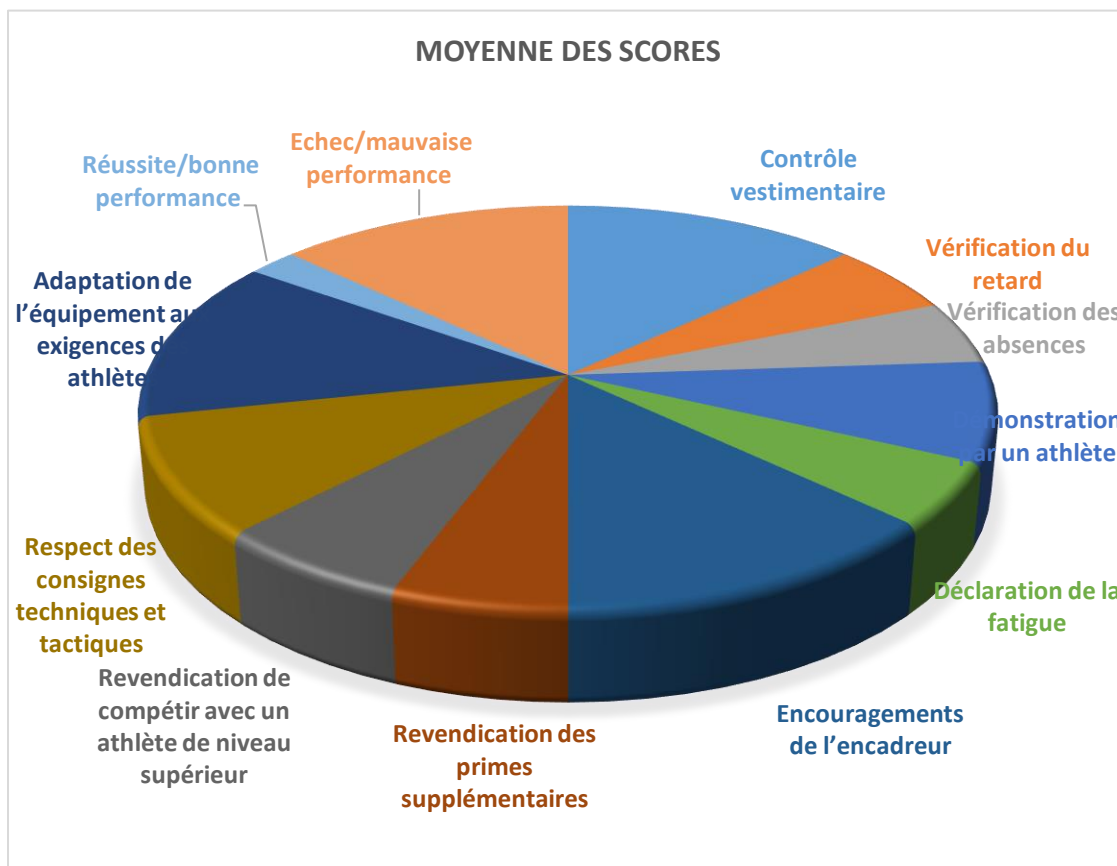
La moyenne pondérée obtenue à l'issue de ce calcul a également été la somme des notes des athlètes observés dans chaque vague divisée par l'effectif total des athlètes de ladite vague.

Tableau 23 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEP observés pendant trois séances d'entraînements

/ Comportement à observer auprès des athlètes		Scores/7								
Items	Sous-items	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Moyenne
Prise en main/	Contrôle vestimentaire	6	6	4	5,33	6	5,66	7	7	5,87
Mise en train	Vérification du retard	2,66	4	3,33	4	3	5	4,66	3	3,70
(Avant la compétition)	Vérification des absences	2,33	4	3,66	3	4,33	6	5	4,33	4,08
										0
	Démonstration par un athlète	3,66	5	4	6	3,66	3,66	4,33	3,66	4,24
	Déclaration de la fatigue	2,33	4,66	5,33	5,66	4,33	4,33	6	3	4,45
	Encouragements de l'encadreur	6	7	4	6	5	4,66	4,66	6	5,41
	Revendication des primes supplémentaires	2,66	6,33	3,33	4,33	3,66	3	3,33	5,33	3,99
Partie principale	Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur	3	2	5,66	4,66	6	5,33	5	4,66	4,53
(Pendant la compétition)	Respect des consignes techniques et tactiques	4,33	5	2,66	3	5,66	4,66	6,33	3,66	4,41
	Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes	6	6	4	6	6,33	6	4,66	6	5,62
										0
Retour au calme	Réussite/bonne performance	1	4	2	3	2	3	2	3	2,5
(Après la compétition)	Echec/mauvaise performance	6	3	5	4	5	4	5	4	4,5

Source : données de terrain (2022).

Figure 11: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation



Source : données de terrain (2022).

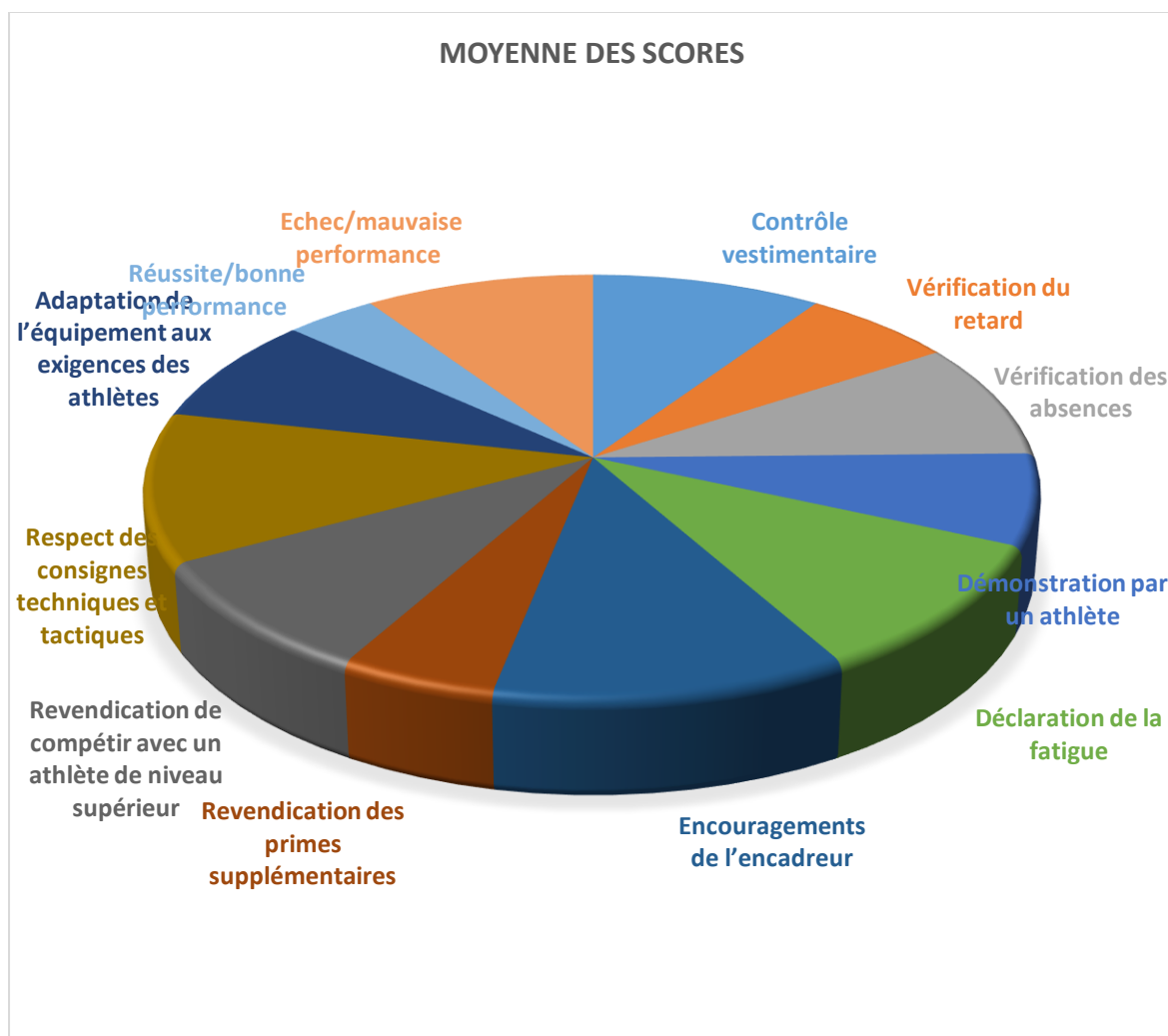
La figure ci-dessus présente la moyenne des scores obtenus par les athlètes observés à la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques. Nous constatons que, tous ont enregistré les scores les plus élevés au niveau des sous-items « contrôle vestimentaire », soit 5,87/7 et « Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes » soit 5,62/7 comme note maximale et 2,5/7 représentant la plus faible moyenne. Ce qui démontre que les 8 athlètes observés ont enregistré une moyenne très élevée d'échecs aux compétitions sportives auxquelles ils ont participé.

Tableau 24 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEP observés pendant trois séances d'entraînements

/		Comportement à observer auprès des athlètes	Scores/7								
Items	Sous-items		P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	Moyenne
Prise main/	en	Contrôle vestimentaire	5	6	6,33	5,66	7	5,66	3,66	2,66	5,24
Mise train	en	Vérification retard du	3,33	4	3,33	4,33	6	4,33	4,66	6,66	4,58
(Avant la compétition)	la	Vérification des absences	4,66	3,66	5	2,66	4,33	6,33	5	4,33	4,49
0											
		Démonstration par un athlète	3,66	2,66	4	6	1,66	3,66	4,33	3,66	3,70
		Déclaration de la fatigue	5,33	6,33	5,66	5,66	4,33	4,33	5,33	4,33	5,16
		Encouragements de l'encadreur	6	7	4	2,33	2,66	3	4,66	6	4,45
		Revendication des primes supplémentaires	2,66	6,66	3,33	4,33	3,66	6	3,33	5,33	4,41
Partie principale		Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur	4,66	3,33	2,33	4,66	2,66	5,33	5	4,66	4,07
(Pendant la compétition)	la	Respect des consignes techniques et tactiques	6	5	2,66	3	5,66	4,66	6,33	3,66	4,62
		Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes	4,33	5,66	3,66	4,66	6,33	6	4,66	2,33	4,70
0											
Retour calme	au	Réussite/bonne performance	2	4	2	3	1	1	2	2	2,13
(Après la compétition)	la	Echec/mauvaise performance	5	3	5	4	6	6	5	5	4,87

Source : données de terrain (2022).

Figure 12: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation



Source : données de terrain (2022).

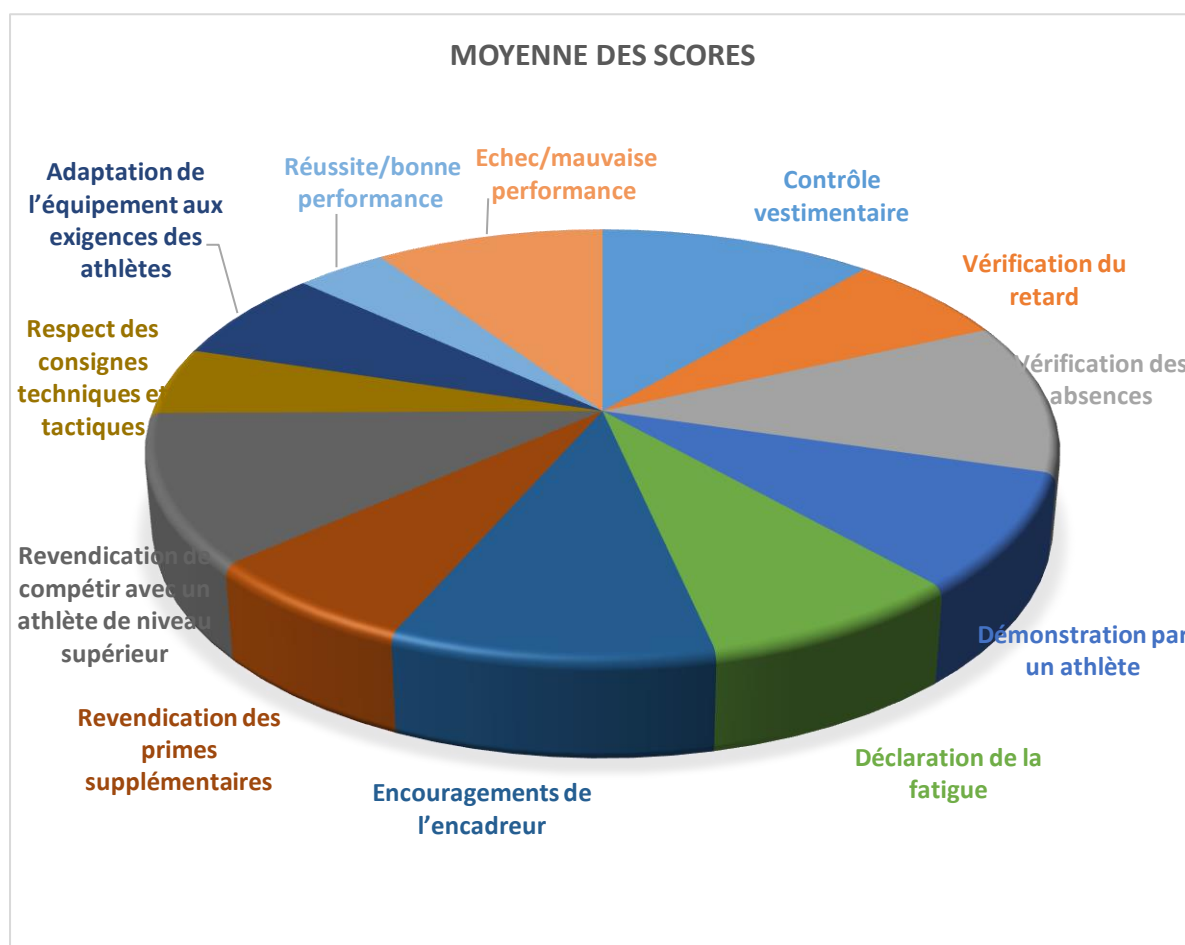
À la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques, conformément au tableau ci-dessus, nous constatons des huit athlètes qui ont été observés que les encadreurs leurs demandent moyennement de faire des démonstrations lors des séances d'entraînement, la moyenne du score obtenu est de 3,70/7. Il en est de même avec la réalisation de la bonne performance, 2,13/7. Par contre, les meilleurs scores sont enregistrés au niveau des autres sous-items. Ainsi, 4,87/7 est la moyenne des échecs enregistrés par les athlètes observés dans cette vague.

Tableau 25 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEP observés pendant trois séances d'entraînements

/		Comportement à observer auprès des athlètes			Scores/7							
Items		Sous-items		P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	moyenne
Prise main/	en	Contrôle vestimentaire		6	6,33	6	3,66	7	5,66	3,66	2,66	5,12
	Mise train	en	Vérification retard	du	3,66	4	7	4	6	4,33	4,66	6,66
(Avant la compétition)	la	Vérification absences	des	6	3,66	6	3,66	4,33	6,33	5	4,33	4,91
0												
		Démonstration un athlète	par	4,66	4	4,66	1,33	1,66	3,66	4,33	3,66	3,49
		Déclaration de fatigue	de la	4,33	5	5,66	5	4,33	4,33	5,33	4,33	4,78
		Encouragements l'encadreur	de	5,33	6	1,33	2,33	2,66	3	4,66	6	3,91
		Revendication primes supplémentaires	des	3,66	4,33	3,66	4,33	3,66	6	3,33	5,33	4,28
Partie principale		Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur	de	6	6,66	6	6,66	2,66	5,33	5	4,66	5,37
(Pendant la compétition)	la	Respect consignes techniques tactiques	des et	2,66	4,33	2,66	2,66	5,66	4,66	6,33	3,66	4,07
		Adaptation l'équipement exigences athlètes	de aux des	3,66	3,66	2,66	3,33	6,33	6	4,66	2,33	4,07
0												
Retour calme	au	Réussite/bonne performance		2	2	3	1	1	1	2	2	1,75
(Après la compétition)	la	Echec/mauvaise performance		5	5	4	6	6	6	5	5	5,25

Source : données de terrain (2022).

Figure 13: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation



Source : données de terrain (2022).

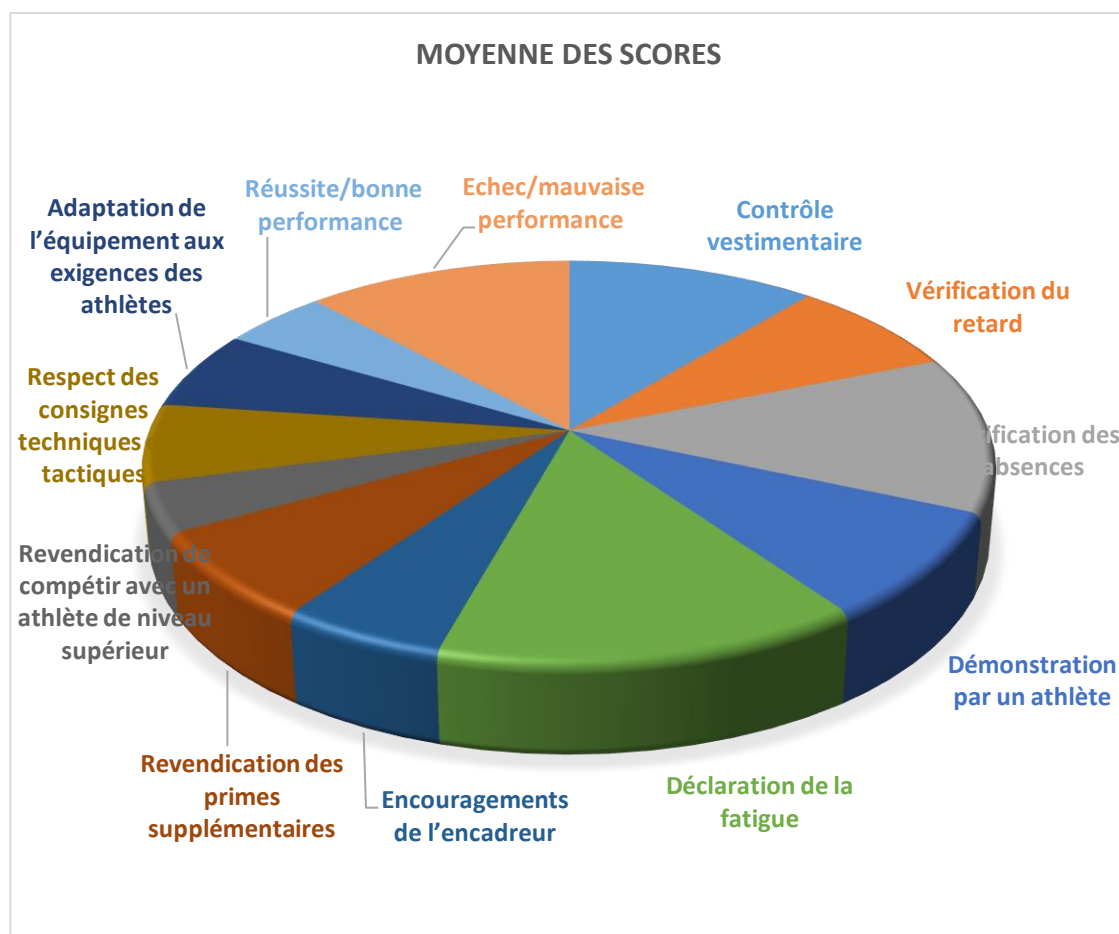
Pour cette vague d'athlètes observés à la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficiants Physiques, le plus faible score obtenu se trouve au niveau du sous-item « Réussite/bonne performance » où nous avons enregistré 1,75/7 comme moyenne générale pour les 8 athlètes. La moyenne la plus élevée revient au sous-item « Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur », avec une moyenne de 5,37/7 ; suivi de « Échec/mauvaise performance », où les athlètes ont enregistré une moyenne égale à 5,25/7.

Tableau 26 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASSO observés pendant trois séances d'entraînements

/ Comportement à observer auprès des athlètes		scores /7								
Items	Sous-items	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	Moyenne
Prise en main/	Contrôle vestimentaire	4,6 6	5,6 6	6	6,3 3	4,6 6	5,6 6	6,3 3	6,3 3	5,70
	Vérification du retard	3,3 3	4,3 3	6,6 6	5,6 6	6	4,3 3	5,6 6	4,3 3	5,03
(Avant la compétition)	Vérification des absences	5,3 3	6	3,3 3	6,3 3	5,3 3	6	6,6 6	3,3 3	5,28
										0
	Démonstration par un athlète	3,6 6	2,6 6	2,6 6	2,6 6	2,3 3	5,6 6	4,3 3	2,6 6	3,32
	Déclaration de la fatigue	6	5,3 3	5	4,3 3	5,3 3	6,3 3	6	5,6 6	5,49
	Encouragements de l'encadreur	2,3 3	4,3 3	1,6 6	3,6 6	4,6 6	3,6 6	2,6 6	2,3 3	3,16
	Revendication des primes supplémentaires	3	6,3 3	6,6 6	6	2,3 3	6,3 3	3,3 3	5,6 6	4,95
Partie principale	Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur	1,6 6	4,6 6	3,3 3	4,6 6	4,6 6	4	6	6	4,37
	Respect des consignes techniques et tactiques	2,6 6	3,3 3	4,6 6	5,3 3	1,3 3	3,6 6	1,6 6	2,6 6	3,16
(Pendant la compétition)	Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes	2,6 6	4,6 6	5,3 3	6	2,3 3	1,6 6	3,3 3	3,3 3	3,66
										0
Retour au calme	Réussite/bonne performance	2	1	2	3	2	1	2	1	1,75
(Après la compétition)	Echec/mauvaise performance	5	6	5	4	5	6	5	6	5,25

Source : données de terrain (2022).

Figure 14: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation



Source : données de terrain (2022).

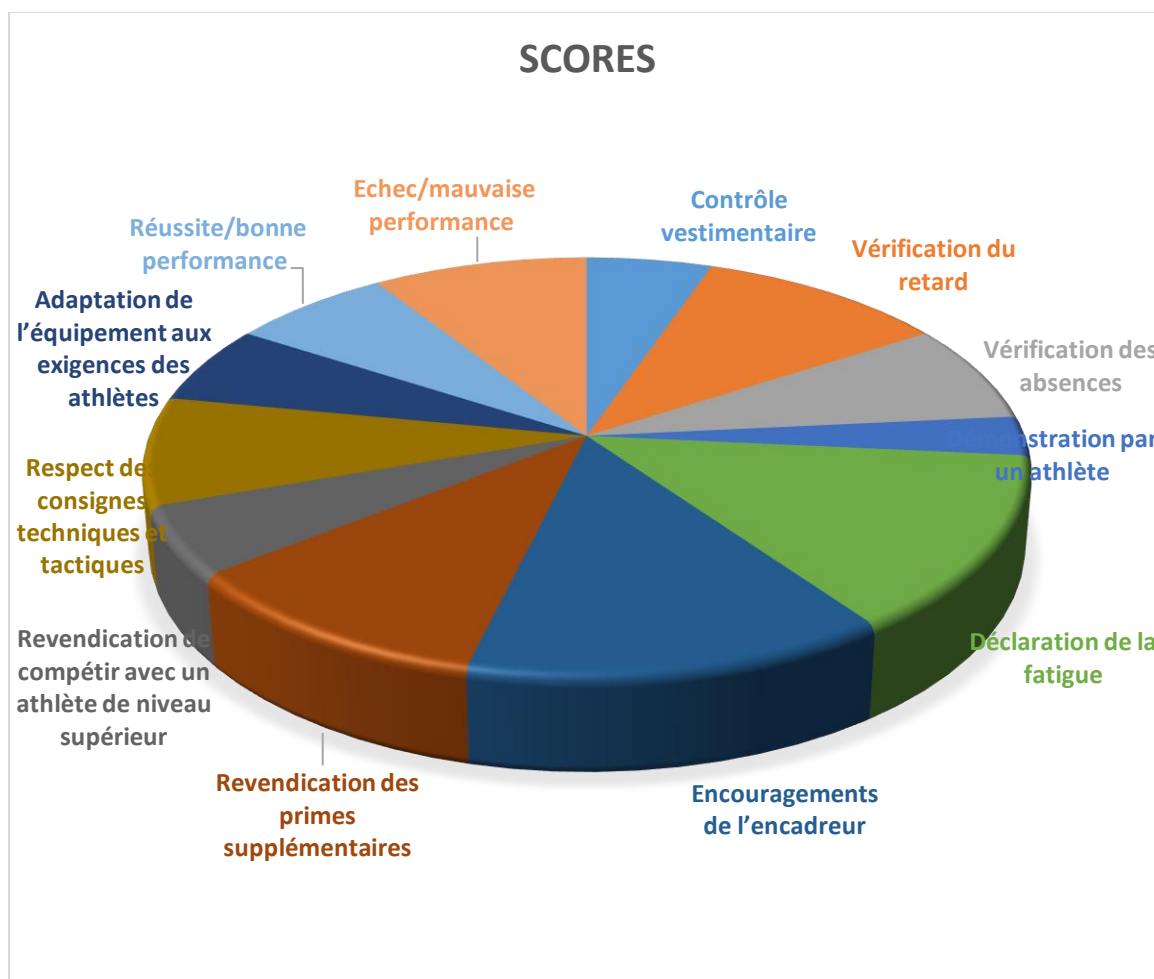
Le tableau ci-dessus montre que, les athlètes de la Fédération Camerounaise des Sports pour Sourds ont enregistré des scores très élevés au niveau des sous-items suivants : « Contrôle vestimentaire », soit 5,70/7 de moyenne ; « Déclaration de la fatigue », soit 5,43/7 de moyenne ; « la vérification des absences », soit 5,03/7 de moyenne ; « la vérification des retards », soit 5,28/7 de moyenne et « Echec/mauvaise performance », soit 5,25/7 de moyenne. Le plus faible score a été enregistré sur le sous-item « Réussite/bonne performance », soit 1,75/7.

Tableau 27 : Scores obtenus par huit athlètes de la FECASDEV observés pendant trois séances d'entraînements

/		Comportement à observer auprès des athlètes	Scores7								
Items	Sous-items		V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	Moyenne
Prise main/	en	Contrôle vestimentaire	2,33	5,33	3,33	5,66	2,33	1,66	6	5,66	4,03
Mise train	en	Vérification du retard	4,66	6,66	6	4,33	5,66	6	6,66	4,33	5,53
(Avant la compétition)	la	Vérification des absences	3,33	6	4,33	3,66	4,33	6,33	6,33	2,66	4,62
0											
		Démonstration par un athlète	1,33	2,33	3,33	5,33	1,66	3,66	4,33	6	3,49
		Déclaration de la fatigue	6	5,66	5,66	5,66	4,33	7	5,33	5,66	5,66
		Encouragements de l'encadreur	6	6,66	4,33	2,33	2,66	5,33	4,66	2,33	4,28
		Revendication des primes supplémentaires	4,66	4,33	3	4	5	6	6,66	4,33	4,74
Partie principale		Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur	2,33	3,66	2,33	4,66	2,66	5,33	6,66	4,66	4,03
(Pendant la compétition)	la	Respect des consignes techniques et tactiques	3,66	2,33	4	3,33	5,66	4,66	6,33	3	4,12
		Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes	2,66	5,66	3,66	4,66	2	6,33	4,66	4,66	4,28
0											
Retour calme	au	Réussite/bonne performance	3	2	1	3	1	2	2	3	2,13
(Après la compétition)	la	Échec/mauvaise performance	4	5	6	4	6	5	5	4	4,87

Source : données de terrain (2022).

Figure 15: Moyenne des Scores obtenus par 8 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation



Source : données de terrain (2022).

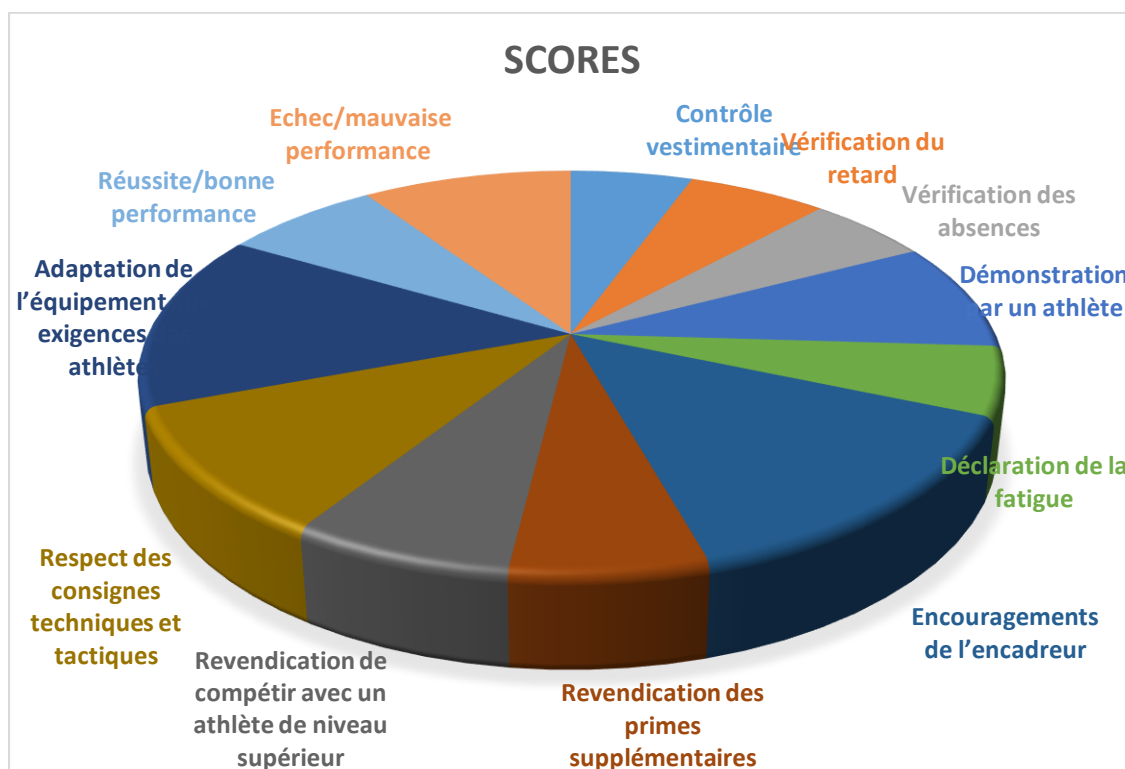
Le tableau ci-dessus montre que, la moyenne des scores enregistrés sur le sous-item « déclaration de la fatigue » est la plus élevée, soit 5,66/7. Il en est de même pour le sous-item « vérification du retard », où les athlètes ont reçu une moyenne de 5,53/7. Au sujet du sous-item « échec/mauvaise performance », les participants ont enregistré une moyenne de 4,87/7. La plus faible moyenne revient au sous-item « réussite/bonne performance », avec un score de 2,13/7.

Tableau 28 : Scores obtenus par six athlètes de la FECASDEI observés pendant trois séances d’entraînements

/		Comportement à observer auprès des athlètes	Scores/7						
Items	Sous-items	I1	I2	I3	I4	I5	I6	Moyenne	
Prise main/ Mise train (Avant la compétition)	Contrôle vestimentaire	2,33	3,66	1,66	2,33	3,66	5,66	3,21	
	Vérification du retard	2,66	4,33	6	4,66	3	4,33	4,16	
	Vérification des absences	2,33	3,33	3,66	3	4,33	3,66	3,38	
								0	
	Démonstration par un athlète	3,66	3	1,33	4,66	3,66	5,33	3,60	
	Déclaration de la fatigue	2,33	4,66	5,33	5,66	4,33	5,66	4,66	
	Encouragements de l’encadreur	6	5,66	4	6	5	2,33	4,83	
	Revendication des primes supplémentaires	2,66	6,33	3,33	4,33	3,66	4	4,05	
	Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur	3	2	5,66	4,66	2,33	4,66	3,71	
	Respect des consignes techniques et tactiques	4,33	5	2,66	3	2,66	3,33	3,49	
(Pendant la compétition)	Adaptation de l’équipement aux exigences des athlètes	6	2,66	4	1,33	6,33	4,66	4,16	
								0	
	Réussite/bonne performance	3	4	2	3	2	3	2,83	
(Après la compétition)	Echec/mauvaise performance	4	3	5	4	5	4	4,17	

Source : données de terrain (2022).

Figure 16: Moyenne des Scores obtenus par 6 athlètes par rapport à chaque sous-item lors de l'observation



Source : données de terrain (2022).

À la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficiants Intellectuels, nous constatons, conformément au tableau ci-dessus, que 6 athlètes ont été observés et ont enregistré des scores ainsi qu'il suit : 4,83/7 est la moyenne du score obtenu sur le sous-item « encouragements de l'encadreur ». Il en est de même avec la déclaration de la fatigue, soit 4,66/7. Ensuite, 4,17/7 est la moyenne des échecs enregistrés par les athlètes observés dans cette vague. La moyenne la plus faible revenant au sous-item « Réussite/bonne performance », avec un score de 2,83/7.

En somme, Les six tableaux et figures ci-dessus nous présentent les scores obtenus par les 46 athlètes observés en situation d'entraînement ou de compétition sportive dans les quatre Fédérations sportives. De manière générale, nous constatons que, tous les sous-items sur lesquels les athlètes ont été observés ont enregistré des scores au-dessus de la moyenne. Les scores se situant entre 3,50/7 et 5,87/7. Excepté le sous-item « échec/mauvaise performance » dont les scores varient de 1,75/7 à 2,83/7. Notons que, ces notes sont calculées sur la base des scores obtenus par séance.

De manière plus détaillée, nous avons au total, 12 sous-items prévus dans la grille d'observation. Il ressort desdites observations ce qui suit :

- concernant le contrôle vestimentaire : les scores obtenus ici par les participants se situent entre 3,12/7 et 5,87/7. Ceci signifie que, tous les participants observés accordent une grande importance à la tenue vestimentaire qui constitue certainement l'un des critères fondamentaux dans la pratique des Activités Physiques et Sportives ;
- pour la vérification du retard : les scores sont situés entre 3,70/7 et 5,53/7. Notons que, majoritairement, les athlètes arrivent généralement en retard aux entraînements, ce qui ne facilite pas la tâche à l'encadreur de bien dérouler sa séance d'entraînement. Il est obligé d'égrainer quelques minutes voire une heure pour attendre les retardataires ;
- au sujet de la vérification des absences, la moyenne est située entre 3,38/7 et 5,28/7. Nous constatons que la plupart des participants sont absents aux séances d'entraînements ;
- la démonstration par un athlète : les scores ici sont situés entre 3,32/7 et 4,24/7. Ce résultat nous amène à comprendre que, les athlètes acceptent plus ou moins de démontrer un geste technique. Cependant, beaucoup d'athlètes éprouvent encore la peur de se blesser davantage, ces derniers cherchent à imposer leur conduite à tenir pour la réalisation d'une tâche ;
- déclaration de la fatigue : nous avons dans ce sous-item des scores relativement élevés qui vont de 4,45/7 à 5,41/7. On comprend à ce niveau que, compte tenu de la discipline en vigueur au sein de chaque Fédération, les athlètes, malgré leur adhésion ou pas aux exigences stressantes de la tâche, évitent pour certains, de s'en donner à fond et déclarent rapidement la fatigue musculaire ;
- les expressions encourageantes de l'enseignant : ici, la moyenne varie entre 3,16/7 et 5,41/7. Nous constatons que, dans leur approche pédagogique, les encadreurs encouragent généralement leur athlète, ce qui permet de maintenir un feedback positif, nécessaire pour l'adaptation de l'apprenant ;
- la revendication des primes supplémentaires : à ce niveau, les résultats vont de 3,99/7 à 4,95/7, largement au-dessus de la moyenne. On comprend que, les athlètes sont beaucoup plus attirés par la recherche du bien-être financier que du bien-être physique qui leur procure une amélioration des conditions de santé. Faire du sport pour une personne déficiente devrait d'abord lui permettre de gagner son autonomie afin de dépasser son handicap ;
- la revendication de compétir avec les athlètes de niveau supérieur : À ce niveau les participants ont obtenu des scores supérieurs à la moyenne, soit 3,71/7 et 5,37/7. Ce qui

signifie ici que les athlètes ne maîtrisent pas la classification en rapport avec le degré de handicap. Ils préfèrent compétir avec athlètes de leur choix pour disposer d'excuse sur leur performance ;

- le respect des consignes techniques et tactiques : les résultats montrent que, les scores sont mitigés. Ils tournent autour de 3,16/7 à 4,62/7. Le réajustement des consignes techniques permet à l'encadreur d'adapter les exigences de la tâche aux caractéristiques biologiques, psychologiques ou sociologiques de l'athlète.
- l'adaptation du dispositif pédagogique aux exigences des athlètes : dans cette rubrique, les participants ont enregistré des moyennes comprises entre 3,66/7 et 5,62/710. Malgré le fait que la plupart du matériel utilisé par les athlètes handisports au Cameroun est vétuste, les encadreurs adaptent généralement le dispositif pédagogique suite aux réclamations des athlètes. Ceci traduit les mesures d'assouplissement visibles à partir de la deuxième et de la troisième séance d'entraînement.
- la réussite/ bonne performance : le seul sous-item où les participants ont enregistré des scores très inférieurs à la moyenne. Soit 1,75/7 et 2,83/7 pour la moyenne des scores. Ce qui signifie que, l'esprit de la réussite n'est pas véritablement pris en compte par les athlètes handisport lors de leur formation. Pourtant, la réalisation de la bonne performance participe à l'oubli de la déficience et concourt à l'amélioration des conditions de santé de l'athlète en situation de handicap.
- l'échec/mauvaise performance : les athlètes ont obtenu les notes supérieures à la moyenne. Les scores varient entre 4,17/7 et 5,25/7. Ces scores nous amènent à conclure que les athlètes en situation de handicap réalisent généralement de mauvaises performances aux compétitions sportives.

5.2 Présentation et analyse des résultats des entretiens avec 10 encadreurs des athlètes en situation de handicap

Dans le cadre de notre étude, nous avons passé un entretien de 40 minutes avec 10 encadreurs des quatre fédérations. Soit 4 encadreurs de la FECASDEP, 2 encadreurs de la FECASSO, 2 encadreurs FECASDEV et 2 encadreurs FECASDI. Les résultats desdits entretiens sont consignés dans les tableaux ci-dessous. Il convient de rappeler que le guide d'entretien conçu pour cette étude dispose deux sous-thèmes notamment : la corrélation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun (sous-thème 1) ainsi que, la corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun (sous-thème 2). Chaque sous-

thème contient quatre items catégorisés de manière suivante : appréciation positive, négative ou mitigée d'une part, et degré/niveau élevé, moyen ou faible d'autre part.

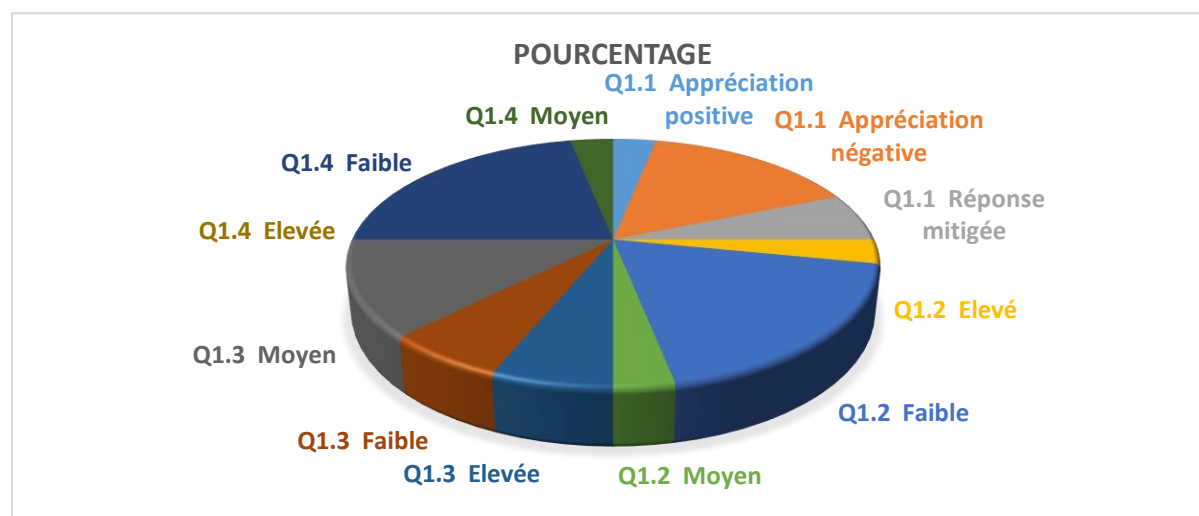
5.2.1 Questions relatives à la recherche de la corrélation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

Tableau 29 : Résultats des entretiens : auto handicap comportemental

Item	Catégories	Fréquence	Pourcentage
Q1.1 Appréciation de la tâche par les athlètes dans situation stressante	Appréciation positive	1	12,5%
	Appréciation négative	5	62,5%
	Réponse mitigée	2	25%
Total	/	8	100%
Q1.2 Niveau d'engagement des athlètes face à l'adversaire	Elevé	1	12,5%
	Faible	6	75%
	Moyen	1	12,5%
Total	/	8	100%
Q1.3 Respect des consignes techniques et tactiques de l'encadreur	Elevée	2	25%
	Faible	2	25%
	Moyen	4	50%
Total	/	8	100%
Q1.4 Degré de confiance des athlètes en compétition	Elevée	0	0%
	Faible	7	87,5%
	Moyen	1	12,5%
Total	/	8	100%

Source : données de terrain (2022).

Figure 17: Pourcentage des résultats des entretiens sur l'auto handicap comportemental



Source : données de terrain (2022).

Les résultats présentés dans ce tableau nous permettent de comprendre que, lors des entraînements, les athlètes ont une appréciation négative des tâches qui leur sont proposées par les encadreurs lorsqu'ils sont soumis à des situations stressantes. Ainsi, 62,5% d'encadreurs l'affirment. Par contre, 12,5% pensent que, leurs athlètes en font une appréciation positive. L'encadreur J.C.N de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques justifie cette attitude par le fait que, « *certain athlètes ont peur de se blesser et de contracter un nouvel handicap* ». Pour A.V de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Intellectuels, le fait que le para sport n'est pas fortement vulgarisé dans notre pays, amène certains athlètes à faire des fausses représentations de certaines disciplines qu'ils considèrent de « *brutales et risquantes pour un corps déjà déficient* ». Toujours dans la même fédération, l'encadreur M.R justifie cette attitude par le fait que, « *le sport pour handicapé se pratique difficilement dans les lycées, par conséquent, les personnes en situation de handicap, depuis le bas âge développent des attitudes négatives* ».

En ce qui concerne (Q1.2), 75% d'entraîneurs affirment que le niveau d'engagement des athlètes face à l'adversaire est faible, 12,5% pensent que niveau d'engagement est élevé, il en est de même pour ceux qui considèrent cet engagement moyen. Face à cette situation, l'encadreur M.A de la Fédération Camerounaise des Sports pour Sourds, s'explique par le fait que, la plupart des athlètes qu'elle encadre s'estiment négativement quand ils sont face à des exercices qui nécessitent un degré assez élevé d'engagement. « *Par exemple lorsqu'on leur demande de soulever des charges lourdes, pour le cas du powerlifting, les athlètes ont très peu d'engagement* »

Les résultats concernant (Q1.3) montrent que, 50% d'encadreurs affirment que respect des consignes est moyen chez les athlètes. Par contre, 25% d'encadreurs confirment que le respect des consignes est élevé ; il en est de même pour ceux qui pensent que le respect des consignes est faible. Pour l'encadreur M.D de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques, « *les athlètes en situation de handicap respectent généralement les consignes techniques et tactiques lorsque celles-ci sont données sous forme de jeu. Mais lorsqu'elles deviennent contraignantes et stressantes, ils vont juste faire ce qu'ils pensent* »

Q (1.4) renvoie à la confiance que les athlètes ont de leur compétence lorsqu'ils sont en compétition sportive. À ce niveau, 87,5% d'encadreurs affirment que les athlètes ont un manque de confiance à leur compétence. Par contre, 12,5% pensent que cette confiance est moyenne. À ce sujet, l'encadreur de Goal Ball, E.M de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Visuels, affirme par exemple que : « *à partir du moment où les athlètes font le*

contraire de ce que tu leur demandes de faire, compte tenu de leurs plaintes et jérémiades comme « Monsieur c'est dur, j'ai déjà mal. », on ne peut plus parler de confiance.»

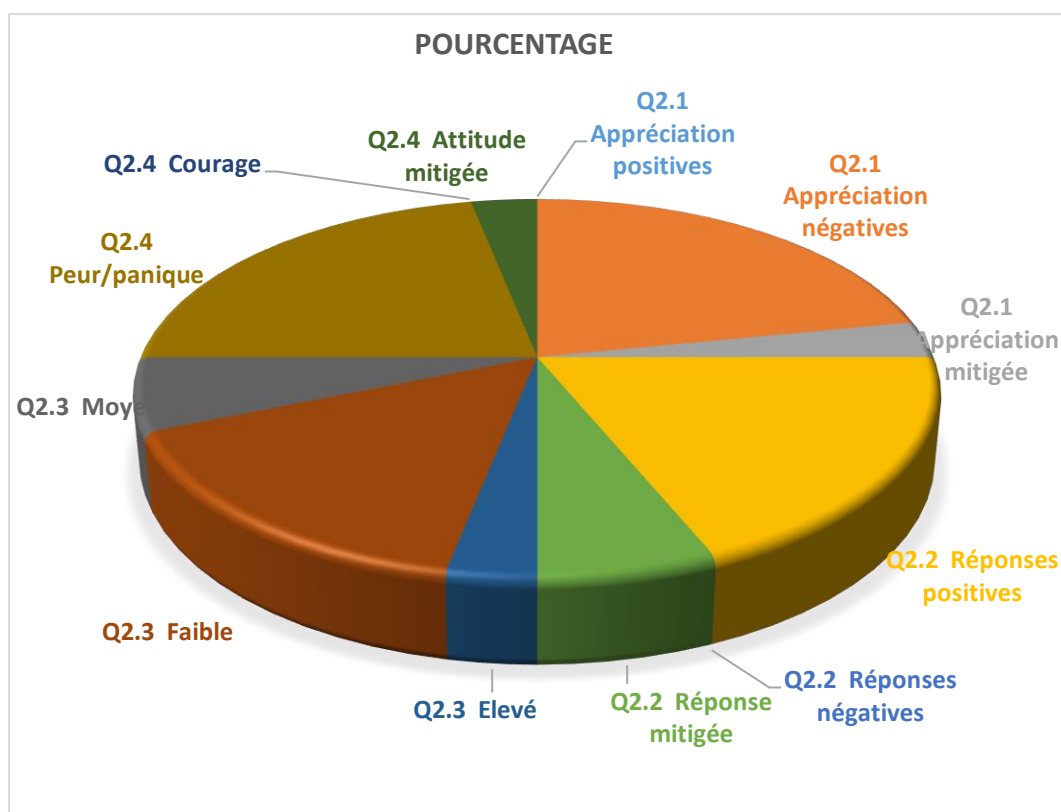
5.2.2 Questions relatives à la recherche de la corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

Tableau 30 : Résultats des entretiens : auto handicap revendiqué

Item	Catégories	Fréquence	Pourcentage
Q2.1 Appréciation faite des primes allouées aux athlètes	Appréciation positives	0	00%
	Appréciation négatives	7	87,5%
	Appréciation mitigée	1	12,5%
Total	/	8	100%
Q2.2 Attitudes auto handicapantes des athlètes lors des compétitions	Réponses positives	6	75%
	Réponses négatives	0	00%
	Réponse mitigée	2	25%
Total	/	8	100%
Q2.3 respect de la catégorie en fonction du degré de handicap	Elevé	1	12,5%
	Faible	5	62,5%
	Moyen	2	25%
Total	/	8	100%
Q2.4 Emotions des athlètes suite à leur contre-performance	Peur/panique	7	87,5%
	Courage	0	00%
	Attitude mitigée	1	12,5%
Total	/	8	100%

Source : données de terrain (2022).

Figure 18: Pourcentage des résultats des entretiens : auto handicap revendiqué



Source : données de terrain (2022).

Les résultats relatifs aux questions sur la recherche de la corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun se présentent ainsi qu'il suit :

Pour (Q2.1), nous constatons que 87,5% de participants affirment que les athlètes ont une appréciation très négative au sujet des primes qu'ils reçoivent pendant les compétitions sportives. Contrairement à 12,5% d'encadreur qui pensent que les athlètes apprécient positivement les primes qu'ils reçoivent. Selon C. de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques, « *quand mes athlètes se comportent ainsi pendant la préparation, moi je ne tolère pas. Parce qu'ils risquent de justifier leurs mauvaises prestations par le fait qu'ils n'ont pas reçu une prime conséquente.* » Pour ceux qui apprécient positivement, « *mieux vaut ça que rien !* » .

Concernant (Q2.2), 75% de participants affirment que leurs athlètes adoptent des attitudes auto handicapantes lors des compétitions sportives. Par contre 25% donnent des réponses mitigées. L'encadreur M.G de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Visuels affirme que : « *les athlètes sont assez rusés. C'est des choses qu'on vit au quotidien. Pour eux, il faut déclarer une blessure lorsqu'on ne veut pas s'entraîner.* »

La question (Q2.3) relative au respect de la catégorie en fonction du degré de handicap laisse constater que, 62,5% donnent des réponses négatives, tandis 25% d'encadreurs ont donné des réponses mitigées. À cette question par exemple, Y. de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques pense que « *les athlètes handicapés veulent souvent compétir avec leurs homologues de catégories élevées pour démontrer l'effet surprise. Ils veulent se faire voir aussi...* ».

Enfin, pour (Q2.4) relative aux émotions présentées par les athlètes suite à leur contre-performance, 87,5% d'encadreurs affirment que leurs athlètes présentent des signes de peur/panique lorsqu'ils sont en compétition sportive, alors que 12,5% présentent une attitude mitigée pour affronter la charge intense de la compétition.

5.3 Présentation des données issues de l'analyse descriptive

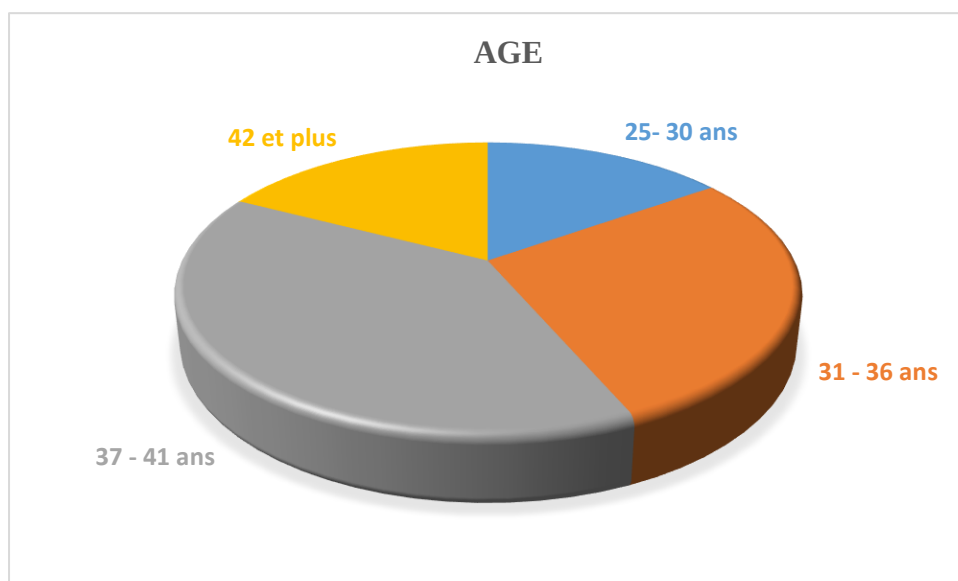
L'analyse descriptive nous a permis de répondre à la question « Que s'est-il passé ? » en tirant des conclusions à partir de grands jeux de données brutes. Nous avons ensuite visualisés les résultats sous forme de descriptions générées, de tableaux et de diagrammes circulaires. Cette analyse nous a offert une vue complète sur les performances des athlètes en situation de handicap.

Tableau 31 : Répartition des participants en fonction de leur âge

Age					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	25- 30 ans	7	15,2	15,2	15,2
	31 - 36 ans	13	28,3	28,3	43,5
	37 - 41 ans	18	39,1	39,1	82,6
	42 et plus	8	17,4	17,4	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 19: *Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction de l'âge.*



Source : données de terrain (2022).

Au regard du tableau 31 ci-dessus, on constate que : 7 participants (15,2%) ont une tranche d'âge comprise dans l'intervalle [25-30], 13 participants (28,3%) ont une tranche d'âge comprise entre [31-36], 18 participants (39,1%) ont une tranche âge comprise entre [37-41] et 8 participants (17,4%) ont plus de 42 ans. Ces statistiques montrent que les participants de cette étude se situent pour la plupart dans la tranche [37-41] ans (39,1%). Ce tableau montre également que les scores entre les tranches d'âge sont différentes mais, il ne montre pas si cette différence est statistiquement significative relativement à la performance sportive. Pour ce faire nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 32 : *Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de l'âge*

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	2,752	3	,917	,901	,449
Intragroupes	42,732	42	1,017		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

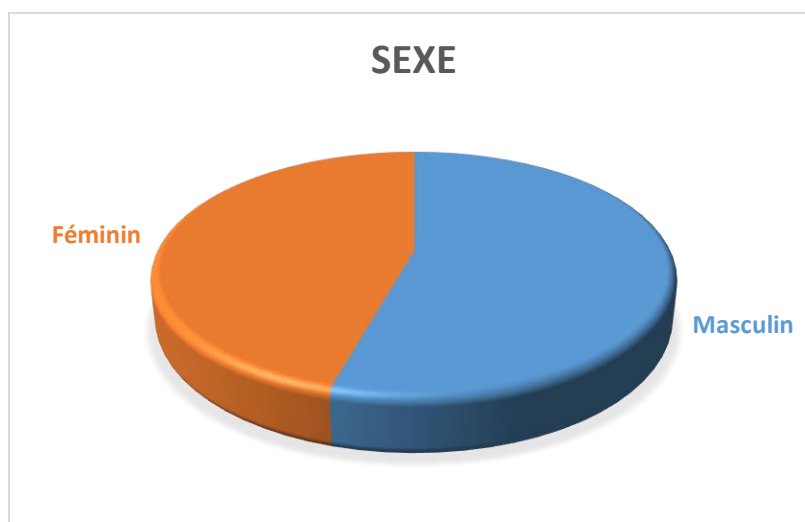
Les résultats du tableau qui précède montrent que l'âge n'a pas d'effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(3,42) = .901$; $p = .449$. La différence de moyenne observée au niveau de l'âge relativement à la performance sportive des athlètes handisports n'est pas statistiquement significative. En l'occurrence, les participants de la tranche d'âge [25-30] ans ne sont pas plus performants que les participants de 42 ans et plus.

Tableau 33 : Répartition des participants en fonction de leur sexe

		Sexe			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Masculin	25	54,3	54,3	54,3
	Féminin	21	45,7	45,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 20: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du sexe.



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 33 ci-dessus répartit les participants en fonction de leur sexe et permet d'observer que 25 hommes (54,3%) ont participé à l'étude contre 21 femmes (45,7%). Ce qui fait un total de 46 participants. Ces données montrent que les participants de cette étude sont majoritairement des hommes par rapport aux femmes. Cependant, elles ne nous permettent pas de conclure que le sexe a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour ce

faire nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 34 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du sexe

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	3,814	1	3,814	4,027	,051
Intragroupes	41,670	44	,947		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

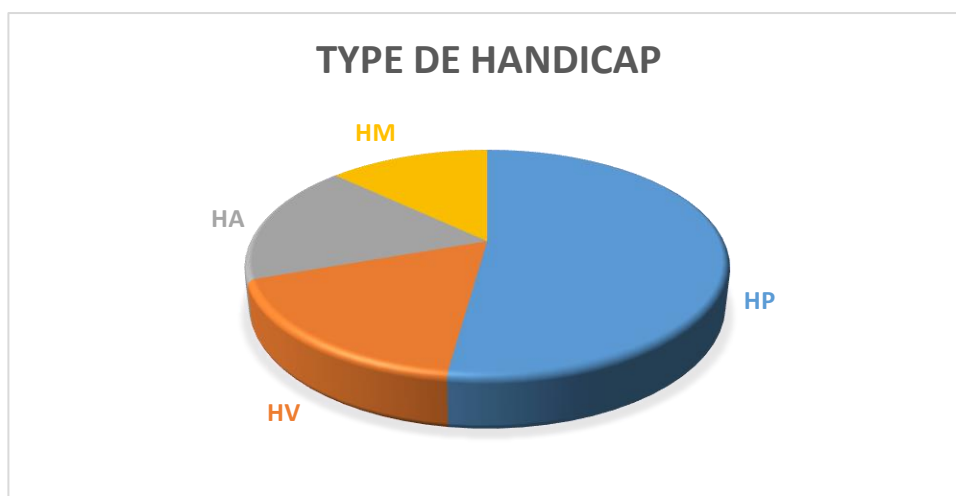
Les résultats du tableau qui précède montrent que le sexe a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(1,44) = 4.027$; $p = .051$. La différence de moyenne observée au niveau du sexe relativement à la performance sportive des athlètes handisports est statistiquement significative. En l'occurrence, les participants de sexe masculin sont plus performants que les participants de sexe féminin.

Tableau 35 : Répartition des participants en fonction de leur type de handicap

Type d'handicap					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	HP	24	52,2	52,2	52,2
	HV	8	17,4	17,4	69,6
	HA	8	17,4	17,4	87,0
	HM	6	13,0	13,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 21: *Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du type de handicap.*



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 35 ci-dessus répartit les participants en fonction du type de handicap et permet d'observer que 24 athlètes (52,2%) sont déficients physiques. De même, 8 athlètes (17,4%) sont déficients visuels ; 8 athlètes (17,4%) sont déficients auditifs et 6 athlètes (13,0%) sont déficients intellectuels. Ce qui fait un total de 46 participants. Ces données montrent que les participants de cette étude sont majoritairement des déficients physiques. Cependant, cette catégorisation ne nous permet pas de conclure que le type de handicap a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour ce faire nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes

Tableau 36 : *Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du type de handicap*

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	1,169	2	,585	,567	,571
Intragroupes	44,314	43	1,031		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

Les résultats du tableau qui précède montrent que le type de handicap n'a pas d'effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(2,43) = .567$; $p = .571$. La différence de moyenne observée au niveau du type de handicap relativement à la performance sportive des

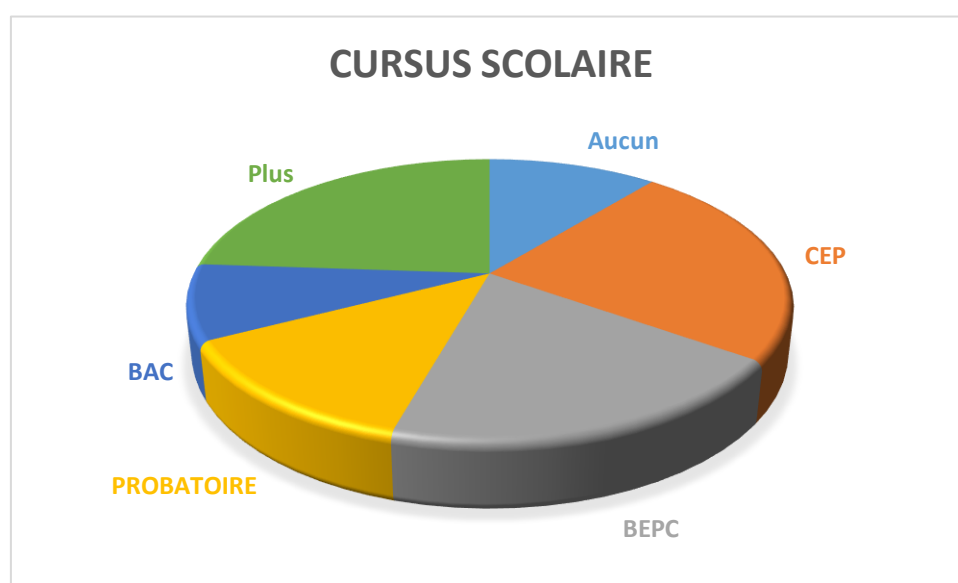
athlètes handisports n'est pas statistiquement significative. En l'occurrence, les déficients physiques ne sont pas plus performants que les déficients intellectuels.

Tableau 37 : Répartition des participants en fonction de leur cursus scolaire

Cursus scolaire					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Aucun	5	10,9	10,9	10,9
	CEP	11	23,9	23,9	34,8
	BEPC	9	19,6	19,6	54,3
	PROBATOIRE	6	13,0	13,0	67,4
	BAC	4	8,7	8,7	76,1
	Plus	11	23,9	23,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 22: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du cursus scolaire.



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 37 répartit les participants en fonction du cursus scolaire et permet d'observer que 11 athlètes (23,9%) sont titulaires du BEPC ; 11 athlètes (23,9%) ont le niveau universitaire ; 9 athlètes (19,6%) sont titulaires du CEP ; et 6 athlètes (13,0%) sont titulaires du Probatoire et 4 athlètes (8,7%) sont titulaires du BAC. Ce qui fait un total de 46 participants. Ces données montrent que les participants de cette étude sont majoritairement les athlètes détenteurs du

BEPC et ceux ayant un niveau universitaire. Cependant, cette classification ne nous permet pas de conclure si le cursus scolaire a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour ce faire nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes

Tableau 38 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du cursus scolaire

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	10,214	5	2,043	2,317	,061
Intragroupes	35,270	40	,882		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

Les résultats du tableau qui précède montrent que le cursus scolaire a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(5,40) = 2,317$; $p = .061$. La différence de moyenne observée au niveau du cursus scolaire relativement à la performance sportive des athlètes handisports est statistiquement significative. En l'occurrence, les athlètes de niveau scolaire élevé sont plus performants que ceux du niveau inférieur.

Tableau 39 : Répartition des participants en fonction de leur discipline

Disciplines					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Sports collectifs	17	37,0	37,0	37,0
	Sports individuels	29	63,0	63,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 23: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction des disciplines pratiquées.



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 39 ci-dessus montre que, 29 athlètes (63%) pratiquent les sports individuels ; 17 athlètes (37%) pratiquent les sports collectifs. Pour un effectif total de 46 athlètes. Néanmoins, cette distribution des participants en fonction des disciplines sportives ne nous permet pas de conclure si la discipline sportive a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour ce faire, nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 40 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de la discipline pratiquée

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	,136	1	,136	,132	,718
Intragroupes	45,348	44	1,031		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

Les résultats de ce tableau montrent que la discipline sportive n'a pas un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(1,44) = 1,132$; $p = .718$. La différence de moyenne observée au niveau de la discipline sportive relativement à la performance sportive

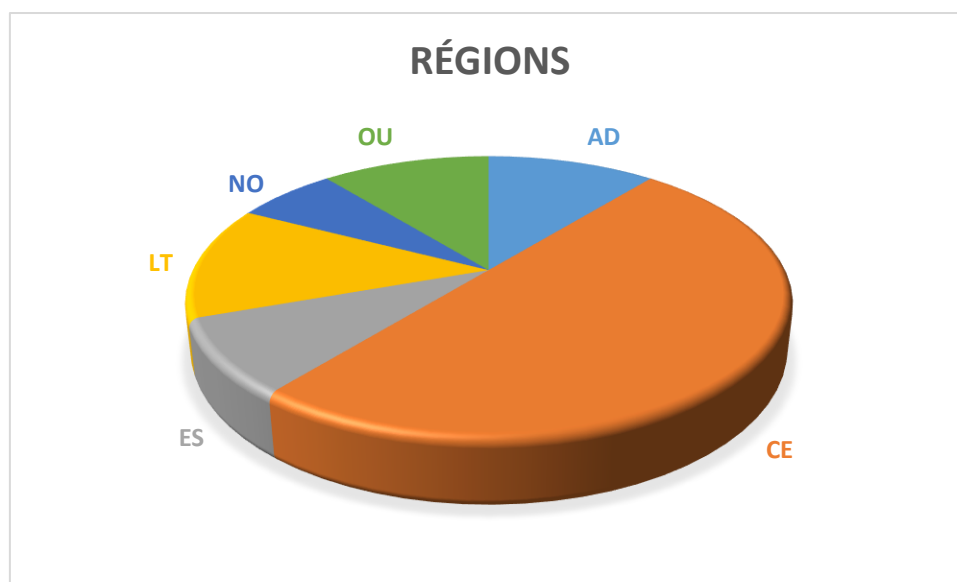
des athlètes handisports n'est pas statistiquement significative. Ainsi, les athlètes qui pratiquent les sports individuels sont plus performants que ceux qui pratiquent les sports collectifs.

Tableau 41 : Répartition des participants en fonction de leur région d'origine

		Région			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	AD	5	10,9	10,9	10,9
	CE	23	50,0	50,0	60,9
	ES	4	8,7	8,7	69,6
	LT	6	13,0	13,0	82,6
	NO	3	6,5	6,5	89,1
	OU	5	10,9	10,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 24: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction des Régions d'origine.



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 41 ci-dessus montre que, 23 athlètes (50%) sont originaires de la région du Centre ; 6 athlètes (13%) sont originaires de la région du Littoral ; 5 athlètes (10,9%) sont originaires de la région de l'Adamaoua ; 5 athlètes (10,9%) sont originaires de la région de

l'Ouest ; 4 athlètes (8,7%) sont originaires de la région de l'Est et 3 athlètes (6,5%) sont originaires de la région du Nord-ouest. Pour un effectif total de 46 athlètes. Néanmoins, cette distribution des participants en fonction des disciplines sportives ne nous permet pas de conclure si la région d'origine a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour ce faire, nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 42 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de la région d'origine

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	12,040	5	2,408	2,880	,026
Intragroupes	33,444	40	,836		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

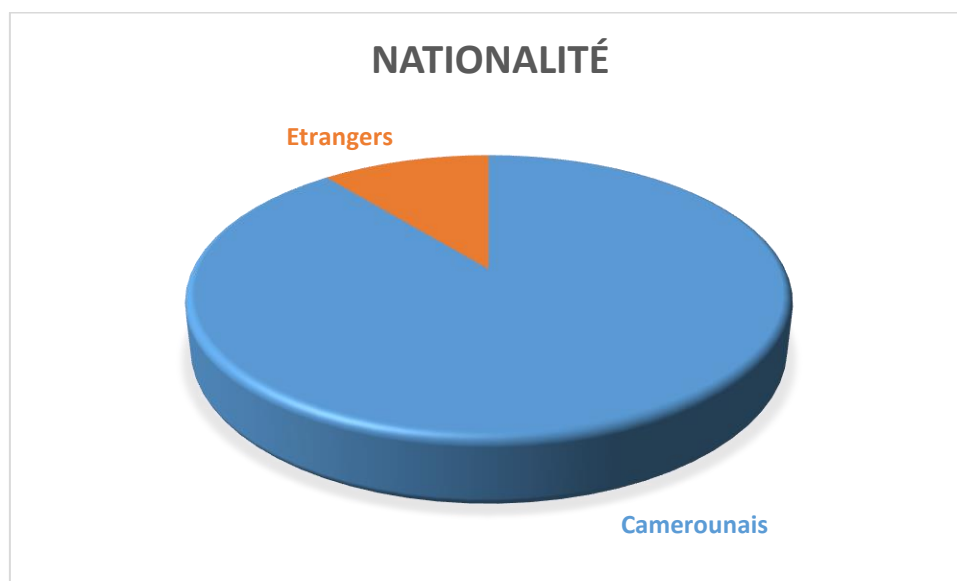
Les résultats de ce tableau montrent que la région d'origine a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(5,40) = 2,880$; $p = .026$. La différence de moyenne observée au niveau de la région d'origine relativement à la performance sportive des athlètes handisports est statistiquement significative. Pour dire que les athlètes originaires du Centre sont plus performants que les athlètes originaires du Nord-ouest.

Tableau 43 : Répartition des participants en fonction de leur nationalité

Nationalité					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Camerounais	41	89,1	89,1	89,1
	Etrangers	5	10,9	10,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 25: *Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction de la nationalité.*



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 43 ci-dessus montre que, 41 athlètes (89,1%) sont de nationalité camerounaise contre 5 athlètes (37%) de nationalité étrangère. Pour un effectif total de 46 athlètes. Néanmoins, cette distribution des participants en fonction de la nationalité ne nous permet pas de conclure si ladite nationalité a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour en savoir plus, nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 44 : *Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction de la nationalité*

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	,032	1	,032	,031	,040
Intragroupes	45,451	44	1,033		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

Les résultats de ce tableau montrent que la nationalité a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(1,44) = 031$; $p = .040$. La différence de moyenne observée au niveau de la nationalité relativement à la performance sportive des athlètes handisports est

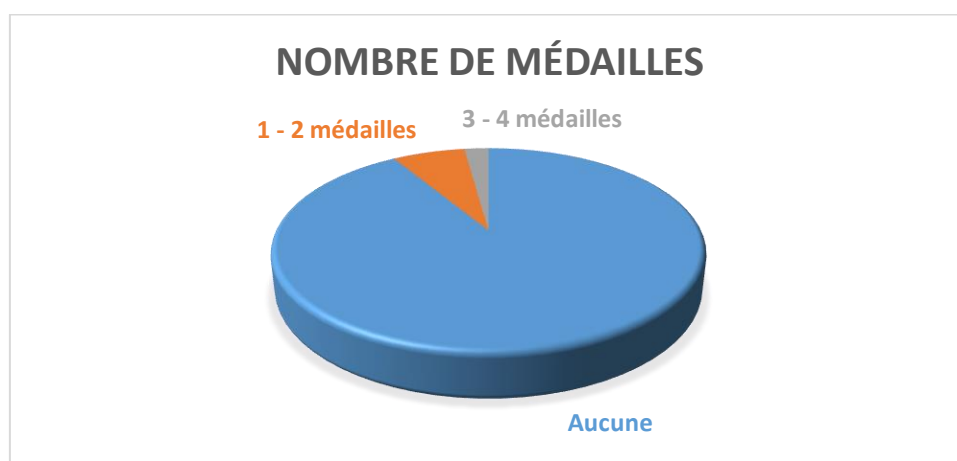
statistiquement significative. Pour dire que les athlètes de nationalité étrangère sont plus performants que les athlètes de nationalité camerounaise.

Tableau 45 : Répartition des participants en fonction du nombre de médailles remportées

Nombre de médailles remportées					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Aucune	42	91,3	91,3	91,3
	1 - 2 médailles	3	6,5	6,5	97,8
	3 - 4 médailles	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 26: Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du nombre de médailles.



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 45 ci-dessus montre que, 42 athlètes (91,3%) n'ont remporté aucune médaille ; 3 athlètes (6,5%) ont remporté entre 1 à 2 médaille(s) ; 1 athlète (2,2%) a remporté 4 médailles. Pour un effectif total de 46 athlètes. Cependant, cette distribution des participants en fonction du nombre de médailles remportés ne nous permet pas de conclure si le nombre de médailles a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour bien comprendre, nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 46 : Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du nombre de médailles remportées

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	,846	4	,212	,194	,040
Intragroupes	44,637	41	1,089		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

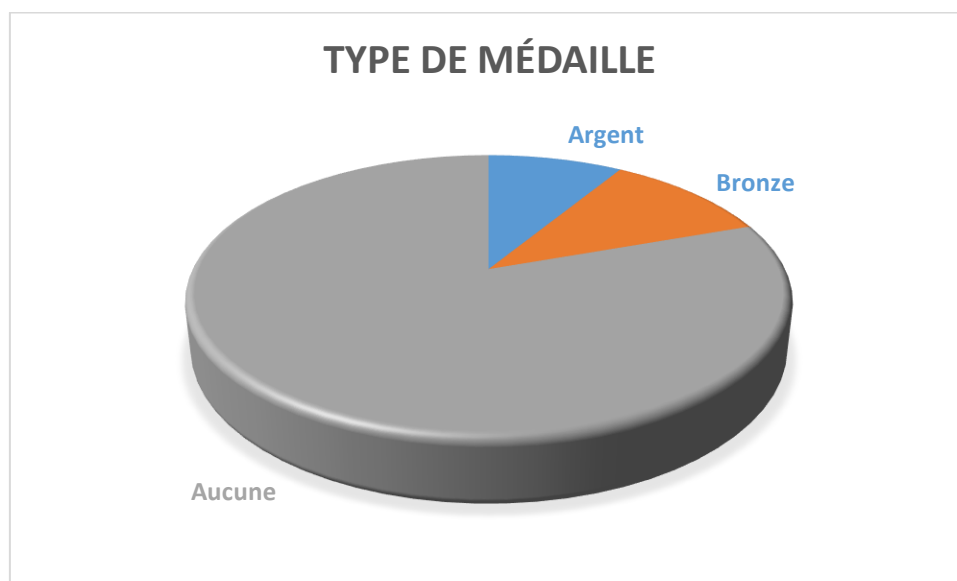
Les résultats du tableau ci-dessus montrent que le nombre de médailles remportés a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(4,41) = .194$; $p = .040$. La différence de moyenne observée au niveau du nombre de médailles remportés relativement à la performance sportive des athlètes handisports est statistiquement significative. C'est-à-dire que les athlètes ayant déjà remporté une médaille sont plus engagés que les athlètes n'ayant jamais eu de médaille.

Tableau 47 : Répartition des participants en fonction du type de médailles remportées.

Type de médailles					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Argent	4	8,7	8,7	8,7
	Bronze	5	10,9	10,9	19,6
	Aucune	37	80,4	80,4	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

Source : données de terrain (2022).

Figure 27: *Pourcentage de la répartition des athlètes en fonction du type de médaille.*



Source : données de terrain (2022).

Le tableau 47 ci-dessus montre que, 4 médailles d'argent ont été remportées par un athlète ; 5 médailles de Bronze ont été remportées par 3 athlètes, notamment : 2 médailles de Bronze par un athlète, 2 médailles de Bronze par un autre athlète et une médaille de Bronze par un troisième athlète. Au total, 4 athlètes ont remporté en tout 9 médailles. En réalité cette distribution des participants en fonction du type de médaille remportée ne nous permet pas de conclure si le type de médaille a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports. Pour ce faire, nous allons recourir au test d'ANOVA afin de vérifier si ces différences sont significativement différentes.

Tableau 48 : *Comparaisons des scores moyens de performance sportive des athlètes handisports en fonction du type de médailles remportées*

ANOVA					
MoyVD					
	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	12,866	2	6,433	8,481	,001
Intragroupes	32,617	43	,759		
Total	45,484	45			

Source : données de terrain (2022).

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que le type de médaille remporté a un effet sur la performance sportive des athlètes handisports : $F(2,43) = 8,481$; $p = .001$. La différence de moyenne observée au niveau du type de médaille remporté relativement à la performance sportive des athlètes handisports est statistiquement significative. C'est-à-dire que l'athlète ayant remporté 4 médailles d'argent est plus engagé que les athlètes ayant remporté des médailles de Bronze.

5.3.1 Présentation des données de la question de recherche relative à la VI1

Tableau 49 : Répartition des participants en fonction de la VI 1 : l'auto handicap comportement et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

Items	M	ET
Certains sportifs ont tendance à repousser jusqu'au dernier moment leurs séances d'entraînement	1,33	1,01
La représentation des consignes de mon encadreur est toujours négative lorsqu'elles sont stressantes	4,11	1,17
Les athlètes donnent généralement le meilleur d'eux-mêmes quel que soit l'enjeu, mais ils ont peur de leur handicap	3,78	1,29
les bonnes stratégies que j'utilise me permettent d'obtenir de bonnes performances aux compétitions sportives	4,06	1,34
J'ai l'intention d'être très nerveux avant la compétition lorsque je ne reçois pas une prime supplémentaire	4,34	1,07
L'auto détermination avant la compétition m'a toujours permis de réaliser de bonnes performances	3,65	1,24
Certains athlètes sont facilement distraits par le bruit, le regard d'autrui ou par leur propre pensée quand ils sont en compétition	4,10	1,33
Beaucoup de sportifs se concentrent difficilement pendant la compétition	3,91	1,24
Je pourrais mieux faire si je m'appliquais davantage malgré mon handicap	3,97	1,30
Quant-il m'arrive de participer aux entraînements je n'exécute pas totalement les consignes de mon encadreur	4,23	1,07
Les sportifs ont difficilement confiance en eux lorsqu'ils participent à une compétition sportive	3,56	1,43
Quand il ne réussit pas bien dans une compétition, il se console avec son handicap comme prétexte	3,28	1,47
les athlètes pensent souvent qu'ils sont plus que malheureux en sport et aux activités qui nécessitent du talent	3,50	1,45
J'aime bien les activités sportives, elles améliorent ma condition de vie et me permettent de mieux m'insérer dans la société	3,71	1,45
J'attribue parfois mes échecs au contexte et non à moi même	4,41	1,00
Moyenne générale pondérée	3,72	1,25

Source : données de terrain (2022).

Les résultats du tableau qui précède montrent que les participants sont unanimement d'accord sur le questionnaire qui leur a été adressé. La moyenne générale pondérée de tous les participants est de 3,72/5, l'écart-type générale est de 1,25.

- ✓ Pour ce qui est de l'item «*Certains sportifs ont tendance à repousser jusqu'au dernier moment leurs séances d'entraînement* », les participants sont en désaccord (M : 1,33 ; ET : 1,01).
- ✓ Concernant l'item portant sur : « *la représentation des consignes de mon encadreur est toujours négative lorsqu'elles sont stressantes* », plusieurs participants sont d'accord (M : 4,11 ; ET : 1,17) sur le fait qu'ils ont des représentations négatives des consignes de l'encadreur lorsque celles-ci sont stressantes.

Or, l'athlète est considéré comme un acteur privilégié du processus d'entraînement dans la mesure où, celui-ci met en jeu les stratégies pour acquérir les habiletés proposées par l'encadreur sportif. Dans cette perspective, Ausubel (1968) a développé une théorie basée sur trois éléments fondamentaux : la clarté, la quantité et l'organisation. Pour lui, ce qui est important dans l'entraînement c'est la façon dont l'athlète assimile les habiletés à travers les consignes qu'il reçoit de son encadreur. Par contre, la plupart des participants trouvent que les consignes de leur encadreur sont assez stressantes.

- ✓ Parlant du fait que « *Les athlètes donnent généralement le meilleur d'eux-mêmes quel que soit l'enjeu, mais ils ont peur de leur handicap* », les répondants sont tous d'accord (M : 3,78 ; ET : 1,29) sur le degré d'engagement des athlètes lorsqu'ils participent à une compétition sportive. Mais ils ont peur de leur handicap. C'est ce qui amène Famose (1991) à faire une corrélation entre les représentations cognitives et le degré d'engagement de l'athlète. Il pense que :

« *Quand l'athlète se sent très efficace, il se comporte avec assurance, garde son attention centrée sur la tâche et réagit positivement aux obstacles rencontrés en les considérant comme des défis et en recherchant les moyens de les surmonter. Convaincu au contraire de son inefficacité, l'athlète détourne souvent son attention de la tâche, se livre à des considérations répétitives sur ces limites personnelles, conçoit les obstacles comme autant de preuve de son incapacité, trouve alors inutile la recherche de solutions et ressent progressivement de l'irritation, du stress, de l'impatience jusqu'à se désengager complètement de la tâche.* » Famose (1991). Cette pensée nous fait savoir que les athlètes en situation de handicap sont très efficaces lorsqu'ils parviennent à surpasser leur handicap. Par contre ils deviennent inefficaces lorsqu'ils se livrent à des considérations répétitives sur ces limites personnelles. Ils développeront la peur qui ensuite, les plongera dans désengagement psychologique.

- ✓ L'item sur « *les bonnes stratégies que j'utilise me permettent d'obtenir de bonnes performances aux compétitions sportives* ». Les participants sont unanimement d'accord (M : 4,06 ; ET :

1,34), sur le fait qu'ils utilisent d'une manière ou d'une autre les stratégies d'auto handicap. Il est donc question dans le cadre de notre étude, de déterminer de quel type d'auto handicap s'agit-il : comportemental ou revendiqué ?

- ✓ Au sujet de l'item « *J'ai l'intention d'être très nerveux avant la compétition lorsque je ne reçois pas une prime supplémentaire* » les participants sont tous d'accord (M : 4,34 ; ET : 1,07).

En effet, la prime supplémentaire constitue une motivation extrinsèque pour l'athlète en compétition. Or, chaque compétition est régie dans un cahier de charges bien connu avant l'engagement des athlètes, il est donc hors de question qu'un athlète se mette dans une situation de contre-performance parce qu'il exige le paiement d'une prime supplémentaire. De ce fait, nous dirons que les athlètes en situation de handicap participent à une activité pour obtenir quelque chose d'agréable (l'argent, l'appréciation du coach ou de l'entraîneur...) ou pour éviter quelque chose de désagréable (pauvreté, exclusion dans l'équipe, la honte...). Laguardia et Ryan (repris par Coquelle, 2010). Ainsi, les athlètes en situation de handicap impliqués dans le processus d'entraînement pour l'acquisition des habiletés motrices complexes ne sont pas extrinsèquement motivés car, l'environnement institutionnel dans lequel ils évoluent est contraignant, pour cette raison, leur engagement serait lié à leur compétence perçue et leur faible capacité d'autodétermination qui fait référence à leur identité propre ou soi physique, toute chose qui caractériserait aussi leur faible performance.

- ✓ Pour l'item : « *L'auto détermination avant la compétition m'a toujours permis de réaliser de bonnes performances* », les répondants sont unanimes (M : 3,65 ; ET : 1,24).

En effet, l'hypothèse théorique selon laquelle « *l'être humain est un organisme actif, orienté vers l'accomplissement et la croissance, naturellement enclin à intégrer ses éléments psychiques en unités de sens composant un moi unifié et intégré dans des structures sociales plus larges* » (Deci et Ryan, 2000, p. 229), nous permet de conclure que la motivation est au centre des processus de l'auto détermination chez tout individu en l'occurrence les sportifs handicapés. Cependant, les athlètes en situation de handicap impliqués dans les compétitions sportives ne sont pas intrinsèquement motivés car, les données issues des observations font état de ce qu'ils sont généralement absents, arrivent en retard aux entraînements, déclarent des blessures imaginaires. Pour ces raisons, leur engagement serait lié à leur compétence perçue et leur faible capacité d'autodétermination, toute chose qui caractériserait aussi leur faible performance.

- ✓ De l'item « *Certains athlètes sont facilement distraits par le bruit, le regard d'autrui ou par leur propre pensée quand ils sont en compétition* », il ressort que les athlètes

sont d'accord du fait que le regard d'autrui les distrait lors de la compétition sportive (M : 4,10 ; ET : 1,33).

En effet, l'imperfection du corps incite systématiquement les athlètes handicapés à se comparer aux autres. Cette comparaison est conduite par référence à une norme qui entérine une double souffrance : d'une part, la souffrance d'être diminué dans son corps et de se sentir amoindri par son corps et, d'autre part, la souffrance relative à la nécessité de s'adapter aux limitations et aux conditions de rejet générées par un corps imparfait. La différence corporelle conduit ainsi à l'isolement. Dans ces conditions, les athlètes handicapés manifestent leur repli sur soi et la rupture avec le monde extérieur. Ils expriment leur refus du contact avec autrui et préfèrent s'enfermer dans leur amertume. Ce qui justifie les multiples absences constatées lors de la préparation aux compétitions sportives. C'est ainsi qu'un athlète a déclaré pour justifier son absence aux entraînements ce qui suit : « *Je ne veux pas sortir, je ne veux voir personne, même pas les membres de ma famille. Je cherche à bien comprendre pourquoi je suis comme ça. Je ne suis pas obligé de venir aux entraînements. Je ne pense pas qu'à travers cela ma vie va changer et mon handicap finira tout seul* ». Z. P. (hémiplégique droite, coureur des 100, 200 et 400 m relais).

✓ En ce qui concerne l'item : « *Beaucoup de sportifs se concentrent difficilement pendant la compétition* », les athlètes sont unanimes sur le fait qu'ils se concentrent difficilement pendant les compétitions sportives auxquelles ils participent, (M : 3,91 ; ET : 1 ; 24).

✓ Au sujet de l'item : « *Je pourrais mieux faire si je m'appliquais davantage malgré mon handicap* », les répondants sont d'accord (M : 3,97 ; ET : 1,30).

Les athlètes en situation de handicap s'appliquent beaucoup plus aux représentations et aux préjugés en rapport avec leur déficience au lieu de se concentrer aux compétitions sportives. Car le sens de la déficience pour les athlètes interrogés se manifeste dans l'aspect tragique qu'elle génère. Cette déficience est le sens de la déchirure de l'expression de vie selon les révélations de ces athlètes. Ils rendent compte d'un vécu douloureux, et surtout difficilement assimilé. « *Je regarde les jeunes de ma génération, je les vois avec des corps entiers et en bon état, il ne leur manque rien. Je me dis pourquoi j'attrape ce handicap ? Je ne peux pas les accompagner, partager leurs activités, il me manque un membre. Cette situation est une source d'un grand malaise qui fait que je préfère être retiré.* » M.V (paraplégique, lanceur de javelot).

- ✓ Pour l'item : « *Quand-il m'arrive de participer aux entraînements, je n'exécute pas totalement les consignes de mon encadreur* », les participants adhèrent massivement (M : 4,23 ; 1 ; 07).

En effet, Seligman (1994) distingue les individus optimistes des pessimistes. Les optimistes sont capables de valoriser leur situation d'échec comme étant une situation intermédiaire ou passagère permettant d'atteindre des résultats positifs en cas de persistance. Tandis que les individus pessimistes sont de véritables résignés qui, face à des situations incontrôlables, développent plutôt des attitudes négatives vis-à-vis de la tâche. C'est le cas chez la plupart des athlètes en situation de handicap. Ils développent des attitudes négatives lors de la préparation aux compétitions sportives et même pendant les entraînements, en refusant d'appliquer les consignes de l'encadreur dans la totalité.

- ✓ « *Les sportifs ont difficilement confiance en eux lorsqu'ils participent à une compétition sportive* », les athlètes sont majoritairement d'accord sur la perte de la confiance en soi (M : 3,56 ; ET : 1,43).

Silver, Mitchell et Gist (1995) envisagent l'intervention de différences individuelles dans les mécanismes d'attribution de la performance. Ils évoquent notamment le rôle de l'auto-efficacité perçue sur le style d'attribution : *les sujets peu confiants dans leurs propres compétences auraient une plus basse estime d'eux-mêmes, un faible besoin de réussite, une haute anxiété face aux tests et internaliseraient leur échec* ; les sujets avec une haute auto-efficacité externaliseraient leurs échecs. Leurs expériences montrent effectivement une relation entre l'auto-efficacité et le style d'attribution : il s'avère qu'en réponse à l'échec, les différences individuelles influencent les attributions. De plus, les attributions influencent en retour l'auto-efficacité ressentie après la tâche : une bonne performance (réussite) attribuée à des facteurs internes augmente le sentiment d'auto-efficacité ; une mauvaise performance (échec) attribuée à des facteurs internes baisse le niveau d'auto-efficacité. Ces données démontrent l'existence d'une relation bidirectionnelle entre auto-efficacité et performance ; entre auto-efficacité et attributions.

- ✓ « *Quand il ne réussit pas bien dans une compétition, il se console avec son handicap comme prétexte* », les participants approuvent : (M : 3,28 ; 1,47).

Les athlètes en situation de handicap fait se manifestent dans leur discours par les indices du manque de confiance en soi qu'ils évoquent pour définir le corps sportif et le corps handicapé. Ces indices s'articulent justement autour de l'opposition entre l'harmonie et la dissymétrie du corps ; la droiture et la difformité des formes corporelles ; l'état de dépendance et d'indépendance des athlètes.

« Mon handicap me rend dépendant, je ne bouge pas difficilement. C'est ce qui me distingue des athlètes valides, je sais que je ne peux pas faire une bonne performance sportive. » M. (en fauteuil, paraplégique, course en fauteuil).

- ✓ Au sujet de : *« les athlètes pensent souvent qu'ils sont plus que malheureux en sport et aux activités qui nécessitent du talent »*, les répondants s'accordent (M : 3,50 ; ET : 1,45) sur le fait qu'ils sont malheureux en sport à cause de leur multiples échecs aux compétitions sportives.

C'est ainsi qu'un athlète a pu déclarer : *« Mon handicap se distingue par une forte inclinaison à droite, je n'ai pas d'appui à gauche, bref, je suis déformé. En revanche, quand je pratique le sport il est facile de me repérer. » M.B (amputé du bras gauche, coureur du 100 et du 200 m).*

- ✓ Pour ce qui est : *« J'aime bien les activités sportives, elles améliorent ma condition de vie et me permettent de mieux m'insérer dans la société »*, les participants répondent favorablement (M : 3,71 ; ET : 1,45).

Considérant la pensée selon laquelle : *« Le sport n'est pas réservé aux seuls bien portants. »* Guttman (1948), le sport joue un rôle très déterminant dans le processus de rééducation, d'adaptation, d'intégration et d'insertion socio-professionnel des handicapés. Le sport apparaît dès lors comme un champ favorisant le processus de déstigmatisation des personnes en situation de handicap, notamment en rendant leur visibilité tolérée.

- ✓ L'item sur : *« J'attribue parfois mes échecs au contexte et non à moi-même »*, les athlètes sont tout à fait d'accord (M : 4,41 ; ET : 1,00),

La théorie de l'attribution causale de Wiener (1985), peut apporter un éclairage sur les mécanismes de régulation de l'activité. De plus, les jugements d'attribution constituent l'expression d'une connaissance ou d'une croyance (théorie naïve) du sujet sur l'issue de ses activités cognitives. Ainsi, les causes évoquées par les athlètes peuvent être nombreuses et variées. Nous pouvons avoir des attributions telles que : *« j'ai réussi parce que je ne suis pas bien entraîné »*, *« l'entraîneur nous a mal préparé »*, *« je ne me sentais pas bien »*, etc. D'autres peuvent adopter des attitudes d'excuses pour justifier leurs échecs : *« j'étais fatigué »*, *« ce n'étais pas mon jour »*, Wiener (1986).

5.3.2 Présentation des données de la question de recherche relative à la VI2

Tableau 50 : Répartition des participants en fonction de la VI2 : l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun

Items	M	ET
certain athlètes évitent de s'investir à fond dans les activités de compétitions pour ne pas être blessé psychologiquement s'ils échouent	2,60	,98
Les problèmes émotionnels infèrent toujours dans les activités sportives	3,71	1,47
Quand un sportif n'est pas à la hauteur des attentes de son encadreur, il a tendance à se justifier par la maladie	3,93	1,23
L'athlète arrête de s'entraîner quand il ressent la fatigue	3,50	1,42
J'ai toujours tendance à vouloir compétir avec les athlètes de niveau supérieur/ inférieur	4,13	1,06
L'athlète ne fait aucun effort en compétition quand il est stressé	4,39	,82
Je réussirais bien mieux si je ne laissais pas mes émotions prendre le dessus	4,04	1,22
Certaines substances prisent par les athlètes pourraient les empêcher d'être lucide et performant	4,36	,99
Il refuse de se faire violence en refusant d'exécuter les consignes de l'encadreur pendant la compétition	4,22	1,06
Le sportif est parfois très déprimé que même les taches aisées deviennent difficiles à réaliser	3,58	1,37
Il se sous-estime généralement devant son adversaire à cause de son handicap	3,93	1,35
Le manque de l'auto-détermination est l'une des causes de mes multiples échecs aux compétitions sportives	3,45	1,50
J'ai des connaissances sur l'auto-handicap en sport	3,98	1,25
Vos coéquipiers se créent généralement des stratégies d'auto-handicap lors des compétitions sportives	3,22	1,53
Moyenne pondéré générale	3,78	1,23

Source : données de terrain (2022).

Les résultats du tableau qui précède montrent que les participants s'accordent normalement sur le questionnaire qui leurs a été adressé. La moyenne générale pondérée de tous les participants est de 3,78/5, l'écart-type générale est de 1,23.

- ✓ Concernant l'item sur : « certains athlètes évitent de s'investir à fond dans les activités de compétitions pour ne pas être blessé psychologiquement s'ils échouent », les athlètes sont moyennement d'accord (M : 2,60 ; ET : 0,98).
- ✓ L'item sur « Les problèmes émotionnels infèrent toujours dans les activités sportives », les participants sont majoritairement d'accord (M : 3,71 ; ET : 1,47). En réalité les personnes en situation de handicap sont émotionnellement fragiles. Cette fragilité est

due au fait qu'elles font face à une double souffrance : d'une part, la souffrance d'être diminué dans son corps et de se sentir amoindri par son corps et, d'autre part, la souffrance relative à la nécessité de s'adapter aux limitations et aux conditions de rejet générées par un corps imparfait. Cette différence corporelle génère des émotions négatives qui auront un impact sur la pratique des activités sportives.

- ✓ Au sujet de « *Quand un sportif n'est pas à la hauteur des attentes de son encadreur, il a tendance à se justifier par la maladie* », les répondants sont parfaitement unanimes (M : 3,93 ; ET : 1,23). La théorie du But d'accomplissement de Murray et Mc Clelland repris par NTSA (2018, p. 105) tient compte de deux buts notamment : les buts d'approche et d'évitement de la performance normative. Dans le cadre de notre étude, les athlètes font beaucoup plus face au but d'évitement de la compétence orienté vers l'évitement de la démonstration d'incompétence normative. C'est à ce niveau que l'on constate les diverses stratégies d'auto-handicap qui permettent à l'athlète d'éviter de paraître incompétent devant ses pairs.

« Le but d'évitement de la performance caractérise une attitude aversive et rend compte d'une dynamique motivationnelle négative. Ce soubassement psychologique conduit l'individu à expérimenter un sentiment de menace et une anxiété élevés. La mise en place de stratégies de protection de soi le pousse à se désengager affectivement d'une situation menaçante et à exhiber des comportements non adaptatifs vis-à-vis de l'apprentissage. » (Cury et Da Fonseca, repris par Schiano-Lomoriello, 2005, p. 59).

- ✓ L'item : « *L'athlète arrête de s'entraîner quand il ressent la fatigue* », les athlètes sont tout à fait d'accord sur le fait qu'ils arrêtent de s'entraîner lors qu'ils ressentent la fatigue. Ce comportement n'est pas de nature à valoriser le travail de l'encadreur qui devrait juger la quantité d'effort fourni par un athlète avant de lui demander de se reposer. L'encadreur travail suivant une programmation et une planification bien définie au respect du degré de handicap de chaque athlète. Dans ces conditions, déclarer régulièrement la fatigue par un athlète serait signe de désengagement psychologique, afin d'en disposer un prétexte pour se justifier en cas de faible performance. C'est aussi une tendance motivationnelle aversive caractérisée par le but d'évitement de la performance qui permet à l'athlète, à partir du sentiment de menace et d'anxiété ressentie, de mettre en place des stratégies de protection de soi, lui permettant de présenter des attitudes non adaptatives vis-à-vis de l'apprentissage (Cury, 2000).

- ✓ Parlant de l'item : « *J'ai toujours tendance à vouloir compétir avec les athlètes de niveau supérieur/ inférieur* », les participants sont tous d'accord pour le fait qu'ils ont tendance à vouloir toujours compétir avec les athlètes de niveau supérieur, (M : 4,13 ; ET : 1,06). Cette tendance offre l'opportunité à l'athlète en compétition de justifier sa contre-performance en cas d'échec.
- ✓ Parlant de l'item sur « *L'athlète ne fait aucun n'effort en compétition quand il est stressé* », les répondants sont tous d'accord (M : 4,39 ; ET : 0,82). Le stress apparaît quand l'implication émotionnelle est grande et que l'individu doute de ses capacités à produire une bonne performance. Dans ces conditions, l'organisme mettra en jeu un système de réponse. Notamment, la production d'hormones du stress tels que : l'adrénaline et la noradrénaline. Ces hormones ont pour répercussions la production des sueurs froides, des douleurs digestives, des douleurs à l'estomac, des accélérations cardiaquestoutes ces manifestations contribuent à la baisse de la performance sportive des athlètes.
- ✓ L'item : « *Je réussirais bien mieux si je ne laissais pas mes émotions prendre le dessus* » approuve l'assentiment des athlètes intéressés par cette étude (M : 4,04 ; ET : 1,22). Les athlètes mettent en évidence leurs choix spécifiques pour exprimer la réalité du vécu du handicap, ainsi que sa perception dans l'espace sportif. En outre, l'harmonie renvoie à la proportionnalité des différentes parties du corps et à leur ajustement idéal les unes par rapport aux autres. Elle met en valeur une image de soi où l'opposition remarquable entre les formes des différents segments corporels s'estompe totalement. Ainsi, l'opposition entre la droiture et la difformité du corps rappelle le sens de l'idéal de la verticalité du corps et son redressement pour les sujets interviewés. Cette question est à la perception que l'athlète se fait de lui-même, ainsi qu'à la représentation mentale de sa personnalité sur son positionnement dans l'espace handisport. M. Lachheb et N. Moualla (2009).
- ✓ L'item : « *Certaines substances prises par les athlètes pourraient les empêcher d'être lucide et performant* », les participants sont d'accord (M : 4,36 ; ET : 0,99). Les pratiques sportives devraient simplement contribuer à l'éclosion, à l'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de handicap. Cependant, la recherche effrénée du gain et du bien-être pousse certains sportifs de haut niveau à la consommation des substances psychoactives pour altérer les processus mentaux. Cette manière de penser la pratique du sport par les personnes

en situation handicap facilite le développement des tendances à l'auto-handicap. Ces tendances corrélées négativement avec la santé, le bien-être, la satisfaction concernant ses propres compétences et la réussite sportive obligera l'athlète à faire recours à des substances nocives (alcool, drogues) et l'usage de stratégies de coping telles que l'évitement ou l'auto-accusation (Eronen et al., 1998 ; A. J. Martin et al., 2001 ; McCrea & Hirt, 2001 ; Midgley et al., 1996 ; Zuckerman et al., 1998 ; Zuckerman & Tsai, 2005).

- ✓ En ce qui concerne l'item : « *Il refuse de se faire violence en refusant d'exécuter les consignes de l'entraîneur pendant la compétition* », les athlètes sont d'accord (M : 4,22 ; ET : 1,06). Lorsque les consignes de l'entraîneur deviennent stressantes, les athlètes ont tendance à s'opposer. Dans ces conditions, la performance de l'athlète dépendra de la façon dont les ressources personnelles, organisationnelles ont été mobilisées pour faire face aux exigences de l'environnement du sportif. Si ces ressources sont insuffisantes, il y a automatiquement inadéquation de l'athlète. C'est ici que l'athlète présente des patterns non adaptatifs vis-à-vis de l'entraînement et même en compétition.
- ✓ l'item : « *Le sportif est parfois très déprimé que même les tâches aisées deviennent difficiles à réaliser* », les participants sont d'accord (M : 3,58 ; ET : 1,37). La dépression est un bouleversement émotionnel qui fait en sorte que la personne dépressive voit toute sa vie touchée par cet état léthargique, avec une perte d'envie, de plaisir dans tous les domaines de sa vie. Dans ce cas, les athlètes handicapés développent généralement des émotions négatives, ces athlètes se sous-estiment généralement lors des compétitions, ce qui baisse rationnellement leur estime de soi et par conséquent leur niveau de compétition. Or, l'estime de soi est « *l'ensemble de savoirs sur soi à valence positive ou négative, est le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive. Ces savoirs sont alimentés par des informations provenant des milieux de vie (familiaux et scolaires) auxquels l'athlète attribue des significations diverses.* » Meyer (1987, P.953). Dans le même sens Dorai (1988, P. 56) pense que l'estime de soi « *est l'idée que l'athlète forme de lui-même après intériorisation des jugements issus de l'environnement.* ».
- ✓ Pour ce qui est de l'item « *Il se sous-estime généralement devant son adversaire à cause de son handicap* », les répondants sont tout à fait d'accord (M : 3,93 ; ET : 1,35). L'estime de soi oriente la prise de conscience et la connaissance de soi, par

l'appréciation positive ou négative que l'athlète porte sur lui-même, en comparaison avec les éléments de son environnement (parents, entraîneur). Son influence ne se limite pas seulement aux réactions sur le moment, mais contribue à orienter les décisions et l'investissement pour l'action future en motivant ou en démobilisant l'athlète (Pierrehumbert, 1992). Ainsi, l'estime de soi a une influence sur les performances sportives. Dans cette perspective, les résultats de bon nombre de recherches ont montré qu'il existe une relation significative entre la perception de soi et la performance sportive (Bloom, 1966 ; 1979 ; Crohn, 1983 ; Gerardi, 1990 ; Briffore et Parsons, 1983 ; McGuire, Furjioka et McGuire, 1979 ; Skaalvik, 1983 ; Wiggins, Schatz et West, 1994).

- ✓ L'item : « *Le manque de l'auto-détermination est l'une des causes de mes multiples échecs aux compétitions sportives* », les athlètes sont tous d'accord (M : 3,45 ; ET : 1,50). « *l'être humain est un organisme actif, orienté vers l'accomplissement et la croissance, naturellement enclin à intégrer ses éléments psychiques en unités de sens composant un moi unifié et intégré dans des structures sociales plus larges* » (Deci et Ryan, 2000, p. 229).
- ✓ En ce qui concerne l'item : « *J'ai des connaissances sur l'auto-handicap en sport* », les athlètes questionnés ont des connaissances sur l'auto handicap (M : 3,98 ; ET : 1,25). En effet, selon Jones et Berglas (1978, p. 201), ces stratégies consistent à « *trouver ou créer des obstacles qui rendent la réalisation de bonnes performances peu probable ... [pour] protéger son sentiment de compétence* ». Autrement dit, c'est le fait qu'un athlète s'exprime à travers des comportements ou par des revendications qui constituent des obstacles pour la réalisation de bonnes performances sportives.
- ✓ En fin, l'item : « *Vos coéquipiers se créent généralement des stratégies d'auto-handicap lors des compétitions sportives* », les athlètes sont tout à fait d'accord (M : 3,22 ; ET : 1,53). Précédemment, nous avons affirmé à partir des résultats que les participants à notre étude avaient des connaissances sur l'auto handicap. Nous pouvons donc déduire que les athlètes en situation de handicap se créent généralement des stratégies d'auto-handicap lors des compétitions sportives.

5.4 Présentation des données issues de l'analyse inférentielle

Dans cette sous-section un accent est mis sur l'analyse des facteurs principaux (*stratégies d'auto handicap et performances sportives des athlètes handisports du*

Cameroun). Il s'agit de ceux qui nous ont permis de formuler nos hypothèses de recherche. A cet effet, nous commençons par une analyse corrélationnelle qui nous permettra de procéder par la suite à une analyse de la régression. Il sera question de mesurer les corrélations de chaque modalité de notre variable indépendante : l'auto handicap comportemental (VI1) et l'auto handicap revendiqué (VI2) avec la performance sportive des athlètes handisports.

Première hypothèse (HR1) : l'auto handicap comportemental est significativement lié aux performances sportives des athlètes handisports.

Nous avons fait l'hypothèse que l'auto handicap comportemental a un impact significatif sur les performances sportives des athlètes handisports. Théoriquement, l'auto handicap comportemental est l'ensemble des « *actions d'individus qui construisent des handicaps afin d'éviter qu'un échec ne soit attribué à leurs aptitudes* ». Leary et Shepperd (1986, p.1267). Ces actions influencent significativement les performances sportives des athlètes handisports. Autrement dit, les athlètes en situation de handicap préfèrent ne pas s'entraîner en réduisant considérablement leur effort, en s'absentant et/ou en venant en retard aux entraînements. Toutes actions qu'ils utilisent pour justifier les contre-performances enregistrées lors des compétitions sportives.

De manière pratique, il ressort de cette hypothèse que la corrélation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports sera significative.

Tableau 51 : Corrélation entre l'auto handicap comportemental et performances sportives des athlètes handisports

		Performances sportives des handisports
l'auto handicap comportemental	Corrélation de Pearson	.623**
	P (seuil de signification)	.001

Source : données de terrain (2022).

Le tableau 51 présente la matrice de corrélation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports. Nous observons que la corrélation est négative et significative ($r = -0.623$; $P = .001$). La corrélation négative exprime « *une relation entre des variables où les hauts scores sur la première variable sont associés à des scores bas sur la deuxième* » (Dardenne et al., 2007, p. 226). Ce résultat montre que les participants

emploient fortement l'auto handicap comportemental ce qui baisse significativement leurs performances sportives. À cet effet, la relation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives est inversement proportionnelle. Ainsi, quand l'auto handicap comportemental augmente, les performances sportives des athlètes handisports diminuent.

Tableau 52 : Régression sur le sentiment l'auto handicap comportemental et performances sportives des athlètes handisports

R = .623^a ; R-deux= .373 ; R-deux ajusté= .341 ; Erreur standard de l'estimation= .62585 ; F=12,174 ; P=.000^b

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	3,803	,415		9,168	,000
VI1	,398	,061	,525	6,507	,000

Source : données de terrain (2022).

Le tableau 52 présente les régressions entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports. Il nous permet de constater que le modèle de cette échelle est significatif (F= 12,174 ; P= ,000^b) et explique 34% de la variance de l'auto handicap comportemental. À cet effet, il ressort que l'auto handicap comportemental est un prédicteur significatif des performances sportives des athlètes handisports (P=,0000). Notre première hypothèse est donc validée.

Deuxième hypothèse : L'auto handicap revendiqué est significativement lié aux performances sportives des athlètes handisports

Nous avons fait l'hypothèse que l'auto handicap revendiqué **influence** significativement les performances sportives des athlètes handisports. Théoriquement la tendance à « *déclarer verbalement détenir des handicaps qui interfèrent avec ses propres performances* », à un impact sur les performances sportives des athlètes handisports. Leary et Shepperd (1986, p.1267). Apparemment, les athlètes en situation de handicap déclarent généralement qu'ils sont malades, qu'ils font face au bouleversement émotionnel, afin de justifier leur absence aux entraînements. Subséquemment, cette tendance est un prétexte pour justifier les mauvaises performances des athlètes handisports.

De manière pratique, il ressort de cette hypothèse que la corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports sera significative.

Tableau 53 : Corrélation entre l'auto handicap revendiqué et performances sportives des athlètes handisports

		performance sportive des handisports
l'auto handicap revendiqué	Corrélation de Pearson	.466*
	P (seuil de signification)	.05

Source : données de terrain (2022).

Le Tableau 53 présente la matrice de corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports. Nous observons que la corrélation est négative et significative ($r = -0,466$; $P = 0,05$). Ce résultat sous-entend que les participants qui ont la propension à utiliser l'auto handicap revendiqué ont également les performances sportives relativement faibles. Car, l'augmentation de l'auto handicap revendiqué chez les athlètes en situations de handicap implique la baisse des performances sportives lors des compétitions.

Tableau 54 : Régression sur l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports

$R = ,466^a$; $R\text{-deux} = ,373$; $R\text{-deux ajusté} = ,42$; Erreur standard de l'estimation = ,58565 ; $F = 9,530$; $P = ,000^b$

Modèle	Coefficients				
	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
	A	Erreur standard	Bêta	T	Sig.
(Constante)	3,803	,415		9,168	,000
VI2	,398	,061	,525	6,507	,000

Source : données de terrain (2022).

Le tableau 54 présente les régressions entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports. Il nous permet de constater que le modèle de cette échelle est significatif ($F = 9,530$; $P = ,000^b$) et explique 42% de la variance de l'auto handicap revendiqué. À cet effet, il ressort que l'auto handicap revendiqué est un prédicteur significatif de la performance sportive des athlètes handisports ($P = 0,000$). Notre deuxième hypothèse est donc validée.

Arrivé au terme de ce chapitre dans lequel il était question de présenter et d'analyser les données recueillies auprès de notre échantillon, nous allons à travers un nouveau chapitre, chercher à rendre compréhensible, à traduire de façon à donner un sens à ces données analysées.

CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

L'interprétation et la discussion des résultats vont meubler cette partie de notre étude. Il s'agira de prime abord de passer à la vérification des hypothèses, ensuite, nous ferons une interprétation des résultats à travers lesdites hypothèses et enfin s'ensuivra une discussion qui débouchera par des limites et des suggestions.

6.1. Vérification des hypothèses

Nous allons dans cette partie de notre travail, procéder à la vérification de deux hypothèses de recherche. Conformément au processus exigé par le test statistique de Bravais-Pearson, nous allons passer par 6 étapes suivantes :

6.1.1 Vérification de la première hypothèse de recherche (HR1)

L'hypothèse de recherche (HR1) stipule que : *l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.*

➤ Formulation des hypothèses statistiques

Il s'agit ici de l'hypothèse nulle (H_0) selon laquelle l'auto handicap comportemental ne génère pas les performances sportives des athlètes handisports.

L'hypothèse alternative (H_a) stipule par contre que l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports.

➤ Choix du seuil de signification

Selon Mialaret (1993), le seuil de signification encore appelé erreur probable noté β (bêta) permet de fixer les chances de se tromper ou non dans la prise de décision.

La marge d'erreur recommandée en science sociale est de 5% soit de 0,05. En termes simples, toutes nos décisions seront prises avec pour risque de nous tromper cinq (5) fois sur cents (100).

Pour le cas de cette hypothèse de recherche, le seuil de signification est de 0,001. Ce qui signifie que le risque de se tromper est très faible.

➤ Calcul du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson

Selon les résultats du calcul, la corrélation est négative et significative $r = -0,623$; $r < 0$ ce qui signifie que la droite de régression descend. De même, $-0,623 > -0,8$; ce qui suppose qu'il existe une très forte relation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports.

➤ **Calcul du degré de liberté**

Le nombre de degré de liberté se calcule par la formule suivante : $ddl = N - 2$, avec N correspondant à l'effectif de l'échantillon. Pour cette étude $N = 56$; soit 46 athlètes et 10 encadreurs. D'où le degré de liberté $ddl = 54$.

➤ **Formulation de la règle de décision**

Le calcul des régressions entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports nous a permis de comprendre que le modèle de cette échelle est significatif avec ($F = 12,174$; $P = ,000^b$). Le poids de l'influence entre les deux variables étant de 34%. Nous pouvons donc dire que H_0 est rejetée et H_a est acceptée.

➤ **Conclusion**

H_a est acceptée, ce qui signifie que l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports. Autrement-dit, plus les athlètes handisports développent fortement l'auto handicap comportemental, moins leurs performances sportives baissent.

6.1.2 Vérification de la deuxième hypothèse de recherche (HR2)

L'hypothèse de recherche (HR2) stipule que : *l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.*

➤ **Formulation des hypothèses statistiques**

Il s'agit ici de l'hypothèse nulle (H_0) selon laquelle l'auto handicap revendiqué ne détermine pas les performances sportives des athlètes handisports.

L'hypothèse alternative (H_a) stipule par contre que l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports.

➤ **Choix du seuil de signification**

Selon Mialaret (1993), le seuil de signification encore appelé erreur probable noté β (béta) permet de fixer les chances de se tromper ou non dans la prise de décision.

La marge d'erreur recommandée en science sociale est de 5% soit de 0,05. En termes simples, toutes nos décisions seront prises avec pour risque de nous tromper cinq (5) fois sur cents (100).

Pour le cas de cette hypothèse de recherche, le seuil de signification est de 0,05. C'est exactement le seuil recommandé. Ce qui signifie que le risque de se tromper est faible.

➤ **Calcul du coefficient de corrélation de Bravais-Pearson**

Selon les résultats du calcul, la corrélation est négative et significative $r = -0,466$; $r < 0$ ce qui signifie que la droite de régression descend. De même, $-0,466 > -0,8$; ce qui suppose

qu'il existe une très forte relation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports.

➤ **Calcul du degré de liberté**

Le nombre de degré de liberté se calcule par la formule suivante : $ddl = N - 2$, avec N correspondant à l'effectif de l'échantillon. Pour cette étude $N = 56$; soit 46 athlètes et 10 encadreurs. D'où le degré de liberté $ddl = 54$.

➤ **Formulation de la règle de décision**

Le calcul des régressions entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports nous a permis de comprendre que le modèle de cette échelle est significatif avec ($F = 9,530$; $P = ,000^b$). Le poids de l'influence entre les deux variables étant de 42%. Nous pouvons donc dire que H_0 est rejetée et H_a est acceptée.

➤ **Conclusion**

H_a est acceptée, ce qui signifie que l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports. Autrement-dit, plus les athlètes handisports développent fortement l'auto handicap revendiqué, moins leurs performances sportives baissent.

Le test d'hypothèses ressort une corrélation très significative (presque parfaite) des hypothèses retenues dans ce travail. Il convient dès à présent de faire usage des théories pour justifier cette forte corrélation.

6.2 Interprétation des résultats

Au regard des résultats qui précèdent, il est admis que les deux hypothèses de recherche sont validées. Réciproquement, l'hypothèse générale a été confirmée. Donc, *les stratégies d'auto handicap ont un lien significatif avec les performances sportives des athlètes handisports.*

Par la suite, nous allons interpréter ces résultats sur la base des principes de la théorie des stratégies d'auto handicap.

6.2.1 Interprétation des résultats de la HR1 : *l'auto handicap comportemental influence les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.*

Comme nous l'avons rappelé au chapitre 2, l'expérience princeps sur l'auto-handicap a conduit Johnes et Ber glas (1978) à conceptualiser l'auto-handicap sous forme d'« état ». Ces

auteurs ont effectivement constaté que la majorité des individus confrontés à une situation importante dont le résultat est incertain sont amenés à utiliser des stratégies d'auto-handicap.

Les stratégies d'auto handicap, sont un ensemble d'attitudes et de comportements que met en place un athlète, et qui pourtant constituent des biais à l'atteinte de ses performances. Ceci, dans l'optique de diminuer sa responsabilité personnelle en cas d'échec et de l'augmenter en cas de succès. Johnes et Berglas (1978). Le sport constitue en effet un terrain idéal pour étudier l'auto-handicap par le fait qu'il génère des situations évaluatives publiques dont le résultat est le plus souvent incertain (Carron et al., 1994). Jones et Berglas avaient déjà fait cette constatation dès 1978 en avançant que « *les handicapés sont légion dans le domaine sportif* » (p. 201). La détection des sportifs qui emploient l'auto-handicap est particulièrement importante, car cette stratégie peut avoir des conséquences fortement préjudiciables de nature à entraver la performance sportive (Rhodewalt et al., 1984). Plusieurs études ont en effet montré que l'auto-handicap pouvait avoir des conséquences inverses de celles recherchées en ce qui concerne la présentation de soi et ainsi conduire à la dévalorisation des compétences de son utilisateur et /ou au rejet de ce dernier par son entourage (Hirt et al., 2003 ; Luginbuhl & Palmer, 1991 ; Rhodewalt & Hill, 1995).

Le terme auto-handicap renvoie certaines fois à son expression revendiquée (p.ex. Ryska, 2002 ; Snyder & Higgins, 1988a) et d'autres fois à son expression comportementale (p. ex. Rhodewalt & Davison, 1986 ; Tice, 1991).

Ainsi, pour ce qui est de l'expression comportementale qui nous interpelle au niveau de la VII, l'auto-handicap comportemental est défini comme les « *actions d'individus qui construisent des handicaps afin d'éviter qu'un échec ne soit attribué à leurs aptitudes* », (Leary & Shepperd, 1986, p. 1267).

Certaines athlètes ont peur d'être critiqués en public pour ne pas avoir mis toutes les chances de leur côté. Ils vont donc faire recourir à l'auto handicap comportemental pour la protection de soi. Différents travaux montrent effectivement que l'auto-handicap comportemental permet de protéger l'image publique de compétence, mais peut conduire en contrepartie à la dévalorisation générale de celui qui les utilise (Hirt et al., 2003 ; Luginbuhl & Palmer, 1991 ; D. S. Smith & Strube, 1991). Ainsi, selon Rhodewalt et al. (1984), les sportifs qui utilisent l'auto-handicap comportemental le font de manière discrète afin d'éviter d'être sanctionnés par leur entourage (entraîneurs, pairs, etc.).

Cette hypothèse a été confirmée, et la corrélation entre les deux variables notamment l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun est très forte car, elle se situe au-delà de -0,8.

Cependant, nous allons interpréter les résultats des données collectées sur le terrain à l'aide des théories afin de redonner un sens scientifique à la validité de cette hypothèse.

L'auto-handicap comportemental consiste à se créer réellement un ou plusieurs obstacles avant la réalisation d'une tâche ou d'une épreuve (Tice, 1991). Par exemple, il a été observé que la prise de stupéfiants (ex. Berglas & Jones, 1978 ; Kolditz & Arkin, 1982), la consommation d'alcool (ex., Bordini, Tucker, Vuchinich, & Rudd, 1986 ; Tucker, Vuchinich, & Sobell, 1981), le manque de préparation à une tâche (ex. Harris & Snyder, 1986 ; Tice & Baumeister, 1990) ou la procrastination (ex. Chu & Choi, 2005 ; Ferrari, 1991) pouvaient constituer des manifestations comportementales de l'auto-handicap.

La procrastination est une tendance à remettre à plus tard ce que l'on peut faire maintenant et à demain ce que l'on peut faire aujourd'hui. Etant donné que le procrastinateur est encore appelé le retardataire chronique, nous avons résumé cette expression au tour de l'absence et le retard que nous avons observé lors des entraînements et même pendant les phases de compétition chez certains athlètes.

Les résultats sur cette observation des participants font état de ce que majoritairement, les athlètes arrivent en retard aux entraînements. Les scores sont situés entre 3,70/7 et 5,53/7. Ce comportement ne facilite pas la tâche à l'encadreur de bien dérouler sa séance d'entraînement, il est donc obligé d'égrainer quelques minutes voir une heure pour attendre les retardataires. Il en est de même pour les absences dont la moyenne des scores est située entre 3,38/7 et 5,28/7. Ce qui prouve effectivement que les athlètes sont généralement absents aux entraînements. Quelle que soit la fédération sportive concernée, encoure moins le type de handicap, cette manifestation comportementale reste identique dans sa logique. Avant la réalisation d'une performance sportive ou d'une situation d'évaluation, l'athlète se procure lui-même un véritable handicap. Un éventuel échec lors d'une compétition ou de l'accomplissement d'une tâche sera alors imputé au handicap et non à un manque de compétence. Dans le cas contraire où l'athlète réussit en dépit du handicap, cette réussite apparaîtra aux yeux de l'encadreur comme à ceux des spectateurs comme plus méritante qu'il ne l'est véritablement et laissera présager une meilleure compétence qu'en l'absence du handicap. Ce dernier est de nature interne (i.e., propre à la personne) mais offre néanmoins un avantage attributionnel dans le sens où l'obstacle comportemental est instable, contrôlable et

spécifique. Par ailleurs, l'auto-handicap comportemental peut également être de nature externe. En effet, il est possible de recenser des obstacles n'affectant pas directement la personne mais destinés à rendre floues les conditions dans lesquelles la performance se déroule afin d'atténuer les critères de comparaisons. Berglas et Jones (1978) avaient précisé que l'auto-handicap concerne « *toute action* » mais aussi des « *choix lors d'une situation de performance* » (p. 406). Ainsi, choisir volontairement des tâches difficiles (ex. Schultheiss & Brunstein, 2000), se fixer des buts inaccessibles (Greenberg, 1985), donner l'avantage aux adversaires (Shepperd & Arkin, 1991), s'associer avec un partenaire inapproprié (Self, 1989) ou s'adonner à l'écoute d'une musique distrayante pendant l'exécution de la tâche (ex. Rhodewalt & Davison, 1986 ; Sanna & Mark, 1995) peuvent constituer des formes d'auto-handicap comportemental revêtant une caractéristique attributionnelle externe. Ces choix constituent des obstacles externes qui ne rendent pas flou le niveau de compétence de la personne comme cela est le cas pour les obstacles internes mais rendent floues les conditions dans lesquelles est évaluée cette compétence. Même si les athlètes ne créent pas les obstacles sur eux-mêmes (ex. un manque d'effort préparatoire), ils rendent difficiles l'évaluation de leur compétence dans la tâche en imputant leur éventuel échec à des causes situationnelles externes à leur propre compétence. G.R. Coudeville et al. (2015).

L'item : « *Certaines substances prises par les athlètes pourraient les empêcher d'être lucide et performant* », consolide les pensées de (Berglas & Jones, 1978 ; Kolditz & Arkin, 1982), sur la prise de stupéfiants par les athlètes d'une part, et la consommation d'alcool (Bordini, Tucker, Vuchinich, & Rudd, 1986 ; Tucker, Vuchinich, & Sobell, 1981) d'autre part. Les participants sont d'accord à travers les scores suivants : (M : 4,36 ; ET : 0,99). En effet, les pratiques sportives devraient simplement contribuer à l'éclosion, à l'amélioration de l'état sanitaire des personnes en situation de handicap. Cependant, la recherche effrénée du gain et du bien-être pousse certains sportifs de haut niveau à la consommation des substances psychoactives pour altérer les processus mentaux. Cette manière de penser la pratique du sport par les personnes en situation de handicap facilite le développement des tendances à l'auto-handicap. Ces tendances corrélées négativement avec la santé, le bien-être, la satisfaction concernant ses propres compétences et la réussite sportive obligera l'athlète à faire recours à des substances nocives (alcool, drogues) et l'usage de stratégies de coping telles que l'évitement ou l'auto-accusation (Eronen et al., 1998 ; A. J. Martin et al., 2001 ; McCrea & Hirt, 2001 ; Midgley et al., 1996 ; Zuckerman et al., 1998 ; Zuckerman & Tsai, 2005).

L'IPC (International Paralympic Comitee) a proposé une classification beaucoup plus fonctionnelle et ayant pour objectif, la combinaison et le regroupement de plusieurs ordres des handicapés dans une même épreuve. Ainsi, des athlètes ayant des handicaps différents mais dont le niveau de déficiences motrices est comparable, se retrouvent en train de compétir ensembles. Dans ces conditions, le respect des consignes reste un véritable challenge. C'est la raison pour laquelle l'item portant sur : « *la représentation des consignes de mon encadreur est toujours négative lorsqu'elles sont stressantes* », plusieurs participants sont d'accord (M : 4,11 ; ET : 1,17). Pour emboîter le pas, Ausubel (1968) a développé une théorie basée sur trois éléments fondamentaux : *la clarté, la quantité et l'organisation*. Pour lui, ce qui est important dans l'entraînement c'est la façon dont l'athlète assimile les habiletés à travers les consignes qu'il reçoit de son encadreur. Par contre, la plus part des participants trouvent que les consignes de leur encadreur sont assez stressantes. De même, Ils ne sont pas toujours motivés par leurs coéquipiers qui passent tout le temps de se faire des intrigues sur la déficience qu'ils entraînent. Dans le cadre de la lutte par exemple, l'entraînement consiste à solliciter chez le sujet une activité de décodage des actions des partenaires et adversaires, ce qui nécessite une lecture d'un environnement empreint d'incertitudes. À cette fin, l'encadreur élabore des situations pédagogiques d'entraînements dites situations totalisantes (Conquet, 1989) dans lesquelles on place l'athlète en présence systématique de partenaires et d'adversaires sous forme de mini-jeux ou de jeux à thème où la densité du lutteur est moins importante que dans la situation totale de lutte. Dans cet exercice, le respect des consignes est de mise pour la mobilisation de l'activité perceptive et découvre les solutions aux problèmes posés par tâtonnements ou par auto-adaptation.

Pour le cas de la boxe, les auteurs (Brustad, 2001 ; Brustad et Partridge, 2002 ; Fredricks et Eccles, 2004) ont en effet démontré que l'encadreur est l'agent social le plus important chez les jeunes pratiquants de la boxe. Pour eux, Lorsque les athlètes pratiquent intensément les activités sportives, les interactions avec leur encadreur s'accroissent. L'encadreur est donc à l'origine de la perception de compétence des apprenants à la boxe (Horn, 2004).

Notons que l'encadreur assure différents rôles auprès des athlètes en situation de handicap. Tout d'abord, il essaie de faire évoluer les apprenants vers leurs meilleurs niveaux d'apprentissage à la pratique des APS. Pour cela, il leur apporte un bagage technico-tactique dans l'organisation de leurs programmes d'entraînement. De même, il apporte un environnement psychologique aux apprenants qui devrait leur permettre d'accéder au maximum de leur potentiel, de donner le meilleur d'eux même et de se développer en tant qu'athlète mais également d'améliorer sa condition de vie en tant que personne (Duda et

Balaguer, 2008). Dans la même veine, il a été démontré que le climat motivationnel instauré par l'encadreur (Gould et al., 2012 ; Smit et al., 2007) et les actions qu'il entreprend (Fry et Gano, 2010) ont une influence directe sur le développement personnel et social de l'apprenant en sport individuel.

De ce qui précède, nous pouvons dire que les encadreurs se battent autant que faire se peut pour donner un encadrement technique et tactique aux athlètes en situation de handicap, bien que l'encadrement psychologique reste et demeure une épine dorsale du Mouvement Paralympique camerounais. Il revient donc à l'athlète de donner le meilleur recode aux compétitions sportives. Cependant, il s'installe au départ une très grande peur à certaines disciplines sportives et un désengagement accompagné d'une fuite des entraînements ou la naissance des malaises inventées. Les encadreurs motivent alors les athlètes pour dominer la peur et avoir un amour pour ces disciplines. (Keegan, 2011). C'est vrai que certains comportements adoptés par les encadreurs (représailles en cas d'erreur, accent mis sur la rivalité entre les apprenants et reconnaissance accordée aux plus talentueux) ne favorisent pas l'épanouissement et le bien-être des apprenants (Reinboth et Duda, 2006). Mais, il n'en demeure pas moins vrai que les athlètes gardent dans la majorité des cas, leur sentiment de peur.

Ainsi, 62,5% d'encadreurs affirment que les athlètes ont une appréciation négative des tâches qui leur sont proposées par les encadreurs lorsqu'ils sont soumis à des situations stressantes. Comme nous l'avons dit plus haut, l'encadreur J.C.N de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques justifie cette attitude par le fait que, « *certain athlètes ont peur de se blesser et de contacter un nouvel handicap* ». Pour A.V de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Intellectuels, le fait que le para sport n'est pas fortement vulgarisé dans notre pays, amène certains athlètes à faire des fausses représentations de certaines disciplines qu'ils considèrent de « *brutales et risquantes pour un corps déjà déficient* ».

Dans ces conditions, l'influence majoritaire de l'encadreur est considérablement réduite par l'attitude des athlètes. Le style de comportement de ces derniers induit dans ce cas le changement d'attitude par le bas tel que théorisé par Moscovici (1979).

6.2.2 Interprétation des résultats de la HR2 : *l'auto handicap revendiqué détermine les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.*

La déclaration d'une blessure, un manque de concentration, le retard ou l'absence lors des entraînements, la peur de compétir ou les mauvaises conditions d'une compétition constituent quelques-unes des manifestations possibles des stratégies d'auto-handicap revendiqué qu'un sportif peut utiliser avant une compétition. Ces stratégies, qui sont relativement courantes dans le domaine du sport (Prapavessis et al., 2004), constituent un grand risque dans la baisse des performances sportives et empiètent les relations interpersonnelles des sportifs.

Dans la pensée selon laquelle : « *le patient sélectionne certains symptômes et les développe jusqu'à ce qu'ils lui apparaissent comme de véritables obstacles* » Adler (1929, p. 13), Adler élabore une similarité avec l'auto handicap. Pour lui, certaines personnes développent de manière inconsciente des *symptômes* physiques ou psychologiques pour protéger l'ego, c'est-à-dire la représentation consciente que tout individu a de lui-même. Cette protection de soi permet à l'athlète de diminuer sa responsabilité personnelle en cas d'échec et à l'augmenter en cas de succès (Harris et Snyder, 1986).

Constatant la similitude entre la théorie de l'auto-handicap et celle d'Adler (1929), Snyder et Smith (1982, p. 107) proposent de redéfinir le concept de l'auto-handicap afin d'y intégrer les attitudes qui consistent à revendiquer « *un problème, une faiblesse ou un déficit [physique ou psychologique]* ». Pour ces auteurs, le concept d'auto-handicap ne doit plus se limiter à son expression comportementale néfaste mais doit également intégrer celles qui s'expriment par la revendication d'obstacles.

Ainsi, l'auto handicap revendiqué est la tendance à « *déclarer verbalement détenir des handicaps qui interfèrent avec ses propres performances* » (Leary et Shepperd, 1986, p.1267). Les athlètes qui manifestent l'auto handicap revendiqué présentent des signes de maladie et de bouleversement émotionnel (Rhodewalt, 1990, P.76). Dans le cadre de notre étude, un athlète présente des signes de maladie lorsqu'il déclare la fatigue, la blessure, ... Quant au bouleversement émotionnel, il se distingue dans cette étude par : le stress, la dépression, le manque d'estime de soi ou encore le manque d'auto-détermination.

En ce qui concerne l'item : « *Quand un sportif n'est pas à la hauteur des attentes de son encadreur, il a tendance à se justifier par la maladie* », les répondants sont parfaitement unanimes (M : 3,93 ; ET : 1,23). La théorie du But d'accomplissement de Murray et Mc

Clelland repris par Ntsa (2018) tient compte de deux buts notamment : les buts d'approche et d'évitement de la performance normative. Dans le cadre de notre étude, les athlètes font beaucoup plus face au but d'évitement de la compétence. Les athlètes handisports du Cameroun justifient généralement leur piètre performance à travers la maladie. Or, nous savons que ces athlètes sont confrontés à leur homologue présentant les mêmes degrés de déficiences évaluées selon la Classification Internationale du Handicap (CIH et l'OMS). Donc, il n'y a pas de raison valable pour refuser de compétir en prenant pour prétexte son handicap. Il s'agit tout simplement des obstacles que mettent en place certains athlètes pour justifier leur contre-performance. Ce sont donc des stratégies de manipulation des consciences. Il en est de même pour certains athlètes qui ont tendance de déclarer des blessures imaginaires lors des entraînements ou encore pendant la compétition sportive.

Parlant du stress, 87,5% d'encadreurs affirment que leurs athlètes présentent des signes de peur/panique lorsqu'ils sont en compétition sportive. Ceci renvoie aux résultats sur l'influence du stress sur la performance sportive au sens de Le Scanff et Bertsch (1995) qui est entretenu par le mode d'organisation.

À la question : « *L'athlète ne fait aucun n'effort en compétition quand il est stressé* », les répondants sont tous d'accord (M : 4,39 ; ET : 0,82). De ce résultat, nous comprenons que le stress qui devait être un sentiment normal en tout début d'apprentissage devient un obstacle pour les athlètes, ce qui affecte leurs performances sportives. Ces athlètes manifestent un manque de volonté et un refus d'effectuer la tâche pendant les entraînements. Ils ont peur d'affronter l'adversaire. La peur est une réponse de l'organisme, confronté aux demandes environnementales. En première approche, on peut dire que la peur se manifeste par le développement d'affects négatifs, de sentiments d'appréhension et de tension, associés à un haut niveau d'activation de l'organisme (Martens et al., 1990). Il s'agit donc d'une réponse complexe, mêlant les dimensions cognitive et somatique. Ainsi, selon Spielberger (1972), l'état de peur est lié à la perception d'une menace, c'est-à-dire à l'évaluation de la situation actuelle de la discipline comme dangereuse, physiquement ou psychologiquement. McGrath (1970), propose un modèle de même nature, dans lequel la réponse émotionnelle découle de la perception d'un décalage entre la difficulté de la tâche et les performances des athlètes. Cette réponse serait en outre dépendante de l'importance que revêt pour le sujet la réussite ou l'échec : la perception d'un décalage subjectif entre difficulté et habileté n'a un caractère anxiogène que si l'atteinte du résultat représente un enjeu réel pour l'athlète. L'incertitude perçue ici est liée à la probabilité subjective de succès, c'est-à-dire aux chances que se donne l'athlète d'atteindre les meilleures

performances. Cette probabilité est déterminée par la mise en regard des exigences de la tâche et des capacités de réponse de l'athlète (Martens, 1990). En d'autres termes, il s'agit d'une confrontation entre difficulté perçue et habileté perçue, qui renvoient à ce que Bandura appelle « *le sentiment d'efficacité personnelle* ». Les athlètes handisports du Cameroun sont spécialisés dans la revendication des obstacles (primes supplémentaires, athlètes de niveau inférieur), ce qui les amène à consolider la défaite comme un comportement adaptatif et dissocier l'athlète du résultat tout en lui permettant de s'accommoder à l'échec.

En analysant le manque de l'auto détermination comme l'une des causes des multiples échecs aux compétitions sportives tel que l'affirment les participants (M : 3,45 ; ET : 1,50), l'approche structurale et ses effets sur l'enseignement de la lutte à la Fédération Camerounaise de Lutte nous ouvre quels que pistes de réflexions. Legras (1999, p.124) signale que l'on est en présence d'une approche de type « *interdisciplinaire* » pour laquelle, on postule l'existence de principes fondamentaux communs à tous les sports individuels, les interactions motrices entre les joueurs constituant l'angle d'attaque privilégié pour modéliser le jeu et l'activité des pratiquants. De ce fait, les savoirs à enseigner sont caractérisés par un ensemble de principes d'action en attaque et en défense (Bayer, 1976). Reprenant cette idée, d'autres auteurs soulignent l'intérêt de mettre à jour les similitudes de structures qui permettent de viser des apprentissages transversaux (Beunard et Dersoir, 1992). De même, Erbani et Fourquet (1985, p.31) délimitent les contours d'une « *motricité de relation* » spécifique à la famille des sports individuels. Une approche transversale de la construction des savoirs et de leur enseignement organise ainsi la mise en œuvre d'un projet pédagogique. Lequel projet nécessite une auto détermination sérieuse afin d'acquérir des habiletés motrices susceptibles de concourir à la réalisation de bonnes performances sportives.

Les encadreurs, pour encourager les athlètes à être motivés, appliquent une pédagogie différenciée. C'est-à-dire qu'ils tiennent compte des potentialités et différences existant entre chaque apprenant. De même, ils tiennent compte du degré de handicap de chaque athlète avant de les soumettre à la charge. Quand il y a échec, les encadreurs encouragent généralement les athlètes à continuer. Ils leur font comprendre qu'ils peuvent y arriver malgré la complexité de l'exercice. Les encadreurs respectent les initiatives prises par les athlètes, les encouragent régulièrement car, ils pensent que ceux-ci peuvent avoir des talents qu'il faut dénicher. La notation des encadreurs ne se fige pas seulement sur le barème officiel, mais tient compte du comportement de l'athlète lui-même sur le tatami, elle se réfère à son assiduité, à la ponctualité

aux séances d'entraînements. C'est tous ces éléments qui créent de la motivation chez les sportifs en situation de handicap.

Prenons pour exemple le modèle de la motivation pour la compétence de l'apprenant de la boxe qui s'inspire de la théorie de la compétence de White (1959). Il se base sur le sentiment de compétence de l'athlète. Précisément, chaque individu désire de façon innée, être compétent dans tous les domaines de l'accomplissement humain. Ainsi, pour satisfaire ce besoin de compétence, l'individu essaye d'avoir une certaine maîtrise. Lorsque l'individu réussit ses tentatives de maîtrise, il favorise l'auto-efficacité et le sentiment de compétence. Ces derniers favorisent à leur tour une motivation par la compétence. Lorsque la motivation par la compétence augmente, l'apprenant tente d'effectuer d'autres tentatives de maîtrise.

À l'inverse, lorsque les tentatives de maîtrise échouent, cela se traduit par une faible motivation par la compétence et des affects négatifs (exemple, l'anxiété et le sentiment d'incompétence, d'abandon). Une faible motivation par la compétence conduit, en général, l'apprenant à abandonner l'activité pratiquée et à développer des mécanismes de fuite ou des stratégies d'auto-handicap (Weineck, 1997).

Parlant des stratégies d'auto-handicap en sport, les participants à cette étude déclarent avoir des connaissances sur ce terme (M : 3,98 ; ET : 1,53). Cependant, ces connaissances sont diversifiées, chacun selon son niveau de compréhension.

De manière générale, 75% de participants affirment que leurs athlètes adoptent des attitudes auto handicapantes lors des compétitions sportives. Par contre, 25% donnent des réponses mitigées. L'encadreur M.G de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Visuels affirme que : *« les athlètes sont assez rusés. C'est des choses qu'on vit au quotidien. Pour eux, il faut déclarer une blessure, une maladie ou la fatigue lorsqu'on ne veut pas s'entraîner. »*

Dans la même logique, certains sportifs handicapés affichent un comportement de rejet ou de refus de se confronter à leurs compères lors des activités physiques et sportives. Pour eux, la vue de leur désordre corporel rappelle à la personne déficiente la réalité de la difformité du corps propre et reflète l'image du soi corporel. Les sujets interrogés ont effectivement reconnu leur attitude d'évitement pour toute confrontation avec le handicap de l'autre. Ils refusent de voir la figure du corps déformé, son incompétence et son état de dépendance.

« Je ne veux pas voir de handicapés qui souffrent comme moi. Je ne veux pas parler avec eux. Je ne veux pas me mélanger avec cette catégorie de gens. Lorsque j'en croise un dans

la rue, ça me met très mal à l'aise. Je préfère changer de trottoir. » T. W.G (en fauteuil, amputé des deux jambes,).

Cette attitude est de nature handicapante. Les athlètes pour contourner les contraintes qu'exigent les entraînements ou la préparation aux compétitions sportives, développent des stratégies d'auto handicap qui se traduisent à travers des déclarations de maladie, de blessure, de fatigue ou tout autre revendication de nature à créer un obstacle qui vise à compromettre sa performance afin d'en disposer une excuse en cas de mauvaise performance sportive.

Une fois l'interprétation des résultats terminée, nous passerons à la validation desdits résultats par rapport aux hypothèses, aux objectifs et au cadre de référence selon leur pertinence.

6.3 Discussion

6.3.1 La méthode de recherche utilisée

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la triangulation qui est une approche des méthodes mixtes la plus courante et la plus connue. Ce modèle est utilisé pour obtenir des données quantitatives et qualitatives différentes, mais qui se complètent sur le même problème de recherche, afin de mieux comprendre les questions de recherche. Cette méthode nous a permis de résoudre notre problème ou de vérifier nos hypothèses de recherche.

Comme outil de collecte de données qualitatives, nous avons utilisé l'observation et l'entretien. Pour les données quantitatives, nous avons utilisé le questionnaire.

Concernant les observations des athlètes en séance d'entraînement, certains, malgré la présence des observateurs, n'ont pas modifié leurs comportements. Ceci nous a permis d'avoir des informations plus authentiques qui représentent effectivement les pratiques pédagogiques observées. La neutralité et la non immixtion de ces observateurs a été une garantie pour limiter leur influence sur les athlètes observés. En outre, les observations des athlètes ont été effectuées pendant trois séances d'entraînements. Le nombre d'observations semble très suffisant pour obtenir des informations souhaitées. Cependant, la bonne maîtrise des athlètes par les observateurs choisis parmi les encadreurs nous a permis de comprendre rapidement le comportement desdits athlètes. Lequel comportement se différenciait d'une séance à l'autre et en fonction des attitudes des athlètes vis-à-vis des encadreurs.

Parlant de l'entretien avec les encadreurs, il convient de rappeler que les encadreurs qui ont été recrutés dans le cadre de l'observation en tant qu'observateurs n'ont pas participé à

l'interview. Au regard de leur ancienneté, certains encadreurs étaient plus expérimentés que d'autres et répondaient couramment aux questions en prenant des exemples concrets.

Enfin, le questionnaire quant à lui a été constitué de 39 items. Ce questionnaire semblait un peu long pour certains athlètes qui éprouvent des difficultés dans la lecture. Cela pouvait à un moment donné, créer un découragement à certains participants qui n'avaient aucun intérêt à répondre aux questions posées. Un questionnaire court leur aurait été plus intéressant.

6.3.2 Les résultats obtenus

La discussion permet de démontrer la pertinence des résultats par rapport aux hypothèses de recherche, aux objectifs fixés au départ ainsi qu'au cadre de référence retenu.

Nous nous sommes fixés au départ l'objectif de : vérifier si les stratégies d'auto-handicap ont un lien avec les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.

De cet objectif général, nous avons élaboré deux objectifs spécifiques, notamment :

- vérifier si l'auto-handicap comportemental génère les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun ;
- vérifier si l'auto-handicap revendiqué influence sur les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.

L'analyse inférentielle nous a permis de mesurer la corrélation entre les variables indépendantes notamment : La corrélation entre l'auto handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handisports. À ce niveau, la matrice nous présente une corrélation négative et significative ($r = -0.623$; $P = .001$). Ce résultat montre que les participants emploient fortement l'auto handicap comportemental, ce qui baisse significativement leurs performances sportives. De même, la matrice de corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports nous présente une fois de plus une corrélation négative et significative ($r = -0,466$; $P = 0,05$). Ce résultat sous-entend que les participants qui ont la propension à utiliser l'auto handicap revendiqué ont également les performances sportives relativement faibles.

Au regard des résultats obtenus suite aux investigations menées sur le terrain et par analyse inférentielle, nous pouvons affirmer que ces objectifs ont été atteints, à un taux de moins de 100%.

6.3.2.1 L'auto-handicap comportemental et les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun

Tout d'abord, l'auto handicap comportemental a des effets sur l'impression faite par l'entraîneur sur son athlète. Dans ces conditions, plusieurs études montrent que les entraîneurs dévalorisent globalement les athlètes qui emploient l'auto-handicap comportemental (Hirt et al., 2003 ; Levesque et al., 2001 ; Luginbuhl & Palmer, 1991 ; K. A. Martin, 1996 ; D. S. Smith & Strube, 1991). Ces auteurs considèrent cependant que l'auto-handicap comportemental est l'expression de l'auto-handicap qui est la plus préjudiciable pour l'impression faite à l'endroit des athlètes, (Cox & Giuliano, 1999 ; Hirt et al., 1991 ; Rhodewalt et al., 1995). Dans le même ordre d'idées, Hirt et al. (1991) donnent l'exemple d'un entraîneur qui sera plus indulgent avec un athlète qui réalise une faible performance sportive à cause de son état d'anxiété qu'avec celui qui la réalise par manque d'efforts. Des handicaps personnels tels que l'anxiété ou la maladie peuvent difficilement être reprochés à un athlète, car généralement considérés comme étant subis (Prapavessis et al., 2004 ; Snyder, Smith et al., 1985).

Cependant, les entraîneurs sont plus sévères envers les athlètes qui initient eux-mêmes les obstacles tels que la réduction des efforts et/ou la procrastination lors de l'entraînement ou pendant la compétition sportive qu'avec ceux qui subissent un obstacle difficilement contrôlable comme les effets secondaires d'un médicament ou l'état d'anxiété (Rhodewalt et al., 1995). Or, la majorité des athlètes en situation de handicap au Cameroun se distingue par la réduction des efforts et la procrastination comme l'indique les résultats de l'entretien avec l'entraîneur J.C.N de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques qui justifie cette attitude par le fait que, « *certain athlètes ont peur de se blesser et de contacter un nouvel handicap* ». La réduction régulière de l'effort par ces athlètes les entraîne vers un désengagement psychologique. À ce sujet, 75% d'entraîneurs affirment que le niveau d'engagement des athlètes face à l'adversaire est faible. Face à cette situation, l'entraîneur M.A de la Fédération Camerounaise des Sports pour Sourds, s'explique par le fait que, la plupart des athlètes qu'elle encadre s'estiment négativement quand ils sont face à des exercices qui nécessitent un degré assez élevé d'engagement. « *Par exemple lorsqu'on leur demande de soulever des charges lourdes, pour le cas du powerlifting, les athlètes ont très peu*

d'engagement ». C'est ce qui explique, la réduction de l'effort lors de la préparation aux compétitions sportives par la plupart d'athlètes. Nous avons comme indicateur : la représentation négative de la tâche, le manque d'attention au cours, le manque de concentration, l'absence des stratégies pour la réalisation de la tâche, le manque de confiance en soi et à l'encadreur, l'exécution partielle des consignes techniques...

Cependant, selon Levesque et al. (2001), la protection ou la valorisation de soi dépend du résultat de la performance ultérieure. L'usage de l'auto-handicap comportemental permettra de diminuer artificiellement la responsabilité de sa compétence personnelle en cas de mauvaise performance (protection de soi) ou d'augmenter l'implication de cette compétence en cas de bonne performance (i.e., valorisation de soi). Autrement, l'auto handicap comportemental est aussi bénéfique pour l'athlète dans ce sens qu'il lui permet de justifier sa piètre performance sportive. L'utilisateur de cette stratégie pourra ainsi justifier un éventuel mauvais résultat ou rendre un éventuel bon résultat encore plus gratifiant grâce à la présence du handicap. Dès lors, la gestion des attributions se réalise de manière anticipée en utilisant une ou plusieurs propriétés de l'obstacle choisi. Cette stratégie trouve son origine à travers les « *principes de diminution et d'augmentation* » présentés par Kelley (1972). Le principe de diminution signifie que lorsqu'un résultat est associé à plus d'une cause plausible, les attributions pour chacune de ces causes seront moins importantes que si une cause unique est mise en avant. À l'inverse, le principe d'augmentation implique que l'attribution de causalité d'un agent donné est renforcée si les résultats se produisent en dépit de la présence des influences inhibitrices (Kelley, 1972). Jones et Berglas (1978) décrivent ce principe à travers l'exemple de la consommation d'alcool. Cette consommation peut être considérée comme une cause inhibant la performance alors que la compétence est une cause facilitant cette même performance. L'inférence que la compétence est la cause potentielle d'une performance la plus probable se trouve augmentée par la présence de l'alcool. Comme le rappelle Feick et Rhodewalt (1997), ce principe permet à l'utilisateur de l'auto-handicap de diminuer les attributions d'une faible compétence en cas d'échec et d'augmenter les attributions d'une forte compétence en cas de réussite. Ces comportements relativement déplorables sont incontestablement non propices à l'acquisition des habiletés escomptées. D'où les contre-performances observées chez les athlètes en situation de handicap au Cameroun. Par conséquent, notre premier objectif spécifique est atteint.

Nous passerons à présent à la discussion du résultat sur la corrélation entre l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports.

6.3.2.2 L'auto-handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun

Le résultat obtenu pour cette variable présente une corrélation négative et significative ($r = -0,466$; $P = 0,05$). Ce qui signifie que les participants qui ont la propension à utiliser l'auto handicap revendiqué réalisent généralement des performances sportives relativement faibles. Autrement dit, L'auto-handicap revendiqué influence les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.

Pourtant, une étude menée sur l'auto-handicap revendiqué indique également que plus les participants revendiquent d'obstacles avant de réaliser un test physique, plus ils obtiennent ensuite de bonnes performances (Ryska, 2002). Ces résultats ont cependant été observés chez les sportifs qui manquent de confiance concernant leur niveau de compétences mais pas chez ceux qui présentent une grande confiance en celles-ci. Ce bénéfice de l'auto-handicap revendiqué, observé par quelques études, pourrait provenir du fait que ces stratégies libèrent des inquiétudes liées à la peur de perdre son image de compétence et permettent ainsi de focaliser toute son attention sur la tâche à effectuer (Deppe & Harackiewicz, 1996 ; Leary & Shepperd, 1986 ; Snyder & Higgins, 1988b). À ce titre, Leary (1986), de même que Harris et Snyder (1986), a constaté que la réalisation d'une tâche évaluative en présence d'un handicap imposé réduit l'anxiété. Nous pouvons dans ce cas accepter avec réserve que l'auto handicap revendiqué est bénéfique pour certains sportifs.

Cependant, d'autres travaux suggèrent toutefois que l'auto-handicap revendiqué pourrait engendrer des coûts sur les performances, coûts qui viendraient souvent dépasser les maigres bénéfices apportés par ces stratégies (Elliot et al., 2006).

La revendication d'obstacles affecte directement les ressources cognitives ou physiologiques des athlètes en compétition. Ce qui nous amène à comprendre que l'auto-handicap revendiqué puisse également avoir un effet négatif sur les performances sportives, mais par le biais de processus différents. On peut, à ce titre, citer les résultats d'une étude de Elliot et al., (2006) dont l'objet était de montrer que l'auto-handicap revendiqué est un médiateur entre le contexte motivationnel dans lequel les sportifs pratiquent une activité et les performances qu'ils réalisent. Ces auteurs ont invité des joueurs de basket à effectuer à un parcours chronométré de basket-ball dans un contexte motivationnel orienté vers la performance (essayer de faire mieux que les autres) ou vers la maîtrise (essayer de progresser). Juste avant de passer le test, les participants devaient indiquer l'importance qu'ils accordaient

aux scores qu'ils obtiendraient sur ce test, mesure que ces auteurs assimilent à l'auto-handicap revendiqué. Comme attendu, comparativement aux participants qui ont passé le test en contexte de maîtrise, les participants ayant passé le test dans un contexte de performance ont affirmé accorder moins d'importance au test et ont obtenu de moins bons résultats.

Les analyses desdits résultats ont ainsi permis de valider l'hypothèse selon laquelle l'auto-handicap revendiqué joue un rôle médiateur entre le contexte motivationnel de pratique et les performances réalisées. Ce qui nous intéresse plus particulièrement ici, c'est le lien mesuré entre les revendications des participants et les performances réalisées ($r = .50$). Selon ces auteurs, l'effet délétère des revendications des obstacles par les athlètes aurait conduit à la déclaration des maladies imaginaires, au bouleversement émotionnel encore moins à l'échec. Bien que cette étude présente la limite de ne mesurer qu'une manifestation particulière de l'auto-handicap revendiqué, elle illustre clairement un des processus par lequel cette stratégie pourrait affecter les performances sportives des athlètes.

D'autres manifestations telles que l'inattention aux entraînements, la déclaration des maladies imaginaires, la déclaration des blessures imaginaires, l'irrespect des consignes techniques, la revendication des primes supplémentaires ou encore tout comportement pouvant entraîner un bouleversement émotionnel sont en réalité d'autres formes de stratégies, très partagées entre les athlètes handisports aux fins de trouver des prétextes pour justifier leur contre-performance sportive. C'est dans cette perspective que les participants à notre étude ont affirmé unanimement qu'ils se créent généralement des stratégies d'auto-handicap lors des compétitions sportives ($M : 3,22$; $ET : 1,53$). En exploitant la théorie des attributions causales de Wiener (1986), nous avons compris la cause des propos le plus souvent évoqués par les athlètes en situation de handicap notamment : « *j'ai réussi parce que je ne suis pas bien entraîné* », « *l'entraîneur nous a mal préparé* », « *je ne me sentais pas bien* », etc. D'autres adoptent souvent des attitudes d'excuses pour justifier leurs échecs : « *j'étais fatigué* », « *je n'ai pas reçu ma prime* », « *ce n'étais pas mon jour* ».

L'auto-handicap revendiqué pourrait également nuire aux performances par le biais d'autres processus. Les coûts de cette stratégie pourraient, par exemple, opérer par l'activation non consciente d'images négatives (Bargh et al., 1996 ; Dijksterhuis & Van Knippenberg, 1998 ; Follenfant et al., 2005) ont, par exemple, montré que l'activation non consciente de l'image d'un basketteur a tendance à augmenter les performances sur une tâche de lancer de balle lestée alors que l'activation de celle d'une personne handicapée a tendance à les faire

baisser (Follenfant et al., 2005). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les structures mentales qui servent à produire des images mentales sont intimement liées à celles qui servent à produire des comportements (Prinz, 1990). Par le biais d'un processus similaire, la revendication d'obstacles pourrait donc conduire à une baisse des performances : en rapportant un état de fatigue (réel ou non), une personne activerait de manière non consciente des images associées à la fatigue et verrait son tonus baisser. Le recours à l'auto-handicap revendiqué pourrait également amener les individus à focaliser leur attention sur d'autres éléments que ceux nécessaires à la réussite d'une tâche (Greenberg et al., 1985). En outre, les revendications risquent d'amener les individus à se focaliser sur des éléments négatifs et/ou à visualiser des scénaris d'échec et donc probablement à éprouver des émotions négatives.

En résumé, ces deux hypothèses ont permis de montrer que les stratégies d'auto-handicap ont un lien avec les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.

6.3.3. Limites et suggestions

À ce niveau, nous présenterons quelques limites et envisagerons des solutions.

6.3.3.1. Limites de l'étude

Etant entendu qu'aucune œuvre humaine n'est parfaite, notre travail de recherche connaît quelques limites que nous présenterons de manière suivante :

Premièrement, il nous a été difficile de tirer des conclusions après l'interview de chaque répondant à cause de la complexité de notre sujet d'étude.

Ensuite, il nous a fallu beaucoup de temps et des compétences particulières pour concevoir, conduire et interpréter les entretiens.

Et enfin, les données recueillies dépendent des connaissances des athlètes handicapés interrogés et de leur volonté à bien vouloir répondre. D'où l'obtention d'une pléthore d'informations à cause des différences interpersonnelles d'une part et le fait que chaque athlète est une singularité, unique en son genre d'autre part.

Parlant des limites thématiques, Le même constat que celui qui a été fait pour les deux expressions de l'auto-handicap émerge pour les différentes dimensions de l'auto-handicap. Malgré le fait que ces dernières aient été clairement définies par les précurseurs du concept (Berglas & Jones, 1978 ; Snyder & Smith, 1982) et malgré les recommandations des chercheurs de bien les distinguer (Arkin & Baumgardner, 1985), elles restent floues et peu différenciées dans la littérature.

6.3.3.2. Suggestions

L'un des plus grands défis auxquels sont confrontés les athlètes handicapés qui, participant aux activités sportives, est celui de composer avec les complexités de la victoire et de la défaite, ou de la réussite et de l'échec. L'athlète qui compare sa performance à celle d'un autre athlète ou camarade est alors confronté à cette distinction pour la première fois, et est apte à évaluer sa réussite ou son échec, souvent lorsqu'il essaie un nouveau sport ou une nouvelle activité physique. Il s'agit d'une dure leçon, et il n'est pas rare que les athlètes deviennent préoccupés par le fait d'être les moins bons à un sport ou à une activité, ce qui peut freiner leur enthousiasme et parfois les inciter à abandonner. Dans les faits, l'une des principales causes d'abandon du sport chez les athlètes handicapés est un faible niveau de compétence perçue ou un sentiment d'infériorité que les athlètes développent en comparant leurs habiletés à celles des autres.

Les encadreurs se doivent, plutôt que de mettre les athlètes à l'abri de l'échec, les apprivoiser dans un environnement sécuritaire et positif. Les notions de réussite et d'échec sont inculquées grâce à un mélange de jeux modifiés, de démonstrations et d'apprentissage imitatif avec l'entraîneur. Ces notions peuvent aussi être étayées à la maison par les parents ou accompagnateurs d'athlètes handicapés. L'idée est d'utiliser le sport comme véhicule pour l'amélioration d'importantes habiletés fondamentales et aptitudes sociales, qu'ils peuvent utiliser dans la vie d'une part, et de faciliter l'insertion sociale des sportifs handisports d'autre part.

La performance sportive est au centre de toute opération et discours quand il s'agit des athlètes en compétition. Le plus important est alors l'optimisation des performances. Il est scientifiquement démontré que : quand les athlètes sont physiquement, techniquement, tactiquement et stratégiquement préparés, la différence chez l'athlète vainqueur se fait au niveau de la condition mentale c'est-à-dire la bonne maîtrise des stratégies d'auto handicap. C'est pourquoi les administrations en charge des équipes sportives doivent tenir compte de l'importance du psychologue en milieu sportif en général et plus particulièrement en handisport. Son action porte sur l'entraînement mental, sur les stratégies de la gestion de l'impact des charges d'entraînement en rapport avec le degré de handicap du sportif ; la pression de la compétition par rapport aux objectifs fixés, la gestion du stress causé par l'échec ou succès, le réaménagement mental des athlètes déficients. Il intervient dans l'encadrement sportif, aux près des entraîneurs et aux près des athlètes.

Auprès des entraîneurs : il assiste l'entraîneur à :

- établir une bonne communication et une bonne compréhension du vécu des athlètes ;
- construire avec l'athlète des objectifs de performances réalisables à court, à moyens et à long terme ;
- prêter attention au climat de travail dû à la qualité de son feed-back à l'endroit des athlètes ;
- établir un contrat de confiance avec l'athlète et veuille à ce qu'il ne soit pas rompu ; afin de ne pas baisser la performance de ce dernier ;
- éviter de mettre l'athlète sous une forte pression, car cela pourrait l'emmener à vouloir donner un rendement au-dessus de ses potentialités normales ; à se fixer des objectifs irréalisables et sombrer dans le désespoir face à l'échec ; ou encore l'emmener à consommer des substances interdites pour réaliser un soi fictif.

Auprès des athlètes, le psychologue du sport intervient pour les emmener à identifier toujours leurs points forts, gage de succès et leurs points faibles, causes d'échec. En effet, l'athlète doit pouvoir identifier ce qui l'emmène à produire de plus hautes performances, et tout ce qui l'en écarte. Le succès ne serait pas ici un fait de hasard.

L'athlète doit s'auto évaluer positivement, ce qui augmenterait son estime de soi, son niveau d'aspiration et son niveau d'activation donc ses performances.

L'athlète en compétition doit toujours élaborer un discours et une autosuggestion positive. Il gagnerait à reproduire constamment à l'entraînement comme pendant la compétition une imagerie mentale des gestes de technique globale ; ce représenter mentalement des situations tactiques voire stratégiques de la réalité de compétition.

Les athlètes doivent avoir un degré d'aspiration élevé, ainsi qu'un plan de carrière. Toutefois, ils doivent s'évaluer à leur juste niveau. Cela leur éviterait de vouloir à tout prix correspondre aux attentes parfois trop élevées de leur environnement immédiat ou lointain (Sytchov, 1966).

Le psychologue du sport aide l'athlète à mieux gérer ses blessures. L'athlète doit apprendre à gérer son stress avant, pendant et après la compétition. Le psychologue a la charge de lui apprendre à gérer le succès ainsi que l'échec. L'athlète doit savoir gérer l'influence des médias qui pourrait l'emmener à la dérive : mépris des concurrents et consommation des substances interdites.

Malgré tout, le mythe le plus persistant en ce qui concerne la préparation psychologique pour les activités sportives de haut niveau est celui qui consiste à réduire cette préparation à des aspects précis comme le discours motivationnel lorsqu'une équipe traverse une mauvaise passe, ou lorsque la réussite est menacée par un problème relationnel entre joueurs. S'arrêter à cette idée préconçue ne permet pas de voir des progrès se manifester à long terme et n'implique pas une mise en place d'une pratique permanente qui verrait des psychologues être incorporés aux équipes d'entraîneurs à temps plein.

Autrement, les entraîneurs et les professionnels qui travaillent dans le milieu sportif devraient prendre en considération la mise en place d'entraînements qui visent à développer les forces psychologiques, ce qui veut dire que cet aspect ne serait pas un élément à considérer d'un point de vue extérieur, mais serait partie prenante du développement complet des athlètes. Il serait un élément indispensable du développement tout azimut puisqu'il est nécessaire au développement d'habiletés physiques, techniques et tactiques.

De ce fait, nous pouvons nous concentrer sur les différentes étapes qu'une saison de compétition implique. Dans la préparation à cette saison de compétition, les psychologues du sport tentent d'appréhender les faiblesses, mais aussi le potentiel des athlètes. À cette fin, l'athlète peut se soumettre à différentes procédures incluant des entrevues, des tests psychologiques et des évaluations de groupe afin de fixer le niveau du développement possible de l'individu dans son sport. À cette étape, la préparation psychologique est intimement liée à la capacité du développement physique. Motivation, tolérance à la douleur, connaissance de soi et le développement de bases relationnelles avec les membres de l'équipe seront mis de l'avant. En ce sens, le rapport à soi prend une place importante. Cette stratégie consiste à se répéter des points positifs orientés vers soi dans des moments difficiles en session d'entraînement et en situation de compétition. Le but consiste à contrôler la pensée négative.

En somme, les athlètes doivent savoir que l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies d'auto handicap, quel qu'en soit l'objectif a des effets délétères sur les performances sportives ; ils doivent s'accepter et considérer leur handicap comme un avantage et non un repli sur soi. Ils doivent tout de même comprendre que la pratique régulière des Activités Physiques et Sportives améliore considérablement leur condition de vie et permet leur prise en charge personnelle.

CONCLUSION GENERALE

L'APA est un concept qui englobe l'ensemble des activités, services, structures et stratégies visant la participation sociale et le développement des personnes à besoins particuliers par l'entremise des activités physiques et/ou sportives. C'est un domaine d'expertise interdisciplinaire/pluridisciplinaire, incluant la rééducation et la thérapie, l'éducation physique et sportive, les loisirs ainsi que les activités récréatives et le sport de compétition à tous les niveaux.

L'APA est une discipline à part entière qui possède son propre objet, situé au croisement de multiples champs de connaissances et au centre d'un processus de productions scientifiques. Cette conception à la fois pluridisciplinaire et spécifique de l'APA s'accompagne d'une philosophie, d'une éthique humaniste, se concrétisant par des démarches et des programmes qui s'appuient sur les droits de l'Homme, en vue de promouvoir les parcours de vie et le devenir des personnes handicapées. Un tel projet s'inscrit pleinement dans les principes fondateurs de la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées qui sont de « Promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. » (Boursier, 2012).

La pratique du sport de compétition par les personnes handicapées au Cameroun constitue une préoccupation universelle à travers la loi N°2010/002 du 13 avril 2010 portant promotion et protection des personnes handicapées qui stipule que, l'Etat, les collectivités territoriales et la société civile prennent toutes les dispositions utiles pour la promotion du sport et des loisirs des personnes handicapées et organisent leur participation aux compétitions nationales et internationales. Cette universalité du sport a pour but le bannissement des conceptions et des perceptions qui déterminaient le handicap comme une situation sociale désavantageuse, une fatalité plongeant la personne en situation de handicap dans un état de précarité ou de mendicité. Le sport apparaît dès lors comme un remède à la blessure du handicap et comme ayant une action « réparatrice » de l'intégrité corporelle, ouvrant la possibilité de s'inscrire dans un projet de vie (Labridy, 1991).

La majorité des études évoquées pour justifier les contre-performances des athlètes aux compétitions sportives ont été effectuées dans le cadre des théories de la motivation. Les performances des athlètes se justifient ainsi par le sentiment d'auto efficacité, l'auto détermination, l'estime de soi, l'accomplissement, la valeur perçue de la tâche, la résignation acquise, les représentations, les attributions causales, etc. Mais, elles n'accordent pas une place

importante aux stratégies d'auto handicap qui détermine le comportement des athlètes en situation de compétition sportive. Les athlètes, face aux exigences d'une situation menaçante, devant un système normatif d'entraînement prévu par les institutions internationales et incarné par l'encadreur, développent des moyens de contournement plus aisés à travers d'autres règles implicites tels que la déclaration des blessures imaginaires, les émotions négatives... L'action de l'entraîneur en tant que détecteur des forts handicapés pourrait constituer une première étape pour anticiper sur les conduites handicapantes des sportifs (Rhodewalt et al., 1984) qui s'opposent ainsi à celle de l'athlète.

La relation sport et handicap est une relation paradoxale car elle se construit souvent sur des notions antagonistes : capacité/incapacité, maladie/santé, intégration/exclusion... sans qu'il soit toujours possible de repérer la logique dominante du discours. La logique médicale en référence à la santé, au soin, à la rééducation, et la logique d'appartenance sportive, avec les références aux valeurs de performance, de dépassement ou de progrès, sont en permanence imbriquées. Les personnes en situation de handicap sont considérées soit comme malades, soit à rééduquer, et le sport peut être une réponse. Aujourd'hui, la médiatisation très limitée du sport pour les personnes en situation de handicap est un révélateur de l'importance accordée à cette pratique et à ceux qui l'exercent. L'intérêt médiatique des Jeux Paralympiques est, un exemple palpable. (Compte, 2010, P. 13-21)

Le sport permet de vaincre la marginalisation, la stigmatisation, les préjugés, l'isolement et même l'exclusion sociale. Dans l'entretien, cette vertu du sport est motivée par la pensée de l'encadreur J.C.N de la Fédération Camerounaise des Sports pour Déficients Physiques qui le justifie par le fait que : « avec le sport, la plupart de mes athlètes sont entrés dans la vie, ils ne sont plus exclus ». Cependant, l'acceptation des athlètes handicapés est rendue plus facile par la réalisation de bonnes performances sportives quelles que soient la nature et la sévérité de la déficience. En effet, si nous considérons qu'un élément constitutif du sport est la performance, il est évident qu'à travers les représentations qui s'y rattachent, le sportif se trouve en situation de prouver sa capacité de surmonter son handicap afin non seulement d'être considéré comme d'autres sportifs, mais comme celui qui a vaincu son adversité. « Malgré mon handicap je suis capable de. » est le message que le sportif en situation de handicap se sent obligé d'exprimer en permanence.

Ainsi la performance du sportif handicapé devient le signe tangible, objectif, d'un accès à la normalité. Mais elle n'est pas perçue comme le résultat d'un simple entraînement physique,

d'un investissement au quotidien, d'un accomplissement personnel, plutôt comme celui d'une quête permanente pour construction d'un mental performant en vue de l'amélioration des conditions de vie de la personne en situation de handicap. Ladite Construction passe indubitablement par la maîtrise de l'équilibre sur les plans cognitif, affectif et émotionnel.

Sur le plan cognitif, la théorie de l'équilibre développée par Festinger (1954), sous l'appellation de la dissonance cognitive pourrait expliquer les difficultés auxquelles font face les athlètes en situation de handicap quant à la réalisation de la performance sportive et la gestion de la déficience. Il y a contradiction entre deux cognitions. Il faut donc déclencher le mécanisme de résolution du malaise psychologique causé par le caractère stressant des conditions de préparation et de participation aux compétitions sportives, pour créer une satisfaction afin de remettre l'athlète dans un état d'équilibre psychologique. C'est ce que Moscovici (1986) repris par Ebale (2019), appelle la théorie du changement d'attitude.

L'attitude étant considérée ici comme : « un schéma dynamique de l'activité psychique, schéma cohérent et sélectif, relativement autonome, résultant de l'interprétation et de la transformation de modèles sociaux et de l'expérience de l'individu ». Moscovici (1960, p.269). L'attitude permet d'anticiper, de soutenir et d'orienter le comportement des athlètes handicapés de manière à ce qu'ils n'agissent plus simplement sur le modèle $E \Rightarrow P$ Entraînement / Performance, mais plutôt sur le modèle $E \Rightarrow P_m \Rightarrow P$ Entraînement / Processus mentaux / Performance. Ce modèle intègre la performance sportive comme une conséquence d'opérations cognitives effectuées dans le système nerveux central de l'athlète lors de l'entraînement. C'est donc au niveau desdits Processus mentaux que les athlètes handicapés développent les stratégies d'auto handicap telles que théorisées par Johnes et Berglas (1987). En réalité, lorsqu'un athlète développe l'auto handicap, il a pour bénéfice : la protection de soi en cas d'échec ou la valorisation de soi en cas de succès. Sauf que ce bénéfice est moindre à comparer à la satisfaction que procure la réussite lorsqu'un athlète handicapé remporte une médaille en compétition.

Parlant de la situation d'échec ou de succès, la théorie de la résignation apprise distingue les individus optimistes des pessimistes, Seligman (1994). Les athlètes en situation de handicap sont considérés dans ce cas comme des individus pessimistes. De véritables résignés qui, face à des situations incontrôlables, développent plutôt des attitudes négatives vis-à-vis de la tâche. Ces attitudes sont susceptibles de compromettre leur prestation lors des compétitions sportives. Lorsque les résultats ne sont pas satisfaisants, les athlètes en situation de handicap vont attribuer

les causes de leur échec à tout autre chose que le manque de compétence. C'est ce qui nous a amené à interroger la théorie de l'attribution de (Weiner, 1985) qui pourrait apporter un éclairage sur les mécanismes d'attribution des causes des multiples échecs aux compétitions sportives le plus souvent enregistrés par ces athlètes.

Pour l'auteur, la cause d'un comportement pourra être perçue comme « interne » ou « externe » selon qu'elle se situe à l'intérieur ou à l'extérieur du sujet. Pour le cadre de notre étude la cause est interne car liée au comportement de l'athlète si on se réfère aux observations. D'où la nécessité de convoquer la théorie de l'auto-efficacité de Bandura (2004). Il considère le sentiment d'efficacité personnelle comme l'ensemble de croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Dans la même logique, Famose (1991), fait une corrélation entre les représentations cognitives et le degré d'engagement de l'athlète. Pour lui, quand l'athlète se sent très efficace, il se comporte avec assurance, garde son attention centrée sur la tâche et réagit positivement aux obstacles rencontrés en les considérant comme des défis et en recherchant les moyens de les surmonter. Le sentiment d'auto-efficacité reste donc une valeur efficace à développer chez les athlètes en situation de handicap afin d'éviter qu'ils se désengagent complètement de la tâche. Développer un sentiment d'efficacité chez ces athlètes, participe non seulement à la réalisation de bonnes performances sportives, mais aussi et surtout à l'amélioration des conditions sanitaires de la personne déficiente. C'est ce qui amène Cottraux (2011), à affirmer que l'efficacité personnelle représente un facteur de bonne santé et de résilience. Plus le niveau d'efficacité personnelle est faible, plus l'athlète cherche à concevoir les obstacles comme autant de preuve de son incapacité.

Dans le même ordre d'idées, la théorie de l'autodétermination de Déci et Ryan (1985), considérée comme le socle théorique, permet de comprendre les processus psychologiques mis en jeu dans le comportement des athlètes en situation de handicap. Cette théorie nous fait savoir que ces athlètes ne sont pas intrinsèquement motivés car, l'environnement institutionnel dans lequel ils évoluent est contraignant, pour cette raison, leur engagement serait lié à leur compétence perçue et leur faible capacité d'autodétermination qui fait référence à leur identité propre ou soi physique, toute chose qui caractériserait aussi leur faible performance.

De tout ce qui précède, il est nécessaire d'identifier lors de la Prise en Main (PM), les athlètes ayant la propension à développer l'auto handicap, pour le corriger lors de la Mise en Train (MT) à travers une PPG (Préparation Psychologique Généralisée). Ainsi, lors de la Partie Principale (PP), l'encadreur pourra développer son programme d'entraînement sachant que le

mental est au beau fixe. Cette préparation permettra de relever le niveau d'activation mental de l'athlète afin de le mettre dans des conditions optimales d'acquisition des habiletés motrices susceptibles de produire les performances sportives de pointes. Cependant, les conditions d'entraînement, la vétusté du matériel utilisé, la modicité des moyens financiers et bien d'autres facteurs exogènes non élucidés ne contribuent-ils pas à la réalisation de mauvaises performances sportives ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abric, J.C. (1994). *Pratiques sociales et représentations sociales*. PUF.
- Alderman, R.B. (1987). *Manuel de psychologie du sport*. ed. Vigot.
- Alexandre, V. (1971). *Les échelles d'attitude*. Editions universitaires. Anderson.
- American Institute of Certified Public Accountants. (1984). Board of Examiners, "Uniform CPA examination. Questions and unofficial answers. *Examinations and Study*. 80.
https://egrove.olemiss.edu/aicpa_exam/80.
- Ancet, P. (2006). *Phénoménologie des corps monstrueux*. PUF.
- Benoit, H. (2017). Handicap ou situation de handicap : Quelle différence ? Etude de l'énoncé « situation de handicap » érigé « objet de méconnaissance » par le discours d'hypostase de la différence. Mulhouse.
- Berglas, S., & Jones, E. E. (1978). Drug choice as a self-handicapping strategy in response to non contingent success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(4), 405–417.
- Berthier, N. (2008). *Les techniques d'enquête en sciences sociales. Méthodes et exercices corrigés*. 3^{ème} édition. Armand Colin.
- Bertsch, J., Le Scanff, C. (1995). *Apprentissages moteurs et conditions d'apprentissage*. PUF.
- Besnard, G. (2008). *Evaluation des déterminants de la performance sportive. Mémoire de Master 2 en psychologie de la Vie Sociale et du Travail*. Conseils et Etudes Appliquées. Université Victor Segalen.
- Betz, N. E., Hackett, G. (1981). The relationship of career-related self-efficacy expectations to perceived career options in college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 28(5), 399-410.
- Beunard, P. Dersoir, G. (1992). *Education physique sport collectif : savoirs fondamentaux*. Centre régional de documentation pédagogique de Pays de Loire.
- Bilard, J. (2005). L'intervention clinique en situation de crise et de contre-performance. *Bulletin de psychologie*, Janvier-Février, 125-131.
- Billat, V. (2001). L'apport de la science pour l'entraînement sportif : l'exemple du demi-fond. *In Revue STAPS*, 54, 23-43.
- Billat, V. (2003). *Physiologie et méthodologie de l'entraînement. De la théorie à la pratique*. De Boeck Université.

- Birouste, J. (2005). L'intervention clinique pour l'optimisation des performances. *Bulletin de psychologie, Janvier-Février*, 58,119-123.
- Biyogo, G. (2005). Traité de méthodologie et d'épistémologie de la recherche. *L'Harmattan*.
- Blanc, A. (2006). Le handicap ou le désordre des apparences. *Armand Colin*.
- Blaya, C. (2010). Décrochages scolaires. *De Boeck*.
- Bloch, H. (1997). Dictionnaire fondamental de psychologie. *Larousse*.
- Bloom, B. S. (1979). Caractéristiques individuelles et apprentissages scolaires (V. De Lansheere, Trad.). Fernand Nathan. (Oeuvre originale publiée en 1966).
- Bloom, B.S. (1966). Stability and Change in Human Characteristics: Implications for School Reorganization. *Educational Administration Quarterly*, 2, 35-49.
<https://doi.org/10.1177/0013161X6600200103>
- Bloom, B.S. (1977). Human Characteristics and School Learning. *Phi Delta Kappan*, 59, 3, 189-193.
- Bois, J. (2003). Socialisation de l'activité physique et des perceptions de compétence sportive : le rôle des parents chez l'enfant et l'adolescent. *Thèse de doctorat en STAPS*. Université Joseph Fourier-Grenoble 1.
- Boltanski, L., Thévenot, L. (1991). De la justification. *Gallimard*.
- Bonhomme, G. (1994). Education Physique : le guide de l'enseignant. Comment enseigner l'EPS aux enfants : compétences et savoirs de l'enseignant, *Tome 1. EREPS, AEEPS*.
- Boucard, J-M., Robin J-F. (2012). Pratiques de régulation didactique en Education Physique et Sportive et place des savoirs techniques : illustration à travers une étude de cas, *STAPS*, 95, 23-41.
- Boudard, J. M. (2010). Pratique de régulation didactique en Education Physique et Sportive et professionnalité enseignante. *Thèse de doctorat en sciences de l'éducation*. Ecole Normale Supérieure de Cachan.
- Bourdieu, P. et Passeron, J.-CL. (1970). La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement. *Les Editions de Minuit*.
- Boursier, C. et Bernoit, H. (2012). Dans *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* (N° 58), éd. INSHEA.

Boutin, A. (2009). Conditions d'apprentissage moteur et représentations sensori-motrices : des mouvements discrets aux séquences motrices. *Thèse de doctorat en STAPS*. Université de Poitiers.

Brau-Antony, S. (2001). Les conceptions des enseignants d'éducation physique et sportive sur l'enseignement et l'évaluation des jeux sportifs collectifs : résultats d'une enquête. *STAPS*. (3), 93-108.

Bréchet, J-P. (2008). Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean Daniel Reynaud. *Revue Française de gestion*, 184, 13-34.

Brissoneau, C., Aubel, O., & Ohl, F. (2008). L'épreuve du dopage. Sociologie du cyclisme professionnel. *Presses Universitaires de France*.

Brohm J.M, Yanez B. (1997). «les fonctions sociales du sport de compétition », l'opium sportif : critique radicale du sport de l'extrême gauche à quel corps ?, l'harmattan, P.144.

Brohm, J.M. (2001). *Le corps analyseur*. Essais de sociologie critique Anthropos.

Brophy, J. (1983). Conceptualizing student motivation. *Educational Psychologist*, 18, 200-215.

Bruner, J. (1966). *Toward a Theory of Instruction*. Cambridge, MA: Havard University.

Bruner, J. (1987). Le développement de l'enfant, savoir-faire, savoir dire. *Presses Universitaires de France*.

Brustad, R. J. et al. (2001). Youth in Sport: Psychological Considerations. *Handbook of Sport Psychology*, 2, 604–635.

Brustad, R. J., Partridge, J. A. (2002). Parental and peer influences on children's psychosocial development through sport. In F. L. Smoll & R. E. Smith (Eds). *Handbook of research on sport psychology*. (pp. 604–635). New York: Wiley.

Brustad, R., Babkes, M., & Smith, A. (2001). Youth in sport: Psychological considerations. In R. N. Singer, H. A. Hausenblas, & C. M. Janelle (Eds.). *Handbook of Sport Psychology*. (pp. 604–635). New York: John Wiley, 2nd ed.

Bui-Xuân, G. (2010). De la pédagogie conative à la pédagogie métaconative. *SPIRALE, Revue de Recherches en Education*, 45, 137-150 .

Bui-Xuan, K. (2000). Introduction à la psychologie du sport. Chiron.

Burton, D. (1989). Winning isn't everything: Examining the impact of performance goals on collegiate swimmer's cognitions and performance. *The Sport Psychologist*, 3, 2, 105-132.

Buton, F., Fontayne, P., & Heuzé, J.P. (2006). La cohésion des groupes sportifs : évolutions conceptuelles, mesures et relations avec la performance. *Science et Motricité*, 59/3, 10-45.

Canguilhem, G. (1981). La formation du concept de régulation biologique aux XVIII^e et XIX^e siècles. In G. Canguilhem. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. Paris : J. Virin.

Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of body*. Norton.

Cannon, W.B. (1927). The James langes theory of emotions : A critical examination learning caused by affective states. *Journal of Experimental Psychology*, 770, 451-473.

Carlier, G. (2015). *L'apprentissage en situation de travail. Itinéraires du développement professionnel des enseignants d'éducation physique*. Louvain-Le-Neuve : Presses Universitaires de Louvain.

Carré, P. (2010). Préface In : *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle de Bandura*. 2^e édition. Editions de Boeck.

Carron, A. V., Widmeyer, W. N., & Brawley, L. R. (1985). The development of an instrument to assess cohesion in sport teams: The Group Environment Questionnaire. *Journal of Sport Psychology*, 7, 244-266.

Carver, C. S., Scheier, M. F. (1998). *On the Self-regulation of Behavior*. Cambridge University Press.

Cerclé, A., Somat, A. (1999). *Manuel de psychologie sociale*. Dunod.

Chanal, J. (2005). La formation du concept de soi en Education Physique et Sportive : les antécédents et rôle du soi. *Thèse de Doctorat en STAPS*, Université Joseph Fourier-Grenoble1.

Chervel, A. (1988). *La culture scolaire. Une approche historique*. Belin.

Chonchol, J. (1996). Les grandes mutations économiques et leurs conséquences sociales. *Reflexión y liberación*, 29. Santiago.

- Chu, A. H. C., & Choi, J. N. (2005). Rethinking Procrastination: Positive Effects of "Active" Procrastination Behavior on Attitudes and Performance. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 245–264. <https://doi.org/10.3200/SOCP.145.3.245-264>
- Clark, M. S. (Ed.). (1992). *Emotion and social behavior*. Sage Publications, Inc. Seligman, M.
- Clot, Y. (2011). Théorie en clinique de l'activité. In B. Maggi (Ed.). *Interpréter l'agir : un défi théorique*. (pp. 17-39). Presses Universitaires de France.
- Cogérino, G. (2002). Les difficultés de l'évaluation en EP : le cas des savoirs d'accompagnement. *STAPS*, 3, 59, 23-42.
- Cogérino, G. (2010). Les approches psychosociologiques de l'enseignement : l'intervention et les phénomènes relevant du genre. In M. Musard, M. Loquet & G. Carlier (Eds.). *Sciences de l'intervention en EPS et en sport : résultats de recherches et fondements théoriques*. (pp. 6-14), Editions Revue EPS.
- Cogérino, G., Mnaïfak, H. (2008). Evaluation, équité de la note en éducation physique et « norme de l'effort ». *Revue française de pédagogie*. Juillet-septembre, 111-122.
- Coignus, G. (2008). Le rôle de la fixation de but dans l'apprentissage autorégulé : expérimentation dans le cadre scolaire et en club sportif. *Thèse de doctorat en STAPS*. Université de Pau.
- Collinet, C. (2003). *La recherche en STAPS*. Presses Universitaires de France.
- Compte, R. (2005). Les sportifs handicapés mentaux face au sport de haut niveau : le regard des acteurs. *Reliance*, 15,
- Compte, R. (2010). Sport et handicap dans notre société : un défi à l'épreuve du social. *Empan*, 79, 13-21.
- Cooley, C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. scribner's.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of selfesteem*. San Francisco, CA, Freeman.
- Crocker, J., & PARK, L. E. (2004). The Costly Pursuit of Self-Esteem. In: *Psychological Bulletin*, 130 (3), (392-414).
- Crombecque, D. et Mukendi, J. (2002). "Déficiences motrices et situations de handicaps" - ed. APF.
- Dardenne, B. et al. (2007). Insidious dangers of benevolent sexism: Consequences for women's performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 764–779. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.5.764>

- Dartiguenave, J. (2012). Rituel et liminarité. Sociétés.
- Delhomme, P. Meyer, T. (2002). Recherche en psychologie sociale : projets, méthodes et techniques. vol (1), P. 223.
- Devallée, J. (2024). Pourquoi l'activité sportive est-elle si importante dans le développement personnel ?
- Devereux, G. (1998). De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement. Aubier.
- Dikoume, F(1989). Le service des sports en Afrique noire, exemple du Cameroun, *Limoges, Dalloz*.
- Doise, W., Deschamps, J. C. & Mugny, G. (1978). Psychologie sociale expérimentale. *Armand Colin*.
- Doron, R., et Parot, F. (1991). *Dictionnaire de Psychologie, 1^{ère} édition*. Presses Universitaires de France.
- Drozda-senkowska, E. (2007). Psychologie sociale expérimentale. 2^{ème} éd. *Armand Colin*.
- Dubar, C. (2000). La crise des identités : l'interprétation d'une mutation. In : *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 16. PP. 243-248.
- Dubar, C., Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*. Armand Colin.
- Dubois, V. (2003). La sociologie de l'action publique, de la socio-histoire à l'observation des pratiques. Historicité de l'action publique, PUF, PP. 347-364.
- Duda, J. L., Balaguer, I. (2008). Le climat motivationnel créé par l'entraîneur. In S. Jowett, Dupont, J.P., Carlier, G., Gérard, P., & Delens, C. (2009). Déterminants et effets de la motivation des élèves en éducation physique : revue de la littérature. *Les Cahiers de Recherche du GIRSEF*, 73.
- Durand, F. Dufour, A. & Tirrisse (Eds). (1996). Recherches en Education Physique : bilan et perspectives. *Revue EPS*. (pp. 189-198).
- Durand, J. Keller, M. Levêque et, & P. Therme (2011). Psychologie du sport. Questions actuelles. *Édition Revue EPS*. (pp. 151–162).
- During, B. (1989). Energie et conduites motrices. *INSEP*.
- Durkheim, E. (1986). les règles de la méthode sociologique, quadrillage. *PUF*. P.149
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de métaphysique et de morale*, 6, 273-302.
- Duru-Bellat, M. (2002). Les inégalités sociales à l'école. *Presses Universitaires de France*

Dweck, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American psychologist*, 41, 1040-1048.

Ebale M.C. (2001). Le développement théorique de la Psychologie Sociale. *Presses Universitaires de Yaoundé*.

Ebale, M.C. (2019). La psychologie sociale au Cameroun. *Monange*.

Elliot, A. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational psychologist*, 34, 169-189.

Elliot, A., Mc Gregor, H. (2001). Achievement Goal Framework. *Journal of personality and social psychology*, 80, 501-519.

Emtcheu, A. (2001). Psychologie du sport. *Tome 1*.

Emtcheu, A. (2010). Influence sociale et éducation : Le transfert pédagogique. *Omniscritum*.

Ensergueix, P. (2010). La formation au tutorat réciproque entre pairs pour l'acquisition d'habiletés motrices complexes. L'exemple du tennis de table au collège. *Thèse de doctorat non publiée. Université de Bordeaux II*.

Essiomle, Y. O. (2022). Estime de soi, soutien social et performance scolaire des élèves stagiaires du Lycée hôtelier de Cocody. *East african scholars Journal of education, humanities and literature*. Consulté le 26 décembre 2024 sur https://easpublisher.com/media/faetures_article/EASJEHL_1-10pdf.

Evin, A. (2013). Coopération entre élèves et histoires collectives d'apprentissage en Education Physique et Sportive. Contribution à la compréhension des interactions entre élèves et au développement de dispositifs d'apprentissage coopératif. *Thèse de doctorat en STAPS (74^{ème} section)*. Université de Nantes.

Evola, R. (2007). Les changements dans les systèmes vivants et les organisations. Approche structurelle, organisationnelle et fonctionnelle. *Editions Trafford*.

Evola, R. (2014). Manuel d'enquête par questionnaire en sciences sociales expérimentales. *Publibook*.

- Famose, J. P. (1986). Stratégies pédagogiques, tâches motrices et traitement de l'information. In J. P. Famose, J. Bertsch, E. Champion & M. Durand. « Tâches motrices et stratégies pédagogiques en EPS ». Dossier EPS n°1. Ed. *Revue EPS*.
- Famose, J. P. (1990). Apprentissage moteur et difficulté de la tâche. *ENSEP*.
- Famose, J. P. (1991). Apprentissage moteur et résolution des problèmes. *Editions EPS*.
- Famose, J. P. (2001). La motivation en éducation physique et en sport. *Armand Colin*.
- Famose, J. P. (2006). L'estime de soi : Ses bénéfices éventuels en éducation physique et sportive. *Revue Hyper EPS*, n° 234.
- Famose, J. P., Durand, M. (1998). Aptitudes et performances motrices. *Editions Revue EPS*.
- Famose, J. P., Fleurance, P., & Touchard, Y. (1991). L'apprentissage moteur : rôle des représentations. *Editions EPS*.
- Famose, J.P., Guerin, F, & Sarrazin, P. (2005). Les croyances sur soi : clarification conceptuelle, formation, et relations avec la performance sportive. In O. Rascle, P. Sarrazin (Eds). *Croyances et performance sportive. Processus sociocognitifs associés aux comportements sportifs*. (pp.19-52). *Editions EPS*.
- Faugloire, E. (2005). Approche dynamique de l'apprentissage des coordinations posturales. *Thèse de doctorat en Sciences du Sport, de Motricité et du Mouvement Humain*. Université Sud 11.
- Faye, B. (2015). L'intérêt et la motivation en apprentissage : des dispositions psychologiques déterminantes. *Revue francophone internationale*. Université de Dakar, 2, 19-25.
- Fayol, M., Monteil, J.-M. (1994). Stratégies d'apprentissage / apprentissage de stratégies. *Revue française de pédagogie*, 106, 91-110.
- Feick, D.L., Rhodwalt, F. (1997). The double-edged sword of self-handicaping : discounting, augmentation, and the protection and enhancement of self-esteem. *Motivation and Emotion*, vol(21), PP. 147-163.
- Festinger, L. (1954). « a theory of social comparison processes ». *Human relations*, 7, 117-140.
- Festinger, L. (1959). A Theory of Cognitive Dissonance. *Stanford* : Ca.

- Fetz, D., Petlichkoff, L. (1983). Perceived competence among interscholastic sport participants and drop out. *Canadian Journal of Applied Sport Science*. 8 (4), 231-235.
- Finch, L. (1994). The relationships among coping strategies, trait anxiety and performance in collegiate softball players. *Communication présentée à l'AAASP, Lake Tahoe*.
- Finez, L., & Berjot, S. (2008). Effet de la menace du soi et du trait d'auto-handicap revendiqué sur la revendication d'obstacles formulée avant un test physique. *Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française*, Iasi, Roumanie.
- Fischer, G-N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. 2^e édition. Dunod.
- Fiske, D. W., Maddi, S. R. (1961). Functions of varied experience. *Dorsey*.
- Fleurance, P. (1998). *L'entraînement mental et la performance sportive de haut niveau*, ed. INSEP.
- Fortin, L., Bigras, M. (1996). Les facteurs de risque et les programmes de prévention auprès d'enfants en troubles de comportement. *Behaviora*, Eastman.
- Fougeyrollas, P. (1978). Normalité et corps différents. *Regard sur l'intégration sociale des handicapés physiques*. *Anthro-pologie et Sociétés*, 2(2), 51–71.
- Fox, K. R., Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11(4), 408–430.
- Gardou, C. (2010). *Professionnels auprès des personnes handicapées*. Érès.
- Gardou, C. (2016). *Le handicap et ses empreintes culturelles: Variations anthropologiques* 3. Érès.
- Gardou, C. H. (2006). *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité*. Pour une révolution de la pensée et de l'action.
- Génolini, J.P. (2007). « Handicap mental et personnalité sportive. » *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 75-76, 93-104.
- Gerardi, S. (1990). Academic self-concept as a predictor of academic success among minority and low-socio-economic status students. In *Journal of College Student Development*, 31, (402– 407).
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Minuit.
- Gosling et al. (1996). *Psychologie sociale : l'individu et le groupe*, Bréal, Tome 1.
- Gratty, (1983). *Psychology in contemporary sport*, New hupers, P. 99.
- Greenberg et al. (1995). Anxiety Disorder and Phobias. *A cognitive* (PP.300-368). Basic Books.

- Guerin, F., Famose, J.P. (2005). « Le concept de soi physique » in *Bulletin de Psychologie*, Tome 58. PUF.
- Hanin, Y. L. (Ed.). (2000). *Emotions in sport. Human Kinetics*.
- Hardy, L. et al. (Eds.). (1990). *Stress and performance in sport*. John Wiley & Sons.
- Harper and Row. Oppenheim, A. N. (1972). *Questionnaire Design and Attitude Measurement*.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352–387). Harvard University Press.
- Harter, S. (1998). Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adulte. In M. Bolgin, et Y. Prêteur (Eds.), *Estime de soi- perspective développementale* (PP. 57-81). *Delachaux et Niestlè*.
- Hauw, D. (2000). Les groupes en EPS : des clés pour analyser l'activité des élèves et des enseignants. In J. P. Rey (Ed.). *Le groupe. Editions Revue EPS*.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relation*. Academic press.
- Heilbrunn, B. (2004). *La performance, une nouvelle idéologie*. La Découverte.
- Hidi, J. D., Renninger, K. A. (2006). The four-phase model of interest development. *Educational psychologist*, 41(2), 111-127.
- Hirt, E.R. et al. (1991). Self-reported versus behavioral self-handicapping : Empirical evidence for a theoretical distinction. *Journal of personality and social psychology*.
- Hirt, E.R. et al. (2000). Public self-focus and sex differences in behavioral self-handicapping : Does increasing self-threat still make it «just a man's game ». *Journal of personality and social psychology*.
- Hirt, E.R. et al. (2003). I know you self-handicapped last exam : Gender differences in reactions to self-handicapping. *Journal of personality and social psychology*.
- Hogg, M. A., Abrams, D. (1998). *Social Identifications*. Routledge.
- Hovland, C. I., & Janis, I. L. (Eds.). (1959). *Personality and persuasibility*. Yale Univer. Press. <https://doi.org/10.1037/t06273-000>
- Huberman, A. M., Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives ; recueil de nouvelles méthodes*. De Boeck Université.
- Iconzi, E. (2005). La régulation sociale : un concept au centre du débat récurrent sur la place relative de l'acteur et du système dans l'organisation des rapports humains en société. In *Cahiers de la Chaire de Responsabilité Sociale et de Développement Durable*, n°-2005, ESG-UQAM.
- Irlinger, P., Metoudi, M., & Vives, J. (1983). La bonne pédagogie. *Revue EPS*, 180, 40- 47.

- Israël, J. (1960). The effect of the positive and negative self-evaluation on the attractiveness of goal. *Humans relations* 1960, 13, 33-47.
- Jagacinski, C. M.; Nicholls, J. G. (1986). The role of uncertain self-esteem in *selfhandicapping*, *journal of personality and social psychology*.
- Jal, J. (2018). L'isolement des personnes handicapées : un mal invisible. In *Le bulletin des communes*. Consulté le 26 décembre 2024 sur <https://www.pourquoidoctor.fr/articles/question-d-actu/27618-12-personnes-handicapées-malades-souffrent-d-isollement>.
- James, W. (1890). Psychology : Briefer course. *Harvard University Press*, MA, 1892 : reprinted, with annotation (1894).
- Janssen, J., Erkens, G., Kirschner, P. A. & Kanselaar, G. (2012). Task-related and social regulation during online collaborative learning. *Metacognition and learning*, v.7, pp. 25-43.
- Javeau, C. (1982). *L'enquête par questionnaire*. Edition d'Organisation.
- Jeannerod, M. (2007). *L'homme sans visage et autres récits de neurologie quotidienne*. Odile Jacob, pp.51-52.
- Jones, G. (1995). More than just a game: Research developments and issue in competitive anxiety in sport. *British Journal of Psychology*, 86, 449-478.
- Jowett, S., Lavallee, D. (2008). *Psychologie sociale du sport*. De Boeck.
- Karsenti, T., Savoie-Zajc, L. (2000). *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Editions du CRP.
- Keegan, R. J., Harwood, C. G., Spray, C. M., & Lavallee, D. E. (2011). From “motivational climate” to “motivational atmosphere”: A review of research examining the social and environmental influences on athlete motivation in sport. In B. Geranto (Ed.). *Sport psychology*, Hauppauge. Nova, 1-55.
- Kermarrec, G. (2004). Stratégies d'apprentissage et autorégulation. Revue de question dans le domaine des habiletés sportives. *Revue Mouvement et Sport Sciences*. De Boeck, 53,9-38.
- Kinder, R. (1990). Motivation theory and industrial and organizational psychology. In Dinette, M. D., & Hough, L. M. (Eds.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. (75-170). Palo Alto: CA, CPP.

- Klint, K. A. (1985). *Participation motives and self-perception of current and former athletes in youth gymnastics*. Unpublished doctoral dissertation. Eugene : University of Oregon.
- Knowles, A-M., Lorimer, R. & Shanmugam, V. (2015). *Social psychology in sport and exercise. Linking theory to practice*. Macmillan Education UK.
- Korman, A.K. (1966). Consideration, initiating structure, and organizational criteria : A review. *Personnel psychology*, 19(4), 349-361.
- Kraïem, S., Bertsch, J. (2011). Adaptation française d'une échelle d'auto-handicap : Self Handicapping Scale. *Dans Revue internationale de psychologie sociale* (2011/2, Tome 24).
- Labridy, F. (1991). Faire œuvre de son corps et créer sa motricité. In F. Brunet & G. Bui-Xuan (Eds.), *Handicap mental, troubles psychiques et sport* (pp. 131–146). Clermont-Ferrand: AFRAPS.
- Lacassagne, M.-F. (2007). La psychologie sociale du langage. In J.-P. Pétard (Ed.), *Psychologie Sociale* (pp. 219–268). Bréal Edition.
- Lafont, L. (1994). *Modalités sociales d'acquisition d'habiletés motrices complexes. Rôles de la démonstration explicitée et d'autres procédures de guidage selon la nature de l'habileté*. Thèse de doctorat en psychologie.
- Lafont, L. (1998). Interactions sociales dissymétriques et acquisition des habiletés motrices : Analyse du processus de tutelle. In *Actes des Journées nationales de la Société Française de Psychologie du Sport (additifs)*. Poitiers.
- Lafont, L., Ciceron, C., Martin, L., Vedel, A., & Viala, M. (2005). Apports de la psychologie sociale à l'intervention en EPS : rôle des interactions tutorielles et des « coping » modèles. @ Jriepps, 89-102.
- Laporte, D., Ross, J. (1995). L'estime de soi chez les adolescents : guide pratique à l'intention des parents. *Hôpital sainte-Justine*, 178 pages.
- Laurencelle, L. (1998). *Théorie et techniques de la mesure instrumentale*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie, P., Morin-Corbeil, J. & Thibodeau-Malley, S. (2012). *Guide méthodologique des travaux écrits, version abrégée d'APA*. (6è édition). Université de Hearst.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Le Breton, D. (1994). Aspects anthropologiques des activités physiques et sportives adaptées. In H. Ripoll, J. Billard, M.
- Le Scanff, C. (2005). Les bases de l'entraînement mental. *Bulletin de psychologie* Numéro 475(1) : 101 DOI : 3917/bupsy.475.0101.
- Leary, M. R., & Shepperd, J. A. (1986). Behavioral self-handicaps versus self-reported handicaps: A conceptual note. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1265–1268. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1265>
- Lee-Nowacki, S. (2002). L'estime de soi chez l'enfant déficient intellectuel. *Psychologie et éducation*, pp. 79-88.
- Leynier, P. (1989). Préparation physique haies, Revue AEFA.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006). New Directions in Goal-Setting Theory. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 265-268.
- Madden, S.L., et al. (1990). Molecular and expression analysis of negative regulator involved in the transcriptional regulation of acid phosphatase production in *saccharomyces cerevisiae*. *Mol Cell Biol* 10(11).
- Magill, R. A. (1988). Critical Periods as Optimal Readiness for Learning Sport Skills. In R. A. Magill, F. L. Smoll, & M. J. Ash (Eds.), *Children in Sport* (pp. 53-65). Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.
- Marcellini, A. (2005). Des vies en fauteuil. *Usages du sport dans les processus de déstigmatisation et d'intégration sociale*. CTNERHI
- Marcellini, A., Lefèvre, N., De Léséleuc, E., & Bui-Xuan, G. (2000). *D'une minorité à l'autre... Pratique sportive*,
- Martens, R. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Maslow, A.H. (1943). A theory of human motivation, *psychology social Review*, Vol.50.
- Mc Iver, J.P. and Carmines, E.G. (1981). Unidimensional scaling. London: Sage Publications, Coll. Sage University papers, Quantitative Applications in *the social Sciences*, No. 24.
- Mcguire, W.J. et al. (1979). Effects of household sex composition on the salience of one's gender in the spontaneous self-concept. *Journal of Experimental Social Psychology*.
- Méard, J., Klein, G. (2001). Les programmes d'EPS aux « lycées ». Partir des pratiques pour renforcer la conviction des enseignants. *EPS*, 291, 9-15.
- Mechanic, D. (1970). Some problems in developing a social psychology of adaptation to stress. In J. E. McGrath (Ed.), *Social and psychological factors in stress*.(pp. 104-123). Holt, Rinehart et Winston.

- Meirieu, C. (2004). Paresse, courage et motivation à l'école. *Revue du Monde de l'Education*.
- Merle, P. (1996). *L'évaluation des élèves. Enquête sur le jugement professoral*. Presses Universitaires de France.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard. Erès.
- Meyer, W.U. (1987). Perceived ability and achievement related behavior. In F. Halisch et J. Kuls (Ed.). *Motivation, intention and volition*. (pp. 73-86). Springer-Verlag.
- Michon, B. (1982). Les enseignants d'EPS d'hier et aujourd'hui : d'un exercice professionnel à une matière universitaire. *Revue EPS*, 177, 14-18.
- Midgley, C., Arunkumar, R., & Urdan, T. C. (1996). "If I don't do well tomorrow, there's a reason": Predictors of adolescents' use of academic self-handicapping strategies. *Journal of Educational Psychology*, 88(3), 423–434.
- Miles, M.B., Huberman, A. M. (1994). *Analyses des données qualitatives*. 1^{ère} édition. De Boeck Université.
- Miles, M.B., Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitative*. 2ème édition. De Boeck Université.
- Missoum, G. (1979). *Psychopédagogie des activités du corps*. Vigot.
- Missoum, G., Thomas, R. (1998). *Psychologie à l'usage des STAPS*. Vigot.
- Mitchell, T.R., Daniels, D. (2003). « Motivation ». In *Handbook of Psychology, Industrial and Organizational Psychology*, sous la direction de W.C. Borman, D. R. Ilgen, R. J. Klimoski & I.B. Weiner, Hoboken, NJ: Wiley, vol. 12, 225-254.
- Monia, L., & Najoua, M. (2009). Un corps sportif et handicapé. Regard sur l'expérience du corps d'athlètes handicapés physiques tunisiens. In *Elsevier*.
<https://doi.org/10.1016/j.alter.2008.11.002>.
- Monteil, J. M. (1989). *Eduquer et former : Perspectives psychosociales*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Moscovici, S. (1963). Attitudes et opinions. *Annual Review of psychology*, 14, 231-260.
- Moscovici, S. (1979). *Psychologie des minorités actives*. 1^{ère} éd. Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). *Psychologie sociale*, P.U.F.

Moscovici, S. (1996). *Psychologie des minorités actives*. 2^{ème} éd. Presses Universitaires de France.

Moscovici, S., Personnaz, B. (1980). Studies in social influence: minority influence and conversion behavior in perceptual task. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16, 270-282.

Moscovici, S., Ricateau, P. (1972). Conformité, minorité et influence sociale. In S. Moscovici, *Introduction à la psychologie sociale*, (pp. 139-191). Librairie Larousse.

Motowidlo, S. J. (2003). « Job performance ». In *handbook of psychology, Industrial and Organizational Psychology*, sous la direction de W.C. Borman, D.R. Ilgen, R.J. Klimoski et I.B. Weiner, Hoboken, NJ: Wiley. vol., 3, 39-52.

Mottier -Lopez, L. (2012). *La régulation des apprentissages en classe*. De Boeck.

Murphy, G. and Likert, R. (1938). *Public Opinion and the Individual*. New York.

Mvessomba, E.A. et Deconchy, J.P. (2012). « Perception du réglage de l'appartenance entre groupes religieux (Catholiques traditionnels, Catholiques charismatiques et Chrétiens pentecôtistes au Cameroun) », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2012/2 (Numéro 94), p. 319-341. DOI 10.3917/cips.094.0319.

Mvessomba, E.A., (2010). *Eléments de psychologie sociale pour l'analyse des relations intergroupes. Influence et représentations sociales*. Tome I. les P.U.Y.

Mvessomba, E.A., (2010). *Influence et représentation sociales*. Tome I. les P.U.Y.

N'da, P. (2002). Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse en sciences sociales et en éducation. Université de Cocody-Abidjan, 2^e édition, EDUCI, P.144.

Nicchi, S., & Le Scanff, C. (2005). Les stratégies de faire face. *Bulletin de psychologie* Numéro 475. pp97-100.

Nuss, M. (2011). *Un autre regard: Réflexions et propositions en faveur d'une réelle politique d'autonomisation des personnes « dépendantes »*.

Paillé, P., Mucchielli, A. (2013). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Pantarella, R., Etienne, R. (2015). L'évaluation en classe. *Les Cahiers Pédagogiques*. Hors-série, n° 39.

- Paquet, Y., Berjot, S., & Gillet, N. (2009). Validation d'une échelle de locus de contrôle spécifique à la performance en sport individuel (LOCPSI). », *Bulletin de psychologie*, 4, 502, 351-363.
- Paradis, R., & Vitaro, F. (1992). Définition et mesure du concept de soi chez les enfants en difficulté d'adaptation sociale: une recension critique des écrits [Definition and measurement of self-concept in children with social adaptation problems: A critical review of the literature]. *Revue Canadienne de Psycho-Education*, 21(2), 93–114.
- Paris, (2024). Classification Paralympique. Consulté le 26 décembre 2024 sur <https://olympics.com/fr/paris.2024/jeux-paralympiques> Classification paralympique (olympics.com).
- Parlebas, P. (1989). *Activités physiques et éducation motrice*. Collection dossiers EPS.
- Parlebas, P. (1989). Les universaux des jeux sportifs. *FFEPGV, Actes du colloque*, 141-160.
- Parlebas, P. (1991). Didactique et logique interne des APS. *Revue EPS*, 9-14.
- Paugam, S. (2010). *Les 100 mots de la sociologie*. Presses universitaires de France.
- Paulhan, P., Bourgeois, M. (1995). *Stress et Coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Presses Universitaires de France.
- Perec, G. (1965). *Les choses*. Julliard.
- Périer, P. (2012). L'ordre scolaire en classe : une négociation continue. *Revue Négociations*, 18, 81-92.
- Perrenoud, P. (1989). Vers une sociologie de l'évaluation. *Bulletin de l'association des enseignants et chercheurs en éducation*, 6, 19-31.
- Perrenoud, P. (1994). *La formation des enseignants : Entre théorie et pratique*. l'Harmattan.
- Peterson, C., Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Pfefferlé, P., Liardet, I. (2011). *Enseigner le sport : de l'apprentissage à la performance*. PPUR, Presses Polytechniques Alapage.
- Piaget, J. (1967). *La psychologie de l'intelligence*. Armand Colin.
- Piéron, H. (2003). *Vocabulaire de la psychologie*. Presses Universitaires de France.

Pierrehumbert, B. (1992). La transmission intergénérationnelle des angoisses et des troubles du sommeil associés chez l'enfant en période de latence : approche clinique, projective et comparative.

Pintrich, P. R., Roeser, R., & Degroot, E. A. M. (1992). Classroom influences on stage motivation and self-regulated learning. *Paper presented at the AERA, San Francisco, April.*

Pocciello, C. H. (1997). *Les cultures sportives*. PUF.

Pradet, M. (1996). *La préparation physique*, INSEP – publications.

Prapavessis, H., Grove, R. J. (1995). Ending batting slumps in baseball: a qualitative investigation. *The Australian Journal of Science and Medicine in Sport*, 27, 14-19.

Pyszczynski, T.A. (1983). Determinants of Reduction in Intended Effort as a Strategy for Coping with Anticipated Failure. *Journal of Research in Personality*, 17, 412-422.

Queval, I. (2004). *S'accomplir ou se dépasser : essai sur le sport contemporain*. Gallimard. sociale. CTNERHI.

Ramachandran, V.S., Blakeslee, S. (1998). *Phantoms in the brain, human nature and the architecture of the mind*. Fourth Estate.

Reinboth, M., & Duda, J. L. (2006). Perceived motivational climate, need satisfaction and indices of well-being in team sports: A longitudinal perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 7(3), 269–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2005.06.002>

Rhodewald, F. et al. (1984). Self-handicapping among competitive athletes. The role of practice in self-esteem protection. *Basic and Applied Social Psychology*, 5, 197-209.

Rhodewalt, F. (1984). Individual Differences in the Preference for Anticipatory, Self-Protective Acts. *Basic and Applied Social Psychology*,

Rhodewalt, F. (1990). Self-Handicappers. In *Self-Handicapping* (pp. 69-106). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0861-2_3

Rhodewalt, F. (1994). Conceptions of Ability, Achievement Goals, and Individual Differences in Self-Handicapping Behavior: On the Application of Implicit Theories. *Journal of Personality*, 62, 67-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00795.x>

Rhodewalt, F., Fairfield, M. (1991). Claimed self-handicaps and the self-handicappers : Role of outcome valence and attributional certainty, *Basic and Applied Social Psychology*, 60(4), 307-322.

Rhodewalt, F., Saltzman, A. T., & Wittmer, J. (1984). Self-Handicapping among Competitive Athletes: The Role of Practice in *Self-Esteem Protection*. *Basic and Applied Social Psychology*, 5, 197-209. https://doi.org/10.1207/s15324834basp0503_3.

Richards, J. C., & Renandya, W. A. (2002). *Methodology in Language Teaching: An Anthology of Current Practice*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511667190>

Rohmer, O. & Louvet, E. (2018). Pourquoi les personnes en situation de handicap sont-elles discriminées ? Dans : Klea Faniko éd., *Psychologie de la discrimination et des préjugés: De la théorie à la pratique* (pp. 187-200). De Boeck Supérieur.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.

Roux, A., Quilis, A. (1983). Démocratisation, autonomie et règles du jeu à propos du rugby. *DIRE en EPS*, 5.

Roy, P. (1999). Proposition d'un outil de formation des professeurs stagiaires. *Revue EPS*, 278, 37-40.

Ruel, P. H. (1987). Motivation et représentation de soi. *Revue des sciences de l'éducation*, Vol., 13, 2, 239-259.

Rumelhard, G. (2004). Histoire didactique du concept de régulation en biologie. In G. Rumelhard. *La régulation en biologie. Approche didactique : représentation, conceptualisation, modélisation*. INRP.

Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the Facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American psychologist*, 55 (1), 68-78.

Ryska, T. A. (2002). The effects of athletic identity and motivation goals on global competence perceptions of student-athletes. *Child Study Journal*, 32(2), 109–129.

Salomon, J. F., Famose, J. P., & Cury, F. (2005). Les stratégies d'auto-handicap dans le domaine des pratiques motrices : valeur prédictive de l'estime de soi et des buts d'accomplissement. *Bulletin de psychologie*, 58, 47-55.

Schmidt, R. A. (1993). *Apprentissage moteur et performance*. Vigot.

Schultheiss, O.C., Brunstein, J.C. (2000). Choice of Difficult Tasks as a Strategy of Compensating of Identity Relevant-Failure. *Journal of Research of Personality*, vol 34, PP. 269-277.

Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. Knopf.

Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by diverse Noxious Agents. *Nature*, 138, 32.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Hodder and Stroughton.

Seners, P. (1993). *La leçon d'EPS*. Vigot.

Shiano-Lamoriello, S. (2002). *Habilité perçue et accomplissement scolaire : validation corrélacionnelle et expérimentale d'un lien de causalité*. Mémoire de DEA STAPS. Université Aix-Marseille.

Shunk, D. H. (1991). *Learning theories: An educational perspective*. Collier Macmillan, Canada.

Siedentop, D. (1994). *Apprendre à enseigner l'éducation physique*. G. Morin.

Skaalvik, E. M. (1983). *Self-Acceptancy Scale (SAS)* [Database record]. APA PsycTests.

Skaalvik, E. M., Skaalvik, S. (2002). Internal and External Frames of Reference for Academic Self-concept. *Educational Psychology*, 37, 233-244.

Skinner, B.F. (1972). *Analyse expérimentale du comportement*. Dessart, (1^{ère} éd. 1954).

Smith, R. E. (1999). Generalization effects in coping skills training. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 189-204.

Smith, R. E., Smoll, F. L., & Cumming, S. P. (2007). Effects of a motivational climate intervention for coaches on young athletes' sport performance anxiety. *Journal of sport and exercise psychology*, 29, 39-59.

Snow, R. E., Farr, M. J. (1987). *Aptitude, learning and instruction*.(Vol. 3). Hillsdale N.J.: Lawrence Erlbaum ass.

Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*, Vol. 2, (pp. 481-493). Academic Press.

Spoiden, A. (2010). *Rédaction des références bibliographiques selon les normes de l'American Psychology Association. Abrégé adapté à un environnement francophone*. Bibliothèque de psychologie et des sciences de l'éducation. Université Catholique de Louvain : Louvain-la-neuve.

Stiker, H.J. (2013). Corps infirmes et société. *Essais d'anthropologie historique*. Dunod.

- Strube, M. J. (1986). An Analysis of the Self-Handicapping Scale. *Basic and Applied Psychology*, 7, 211-224.
http://dx.doi.org/10.1207/s15324834basp0703_4
- Tap, P. (1998). L'estime de soi : perspectives, développement, textes de base en psychologie ; Genève, *Delachaux et Niestlé*, 9-30.
- Thompson, P. (1991). *Introduction à la Théorie de l'Entraînement*, Marshallarts print Services Ltd,
- Thompson, T. & Richardson, A. (2001). Self-handicapping status, claimed self handicaps and reduced practice effort following success and failure feedback. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 151-170.
- Toczek-Capelle, M. C., & Martinot, D. (2004). Des situations pour réussir. *Revue française de pédagogie*. A. Colin, 2004.-351.
- Tsala Tsala, J.P. (2002). Santé mentale et psychothérapie sociale.
- Visioli, J., Petiot, O., & Ria, L. (2015). Vers une conception sociale des émotions des enseignants ? In *Formation et recherche en éducation physique. Carrefours de l'éducation*, n° 40. (pp. 201-230). Armand Colin.
- Vors, O., Gal-Petifaux, N. (2011). Situations de travail par ateliers et configuration de l'activité collective en classe : « Réseau Ambition Réussite ». *eJRIEPS*, 22, 24-28.
- Vors, O., Gal-Petifaux, N., & Cizeron, M. (2010). Signification des comportements à connotation violente et gestion des interactions dans une classe RAR. *International Journal on Violence and Schools*, 11, 2-33.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society*. Cambridge, M A : Havard University.
- Watson, J. B. (1972). *Le behaviorisme*. Presses Universitaires de France., (éd. Américaine 1925).
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité. Comment savons-nous ce que nous croyons savoir ?* Seuil.
- Weinberg, R.S., Gould, D. (1997), *Psychologie du sport et l'activité physique*. Vigot
- Weineck, J. (1997). *Manuel d'entraînement*. Vigot.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. Springer-Verlag.

Weiss, J. (1992). L'enseignant « au cœur froid » ou l'objectivité en évaluation. *Mesure et évaluation*. Vol., 14, 4, 19-31.

White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-330.

Wieviorka, M. (2005). La différence. *Identités culturelles : enjeux, débats et politiques*. L'Aube.

Williams, J. E., & Best, D. L. (1990). *Sex and psyche: Gender and self viewed cross-culturally*. Sage Publications, Inc.

Woodman, T., Hardy, L. (2001). Stress and Anxiety. In R. Singer, H.A. Hausenblas, C. M. Janelle (Eds), *Handbook of Research on Sport Psychology* (PP. 290-318). wiley.

Yao, R. Y. (2014). Effet de l'estime de soi et du type de famille sur le phénomène des grossesses précoces chez les adolescentes d'Abidjan, *Revue Africaine d'Anthropologie*, Nyansa-Pô, n° 17 – 2014.

Yerkes, R. M., Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Competitive Neurology and Psychology*, 18, 459-482.

ANNEXES



1- Grille d'observations des athlètes en situation de handicap

Fédération :
Lieu : Date : Heure :
Effectif :
Discipline :
Séance N° :
Compétences attendues par l'encadreur :
L'observateur :
Age.....
qualification
La légende : 1= très faux ; 2= faux ; 3=un peu faux; 4= ni vrai ni faux ; 5=un peu vrai ;6=
vrai ; 7= très vrai.

/		Comportement à observer auprès des athlètes		Scores						
Items	Sous-items	7	6	5	4	3	2	1		
Prise en main/ Mise en train (Avant compétition)	Contrôle vestimentaire									
	Vérification du retard									
	Vérification des absences									
Partie principale (Pendant compétition)										
	Démonstration par un athlète									
	Déclaration de la fatigue									
	Encouragements de l'encadreur									
	Revendication des primes supplémentaires									
	Revendication de compétir avec un athlète de niveau supérieur									
	Respect des consignes techniques et tactiques									
	Adaptation de l'équipement aux exigences des athlètes									
Retour au calme (Après compétition)	Réussite/bonne performance									
	Echec/mauvaise performance									
Total/scores										



Guide d'entretien avec les encadreurs des athlètes en situation de handicap

II. Consignes

Dans le cadre de la recherche doctorale en éducation spécialisée, nous menons une étude sur « **Stratégies d'auto handicap et performances sportives des athlètes handisports du Cameroun** » au Comité National Paralympique Camerounais. Nous vous exhortons à nous fournir des informations uniquement exploitables aux fins de la recherche, et vous garantissons par la même occasion la confidentialité de vos réponses.

III. Les thèmes et sous-thèmes d'entretien

II-1 L'auto-handicap comportemental et les performances sportives des athlètes handicapés camerounais.

- a. L'appréciation que les athlètes handicapés font lors qu'ils sont soumis à une situation stressante comme la préparation à la compétition sportive. (représentations, attitudes, autoévaluation ...)
- b. Le niveau d'engagement des athlètes face à l'adversaire. (concentration, attention, pertinence ...)
- c. Le respect des consignes techniques et tactiques proposées pour réussir. (absence, retards, discipline dans le groupe, ...)
- d. Le degré de confiance que dispose l'athlète au moment de la compétition sportive. (angoisse, incertitude, peur d'affronter l'adversaire, ...)

II-2 l'auto handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes handisports du Cameroun.

- a. L'appréciation faite des primes allouées aux athlètes handicapés lors de la participation aux compétitions sportives. (insuffisantes, arrivent à temps, respecte le cahier des charges,...)
- b. Les attitudes auto handicapantes des athlètes pour contourner les contraintes qu'exige l'apprentissage des gestes techniques. (maladie, fatigues, blessures,...)
- c. Le respect de la catégorie en fonction du degré de handicap des athlètes lors de la compétition sportive. (dépassement de soi, auto détermination, persistance ...)
- d. Emotions que les athlètes ressentent suite à leurs contre-performances sportives. (perte de l'estime de soi, perte de confiance à l'encadreur, diminution de l'effort).



QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE ADRESSE AUX ATHLETES EN SITUATION DE HANDICAP

Ce questionnaire est administré aux athlètes dans le cadre d'une recherche portant sur « **Stratégies d'auto handicap et performances sportives des athlètes handisports du Cameroun** » au Comité National Paralympique Camerounais. Nous vous exhortons à nous fournir des informations uniquement exploitables aux fins de la recherche tout en vous garantissant de l'anonymat.

Remplir ce questionnaire consiste à cocher la réponse qui convient le mieux.

N.B. à partir de la question 7, la légende est la suivante : 1= très faux ; 2= faux ; 3= ni vrai ni faux ; 4= vrai ; 5=très vrai.

I- Identification de l'enquêté

1-Age : Sexe Type de Handicap.....

2-Cursus scolaire :

a-Aucun ☐ b-CEP ☐ c-BEPC ☐ d-Probatoire ☐ e-BAC ☐

f-Plus ☐

3-Fédération :

4-Spécialité/discipline :

5-Région d'origine :

6-Nationalité :

II-Questions relatives à VI 1

N°	Questions	1-très faux	2	3	4	5-très vrai
7-	Certains sportifs ont tendance à repousser jusqu'au dernier moment leurs séances d'entraînement					
8-	La représentation des consignes de l'encadreur est toujours négative lors qu'elles sont stressantes					
9-	Les athlètes donnent généralement le meilleur d'eux-mêmes quel que soit l'enjeu, mais ils ont peur de leur handicap					
10-	Les bonnes stratégies que j'utilise me permettent d'obtenir de bonnes performances aux compétitions sportives					
11-	J'ai l'intention d'être très nerveux avant la compétition lorsque je ne reçois pas une prime supplémentaire					
12-	L'auto-détermination avant la compétition m'a toujours permis de réaliser de bonnes performances					
13-	Certains athlètes sont facilement distraits par le bruit, le regard d'autrui ou par leurs propres pensées quand ils compétissent					
14-	Beaucoup de sportifs se concentrent difficilement pendant la compétition					
15-	Je pourrais mieux faire si je m'appliquais davantage malgré mon handicap					
16-	Quand il m'arrive de participer aux entraînements, je n'exécute pas totalement les consignes de l'encadreur					
17-	Les sportifs ont difficilement confiance en eux lorsqu'ils participent à une compétition sportive					
18-	Quand il ne réussit pas bien dans une compétition, il se console avec son handicap comme prétexte					

19-	Les athlètes pensent souvent qu’ils sont plus que malheureux en sport et aux activités qui nécessitent du talent					
20-	J’aime bien les activités sportives, elles améliorent ma condition de vie et me permettent de mieux m’insérer dans la société					
21-	Certains athlètes contribuent parfois eux-mêmes à leurs échecs					

Justifiez votre réponse :

.....

.....

.....

III-Questions relatives à la VI 2

N°	Questions	1-très faux	2	3	4	5-très vrai
22-	Certains athlètes évitent de s’investir à fond dans les activités de compétition pour ne pas être blessés psychologiquement s’ils échouent					
23-	Les problèmes émotionnels infèrent toujours dans les activités sportives					
24-	Quand un sportif n’est pas à la hauteur des attentes de son encadreur, il a tendance à se justifier par sa maladie					
25-	L’athlète arrête de s’entraîner quand il ressent la fatigue					
26-	J’ai toujours tendance à vouloir compétir avec les athlètes de niveau supérieur/inférieur					
27-	L’athlète ne fait aucun effort en compétition quand il est stressé					

28-	Je réussirais bien mieux si je ne laissais pas mes émotions prendre le dessus					
29-	Certaines substances prises par les athlètes pourraient les empêcher d'être lucide et performant					
30-	il refuse de se faire violence en ignorant les consignes de l'encadreur pendant la compétition					
31-	Le sportif est parfois très déprimé à tel point où même les tâches aisées deviennent difficiles à réaliser					
32-	Il se sous-estime généralement devant son adversaire à cause de son handicap					
33-	Le manque d'auto détermination est l'une des causes de mes multiples échecs aux compétitions sportives					
34-	J'ai des connaissances sur les stratégies d'auto handicap en sport					
35-	Vos coéquipiers se créent généralement des stratégies d'auto handicap lors des compétitions sportives					
Justifiez votre réponse :						
.....						
IV-Questions relatives à la VD						
36-	Nombre de participation aux compétitions sportives	1	2	3	4	5
37-	Nombre de médailles remportées					

Médaille	1	2	3	4	5
Or					
Argent					
Bronze					

Aucune	
---------------	--

Merci pour votre collaboration !

RESEARCH QUESTIONNAIRE FOR ATHLETES WITH DISABILITIES

This questionnaire is administered to athletes as part of a research on « *Self-handicap strategies and sports performance of disabled athletes in Cameroon* » at the Cameroon National Paralympic Committee. We urge you to provide us with information that is only usable for research purposes while guaranteeing you anonymity.

Completing this questionnaire consists of ticking off the answer that is most appropriate.

N.B. from question 7, the legend is as follows: 1= very false; 2= false; 3= neither true nor false; 4= true; 5=very true.

I. Identification of the respondent

1-Age:..... Sex.....type of disability

2- Curriculum:

a-Nothing ☐ b-First school ☐ c-Olevel ☐ d-Advance Level ☐
e-more☐

3-Federation:.....

4-Specialty/discipline:.....

5-Region of origin:.....

6-Nationality:.... ..

II- Questions relating to VI 1

N°	Questions	1- very false	2	3	4	5- very true
7-	Some athletes tend to postpone their workouts until the last moment					
8-	The representation of the coach's instructions is always negative when they are stressful					
9-	Athletes generally give their best whatever the issue, but they are afraid of their disability					
10-	The right strategies I use allow me to get good perfThe good strategies I use allow me to get good performances in sports competitions					

11-	I intend to be very nervous before the competition when I do not receive an additional bonus					
12-	Self-determination before the competition has always allowed me to achieve good performances					
13-	Some athletes are easily distracted by the noise, the gaze of others or by their own thoughts when they get along					
14-	Many athletes have difficulty concentrating during the competition					
15-	I could do better if I applied myself more despite my disability					
16-	When I happen to participate in training, I do not fully execute the instructor's instructions					
17-	Athletes have difficulty trusting themselves when competing in a sporting competition					
18-	When he doesn't do well in a competition, he consoles himself with his handicap as a pretext					
19-	Athletes often think they are more than unhappy in sports and activities that require talent					
20-	I like sports activities, they improve my living conditions and allow me to better integrate into society					
21-	Some athletes sometimes contribute themselves to their failures					

Justify your answers :

.....

.....

.....

III -Questions relating to V1 2

N°	Questions	1- very false	2	3	4	5- very true
22-	Some athletes avoid full involvement in competition activities so as not to be psychologically injured if they fail					
23-	Emotional problems always inflict in sporting activities					
24-	When an athlete does not live up to the expectations of his/her coach, he/she tends to justify his/her illness					
25-	Athlete stops training when feeling tired					
26-	I always tend to want to compete with top/bottom level athletes					
27-	Athlete makes no effort in competition when stressed					
28-	I would do much better if I didn't let my emotions take over					
29-	Some substances taken by athletes could prevent them from being lucid and performing					
30-	he refuses to use violence by ignoring the instructions of the coach during the competition					
31-	The athlete is sometimes very depressed to the point where even easy tasks become difficult to perform					
32-	He generally underestimates himself in front of his opponent because of his disability					

33-	Lack of self-determination is one of the causes of my multiple failures at sports competitions					
34-	I have knowledge of self-disability strategies in sport					
35-	Your teammates usually create self-disability strategies during sports competitions					
Justify your answers :..... IV- Questions relating to VD						
36-	Number of participation in sporting competitions Number of medals won	1	2	3	4	5
37-	Number of medals won					

medal	1	2	3	4	5
gold medal					
silver					
Bronze					
none					

Thank you for your collaboration!

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS.....	IV
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	V
LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES ET GRAPHIQUES	IX
RÉSUMÉ.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES	8
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ETUDE.....	11
1.1 CONTEXTE DE L'ETUDE	11
1.2 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	15
1.3 FORMULATION ET POSITION DU PROBLEME DE RECHERCHE	16
1.3.1 EXPOSE DU SUJET	16
1.3.2 SITUATION PROBLEME ET PRESENTATION DES DONNEES DE LA SITUATION.....	17
1.3.3 CONSTAT EMPIRIQUE.....	19
1.3.4 CONSTAT THEORIQUE.....	20
1.3.5 PERTINENCE ET PROBLEME DE RECHERCHE.....	23
1.3.5.1 Pertinence du problème	23
1.3.5.2 Problème de recherche	24
1.4 QUESTIONS DE RECHERCHE	26
1.4.1 QUESTION PRINCIPALE	26
1.4.2 QUESTIONS SECONDAIRES.....	26
1.5 HYPOTHESES DE RECHERCHE	26
1.5.1 HYPOTHESE GENERALE (H.G).....	27
1.5.2 HYPOTHESES SECONDAIRES (H.S).....	27
1.6 OBJECTIF DE L'ETUDE.....	27
1.6.1 OBJECTIF GENERAL.....	27
1.6.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	27

<i>1.7 L'INTERET DU SUJET</i>	28
<i>1.7.1 INTERET PERSONNEL</i>	28
<i>1.7.2 INTERET SOCIAL</i>	28
<i>1.7.3 INTERET SCIENTIFIQUE</i>	29
<i>1.7.4 INTERET ECONOMIQUE</i>	30
<i>1.8 DELIMITATION DE L'ETUDE</i>	30
<i>CHAPITRE 2 : HANDICAP ET AUTO HANDICAP</i>	32
<i>2.1 HISTORIQUE DU HANDICAP</i>	32
<i>2.1.1 APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP</i>	36
<i>2.1.2 LE CORPS INDIVIDUEL ET LE « CORPS » DU GROUPE</i>	41
<i>2.1.3 INSERTION GROUPELE DES HANDICAPES</i>	44
<i>2.2 ASPECT CONCEPTUEL DU HANDICAP</i>	47
<i>2.2.1 CLASSIFICATION DES HANDICAPS SELON L'OMS</i>	47
<i>2.2.1.1 La déficience</i>	47
<i>2.2.1.2. L'incapacité</i>	47
<i>2.2.1.3 Le désavantage</i>	47
<i>2.2.2 CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT DES HANDICAPS</i>	48
<i>2.3 LA TYPOLOGIE DES DEFICIENCES</i>	54
<i>2.4 LA NOTION DE « SOI » : LE SENTIMENT DE SOI</i>	75
<i>2.4.1 LES DIFFERENTS ASPECTS DE LA NOTION DE « SOI »</i>	76
<i>2.4.2 LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI</i>	77
<i>2.4.3 LES TROIS PILIERS DE L'ESTIME DE SOI</i>	78
<i>2.4.4 LE REGARD DE L'AUTRE</i>	82
<i>2.5 L'AUTO-HANDICAP</i>	84
<i>2.5.1 HISTORIQUE DE L'AUTO-HANDICAP</i>	84
<i>2.5.2 LA NOTION D'AUTO-HANDICAP COMPORTEMENTAL ET REVENDIQUE</i>	85
<i>2.5.3 CONFUSIONS ENTRE L'AUTO-HANDICAP COMPORTEMENTAL ET REVENDIQUE</i>	85
<i>2.5.3.1 La Relation entre l'auto-handicap comportemental et l'auto-handicap revendiqué</i> ...	87
<i>2.5.3.2 Pertinence de la distinction entre les deux expressions de l'auto-handicap</i>	87
<i>2.5.4 LES DIMENSIONS DE L'AUTO-HANDICAP</i>	88
<i>2.5.4.1 Les Motifs de protection et de valorisation du soi</i>	90
<i>2.5.4.2 Les Bénéfices secondaires de protection et de valorisation du soi</i>	91

2.5.5 LES MOTIFS SOUS-JACENTS A L 'AUTO-HANDICAP	91
2.5.6 LES CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET MOTIFS DE L 'AUTO-HANDICAP	92
2.5.7 CIBLES DE L 'AUTO-HANDICAP	93
2.5.7.1 Cibles privées et publiques.....	93
2.5.7.2 Cibles sous-jacentes à l'auto-handicap	94
2.5.8 CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET CIBLES DE L 'AUTO-HANDICAP COMPORTEMENTAL	96
2.5.8.1 Stratégies d'auto handicap et dévalorisation de soi.....	98
2.5.8.2 Stratégies d'auto-handicap et valorisation de soi	99
CHAPITRE 3 : SPORTS POUR HANDICAPES ET PERFORMANCES SPORTIVES	103
3.1 GENERALITES SUR LE SPORT POUR HANDICAPES	103
3.1.1 CLASSIFICATION DES SPORTIFS HANDICAPES DANS LE CADRE DES COMPETITIONS SPORTIVES	104
3.1.1.1 CLASSIFICATION POUR LES SPORTIFS EN FAUTEUIL ROULANT.....	105
3.1.1.2 CLASSIFICATION POUR LES SPORTIFS AMPUTES	106
3.1.1.3 CLASSIFICATION POUR LES SPORTIFS INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX.....	106
3.1.1.4 CLASSIFICATION POUR LES SPORTIFS AVEUGLES ET MAL VOYANTS	107
3.1.1.5 CLASSIFICATION HARMONISEE DES HANDICAPES	107
3.1.2 LES SPORTS PARALYMPIQUES.....	109
3.1.2.1 Athlétisme	109
3.1.2.2 Boccia.....	109
3.1.2.3 Sports équestres	110
3.1.2.4 Football 5x5.....	110
3.1.2.5 Goal-ball	110
3.1.2.6 Judo.....	110
3.1.2.7 Rugby fauteuil.....	110
3.1.2.8 Tennis de table.....	110
3.1.2.9 Tir à l'arc	111
3.1.2.10 Volley-ball (assis)	111
3.1.2.11 Voile	111
3.1.2.12 Tir.....	111
3.1.2.13 Tennis fauteuil	111
3.1.2.14 Natation.....	111
3.1.2.15 Haltérophilie.....	111

3.1.2.16 Football 7x7.....	112
3.1.2.17 Escrime fauteuil.....	112
3.1.2.18 Cyclisme	112
3.1.2.19 Basket-ball fauteuil.....	112
3.1.2.20 Curling fauteuil.....	112
3.1.2.21 Ski nordique.....	113
3.1.2.22 Hockey sur luge	113
3.1.2.23 Ski alpin.....	113
3.1.2.24 Powerlifting	113
3.2 PERFORMANCES DES ATHLETES HANDICAPES SPORTIFS : UNE REALITE COMPLEXE.....	115
3.2.1 LA RELATION ENTRAINEMENT-PERFORMANCE SPORTIVE.....	117
3.2.2 LES FACTEURS DE LA CONTRE-PERFORMANCE EN SPORT	123
3.2.3 RELATION ENCADREUR PSYCHOLOGIQUE ET PERFORMANCE SPORTIVE	125
3.3 INSERTION THEORIQUE	125
3.3.1 THEORIE DE L'AUTO HANDICAP	125
3.3.2 LES THEORIES ATTRIBUTIONNELLES	128
3.3.2.1 L'ATTRIBUTION CAUSALE DE WEINER (1985).....	129
3.3.3 LES THEORIES DE LA PRESENTATION DE SOI	133
3.3.4 LES APPROCHES COMPORTEMENTALISTE ET NEO-COMPORTEMENTALISTE.....	138
3.3.5 LE COGNITIVISME.....	141
3.3.6 LA THEORIE DES BUTS D'ACCOMPLISSEMENT : DU MODELE BIDIMENSIONNEL AU MODELE TRIDIMENSIONNEL DE L'ACCOMPLISSEMENT SPORTIF.....	146
3.3.7 LE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITE, ATOUT OU OBSTACLE DANS L'ACQUISITION DE LA PERFORMANCE SPORTIVE ?.....	149
3.3.8 LA THEORIE DE L'AUTODETERMINATION.....	151
3.3.9 LA THEORIE DE LA RESIGNATION ACQUISE	157
3.3.10 PERCEPTION DE L'IMAGE DE SOI ET PERFORMANCES SPORTIVES.....	159
3.3.11 LE STRESS EN SPORT ET PERFORMANCES DES ATHLETES HANDICAPES	164
DEUXIEME PARTIE : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE.....	169
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	170
4.1. RAPPEL : THESE, QUESTIONS, OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	170
4.1.1 LA THESE DE L'ETUDE	170

4.1.2 LES QUESTIONS.....	171
4.2 LA PLACE DE LA VARIABLE DANS UNE RECHERCHE	172
4.2.1 TYPES DE VARIABLES	172
4.2.2 LA VARIABLE DEPENDANTE (VD)	172
4.2.3 LA VARIABLE INDEPENDANTE (VI).....	173
4.2.4 OPERATIONNALISATION DES VARIABLES.....	175
4.2.5 ÉLABORATION DES HYPOTHESES	176
4.3 TYPE DE L'ETUDE	181
4.4 SITES DE L'ETUDE.....	182
4.4.1 LE COMITE NATIONAL PARALYMPIQUE CAMEROUNAIS (CNPC).....	182
4.4.2 MISSIONS DU COMITE NATIONAL PARALYMPIQUE CAMEROUNAIS (CNPC)	183
4.4.3 L'ASSEMBLEE GENERALE	183
4.4.5 LE BUREAU EXECUTIF.....	184
4.4.6 LES FEDERATIONS CAMEROUNAISES DES SPORTS POUR DEFICIENTS.....	184
4.5 LA POPULATION D'ETUDE.....	184
4.5.1 LA POPULATION PARENTE	184
4.5.2 LA POPULATION CIBLE.....	184
4.5.3 LA POPULATION ACCESSIBLE	185
4.5.4 L'ECHANTILLON ET LA TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE.....	185
4.6 INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES.....	188
4.6.1 LES MESURES OBJECTIVES.....	189
4.6.2 LES MESURES SUBJECTIVES	189
4.6.2.1 L'observation.....	189
4.6.2.2 L'entretien	192
4.6.2.3 Le questionnaire	193
4.7 PROCEDURE DE COLLECTE DE DONNEES.....	203
4.7.1 LES SEANCES D'OBSERVATION DES ATHLETES IN SITU.....	203
4.7.2 LA PASSATION DE L'ENTRETIEN AVEC LES 10 ENCADREURS RETENUS DANS LES DIFFERENTES FEDERATIONS.....	205
4.7.3 L'ADMINISTRATION DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ATHLETES DES QUATRE FEDERATIONS	206
4.7.3.1 Le mode d'administration du questionnaire	206

4.7.3.2 Le respect des participants.....	207
4.7.4 PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNEES.....	208
4.8 METHODES D'ANALYSE DES DONNEES.....	210
4.8.1 METHODES DE DEPOUILLEMENT ET D'ANALYSE DES DONNEES QUANTITATIVES	210
4.8.1.1 Le dépouillement des données quantitatives	211
4.8.1.2 L'analyse des données quantitatives.....	211
4.8.2 DEPOUILLEMENT ET ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES	214
4.8.2.1 Codification et condensation des données	215
4.8.2.2 L'analyse de contenu	215
CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	217
5.1 PRESENTATION DES RESULTATS DES OBSERVATIONS DE 46 ATHLETES DES QUATRE FEDERATIONS.....	217
5.1.1. DISTRIBUTION DES EFFECTIFS EN FONCTION DES FEDERATIONS	217
5.1.2. PRESENTATION DES SCORES OBTENUS PAR CHAQUE ATHLETE OBSERVE DANS LES QUATRE FEDERATIONS SPORTIVES.....	218
5.2 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DES ENTRETIENS AVEC 10 ENCADREURS DES ATHLETES EN SITUATION DE HANDICAP	232
5.2.1 QUESTIONS RELATIVES A LA RECHERCHE DE LA CORRELATION ENTRE L'AUTO HANDICAP COMORTEMENTAL ET LES PERFORMANCES SPORTIVES DES ATHLETES HANDISPORTS DU CAMEROUN.	233
5.2.2 QUESTIONS RELATIVES A LA RECHERCHE DE LA CORRELATION ENTRE L'AUTO HANDICAP REVENDIQUE ET LES PERFORMANCES SPORTIVES DES ATHLETES HANDISPORTS DU CAMEROUN. ...	235
5.3 PRESENTATION DES DONNEES ISSUES DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE.....	237
5.3.1 PRESENTATION DES DONNEES DE LA QUESTION DE RECHERCHE RELATIVE A LA VI1	251
5.3.2 PRESENTATION DES DONNEES DE LA QUESTION DE RECHERCHE RELATIVE A LA VI2	257
5.4 PRESENTATION DES DONNEES ISSUES DE L'ANALYSE INFERENTIELLE	261
CHAPITRE 6 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS	265
6.1. VERIFICATION DES HYPOTHESES	265
6.1.1 VERIFICATION DE LA PREMIERE HYPOTHESE DE RECHERCHE (HR1)	265
6.1.2 VERIFICATION DE LA DEUXIEME HYPOTHESE DE RECHERCHE (HR2).....	266
6.2 INTERPRETATION DES RESULTATS.....	267

6.2.1 INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA HR1 : L'AUTO HANDICAP COMPORTEMENTAL INFLUENCE LES PERFORMANCES SPORTIVES DES ATHLETES HANDISPORTS DU CAMEROUN.	267
6.2.2 INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA HR2 : L'AUTO HANDICAP REVENDIQUE DETERMINE LES PERFORMANCES SPORTIVES DES ATHLETES HANDISPORTS DU CAMEROUN.	273
6.3 DISCUSSION	277
6.3.1 LA METHODE DE RECHERCHE UTILISEE	277
6.3.2 LES RESULTATS OBTENUS.....	278
6.3.2.1 L'auto-handicap comportemental et les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.....	279
6.3.2.2 L'auto-handicap revendiqué et les performances sportives des athlètes en situation de handicap au Cameroun.....	281
6.3.3. LIMITES ET SUGGESTIONS.....	283
6.3.3.1. Limites de l'étude.....	283
6.3.3.2. Suggestions	284
CONCLUSION GENERALE.....	287
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	293
ANNEXES	314
TABLE DES MATIÈRES.....	326