

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix- Travail-Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

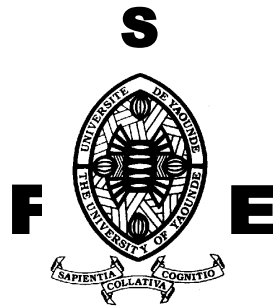
CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES SCIENCES DE  
L'ÉDUCATION

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE L'ÉDUCATION  
SPECIALISÉE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

\*\*\*\*\*

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE  
HUMAN, SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCE

\*\*\*\*\*

FACULTY OF EDUCATION

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SPECIAL  
EDUCATION

# EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE LA SURDITÉ ACQUISE ET STRATÉGIES DE COPING CHEZ L'ADOLESCENT DÉFICIENT AUDITIF.

*Mémoire de Master en Sciences de l'Éducation soutenu le 20 septembre 2024*

**Filière :** *Éducation Spécialisée*

**Spécialité :** *Handicaps physiques, instrumentaux et conseils*

**Option professionnelle :** *Psychologue professionnel en handicapologie inclusive*

**Présenté par :**

**NTAMACK Germain Peter**

*Licencié en Linguistique générale et appliquée*

**Matricule : 18Z3005**

**Jury**

**Président :**

**MAINGARI Daouda (Pr)**

**Rapporteurs :**

**Pr MAYI Marc Bruno (MC)**

**Mme TCHOKOTE Emilie Clarisse (MC)**

**Examineur :**

**MENGUE NGADENA Yolande (CC)**



**Juin 2024**

## **AVERTISSEMENT**

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

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

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives 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

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>ii</b>
<b>DEDICACE</b> .....	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>vii</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE</b> .....	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>5</b>
<b>CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE</b> .....	<b>20</b>
<b>CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES</b> .....	<b>46</b>
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE</b> .....	<b>77</b>
<b>CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS</b> .....	<b>94</b>
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>123</b>
<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>134</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>137</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>149</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>182</b>

**À**  
**NTAMACK PIERRE**  
**ET**  
**NGO KANA MARTHE**

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire est redevable à la participation de nombreuses personnes qui m'ont offert le soutien moral et leurs aides concrètes, à une étape ou une autre de son exécution.

Nous témoignons notre profonde gratitude au professeur Mayi Marc Bruno, Tchokoté Émilie mes encadreurs, pour leurs rigueurs scientifique dans le suivi de ce travail de recherche et pour la qualité de son encadrement. Merci pour votre disponibilité, votre écoute, votre confiance et vos judicieux conseils.

Nous remercions sincèrement tous les professeurs du département des sciences de l'éducation qui nous ont assistés durant cet immense travail. Notamment le professeur Simon Belinga Bessala, chef de département à l'École Normale Supérieure de Yaoundé.

Un merci tout particulier, à l'endroit du professeur Vandelin Mgbwa que je renommerais pour l'occasion « l'homme aux milles raccourcis ». Sans qui je n'aurais point eu une panoplie d'ouverture dans mes lectures.

J'exprime également mes sincères remerciements à l'ensemble des membres du jury qui ont voulu examiner mon travail.

Aussi, je remercie chaleureusement tous les participants de cette étude, qui ont aussi gentiment accepté de m'offrir un peu de leur temps même lorsque celui-ci était rare. Merci de votre intérêt, de vos encouragements et de votre accueil. Il en est de même pour les parents des participants qui ont été d'un grand apport dans cette étude.

Notre profonde gratitude à Hiot Ye Hiot, Menkeu, Manekeng les chercheurs de la faculté des sciences de l'éducation, filière éducation spécialisée à l'université de Yaoundé 1, pour leur soutien et présence dans la rédaction de cette recherche.

Nous tenons à remercier M. Bonguen Phillip ayant contribué à perfectionner les techniques et sémantiques d'interprétariats en langues des signes.

Nous remercions le principal du Collège Adventiste de Yaoundé Nlongkak, son personnel administratif et enseignant pour le soutien dans la réalisation de cette recherche.

Un merci particulier à ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire notamment en ce qui concerne le soutien financier, moral et soutien spirituel et conseils.

Notre profonde gratitude M. Bagal Guillame et M. Simb Nag Hans Francis pour tous leurs soutiens.

Merci à toute ma famille. Merci à ma mère et à mon père de m'avoir donné la chance qu'ils n'ont pas eu, de poursuivre des études. Merci à mes frères et sœurs.

## LISTE DES ABREVIATIONS

**BUCREP** : Bureau Central de Recensement et des Etudes Des Populations

**CEI** : Cours Elémentaire Niveau I

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap

**CSA** : Complexe Scolaire Adventiste

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental disorders

**ECAM** : Enquête Camerounaise Auprès des Ménages

**ESEDA** : Ecole Spécialisée pour Déficients Auditifs

**ESPT** : Etat de Stress Post-Traumatique

**ETD** : Echelle de Traumatisme de Davidson

**INS** : Institut Nationale de Statistique

**MELS** : Ministère de l'éducation du Loisir et du Sport

**ONG** : Organisation Non Gouvernemental

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**SIL** : Section d'Initiation au Langage

**UNICEF** : United Nations Internatinal Children's Emergency Fund

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1 : Degré de perte auditive et exemples de bruits correspondants .....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau 2 : Récapitulatif des participants .....</b>	<b>83</b>
<b>Tableau 3 : Grille d'analyse .....</b>	<b>92</b>
<b>Tableau 4 : Résultats au test du traumatisme de Davidson .....</b>	<b>112</b>
<b>Tableau 5 : Récapitulatif de l'analyse transversale .....</b>	<b>122</b>
<b>Tableau 6 : Facteurs de protection dans le développement de la résilience .....</b>	<b>128</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : le model de WOOD (P. Watine,2005) .....	32
Figure 2 : Les parties de l'oreille .....	34
Figure 3 : Diagramme du champ auditif Inspiré de Grosbois et LePellec (2004) .....	36
Figure 4 : Typologie des surdités selon l'âge d'acquisition .....	38

## RÉSUMÉ

Cette étude s'intitule « Expérience subjective de la surdité acquise et stratégies de coping chez l'adolescent déficient auditif ». Il a été constaté que certains déficients auditifs dans notre entourage et dans les institutions en proie à la période développementale de l'adolescence ; manifestaient des signes de repli sur soi, des difficultés à entrer en relation avec l'entourage immédiat (membre de la famille, les amis, pairs, etc.). Aussi, le handicap qu'ils présentaient avait été acquis à cet âge développemental qu'est l'adolescence. Pour Bon (2013), l'adolescence et le handicap sont des schèmes complexes, car le sujet qui est dans une situation d'hétérogénéité profonde est aussi confronté à une déficience, une incapacité et un désavantage. L'objectif de l'étude est d'étudier la manière dont le vécu traumatique de la surdité participe à la mise en place d'un processus adaptatif chez l'adolescent atteint de surdité acquise. En prenant en compte la littérature sur l'expérience subjective des personnes en situation de handicap, ces derniers mettent en place certains remaniements. Ces différentes dispositions font appel à la manière à laquelle la personne en situation de handicap active les stratégies de coping pour vaincre et rebondir face à l'adversité. Il ne s'agit pas seulement de s'adapter, mais d'aller au-delà (Arnaut, 2005). Cette situation de handicap, manifestée par la perte de l'audition, oblige à questionner son devenir et ses stratégies mises en œuvre pour dépasser l'adversité dans un tel contexte. La question de recherche est : comment l'expérience subjective de la surdité acquise vécue par l'adolescent déficient auditif rend-elle compte des stratégies de coping mises en œuvre ? De cette question découle l'hypothèse suivante : L'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur les mécanismes de coping positif. Suivant la méthode clinique, l'utilisation des entretiens semi-directifs et du test de traumatisme de Davidson a permis de collecter les données auprès de quatre adolescents rencontrés au complexe scolaire adventiste de Nlongkak à Yaoundé. L'analyse du contenu thématique des verbatims et du test de traumatisme de Davidson permettent d'obtenir les résultats selon lesquels, les sujets de l'étude vivent les étapes du travail de deuil tel qu'annoncé par Kulber-Ross (2003) et Hanus (2001) à savoir : le déni, le choc, la grande période dépressive et l'acceptation ; y compris la confrontation, la distanciation, l'autocontrôle, la recherche de support social, l'acceptation des responsabilités, l'évitement, la résolution de problèmes et la réévaluation positive tel qu'énoncé par Lazarus et Folkman (1984). Les mécanismes résilients et les stratégies de coping sont observés chez tous nos participants. Au cours de cette étude, à travers la capacité à mobiliser les ressources pour une vie harmonieuse, rebondir et améliorer la qualité de vie de tout un chacun.

**Mots clés :** expérience subjective, stratégie de coping, adolescence, surdité.

## ABSTRACT

This study is entitled "Subjective experience of acquired deafness and coping strategies in hearing-impaired adolescents". It was found that some hearing-impaired people in our environment and in institutions in the grip of the developmental period of adolescence; showed signs of withdrawal, difficulties in relating to their immediate surroundings (family members, friends, peers, etc.). Also, the disability they presented had been acquired at this developmental age that is adolescence. For Bon (2013), adolescence and disability are complex schemes, because the subject who is in a situation of profound heterogenesis is also confronted with a deficiency, an incapacity and a disadvantage. The objective of the study is to study the way in which the traumatic experience of deafness participates in the establishment of an adaptive process in adolescents with acquired deafness. Taking into account the literature on the subjective experience of people with disabilities, the latter put in place certain changes. These different provisions call upon the way in which the person with disabilities activates coping strategies to overcome and bounce back from adversity. It is not just about adapting, but going beyond (Arnaut, 2005). This situation of disability, manifested by the loss of hearing, requires us to question its future and the strategies implemented to overcome adversity in such a context. The research question is: how does the subjective experience of acquired deafness lived by the hearing impaired adolescent account for the coping strategies implemented? From this question arises the following hypothesis: The subjective experience of acquired deafness accounts for the strategies through coping focused on the problem, on emotion and on positive coping mechanisms. Following the clinical method, the use of semi-directed interviews and the Davidson trauma test allowed data to be collected from four adolescents met at the Nlongkak Adventist school complex in Yaoundé. The analysis of the thematic content of the verbatims and the Davidson trauma test allowed us to obtain the results according to which the subjects of the study experience the stages of grieving work as announced by Kulber-Ross (2003) and Hanus (2001) namely: denial, shock, the major depressive period and acceptance; including confrontation, distancing, self-control, seeking social support, acceptance of responsibilities, avoidance, problem solving and positive reevaluation as stated by Lazarus and Folkman (1984). Resilient mechanisms and coping strategies are observed in all our participants. During this study, through the ability to mobilize resources for a harmonious life, bounce back and improve the quality of life of everyone.

**Key words:** subjective experience, coping strategy, adolescence, deafness.

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

La question du handicap a connu une hausse drastique ces dernières années et dans le monde en général. Au plan mondial, il est estimé, en incluant les enfants que plus d'un milliard d'individus vivent avec un handicap, ce qui représente environ 15% de la population mondiale. Ces personnes sont souvent victimes de marginalisation, de stigmatisation et ne bénéficient pas toujours d'une bonne éducation et de prise en soins. Depuis que les politiques d'inclusions sont inscrites dans les objectifs du développement durable, la question du handicap est devenue une priorité politique et sociale. Améliorer les politiques et les programmes d'éducation contribue à briser les conceptions en rapport à ce problème de marginalisation. Des enseignants formés pour comprendre et aider les enfants handicapés à apprendre contribuent également à changer les choses. Il en va de même des appareils d'aides et d'autres accessoires (rampes d'accès, tableaux baisés...). En outre, la voie vers une société future où la diversité ferait complètement partie du quotidien semble tracée.

Aujourd'hui, les problématiques liées à la prise en charge des personnes en situation de handicap se posent avec acuité partout à travers le monde. Au moment où nous cherchons comment répondre, de la meilleure façon, aux besoins de ces personnes, il est important de savoir que le nombre de personnes victimes du handicap, et d'autres formes de déficiences, ne cesse de croître avec des causes cependant plus ou moins diverses. Parmi ces celles-ci, nous pouvons citer, pour certaines, la survenue d'un accident alors que pour d'autres, l'origine de la déficience serait plutôt liée à l'existence d'une maladie. Dans un cas comme dans un autre apparaît alors une perception nouvelle du handicap par ceux-là mêmes qui pourraient être qualifiés de « nouveaux handicapés », avec de nouvelles formes de besoins qui ne sont plus seulement liés à un désir d'assistantat mais à un désir d'autonomie sinon de liberté.

La situation devient plus douloureuse lorsque le handicap survient à un moment où le sujet s'était habitué à la vie de personne « valide » et s'était déjà tracé un itinéraire parsemé de projets et d'ambitions. L'annonce d'un handicap constitue toujours une épreuve traumatique en ce sens qu'elle entraîne, souvent, un effondrement psychologique tant au niveau de la personne que de son entourage et perturbe, sinon dérègle, le mode de fonctionnement de l'environnement personnel et familial du sujet en question. Cette situation, qui n'épargne par ailleurs personne, entraîne une remise en question de l'idéal qui s'était construit autour de la personne et remet en même temps en cause les aspirations et les ambitions qu'elle nourrissait avec ses proches. Le

sujet se sent ainsi touché au plus profond de son corps et de son âme. Le regard qu'il avait sur lui-même change tout comme le regard que lui portaient les autres.

Doutes, interrogations, souffrances et incompréhensions jalonnent alors les chemins de sa nouvelle vie marquée par l'irruption d'une déficience qui le frappe de plein fouet. Comment dès lors se réinventer une nouvelle identité de vie face à un moral profondément affecté et à une identité physique qui n'est plus la même, dans un corps qui n'est non plus le même ? Comment gagner la bataille de la reconnaissance ? Comment rebondir et faire des réajustements adaptatifs afin d'améliorer la qualité de vie dans ce monde carré, voire intolérant, vis-à-vis des personnes porteuses de déficiences qui n'ont cessé d'être exclues du corps social. Dans la complexité de toutes ces questions auxquelles se heurtent les personnes confrontées aux conséquences du handicap (surtout la surdité acquise). Le désir d'être autonome, souvent vécu comme un rêve, voire un idéal inaccessible, prend une autre dimension et devient une préoccupation majeure dans la vie de la personne.

Cette étude accorde un intérêt particulier aux adolescents ayant une surdité acquise. L'adolescence est un passage qui se définit par des diverses transformations au cours duquel la plupart sont stressés, surpris des remaniements que subit leur corps. Ces changements se font de manière automatique où le corps est le véhicule de la communication. Par conséquent, le corps étant dans une croissance inachevée, vient s'ajouter un handicap. Notons que le handicap est une caractéristique individuelle qui découle directement de la déficience, de l'incapacité et du désavantage. Ces personnes occupent une place particulière parce qu'elles présentent des anomalies, et c'est dans cette situation que vivent des personnes atteintes du handicap à de divers degrés : la surdité. La perte de l'acuité auditive constitue, pour la personne qui la subit, une épreuve à la fois physique et psychologique majeure. L'évidence de la déficience, associée à celle de la perte auditive, est immédiate, et l'espoir d'une éventuelle récupération de la fonction repose entièrement sur les vertus du futur appareillage avec une prothèse auditive quand c'est possible.

Un stage au sein du complexe scolaire adventiste de Nlongkak nous a permis de relever à l'aide d'entretiens. De ces entretiens, il ressort que la perte de l'audition à un certain moment de la vie est davantage traumatisante pour les adolescents qui avant leur surdité menaient une vie normale. Ces individus se mettent en retrait du regard social en vue d'éviter des jugements de valeurs, une stigmatisation. Par conséquent, ils se regroupent en communauté nommée « Deaf community », bouclier de camouflage contre la stigmatisation ; mais sans toutefois surmonter le traumatisme vécu. Inscrit en éducation spécialisée (handicaps physiques,

instrumentaux et conseils), aider ces personnes atteintes de surdit      surmonter leur traumatisme par des strat  gies adaptatives, constitue un d  fi pour faciliter l'inclusion et contribue    moindre co  t    la r  adaptation des personnes dites « sourdes » ou atteintes. La mise en place d'un processus adaptatif chez l'adolescent atteint de surdit   acquise int  gre un ensemble d'aspects psychologiques. Y compris des aspects sociaux et de d  veloppement humain,    travers ses pratiques, se pr  sente comme un moyen efficace qui permet de parvenir facilement    l'activation des strat  gies adaptatives de coping et r  silientes.

Enfin, la r  daction de notre travail s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La premi  re partie concerne le cadre th  orique : la probl  matique (chapitre 1), la revue de la litt  rature (chapitre 2) et l'insertion th  orique de l'  tude (chapitre 3). La seconde partie est intitulé cadre m  thodologique et op  ratoire. Elle comprend et est aussi structuré en trois chapitres : la m  thodologie (chapitre 4), la pr  sentation et l'analyse des r  sultats (chapitre 5), l'interpr  tation et la discussion des r  sultats (chapitre 6). Nous achevons ce travail par une conclusion g  n  rale, les r  f  rences bibliographiques et les annexes.

**PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET  
THEORIQUE**

# CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Selon Beaud (2006), la problématique est un « ensemble d'idées construit autour d'une question principale et des lignes d'analyses qui permettent de traiter un sujet choisi ». Cependant, toute recherche dite scientifique porte toujours sur un problème, c'est-à-dire sur « un écart constaté entre une situation de départ insatisfaisante et une situation d'arrivée désirable. » Bize, Goguelin et Carpentier (1967) ; une situation incommode, embarrassante par rapport à une connaissance, une théorie, une pratique établie ; une importante difficulté à résoudre, une situation équivoque qui génère sur le plan spéculatif et ou empirique des questions dont les réponses sont critiquables, critiquées ou simplement absentes. Dans ce travail, il sera question pour nous de présenter clairement la problématique de cette recherche. Notamment son contexte d'investigation, la justification et le problème spécifique relevé dans la littérature, de même que de la question de recherche relative à cette étude. Et enfin, nous ferons état des objectifs ainsi que des intérêts et nous parlerons des délimitations de l'étude et de l'analyse des concepts clés.

## 1.1 Contexte et justification de l'étude

### 1.1.1 Contexte de l'étude

L'adolescence en tant que période développementale connaît des délimitations, ce qui varie selon plusieurs études. C'est une période où s'opère le passage de l'enfance à l'adulte et qui est marquée par le démarrage de la maturation pubertaire se situant entre 11 ans et 18 ans (Sillamy, 2007). Selon Gaillard (2020), l'adolescence est l'âge compris entre la puberté et l'âge adulte. D'après Piaget (1981), le début de l'adolescence se situe avec l'avènement de la pensée formelle entre 11-12 ans et 14-15 ans. Du point de vue psychologique, cette période marque le passage entre la dépendance enfantine et l'autonomie adulte. On peut concevoir l'adolescence comme un stade intermédiaire durant lequel l'individu qui n'est plus un enfant et pas encore un adulte n'a pas de responsabilité sociale propre, mais il peut explorer, exercer et expérimenter les rôles (Cloutier, 2005). Cependant, au cours de cette période, l'adolescent fait face à l'expérience du changement (Alvin et Marcelli, 2005).

L'adolescent et donc celui-là qui doit passer par certaines transformations. Cette transformation s'observe de ce fait au travers des changements visibles sur le plan physiologique (accroissement des hormones), psychologique (quête d'identité, besoin

d'autonomie, remaniement de toutes sortes), physique (croissance, élargissement du bassin, des épaules, la voix grave). Ces multiples transformations peuvent perturber, dès lors, l'individu qui se reconnaît non plus comme un enfant, mais ne peut non plus affirmer et assumer comme un adulte. Se trouvant donc dans une situation de transformation corporelle, physiologique et psychologique, l'adolescent fera face à d'autres situations dans son quotidien, à savoir accident, maladie, trouble qui pourrait déstabiliser son mode de vie et sa situation. L'avènement, en conséquence, d'une maladie, d'un trouble pourrait conduire à ce que nous appelons très souvent et qui s'oriente autour d'un concept générique qui est le handicap.

Dans cette optique, le handicap, d'après l'Organisation mondiale de la Santé, est un terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation (OMS, 2001). D'autre part, ce concept a connu des évolutions, en ce sens que les personnes dites « handicapées » sont censées être nommées « personne en situation de handicap ». Ces personnes se définissent comme des personnes victimes de discrimination, de stigmatisation, de marginalisation, de désavantages et de limitation aux activités qui animent la vie sociale (OMS, 2005). Sans compter que l'OMS (2010) a estimé la prévalence démographique à plus d'un milliard de personnes en situation de handicap ; soit 15 % de la population mondiale. Ce taux croissant du handicap est dû, d'après l'OMS (2010), au vieillissement de la population. Cela est dû aux personnes âgées ayant un risque plus élevé de handicap comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires ou les maladies mentales et à la situation environnementale à l'instar des catastrophes naturelles, des accidents de circulation.

En Afrique, près de 10 % de la population vit avec un handicap. Les personnes aveugles, invalides sont l'objet de nombreuses moqueries et discriminations qui les privent de leurs droits les plus fondamentaux (Éducation, 2012). Les aveugles et les invalides sont bien visibles dans les villes africaines. Et pourtant, ils sont souvent ignorés lorsqu'ils mendient pour essayer de gagner leur vie. Certains sont même enfermés par leur famille, qui les considère comme une malédiction lancée par les mauvais esprits. Il existe certes des conventions qui protègent les handicapés. Mais la majorité d'entre eux rencontre toujours des obstacles au sein de la société. Ils font l'objet de discriminations dans la vie sociale, économique et culturelle et sont fréquemment privés de leurs droits de participation politique et de leur liberté d'expression.

Au Cameroun par exemple, la constitution nationale a consacré ce principe universel en un droit inaliénable. Par ailleurs, le Cameroun a promulgué la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant sur la promotion et la protection des personnes handicapées. Sauf que sur le plan empirique, on se rend souvent compte que plusieurs catégories d'acteurs sociaux n'ont pas les

mêmes droits dans une même société. En dépit des dispositions législatives et constitutionnelles qui consacrent l'égalité entre les êtres humains, il apparaît que la reconnaissance de la dignité inhérente à toute la famille humaine reste encore un sujet préoccupant de nos jours. De toute évidence, parmi les personnes dont le respect des droits reste aujourd'hui problématique se trouvent les personnes handicapées. La question de la gestion du handicap garde toute sa pertinence dans la mesure où, comme le souligne Serghini, « aborder la gestion institutionnelle du handicap est une priorité » (Serghini, 2005). Les dispositions législatives et judiciaires sur la protection et la promotion des personnes handicapées justifient la volonté de ce traitement prioritaire de cette catégorie de personnes.

Ainsi, après une étude menée sur la situation socio-économique des personnes en situation de handicap en 2005. Le bureau central de recensement et des études des populations (BUCREP) démontre à partir des statistiques sur le handicap rendues publique ; que, 262 1199 personnes dans la population en général sont porteuses d'un handicap dont 127 738 sont des femmes et 134738 sont des hommes, soit un taux respectif de 1,5 %. L'institut national des statistiques (INS, 2006) estime également le pourcentage total de la population touchée par tout type de handicap dans ce pays, soit un taux de 15 %. Concernant le handicap physique, INS d'après l'enquête de consommation auprès des ménages (ECAM III, 2006), a relevé dans la ville de Douala 4773 et dans la ville de Yaoundé 5869.

Le terme de handicap a évolué ces dernières années, en passant de la notion de « personne handicapée » à celle de « personne en situation de handicap ». Ceci dit, le terme « handicap » s'est lui-même imposé récemment. De ce fait, la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) et l'OMS du 1<sup>er</sup> avril 2013 présentent quatre types de handicap : le handicap psychique, les maladies invalidantes, le handicap moteur et sensoriel. Pour ce qui est du handicap psychique, il se définit comme une atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels. Il peut entraîner une perturbation de la personnalité sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles.

Le handicap mental est une déficience des fonctions mentales et intellectuelles qui entraîne les difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation. Conduisant automatiquement à des problèmes d'expression, de communication chez la personne atteinte à l'instar de l'autisme, de la trisomie 21... De plus, d'autres handicaps proviennent des maladies invalidantes qui, par leurs effets sur l'organisme, peuvent générer un handicap à travers les maladies respiratoires et les maladies digestives. À cet effet, le handicap moteur se caractérise

par une capacité limitée pour un individu à effectuer certains mouvements comme se déplacer, réaliser les gestes ou de bouger certains membres du corps.

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, 2001) définit le handicap physique comme l'ensemble des troubles, paralysies, d'amputation, troubles de la dextérité, etc., pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité. Notamment des membres supérieurs et inférieurs, c'est-à-dire des problèmes pour se déplacer, prendre et manipuler, effectuer les gestes. Les causes de ce type de handicap peuvent être liées aux maladies acquises ou congénitales, aux malformations congénitales, aux traumatismes du fait des accidents de la voie publique.

Concernant le handicap sensoriel, il fait référence à des difficultés liées aux organes de sens. Dans ce cas, nous avons deux types de handicap sensoriel. Ils sont entre autres le handicap visuel qui désigne la déficience de la fonction visuelle, par exemple la cécité, la malvoyance et le handicap auditif qui renvoie à une perte ou partielle de l'audition. Ce type de handicap peut entraîner également les troubles de la parole comme la surdité. De ce fait, l'étude s'intéresse à l'adolescent en situation de handicap physique, notamment sensoriel. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF, 2001) définit le handicap sensoriel comme l'atteinte d'un ou plusieurs sens. Il se caractérise majoritairement par des incapacités issues d'une déficience auditive ou visuelle. Ainsi, un handicap sensoriel est principalement la conséquence d'une déficience visuelle ou auditive. De ce fait, il inclut le handicap auditif et visuel, mais pareillement la surdi-cécité qui combine ces deux déficiences (auditives et visuelles).

### **1.1.2 Justification de l'étude**

En jetant un regard critique sur l'éducation spécialisée, singulièrement dans la spécialité portant sur les handicaps physiques, instrumentaux et conseils. Il nous incombe de nous intéresser à l'aspect du vécu, aux répercussions et aux enjeux d'un tel handicap, spécifiquement le handicap physique sur le sujet ou la personne ayant acquis ladite déficience. Il se peut que cette personne soit un enfant, un adolescent, un adulte ou une personne âgée et qui est en situation de handicap congénital ou acquis à un âge développemental bien précis. L'évaluation du handicap chez des personnes en handicapologie s'appuie sur la sévérité ou le niveau de handicap (Hamonet et Magalhães, 1998). Il s'agit de prendre en compte l'atteinte au niveau corporel (le corps du sujet), au niveau de ses capacités, au niveau de la situation réelle de vie (le vécu), et enfin au niveau de sa subjectivité (histoire personnelle éléments subjectifs susceptibles de compromettre l'équilibre psychique de la personne).

Les travaux, concernant les adolescents atteints d'une surdité acquise, s'orientent et rejoignent notre spécialité qui est le handicap physique. La population concernée étant les adolescents, force est de remarquer que ces derniers se caractérisent largement par les transformations physiques et morphologiques que l'on peut observer pendant cette période. On a pu, de ce fait, considérer la puberté comme le début de l'adolescence. Les transformations du corps s'accompagnent d'une représentation de soi en pleine mutation. Car l'adolescent doit se réorganiser psychiquement et effectuer certains remaniements pour vivre les changements dont il est le lieu et qui font converger sur lui un certain nombre d'attitudes.

Il est de bon ton d'y penser qu'il y a ces événements ont des répercussions considérables sur l'image de soi de l'individu. D'où l'implication notoire dans la compréhension et la description des théories sur l'adolescence ; qui considèrent la puberté comme étant la cause des perturbations diverses que l'on observe chez la plupart des adolescents, la puberté reste un ensemble de phénomènes dont il faut connaître. Birraux (1990) estime que le corps du sujet est au cœur de l'adolescence, c'est en réalité un corps en transformation, un corps en identification et un corps en sexualité. Ce sont les effets d'une dualité entre le corps infantile connu, fantasmé, sédimenté par les accidents de l'histoire, et le corps inconnu, mystérieux, mature sexuellement. Qui s'impose dans les transformations de la puberté dont rend compte l'adolescent comme construction du sujet.

Cependant, face à la complexité et à l'ambivalence, l'adolescent se trouve dans une situation de handicap acquis plus complexe qui est la surdité acquise. Il n'existe pas de définitions univoques sur le terme générique de déficience auditive, car sa conception dépend des représentations sociales et contextuelles. La surdité est un mal qui se vit, mais ne se voit pas. C'est un handicap invisible, méconnu du grand public. De façon générale, on peut définir la surdité comme étant une diminution, voire une suppression, de la capacité d'entendre des sons (Deggoujet et Devresse, 2006).

La surdité acquise vient ici rendre plus complexe la situation de l'adolescent. Dans la mesure où celui-ci n'avait pas encore parachevé cette phase de transformation qui s'opère, non au niveau du palier morphologique connoté d'un contraste. Où l'on se trouve dans une situation de handicap qui est la surdité acquise. Le fait de gérer cette double situation conduit l'adolescent dans un processus traumatique qui peut s'étendre sur une longue période, voire des années. De plus, l'adolescent se trouve diminué, se sent frustré, mis en marge soit par sa famille, sa fratrie, les pairs, soit par la société. Les stratégies et les mécanismes d'adaptation mis en jeu ici sont des méthodes, des procédures que l'on utilise comme guide. Pour remédier à des

problèmes auxquels l'adolescent fait face dans une situation, son quotidien étant porteur de surdité acquise. Ces méthodes et procédures doivent prendre en compte plusieurs paramètres de la personne en situation de handicap.     cet effet, vu ces méthodes et ces procédures, l'adolescent atteint de surdité acquise peut ou non adopter ces stratégies mises en place.

L'étude se situe dans le domaine du handicap physique et le thème de recherche choisi s'insère dans la spécialité de l'éducation spécialisée. Ce choix est port e sur l'adolescent atteint d'une surdité acquise (fille ou garçon) en passe d'une crise développementale. Il en ressort donc par ailleurs que cette situation fait surgir différentes problématiques. Le déficient auditif est celui-là qui, au même titre que les autres types de handicaps, fait face à des difficultés qui lui sont propres. Ces difficultés peuvent toucher le déficient auditif dans ses différentes dimensions psychologiques et écosystémiques (interactions sociales). Les personnes qui perdent généralement leur audition se matérialisent soit de façon totale, soit partielle au cours de leur vie. Il y a donc lieu de s'interroger sur la position de savoir si l'étape développementale de la déficience se déroule chez l'adolescent déficient auditif comme chez les autres pairs dits « normaux ». De s'interroger sur la représentation de ce vécu chez le déficient auditif. Ce travail vise la compréhension du vécu de la surdité acquise chez l'adolescent et la façon dont ce dernier met à l'œuvre les stratégies pour rebondir face à l'adversité quotidienne.

## **1.2 Position et formulation du problème**

Comme nous l'avons pr esent e dans la section précedente, au Cameroun, comme dans beaucoup d'autres pays dans le monde. En général et en Afrique Noire en particulier, certains adolescents ont rencontr e dans notre entourage et dans les institutions, se sont retrouv es dans les situations d'accident et de maladie. Ayant occasionn e un handicap sur ce dernier, notamment la perte de l'audition ; ce qui nous amène à observer un repli sur soi, c'est-à-dire l'adolescent a tendance à se renfermer, à ne pas communiquer, à ne pas dialoguer avec les autres. Ce handicap acquis vient rendre plus complexe la situation de l'adolescent dans son biotope direct (cadre familial) son entourage (macro-système). Ainsi, les observations présentées en amont soulignent certaines difficultés auxquelles sont confront e l'adolescent lorsqu'il se trouve dans une situation liminale et lorsqu'il vit dans un environnement stressant qui l'empêche clairement de mobiliser des ressources. Autrement dit, ces difficultés impactent sur les ressources individuelles, car étant dans une situation constante de remise en question, l'adolescent est comprim e face à des exigences sociétales (choix des activités, preuve d'autonomie...).

Compte tenu que l'adolescence est une période développementale transitoire, marqué par un ensemble de changements et de remaniement identitaire qui affectent aussi bien l'aspect physiologique du sujet, que l'aspect physique et psychologique. L'adolescence est une véritable tempête développementale pour certain d'après Cloutier (2005). Ces modifications qui s'opèrent au cours de l'adolescence se distinguent des autres périodes de vie par la grande intensité à laquelle s'observent les transformations et les divers aspects liés au corps, à l'intelligence et à la société. Au cours de cette période, un remaniement de la personnalité s'opère, ce qui conduit l'adolescent à la quête de l'identité afin de faire preuve de l'autonomie et de réaliser ses choix. Mais chez l'adolescent en situation de handicap, il s'agit d'un corps dépourvu de toutes sensations sonores environnantes, de perception de sons, à la limite, voire d'un corps en souffrance. Cependant,

Notons que la notion de handicap à l'adolescence constitue un enjeu difficile et périlleux pour le sujet. En effet, selon Girardon et al. (2010) l'existence d'un handicap acquis à l'adolescence prend en compte des exigences développementales et touche l'équilibre narcissique du sujet, car elle témoigne des phases de prise de conscience du handicap qui s'établissent sur une longue période. Or, les changements que vit l'adolescent en situation de handicap à cette période soulèvent la problématique du corps. Ce changement brusque pourra impacter la perception de soi, modifier la nature des interactions sociales chez le sujet. Étant dans cette double situation, l'adolescent qui est situé dans une période développementale critique et qui est à la quête d'identité se trouve bouleversé dans tous ses repères. Conséquence de la surdité acquise à cette période cruciale dans son développement, occasionnée soit par un accident, soit par une maladie.

L'adolescence et le handicap sont des notions connotées de faits complexes, car le sujet étant dans une situation de découverte et en pleine transition, s'ajoute une déficience, une incapacité et un désavantage. L'adolescent dans cette situation du handicap met en évidence des successions d'interrogations rhétoriques qui viennent impacter sur son équilibre. Effectivement, cette épreuve douloureuse emboite sur son interpersonnel, voire environnemental. De même, Ciccone et al. (2013) soulignent que l'altération de la perception du corps par le handicap vient bouleverser les représentations que l'on se fait. De ce fait, l'adolescent dans un tel contexte a tendance à omettre des idées en rapport avec son corps, à s'identifier et à se persuader des autres images. Ceci expose le sujet dans une situation de liminale.

Cette circonstance liminale est souvent liée ou déclenchée au début par un évènement traumatisant. Ce fait peut être occasionné chez une personne en situation de handicap un contraste et déséquilibre psychique ce qui pourra nécessiter tôt ou tard des stratégies pour rebondir. D'après Hanus (2010) toute perte est significative, donc toute perte d'objet occasionne ou pas chez l'individu un travail de deuil. Le travail de deuil est un processus intrapsychique consécutif à la perte d'objet ou d'un être cher (Freud, 1917). Ce processus est mis en exergue par un individu lorsqu'il se trouve dans une situation de perte ou traverse des moments difficiles liés tels la perte de l'audition. Cette douleur liée au phénomène surdité acquise qui amène l'adolescent à se mobiliser les ressources afin de trouver l'équilibre initiale et d'accepter son handicap. De ce fait, l'individu n'est pas « adapté » à son milieu, ne fonctionne efficacement, que dans la mesure où il parvient, lui, à construire ce milieu en fonction des conceptions qu'il s'en fait lui-même, nous dit Nuttin (1980). Pour cet auteur, l'adaptation est un ajustement fonctionnel entre les deux pôles du processus vital : l'organisme et le milieu.

Ces différentes dispositions font appel à la manière à laquelle la personne en situation du handicap active les stratégies de coping pour vaincre et rebondir face l'adversité. Il ne s'agit pas seulement de s'adapter mais d'aller au-delà (Arnaut, 2004). Cette capacité de réactualisation demande à ce que l'individu soit capable d'accepter sa perte et de mobiliser certaines ressources internes et externe pour pouvoir d'être résilient. Dès lors l'étude s'intéresse à l'adolescent qui, ayant contracté une maladie ou ayant été victime d'un accident de circulation se retrouve en situation de handicap. Cette situation de handicap matérialisée par la personne ayant perdu l'audition, oblige à questionner son devenir et ses stratégies mises en œuvre pour dépasser l'adversité dans un tel contexte. L'étude pose à cet effet, le problème des **stratégies de coping mises en œuvre par l'adolescent déficient auditif face à son expérience subjective**. Autrement dit, il s'agit des stratégies (d'appropriation) mises en œuvre par le déficient auditif à l'âge de l'adolescence lui permettant de sauvegarder sa cohésion interne dans le but de rétablir son équilibre intrapsychique.

### **1.3 Question de recherche**

Selon Hasnoui (2007), la question principale de recherche est la question à laquelle nous allons devoir répondre. Elle découle de la problématique que nous allons formuler. Elle se décompose généralement en sous-questions ou bien en hypothèses de recherche qui nous permettent de nous lancer dans la recherche en procédant pas à pas. Toutes fois, des recherches sur la surdité se sont effectuées, car en ce qui concerne les écrits, ils sont nombreux, ces auteurs, qui ont eu à jeter leurs regards sur le handicap et la surdité. Or, il ne semble exister aucune étude

à l'heure actuelle qui ait tenté de faire ressortir l'expérience subjective de la surdité chez le déficient auditif adolescent.

Dans cette mesure, la présente étude s'intéresse à l'adolescent qui, ayant contracté une maladie ou ayant été victime d'une dégénérescence de ses organes, se retrouve en situation de handicap. Cette situation de handicap, matérialisée chez la personne par la perte de l'audition, oblige à questionner son devenir et ses stratégies mises en œuvre pour dépasser l'adversité dans un tel contexte qui est susceptible d'activer les stratégies de coping chez ce dernier. Cependant, il est important de souligner l'investissement (les ressources internes, l'acceptation...) et les facteurs inclus dans le processus de stabilisation dû à la perte de l'audition et qui interviennent dans la reconstruction du sujet dans un contexte de surdité.

À partir du cadre théorique et du problème de recherche ci-dessus présentés, et dans le même ordre d'idée il convient de poser la question de recherche suivante **comment l'expérience subjective de la surdité acquise vécue par l'adolescent déficient auditif rend-elle compte des stratégies de coping mises en œuvre ?**

#### **1.4 Hypothèse générale de recherche**

Selon Durkheim, l'hypothèse peut se définir comme une proposition de réponse à la question posée dans la mise en problème. Elle doit pouvoir être opératoire (vérifiable et/falsifiable) de manière à pouvoir être mise à l'épreuve empiriquement. Elle sert à engager une réflexion plus approfondie, à orienter les informations plus ou moins précises, à permettre les choix concernant les objets précis de la recherche et les méthodes d'acquisition des connaissances (Tsalla Tsalla, 1992). Ainsi, nous formulons l'hypothèse selon laquelle : « L'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur les mécanismes de coping positif ». Cette hypothèse nous oriente vers trois hypothèses de recherches.

#### **1.5 Objectif de l'étude**

La présente étude se situe dans l'option éducation spécialisée. L'objectif du travail est donc, non seulement de montrer comment l'acquisition brusque de la surdité génère des troubles, mais aussi d'analyser les facteurs de protections et d'adaptations qui se dégagent dans ce vécu. La notion de trouble, de perturbation renvoie aux bouleversements, aux désorientations dans la projection de vie. C'est ce que Bessin et al. (2009) caractérise de bifurcation, quant à elle, qui est définie comme étant le point d'apparition d'un nouvel état possible.

### **1.5.1 Objectifs spécifiques de l'étude**

Circonsrite dans ce cadre conceptuel, cette étude s'orientera par ailleurs ses objectifs vers l'analyse des impacts sociaux de cette déficience. Particulièrement, les perturbations centrées sur son intersubjectivité en proie avec les changements physiques qui s'opèrent sur son corps. En clair, ce travail interroge à quoi renvoie, en termes de faits sociaux, la surdité, ses effets dans la projection et la qualité de vie. Les ressources mobilis es dans la reconstruction autonome du déficient auditif qui rencontre perpétuellement des difficultés lors des interactions avec la société. Nous mettrons en exergue l'expérience de la surdité vécue par les déficients auditifs.

### **1.6. Objet de l'étude**

Notre étude a pour objet l'expérience de surdité chez l'adolescent dans un contexte ordinaire en proie aux difficultés qui vont avec. Le déficient auditif étant un être de vie, il fera donc face à de différentes adversités qui vont imposer ses conduites et ses actions comportementales. Ce dernier est en conséquence appelé à chercher à les résoudre et à adapter ses conditions de vie en fonction des ressources qu'il dispose dans sa manche pour rétablir son équilibre psychique. Le milieu macro social constitue une réalité inévitable dans laquelle les difficultés viendront de différents axes, dont l'axe familial, scolaire, avec les pairs et les tuteurs, les professionnels, etc.

### **1.7 But de l'étude**

Cette étude a pour but de mettre en évidence les paramètres mobilisés en lien avec la surdité dans la reconstruction autonome du déficient auditif qui rencontre perpétuellement des difficultés lors des interactions avec son biotope direct (famille) et son macro-système (société).   partir de ce but, nous voulons faire avancer la connaissance sur la question des stratégies mises en place pour rétablir un équilibre.

### **1.8 Intérêt de l'étude**

L'intérêt de notre étude se présente sur le plan professionnel, sur le plan scientifique et sur le plan social.

#### **1.8.1 Intérêt professionnel**

L'acquisition de surdité à l'adolescent affecte le sujet à des degrés différents de sa vie, c'est-à-dire ses relations et ses interactions avec sa famille et la collectivité. Cette difficulté impacte également sur la perception que l'adolescent se fait de lui-même. Avec l'absence de son ouïe, ces derniers font face à des difficultés liées à leur devenir, à leur autonomie, car cette

situation de handicap sensoriel peut affecter leur insertion professionnelle. Ainsi, cette étude permet d'ajouter de nouveaux paradigmes aux éléments professionnels. Il permet d'approfondir la réflexion sur la compréhension des souffrances de la personne en situation de handicap sensoriel. Il permet également aux auxiliaires de santé, aux aidants familiaux et aux professionnels de tenir en compte des ressources internes et externes pour faciliter la reconstruction du sujet.

### **1.8.2 Intérêt scientifique**

L'adolescent est une phase de développement physique et psychique liée à des changements hormonaux. En considérant la littérature sur l'adolescence, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'aspect physiologique (Michel et al, 2020) ; à l'aspect physique (Marcelli et Braconnier, 1988) et à l'aspect culturel (Tsalla Tsalla, (2002), Tchokote, (2014)). Mais peu de chercheurs ont travaillé sur l'aspect psychologique (résilience sur le handicap acquis à l'adolescence). Du point de vue scientifique, notre inscription en sciences de l'éducation notamment en handicap physique et instrumental nous offre l'opportunité d'analyser la déficience sensorielle (auditive) au Cameroun ; dans ses dimensions sociales, avec l'objectif d'apporter une réponse, ou du moins, une contribution significative à l'amélioration de la qualité de vie des déficients auditifs.

Par ailleurs, cette recherche est une contribution à l'amélioration des connaissances de la communauté scientifique qui peut être appelée à éclairer les décideurs politiques à qui revient la responsabilité d'améliorer le bien-être et la participation sociale des populations. Elle pourra aider les professionnels de santé à cerner les limites de la prise en charge médicale et de l'accompagnement post-surdité. Tout en permettant d'ouvrir une autre brèche aux connaissances relatives aux facteurs environnementaux qui interviennent dans le processus de production du handicap, spécifiquement la surdité lors des interactions avec la société. Cette présente étude nous permettra d'élargir notre réflexion sur la manière dont l'adolescent ayant acquis un handicap physique mobilisera certaines ressources pour rebondir dans une nouvelle situation. Il permet également d'avancer des connaissances sur le plan clinique.

### **1.8.3 Intérêt social**

Les personnes en situation de handicap dans un tel contexte font face à des difficultés telles que la marginalisation, la stigmatisation et la discrimination. Ce regard social invite les adolescents en situation de handicap à développer des comportements et des attitudes adéquates permettant de faire face à des situations traumatisantes. Étant dans un contexte camerounais où

l'insertion socioéconomique, politique et sociale est difficile, il est important de développer des méthodes qui non seulement permettront aux professionnels d'accompagner des adolescents atteints de surdité, mais aussi de s'affirmer. Cette affirmation de soi va permettre d'être autonome afin d'avoir une responsabilité.

La finalité de cette étude est donc orientée vers la compréhension des impacts de la surdité acquise chez les adolescents dans leur vie en termes de qualité dans des familles et dans les établissements spécialisés de la ville de Yaoundé, dans le but d'amener à repenser la question du handicap et de proposer l'intégration du modèle social dans la prise en charge du handicap dans le contexte camerounais.

## **1.9 Délimitation de l'étude**

L'articulation et la circonscription de cette étude s'orientent vers deux axes, à savoir le cadre théorique et empirique. Selon Grawitz, 1996, délimiter, c'est déterminer ce qui est possible avec les moyens dont le chercheur dispose, compte tenu des obstacles à franchir. En d'autres termes, c'est circonscrire l'étude sur divers plans : géographique ou spatial, temporel et historique.

### **1.9.1 Délimitation théorique**

Notre étude s'inscrit dans le domaine de connaissance de l'éducation spécialisée, qui est l'orientation éducative des personnes en situation de handicap. S'orientant dans cette perspective il a jailli des recherches de Wood (1980) en ce qui concerne une standardisation de la question du handicap ; notamment sur les aspects définitionnels du concept « handicap », ses implications sur le vécu des individus et les catégorisations qui en découlent à savoir :

- Les handicapés dits physiques : qui dessinent les handicapés moteurs, les amputés ainsi que les handicapés sensoriels ;
- Les handicapés dits mentaux : qui dessinent les arriérés mentaux ou encore les débiles mentaux, des mongoliens, des épileptiques, les autistes ;
- Les polyhandicapés : qui dessinent des personnes porteuses de plusieurs types de handicaps ;

En ce qui concerne ces trois groupes, notre logique jette un regard critique sur la première catégorie supérieure évoquée, notamment la typologie handicap physique, en particulier la déficience sensorielle (auditive). Les actions éducatives en termes d'inclusion se préoccupent de la qualité de vie et d'une nette amélioration des besoins des déficients auditifs.

### **1.9.2 Délimitation géographique**

Du point de vue géographique, cette recherche s'articulera autour des adolescents déficients auditifs, de l'École spécialisée pour enfants déficients auditifs (ESEDA). Des sourds de la communauté de l'Église catholique de la Cité-Verte, des élèves du lycée de NKOLETON et du collège adventiste de NLONGKAK. Ces différents lieux sont des institutions éducatives spécialisées et religieuses s'intéressant au caractère inclusif. Dans la mesure où ces structures accueillent non seulement les personnes à besoins spéciaux, mais les personnes dites « normales » dont la prise en charge sur le plan de l'éducabilité prend en ligne de compte leur déficit. L'étude s'est déroulée dans la région du Centre, département du Mfoundi, notamment dans les arrondissements de Yaoundé 2 et 3.

### **1.9.3 Délimitation temporelle**

En termes de temporalité, cette étude est fondée sur un problème réel et d'actualité de l'expérience subjective chez l'adolescent déficient auditif. Dont l'aptitude est de surmonter les obstacles, de mobiliser les stratégies d'adaptatives à la situation et d'acceptation du statut de la surdité dans son existence, en mettant en droite ligne les critères d'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité et la capacité de résolution de problèmes à portée sociale, qui constituent une base solide pour la mise en place des stratégies adaptatives et résilientes.

### **1.10 Définition et clarification des concepts clés**

Cette partie renvoie à la définition des concepts clés liés à notre étude. Pour une meilleure compréhension de notre travail, il nous incombe donc de définir les concepts clés en rapport avec notre thème d'étude. « Les concepts sont de ce fait des éléments de base du langage humain qui transmettent les pensées, les idées et les notions abstraites. » Il résume et catégorise les observations et sert à lier la pensée abstraite et l'expérience sensorielle. » Djeufack (2013). Dans le cadre de notre étude, nous allons obéir à la règle de Durkheim (1895), qui pense que « la première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite afin de mieux percevoir ce dont il est question. »

#### **1.10.1 Le vécu psychologique**

Selon le Petit Larousse, le terme vécu signifie ce qui est passé ou qui semble être passé réellement. L'expérience concrètement vécue est l'ensemble des faits, des événements de la vie réelle (Petit Larousse, 2008, p. 1471). Selon le dictionnaire de psychologie, le vécu désigne : « la somme des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective ». Doran et Paro (2013).

L'immédiateté, caractère sans doute essentiel de l'expérience vécue, signifie la coïncidence de l'objet et de la conscience, à l'exclusion de toute construction conceptuelle et de toute évaluation axiologique. La charge effective de l'expérience vécue est souvent importante, elle a la valeur d'un signal. Le terme vécu est généralement employé par les psychologues à orientation philosophique lorsqu'il s'oppose à un rationalisme du concept abstrait et qu'il en fait appel à un champ d'immédiateté fluide continuellement porteur d'angoisse. Dorane et Parot (2013).

En effet, ce qui importe aux humanistes, ce n'est pas ce que fait l'individu (réalité objective, vue de l'extérieur), mais c'est ce que l'individu pense ou ressent au moment d'agir ou après (réalité subjective, vue de l'intérieur).

C'est ainsi que pour Maslow (1987), le vécu est composé d'émotions ouvertes (stress, peur) ou de pensées plus ou moins claires. L'expérience est unique, c'est-à-dire l'expérience qui en découle ne sera jamais vécue deux fois de la même manière. De ce fait, le vécu psychologique renvoie à la manière dont l'individu perçoit les événements qui le touchent uniquement autrement dit c'est l'ensemble des sentiments, les émotions, des pensées que l'individu ressent face à un tel événement et cette situation n'est pas accessible à la personne concernée, car elle a un accès privilégié au contenu de sa conscience.

### **1.10.2 Handicap**

Le terme handicap, grâce à sa polysémie, connaît plusieurs définitions, nous retenons ici les plus courantes. Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie (2002), « le handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes. »

Le handicap d'après le dictionnaire de psychologie (2013), le handicap est : « au sens premier, jeu de hasard (hand in cap : « main dans le chapeau », puis désavantage imposé lors d'une épreuve sportive à un concurrent réputé plus fort, ce terme est utilisé en psychologie, de préférence à « infirmité » ou à « déficit » pour signifier le désavantage psychosocial que doit compenser une personne atteinte d'une déficience. La notion de handicap est relative aux normes d'usage, au niveau de développement et aux capacités de tolérance du groupe auquel appartient le handicapé. Doron et Parrot (2013).

D'après Piot (2004), le handicap peut se définir comme suit : « Le handicap est un signe de défaillance dans le système établi ». Il violente l'autre en lui renvoyant une image narcissique abîmée. À partir du moment où nous renvoyons à l'autre une image abîmée, même

s'il est bienveillant, il se sent menacé, il est saisi par l'angoisse d'être détruit. » Soulier (2008), p. 79.

Les principaux dictionnaires de la langue française définissent le handicap comme un désavantage quelconque, une infirmité qui met quelqu'un en état d'infériorité :

« Désavantage imposé à quelqu'un, infirmité, déficience. » Un handicapé se dit d'une personne atteinte d'une déficience physique ou mentale (Le Maxi dico, 1996). Selon Rêne Lenoir un handicapé est une personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pourvoir à ses besoins. Où l'on exige des soins constants ou où on se trouve ségrégué soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité. Liberman (1999)

### **1.10.3 Déficience auditive ou surdité**

La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive, elle se définit en fonction de sa profondeur, de sa nature et de son étiologie (génétique, prénatale, néonatale, postnatale). L'hypoacousie est une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. L'hypoacousie et la surdité sont des déficiences sensorielles « qui altèrent la qualité et l'intensité de la perception sonore et gênent par conséquent l'individu dans tous les domaines avec lesquels l'audition joue un rôle et en particulier dans la vie relationnelle », dans son aspect le plus important, la communication verbale, où l'acquisition du langage va être impossible ou difficile.

### **1.10.4 Coping**

Le coping : c'est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux permettant de gérer des demandes externes ou internes spécifiques, évaluées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources de la personne » (Lazrus et Folkman, 1984). Selon Pargament, le "coping" (traduction approximative : faire face) est une recherche de sens en période de stress coping recouvre toutes les stratégies mises en œuvre pour prévenir la détresse émotionnelle, pour garder un équilibre face à des contraintes qui demandent au sujet de supporter au-delà de ses ressources.

## CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le chapitre précédent nous a permis de poser les jalons de ce travail. Dès lors, celui-ci nous a permis de nous focaliser sur un ensemble d'éléments fondamentaux qui nous permettaient de poser les bases de notre recherche. L'ensemble des arguments évoqués nous ont permis d'aboutir clairement à notre problème de recherche. À cet effet, ce chapitre qui s'articulera sur trois parties. Nous allons en prélude tenter dans une première partie d'apporter plus de lumières au concept d'adolescence, à ses caractéristiques. Dans un second plan, nous allons nous appesantir sur le handicap (l'historique du handicap, les types de handicap). Notamment le handicap sensoriel tout particulièrement la surdité et les différentes conceptions du handicap et l'adolescent dans le contexte du handicap au Cameroun, c'est-à-dire des considérations juridiques des personnes handicapées, la représentation et perception sociale du handicap au Cameroun, pour afin aboutir à la troisième partie qui est l'adolescent atteint de surdité où l'on présentera l'étiologie de la déficience auditive. Il nous revient donc de présenter de façon logique les différents travaux sur l'adolescence, le handicap et la surdité. En somme, nous abordons la littérature relative à notre thématique.

### 2.1 L'adolescence

#### 2.1.1 Définition

Du latin « adolescere » qui signifie l'être qui grandit ou qui est en train de grandir. L'adolescence constitue une importante période de transition dans le cours du développement humain. Elle est considérée comme une période centrale dans le développement de l'individu. Cette période se caractérise par de nombreuses et importantes transformations qui touchent tous les aspects du développement. D'après Marcelli et Braconnier (1988), l'adolescence est l'âge du changement. Ils admettent que, entre l'enfance qui est une période caractéristique du développement de l'individu et de l'âge adulte, l'adolescence se présente comme un passage incontournable. Il en ressort que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte, mais en réalité, il n'est plus un enfant, ni encore un adulte. Ce double remaniement de son enfance et la quête du statut d'adulte constituent ce que Marcelli et Braconnier (1988) appellent l'essence même de la crise du processus psychique.

Niveau de croissance et de maturation déterminant la transition entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est perçue dans les sociétés traditionnelles comme au chargement dans lequel l'ensemble des individus relativement jeunes passe au monde des adultes. La contemporanéité sociétale a développé plusieurs définitions de l'adolescence. Elle est donc considérée comme une perspective à longue durée ou projection. Elle englobe non seulement la maturation dans son aspect physique, mais aussi sur ses aspects psychologiques, sociaux et éducatifs dans l'évolution de l'individu. Dans ces sociétés, le concept d'adolescence se réfère en général à la période située entre douze et vingt ans.

Tsalla Tsalla (2002), « l'adolescence ne saurait se lire en dehors du contexte social qui la crée, la vie ou la réglementation ». D'après le cas Edimar (adolescent de 16 ans), il met l'accent sur les caractéristiques de l'enfant camerounais et les exigences du milieu familial. Il précise que l'adolescent camerounais se doit de se construire une double identité (éthique et individuelle). L'adolescent étant plongé dans la modernité, il est confronté à des difficultés à pouvoir concilier les valeurs culturelles imposées par les parents et les exigences de la modernité qui l'attire. Ce sont ces difficultés qui entraînent ce qu'on appelle la crise familiale ou le conflit de génération parents/adolescent. Ce qui va poser un problème chez l'adolescent qui va revendiquer son autonomie parce qu'il veut appartenir à son époque. Ainsi, on assiste à une demande pressante de changements orientés vers un nouveau modèle Tsalla Tsalla (2002), demande qui est mal acceptée par les parents, d'où la crise au sein de la famille.

Sur le plan psychologique, Store & Church (1973) présentent l'adolescence comme : « un état d'esprit, une manière d'être qui débute à peu près à la puberté et se termine lorsque l'individu a acquis son indépendance d'action. » C'est-à-dire lorsqu'il est socialement et émotionnellement mûr et qu'il possède l'expérience et la motivation nécessaire à la réalisation du rôle d'adulte » Dans une perspective psychanalytique, l'adolescence est vue comme une période où l'individu laisse les figures d'attachement infantile pour se tourner vers d'autres figures d'attachement Blos (1979). Dans une perspective plutôt sociologique, un auteur comme Lutte (1988) appréhende l'adolescence comme une période de marginalisation et de subordination imposée à un groupe d'âge qui possède toutes les caractéristiques pour être vu comme adulte.

L'OMS considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance. Les

processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

Les différentes définitions que nous venons de mentionner montrent très clairement qu'il n'est pas aisé de trouver une définition de l'adolescence. Dans le cadre de notre travail, nous retenons la définition de Bee (1989) de l'adolescence. L'adolescence se définit comme une : « période de transition durant laquelle l'enfant change physiquement, mentalement et cognitivement pour devenir adulte » Bee (1989). Il importe par ailleurs de souligner que l'adolescence est tout aussi marquée par des changements au niveau des relations que l'individu adolescent entretient avec son milieu (Claes, 1983 ; 2003).

### **2.1.2 Caractéristiques**

L'émergence de la puberté qui met en branle l'adolescence entraîne chez l'individu des mutations sur les aspects physiologique et morphologique de la corporalité. En effet, cette période est caractérisée par la maturation du système de reproduction, se marquant ainsi par l'apparition des caractères sexuels secondaires et des modifications au niveau de la base squelettique. Ces différents remaniements physiques et morphologiques vont engendrer chez le jeune individu des changements sur le plan individuel et dans son cadre social. En effet, ces mutations vont nécessiter non seulement une restructuration, mais aussi une reconstruction de l'image corporelle. La maturation de l'appareil génital va également favoriser l'engagement du jeune individu dans des relations allo sexuelles (Claes, 2003).

D'après Wallon (1938), l'adolescence est une période « centripète » succédant à la période « centrifuge ». C'est une période de grandes modifications morphologiques, psychiques et sociales qui vont enclencher un certain mal-être, des sentiments particuliers comme une opposition aux habitudes familiales et aux contrôles parentaux ; un mécontentement et des attentes mal structurées. Il s'agit de la crise de la personnalité, d'où l'ambivalence des attitudes et des sentiments. À cette période, l'adolescence fait face pareillement à la crise du « non », il a besoin de s'opposer pour s'affirmer, par exemple les réactions mimiques avec désir d'attirer l'attention, puis des réactions de gêne, de honte. Cette période est caractérisée par une quête d'aventure, d'action, d'imprévu ; mais en même temps, de paralysie, d'imbibition dans l'action.

Sur le plan cognitif, ladite période est caractérisée par une évolution notoire vers l'accès à l'intelligence formelle, et également à l'abstraction (Piaget, 1963). Cette nouvelle capacité va favoriser chez le jeune individu des nouvelles interrogations sur soi, sur son devenir, y compris

du milieu dans lequel il vit et évolue. Bien évidemment, en dehors de ces changements, Piaget estime qu'à cette période, il existe une certaine sorte de « décrochage » réflexif par rapport au réel chez l'individu, notamment la pensée. C'est l'âge des grands idéaux et des premières « théories personnelles » (politiques ou scientifiques ; par exemple, voir la biographie de Piaget : chapitre 1). À ce seuil, l'adolescent découvre son potentiel et sa disposition à pouvoir faire usage de son cerveau de façon réflexive (si alors), même si ce mode cognitif fonctionnait déjà concrètement avant. Il convient ainsi de dire que tout est possible à cette période pour l'enfant. Mais à cette immense force que nous appelons aussi potentiel, il y a aussi une fragilité qui se dessine.

Sur le plan identitaire, l'adolescence représente une période au cours de laquelle l'identité personnelle, c'est-à-dire l'ensemble des croyances, des sentiments et des projets rapportés à soi, subit une évolution importante. L'individu au cours de cette période cherche à se construire en tant qu'individu, à se définir en tant que personne. Il se livre comme le souligne Erickson (1972) dans la quête d'une définition de soi.

### **2.1.3 Transformations physiologiques**

Partant du postulat selon lequel l'adolescence est une véritable période de transition où les équilibres émotionnels et affectifs sont chamboulés. Cela signifie que le début de l'adolescence est marqué par un processus physiologique posant d'emblée un ancrage corporel qui va imposer à l'adolescent un travail psychique d'un nouveau corps puis d'un nouveau statut social. Au cours de cette transformation, le corps de l'adolescent se métamorphose, autrement dit un changement de forme et d'apparence. Ce changement est marqué par l'accroissement des hormones qui bouleversent l'équilibre du sujet en mettant à jour une nouvelle identité que l'adolescent va devoir s'approprier. Durant cette période, l'adolescence est dans un processus de transformation physiologique qui est la puberté, où le corps se retrouve au premier plan. La croissance se poursuit dans le prolongement de l'enfance, mais apparaissent des caractères sexuels primaires, c'est-à-dire les modifications des organes génitaux et secondaires (voix, pilosité, sein) sous l'impulsion des modifications hormonales.

### **2.1.4 Transformations corporelles**

Les adolescents sont comme des homards pendant la mue. L'image empruntée par la psychanalyste Françoise Dolto souligne la vulnérabilité à laquelle ces jeunes sont confrontés. Nous nous accordons ainsi à dire donc que l'adolescence signale sa présence à l'avènement de la puberté. Qui est bien évidemment un processus physiologique dont le marquage est d'emblée

ancré dans un premier temps dans des modifications corporelles. Ceci dit, un travail est de ce fait au niveau de l'adolescent sur le plan psychique, notamment en ce qui concerne l'appropriation d'un nouveau corps puis d'un nouveau statut social. Le terme de métamorphose est souvent associé à celui d'adolescence.

Une métamorphose, c'est un changement de forme et d'apparence qui se situe du côté de la transformation (Valérie Discour, 2011). Dès lors les modifications somatiques liées à la puberté sont nombreuses. L'adolescent perçoit des mutations sur son corps et le voit se transformer, se modifier en dépit de lui, dans un sentiment de grande passivité. Tout comme le bébé a dû découvrir un univers sensoriel et corporel et distinguer la réalité externe et interne, l'adolescent va devoir composer avec une nouvelle « enveloppe ». Outre ce développement physique majeur, le développement psychoaffectif se poursuit.

La transformation corporelle qui s'observe pendant cet âge développemental est influencée par l'aspect physiologique qui est visible sur le plan morphologique ou physique. Car ce modèle physiologique permet de comprendre le fonctionnement des remaniements corporels qui s'opèrent génétiquement à cette période sous l'influence des facteurs environnementaux.

L'arrivée imminente de la puberté varie pour chaque personne en fonction de l'hérédité, mais aussi de certains facteurs environnementaux, tels que la qualité de vie, notamment le régime alimentaire et l'exercice physique. Ces facteurs peuvent contribuer à une puberté précoce ou tardive. Les principales mutations développementales observées à la puberté sont les changements physiologiques tels que : la taille, le poids, la composition corporelle, ainsi que des modifications aux systèmes circulatoire et respiratoire. Ces changements sont en grande partie influencés par les hormones. Qui jouent un rôle organisationnel, amorçant de nouveaux processus physiologiques en début de puberté Sisk et Foster (2004), et qui déclenchent des modifications comportementales et physiques durant l'adolescence Coe, Hayashi et Levine (1988).

Étant intimement liées, les transformations physiologiques qui s'opèrent pendant le processus d'adolescence interviennent au premier plan sur le corps. En effet, il est tout simplement question ici du prolongement de l'enfance et néanmoins d'une transition. Et nous notons aussi l'apparition des caractères primaires, à savoir la modification des organes génitaux et l'apparition des caractères secondaires, la voix, la pilosité, les seins, etc. Ces modifications hormonales se font souvent sur l'impulsion de certaines hormones qui enclenchent

normalement cette étape de la puberté. La puberté en elle-même est définie par l'arrivée des règles chez la jeune fille et des premières éjaculations chez le jeune garçon.

Bee (2006) appuie ses propos en disant que les transformations physiques qui surviennent à l'adolescent sont largement régies par les hormones qui jouent un rôle central dans la métamorphose physique à l'adolescence. La synchronisation de ces changements varie beaucoup d'un enfant à l'autre, mais la séquence demeure la même. Au début de la puberté, dès que le corps dispose des réserves suffisantes de lipides ou de graisses (Herculano-houzel, 2006). L'hypothalamus transmet un signal à l'hypophyse qui est l'un des éléments les plus importants dans les glandes endocriniennes. Car c'est l'hypophyse qui secrète l'hormone de croissance, contribue et stimule la croissance extrêmement rapide des cellules et des organes corporels.

Dès lors, on observe chez le garçon une séquence de changement des caractères sexuels primaires et secondaires à la puberté (poussée de croissance, pilosité pubienne et faciale, changement génitaux) et chez la fille le développement du cycle menstruel et le développement des seins, (Marcelli & Braconnier 1988). Ces nouvelles transformations permettent la fonctionnalité des appareils sexuels anatomiques, contribuent à l'évènement d'un corps sexué et entraînent de fortes répercussions psychologiques sur l'adolescent (Michèle, 2001). L'attirance sexuelle, qui au niveau des désirs et des pensées, n'implique pas nécessairement d'avoir eu une relation sexuelle ou des touchers sexuels. L'orientation sexuelle est marquée chez l'adolescent par une période de découverte et de questionnement ; explorer les intérêts et les goûts en matière d'attirance est sain et fait partie de l'exploration sexuelle.

## **2.1.5 Quelques troubles psychologiques de l'adolescence**

### ***2.1.5.1 Les troubles additifs***

Les addictions sont des troubles qui se caractérisent par une répétition d'actes susceptible de provoquer du plaisir et marqués par la dépendance à un objet ou à une situation et consommés avec avidité, ainsi le sujet perd la liberté de s'abstenir. Ce trouble se retrouve dans diverses organisations psychiques, on la retrouve pour la majorité dans les organisations limitées, mais à l'adolescence où la structure est encore en construction. Ce type de trouble est particulièrement lié à l'adolescence dans la mesure où les sujets qui en souffrent présentent des carences majeures des assises narcissiques, le narcissisme est ébranlé à l'adolescence par les changements pubertaires. (Marreau C. et Adeline. V.D, 2004)

### ***2.1.5.2 Les troubles alimentaires***

Les addictions sont des troubles qui se caractérisent par une répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir et marqués par la dépendance à un objet ou à une situation et consommés avec avidité, ainsi le sujet perd la liberté de s'abstenir. Ce trouble se retrouve dans diverses organisations psychiques. On le retrouve pour la majorité dans les organisations limitées, mais à l'adolescence où la structure est encore en construction. Ce type de trouble est particulièrement lié à l'adolescence dans la mesure où les sujets qui en souffrent présentent des carences majeures des assises narcissiques. Le narcissisme est ébranlé à l'adolescence par les changements pubertaires. (Marreau C. et Adeline. V.D, 2004)

### ***2.1.5.3 Les troubles anxieux***

A l'adolescence, l'angoisse ravivée par le changement pubertaire doit trouver un moyen de se décharger. Elle est parfois déplacée vers un objet ou une situation. Cela donne naissance à une phobie. Si elle n'est pas déplacée vers un objet précis. Elle peut rester diffuse et donner lieu à des crises d'angoisse, à des moments qui la ravive particulièrement. (Ibid.2004, P125).

### ***5.1.1.4 Dépression***

Les sentiments dépressifs à l'adolescence sont les symptômes les plus répondus au niveau de la psychopathologie de l'adolescent. Cependant, il y a différents degrés qui vont d'une certaine morosité passagère à la véritable maladie. L'adolescent connaît des passages dépressifs normaux liés aux remaniements internes qu'il subit. S'il va bien, il dépasse assez rapidement ces moments dépressifs. Néanmoins, si cet état s'installe de manière prolongée, sans l'alternance de moments joyeux, il faut s'en préoccuper. L'adolescent est déprimé, au sens psychopathologique du terme. ( Marreau C. et Adeline. V.D, 2004, 126, 127).

## **2.1.6 Les étapes de l'adolescence**

### ***2.1.6.1 Début de l'adolescence***

Cette étape (en moyenne, 10-12 ans pour les filles, 11-13 ans pour les garçons). La contemporaine, des premiers signes pubertaires, est dominée par la métamorphose physique et sexuelle. Les pressions nouvelles et la question centrale de la normalité qui en découlent ont pour résultante quantité de phénomènes inédits. C'est le cas pour les préoccupations liées à l'image corporelle et à la différence des sexes. L'expérience des érections, de la masturbation et de l'éjaculation chez les garçons, le vécu des premières règles et du début de la vie

gynécologique chez les filles. La constitution de groupes de sexes opposés, les amitiés intenses de même sexe...

À ce stade s'amorce la redéfinition des modes de relation et en particulier le début de la perte du système relationnel de l'enfance. Ce passage se traduit par certains comportements tels que les sautes d'humeur, les épisodes d'isolement ou les refus de jeux ou d'occupation auparavant familiers. Il explique aussi les oscillations entre mouvements « enfantins » et vellétés d'être un « grand ». D'une façon très caractéristique, le jeune adolescent commence à revendiquer tout ce qui touche son corps, générateur d'une pudeur inédite.

### ***2.1.6.2 La mi- adolescence***

Cette période (en moyenne 13-16 ans pour les filles, 14-17 ans pour les garçons). « Troublée » par excellence, elle est sous-tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et l'intégration plus ou moins harmonieuse de celle-ci dans le schéma personnel, familial et social. L'enjeu principal est l'affirmation d'une place et d'un nouveau rôle en tant que sujet à part entière, alors même que persistent des tensions entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance non satisfaits. Ces phénomènes s'exercent partout, en famille, mais aussi à l'école, entre amis ou au sein du groupe, plus large, des pairs de même âge. À ce stade, apparaissent souvent des contrastes ;

- avec une maturité physique volontiers décalée par rapport à la maturité psychoaffective ;

- entre l'importance prise par l'image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé au sens large ;

- entre les sentiments d'invulnérabilité ou de toute puissance et un manque sous-jacent de confiance en soi ;

- entre le besoin de satisfaction ou de gratification immédiate à gérer le temps ou à repousser les échéances ;

- entre les prises de risques et le manque d'appréciation des conséquences possibles entre les expressions d'empathie et les attitudes d'allure égoïste ;

- entre les pulsions pour les satisfactions sensorielles ou sexuelles et les inhibitions ou interdits fréquents à la réalisation directe de ces désirs ;

Les investissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physiques, intellectuelles ou artistiques. Ces réinvestissements peuvent également s'exprimer à travers

d'exploits en tous genres ou d'une recherche de popularité dans le groupe des pairs. Une relative pauvreté des défenses face au stress, les réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit, du repli ou de la morosité. D'une façon plus générale, il apparaît une certaine vulnérabilité face aux circonstances anxiogènes ou dépressogènes avec propension aux mises en actes.

La possibilité d'un état dépressif, souvent atypique, qu'un certain nombre de signes doivent faire suspecter : baisse récente du rendement scolaire, troubles du sommeil, apparition de certaines conduites à risque (alcool, autres toxiques, fugues, etc.), isolement social, absence d'ami privilégié ou sentiments d'autodépréciation avec parfois idées de mort, voire passage à l'acte suicidaire.

### ***2.1.6.3 La fin de l'adolescence***

Théoriquement, la fin de l'adolescence (17-21 ans en moyenne) survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique. Vers l'âge de 17 ans, la plupart des adolescents ont atteint le stade final de leur développement pubertaire. Idéalement, c'est à partir de cette période que l'intensité sexuelle et la capacité de relations intimes, affectives et sexuelles, après quelques essais et erreurs, sont acquises. Cette étape est normalement celle de l'achèvement d'une identité d'adulte et de l'acquisition d'une relative indépendance matérielle, autorisant une réelle émancipation.

Le plus souvent, cependant, les impératifs du développement ne sont pas encore tous réalisés ou autorisés, l'adolescence « psychologique » ou « sociale » se poursuivant encore sur plusieurs années (9-20). Pour preuve, en France, les enfants quittent le domicile familial en moyenne à 20 -25 ans pour les filles et 22 ans pour les garçons. Beaucoup de ces départs sont aidés ou aménagés et l'indépendance financière n'est acquise en moyenne que deux ans plus tard... Comme l'avait déjà très bien résumé Winnicott : « C'est tout un problème que de savoir comment être adolescent pendant l'adolescence. » Pour n'importe qui, cela demande énormément de courage. (Alvin et Marcelli, 2005).

## **2.2 Handicap**

Diverses dénominations se sont accrochées autour de ce concept. On note des définitions de tous ordres implémentés par multiples concepteurs ; ces définitions sont d'ordres médicaux, classificatoires par de hautes institutions assermentées, notamment administratives. Elles convergent très souvent, mais se contredisent très souvent aussi pour s'atteler à définir

l'indéfinissable contraste qui pourrait exister entre les hommes. Sous l'emprise contextuelle des inégalités naturelles, des inégalités de droit par un approvisionnement systémique et environnemental.

### **2.2.1 Origine de la notion**

L'individu dans son environnement direct peut revêtir multiples casquettes ; adaptable, aliéné, arriéré, anormal, anormal médical, attardé, autiste, aveugle, boiteux, bossu, cinglé, chronique, crétin, débile, estropié, fou du village, idiot, imbécile, déficient, dégénéré, demeuré, désavantagé social, déviant, difforme, diminué, dys- , -lexique, -phasique, -praxique, etc. L'élève a des besoins éducatifs spécifiques, imbécile moral, IMC (infirmité motrice d'origine cérébrale), impotent, inéducable, inadaptable, inadapté, incurable, infirme, incapable, invalide, taré, malformé, mongol, muet, mutilé, paralytique, personne à mobilité réduite, personne dépendante, paralysé, retardé, semi-adaptable, non-voyant, handicapé, malentendant, sourd, etc. ; tous ces différents concepts, qu'ils soient scientifiques ou familiers, ont désigné dans une certaine époque ou désignent encore, dans une marge de précision divers, des personnes dans une situation de handicap, aujourd'hui cette expression générique est celle-là plus « socialement acceptable » ou « politiquement correcte ».

Ils témoignent de l'incompréhension, comme de l'appétit de l'homme à pouvoir nommer ce contraste. Certains de ces mots sont perçus dans notre entendement comme violents, notamment dans le XXI<sup>e</sup>. D'autres sont porteurs de caractères péjoratifs, et avec encore plus de violence que d'autres. Mais il est indéfectible de percevoir que tous sont le propre d'une époque. Le concept « handicap », un mot, une histoire, voilà ce à quoi se résume cette synchronie conceptuelle. En tout état de cause, cette litanie nous confirme que « le langage est l'invention qui permet à l'humanité d'être en contact avec elle-même. » C'est aussi le plus puissant outil de manipulation et d'exclusion. La mise à l'écart de la façon la plus sophistiquée de ces individus apparaît de façon plus technique comme un doux euphémisme ; qui ne signifie pas toujours réduction des inégalités.

« Handicap », ce mot pourrait faire l'apanage d'une pléthore d'essais définitionnels. Et pourrait d'autant plus faire l'objet d'un mémoire avec tous ses axes ébruités de façon exhaustive sous forme de remplissage. Néanmoins, si nous avons bonne connaissance du concept handicap, c'est grâce aux travaux d'imminents chercheurs tels que le Français Henri-Jacques Stiker, de Christian Rossignol, Jacques Côté, Patrick Fougeyrollas québécois. Pour n'en citer que ceux-

ci, voilà une liste de quelques auteurs ayant contribué à une meilleure compréhension du terme handicap.

Handicap « hand in cap », étymologiquement « la main dans le chapeau », est à l'origine un mot anglais désignant un jeu de hasard. Il fait sa première apparition dans la langue anglaise écrite au XVII<sup>e</sup> siècle avec Samuel Peppys, à Londres. Anobli par le sport, notamment par les compétitions hippiques courses avec handicap, repris par de grands auteurs français au début du XX<sup>e</sup> siècle, (Maurois, Gide), intégré officiellement dans le Dictionnaire de l'Académie française dès 1913, le mot est adopté par les travailleurs sociaux et les associations s'occupant des personnes avec des infirmités ou des incapacités, comme moins réducteur, moins stigmatisant que les termes jusqu'alors employés, surtout à partir des années cinquante. Accepté en France, c'est aux Etats-Unis, pays pour lequel le principe de la non-discrimination est érigé en système de relations sociales, qu'il sera mis au ban du vocabulaire pour être remplacé, à partir des années quatre-vingt, par un mot d'origine française (d'inhabile aujourd'hui intraduisible), disability.

### **2.2.2 Définition de la notion handicap**

Le terme handicap par polysémie connaît plusieurs définitions, nous retenons ici les plus courantes. Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie(2002) « le handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes. »

Le handicap d'après le dictionnaire de psychologie (2013), le handicap est : « au sens premier, jeu de hasard (hand in cap : « main dans le chapeau », puis désavantage imposé lors d'une épreuve sportive à un concurrent réputé plus fort, ce terme est utilisé en psychologie, de préférence à « infirmité » ou à « déficit » pour signifier le désavantage psychosocial que doit compenser une personne atteinte d'une déficience. La notion de handicap est relative aux normes d'usage, au niveau de développement et aux capacités de tolérance du groupe auquel appartient le handicapé ». Doron et Parrot (1997).

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

Les principaux dictionnaires de la langue française définissent le handicap comme un désavantage quelconque, une infirmité qui met quelqu'un en état d'infériorité :

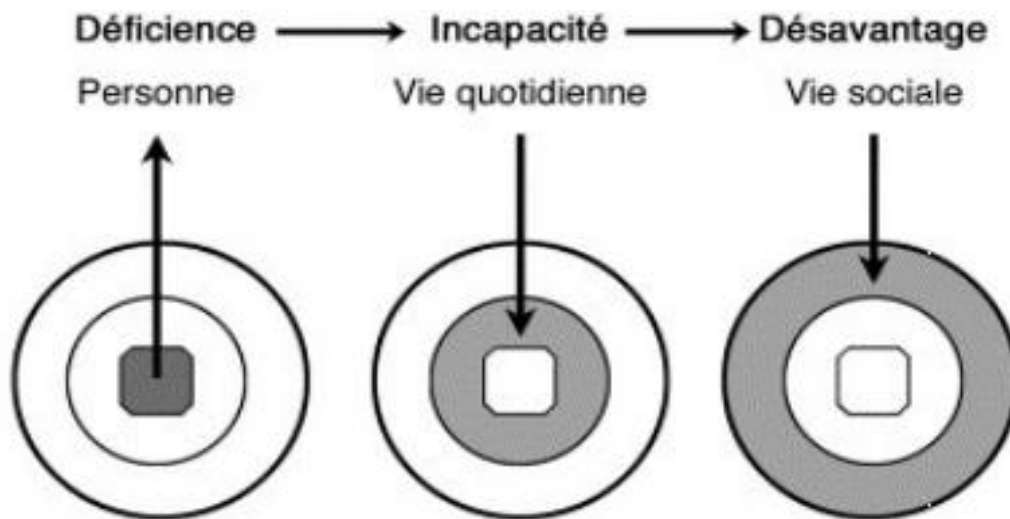
« Désavantage imposé à quelqu'un, infirmité, déficience. » « Un handicap se dit d'une personne atteinte d'une déficience physique ou mentale » (Le Maxidico, 1996). Selon Rêne Lenoir est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable de pourvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité Liberman(1999).

En 1975 l'OMS a adopté la définition de WOOD qui suivant un handicap (maladie ou traumatisme) entraîne une déficience (correspondant à une atteinte lésionnelle ou fonctionnelle d'un ou de plusieurs organes) qui engendre une incapacité (se manifestant par limitation des activités physiques ou mental) qui à leur tour entraînent un sinon plusieurs handicaps ou désavantages exprimés au plan social. (Schauder, 2007) Wood (la classification internationale des déficiences, des incapacité et de handicaps définit trois niveaux pour une personne :

**La déficience** est la perte de substance ou l'altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente donc toute perturbation de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte, de façon durable, la croissance, le développement, le fonctionnement. Le sujet ainsi atteint est pénalisé par la manifestation extérieure et par la répercussion psychologique de cette anomalie : ce qu'ont appelé « le vécu du manque ». Mais il l'est aussi par ses conséquences pratiques dans la vie de tous jours, personnelles et sociales : le handicap résulte de cette double difficulté.

**L'incapacité** résulte d'une déficience de la capacité d'accomplir une action dans les limites considérées comme normales pour un humain. Elle représente donc toute perte ou réduction résultant d'une déficience des performances fonctionnelles du corps ou de la personne. Elle peut se définir concrètement dans les domaines psychique ou bien mental en utilisant des échelles fonctionnelles de performances. Cet abord très pratique introduit aussi le concept de dépendance /indépendance.

**Un désavantage** résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui gêne ou limite le sujet atteint dans l'accomplissement de son rôle normal. Le handicap est caractérisé par une discordance entre l'état ou les performances du sujet ou ce qui est attendu de lui-même ou par le groupe dont il est membre. Le handicap représente donc les conséquences personnelles, sociales, économiques de la déficience et de l'incapacité. Michel et Gwen (2004)



**Figure 1 : le model de WOOD (P. Watine,2005)**

En général, le terme handicapé désigne la limitation d'une défiance provoquant une incapacité permanente ou non menant à des difficultés morales, intellectuelles, sociales et physiques. Il exprime une défiance vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension, il s'agit donc plus d'une notion médicale (Unicef, 1984).

En 2001, la révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation du handicap et d'affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé proposée par l'OMS (2001) apporte de nouveaux concepts que sont les facteurs environnementaux et la notion de participation. Elle considère quatre champs concernant le handicap :

**Le fonctionnement :** ensemble des fonctions de la personne humaine (fonctions organiques, fonctions liées aux activités de la personne et fonctions qui permettent la participation au sein de la société) ;

**L'activité :** exécution d'une action par une personne dans un contexte donné ;

**Participation :** implication dans une situation de vie réelle, résultat de l'interaction entre la personne et les facteurs extérieurs ;

**Les facteurs environnementaux** (produit et système technique, soutien et relation...),  
 Pirelli aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.

Cette nouvelle classification a permis de mettre en avant les facteurs environnementaux. La situation de handicap résulte de la rencontre entre une déficience et une situation de vie courante et des incompatibilités que cela implique du fait d'un environnement inadapté. La loi numéro 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées définit le handicap en son alinéa un comme il suit : « une limitation des possibilités de participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné. »

### **2.2.3 Les types de handicap**

Il existe plusieurs types de handicap qui peuvent se regrouper en quatre principaux groupes. D'après le dictionnaire de psychologie (2013), on distingue généralement quatre types de handicap.

Le handicap moteur se caractérise par une incapacité à pouvoir se déplacer, exécuter des tâches manuelles ou mobiliser une partie de son corps. L'expressivité de ce handicap est variable. Il peut s'agir d'une fragilité handicapante ou de troubles pouvant conduire à la paralysie ; il peut être acquis sans évolution comme les amputations ou s'aggraver du fait d'une dégénérescence comme la myopathie. (Romano, 2011) ;

Handicap mental et la conséquence d'une déficience intellectuelle, il peut conduire à un retard plus ou moins grave du développement intellectuel. Ma personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés approximativement importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision (Hamonet, 2012) ;

Le handicap psychique se définit par l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels, soit une perturbation dans la personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles. Les troubles psychiques sont des troubles de la personnalité ou du comportement qui peuvent être particulièrement invalidants et peuvent être isolés, mais également associés à d'autres déficiences, en particulier certaines déficiences intellectuelles. Certains troubles se manifestent très tôt dans les années de maternelle (les troubles autistiques), d'autres peuvent apparaître tardivement et sans repérer difficilement (dépression, trouble obsessionnel compulsif, décompensation psychotique à l'adolescence chez un enfant n'ayant jamais présenté de troubles.) ;

Le handicap sensoriel, il s'agit des déficits sensoriels sévères qui sont habituellement enregistrés sous forme de surdité bilatérale appareillée et de cécité bilatérale. Les déficiences auditives font référence à une perte supérieure à 70 décibels avant correction et les déficiences

visuelles à une acuité visuelle inférieure à 3/10 au meilleur œil (après correction). (Inserm, 2004)

Déficiences sensorielles :

## 2.3 La déficience auditive

### 2.3.1 Définition

La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive, elle se définit en fonction de sa profondeur, de sa nature et de son étiologie (génétique, prénatale, néonatale, postnatale). L'hypoacousie est une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. L'hypoacousie et la surdité sont des déficiences sensorielles « qui altèrent la qualité et l'intensité de la perception sonore et gênent par conséquent l'individu dans tous les domaines avec lesquels l'audition joue un rôle et en particulier dans la vie relationnelle », dans son aspect le plus important, la communication verbale, où l'acquisition du langage va être impossible ou difficile..

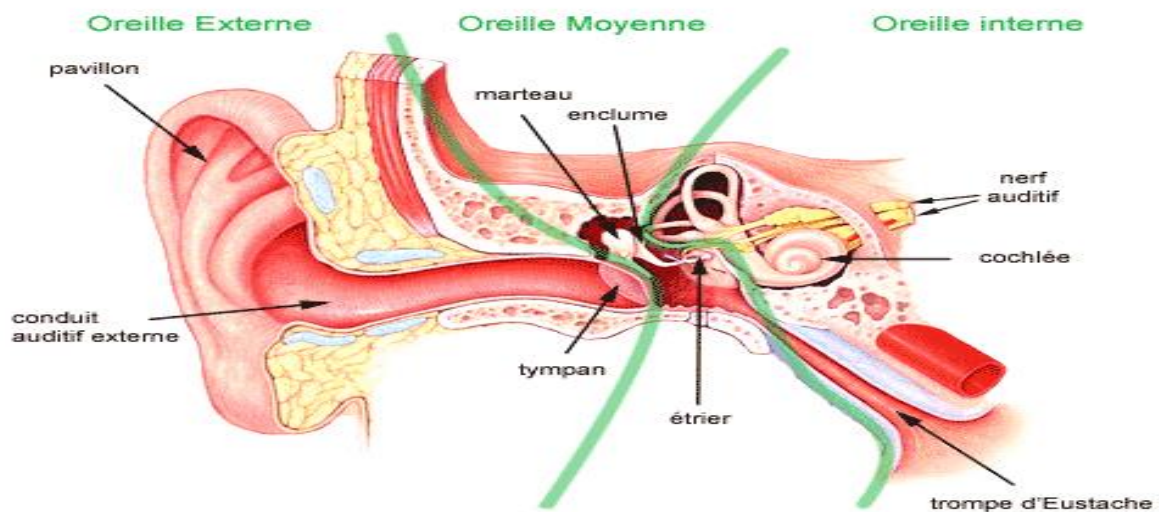


Figure 2 : Les parties de l'oreille

### 2.3.2 Les niveaux de surdité

Surdité légère ; 20 à 40 dB. Il existe une difficulté importante à l'apprentissage précis des phonèmes aigus. Les bases du langage sont acquises, avec de nombreuses erreurs articulatoires, liées à une non-perception des éléments de la voix. Or, pour répéter, il faut entendre avec une qualité suffisante ; il s'agit d'enfants en général dépistés vers 6 ans, lors de

l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Dès ce niveau de perte auditive, l'appareillage est obligatoire, car de nombreuses informations captées de façon naturelle ne sont pas intégrées.

Surdité moyenne ; 40 à 70 dB. Le retard de parole et de langage est ici manifesté avec un dépistage vers l'âge de 2 à 3 ans du fait de l'importance du handicap qui ne peut passer inaperçu. Il existe quand même avant l'appareillage un petit langage, car certaines informations de voix forte ont été entendues. Il ne peut par contre y avoir de constitution d'un langage oral sans appareillage et surtout sans r ducation et prise en charge spécifique. La précocité de l'appareillage est un des éléments clés pour une intégration future. La qualité du message apporté par l'appareil auditif est ici suffisante pour que la prise en charge soit efficace.

Surdité sévère ; 70 à 90 dB. Le dépistage a lieu en général dans les deux premières années de vie. L'enfant a des perceptions de certains bruits, mais n'a aucune connaissance de l'existence d'une forme auditive du langage avant son appareillage. En l'absence de ce dernier, il est pratiquement impossible d'acquérir le langage oral. L'appareillage permet une compréhension qui ne viendra qu'après une longue période de r ducation. La compréhension est de toute façon difficile en milieu bruyant. Le fait que le malentendant ne perçoive pas sa voix avant l'appareillage fait que la qualité de ses productions est mauvaise. Dès lors, un vrai travail de fond est nécessaire avant la possibilité d'une voix de bonne qualité, mais le travail donne ici de bons résultats.

Pour poursuivre l'explication, afin d'être consid r e comme ayant une perte significative de l'audition, une personne d'âge scolaire doit présenter une perte auditive minimale de 25 décibels HL (Ministère de l'éducation du Loisir et du Sport, 2006a). Le tableau ci-dessous permettra une meilleure visualisation des différentes mesures de surdité.

**Tableau 1 : Degré de perte auditive et exemples de bruits correspondants**

Perte auditive	Intensité requise pour la perception (dBHL) selon le MELS	Exemples de bruits à une distance de 60cm
Légère	20-40 dB	Conversation calme
Mod�r�e	41-55 dB	Machine à laver
Modérément sévère	56-70 dB	Aspirateur
Sévère	71-90 dB	Tondeuse à gazon
Profonde	91 dB et plus	Tir de fusil

**Adapté de l'Institut national de santé publique, 2007**

Malgré tout, il faut comprendre que cette échelle est principalement utilisée pour les adultes. D'ailleurs, ce que le MELS utilise comme échelle correspond à la nomenclature de Goodman (1965), développée essentiellement pour les adultes. Pour les enfants, Nothorn and Downs (2002) proposent une autre échelle que le Ministère de la santé et des services sociaux utilise.

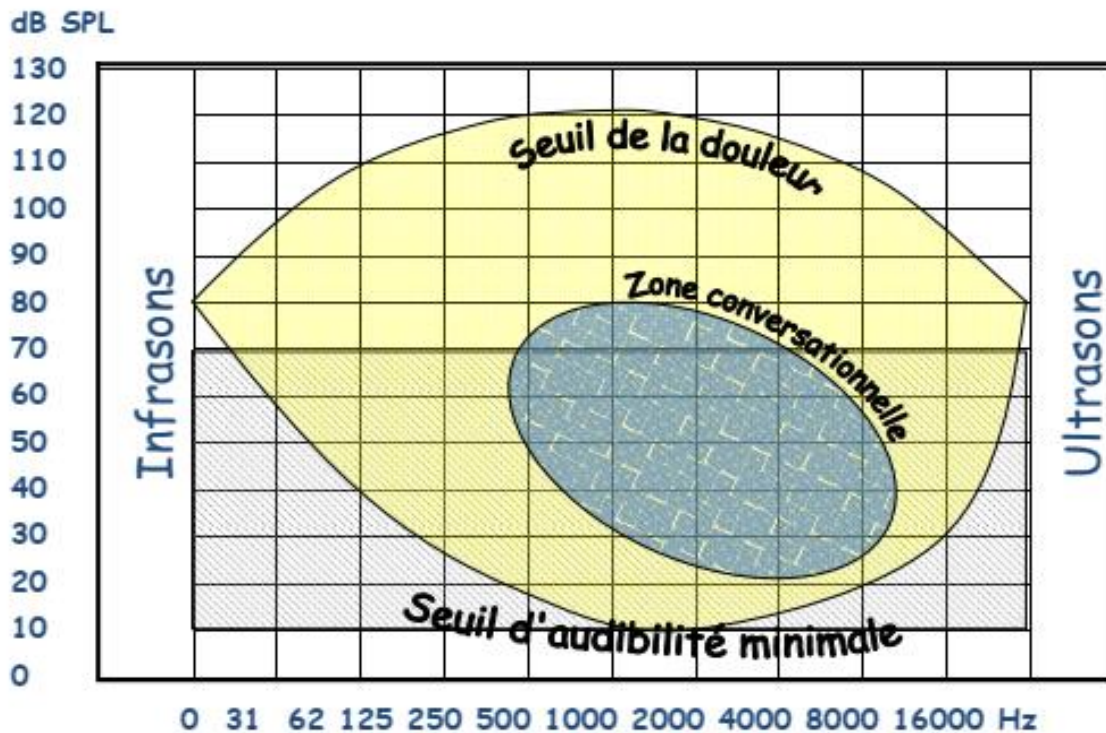


Figure 3 : Diagramme du champ auditif Inspiré de Grosbois et LePellec (2004)

### 2.3.2.1 La classification des surdités

#### 2.3.2.1.1 La surdité de transmission

La surdité de transmission est due à une atteinte des organes de transmission : conduit auditif externe et oreille moyenne. Le plus souvent, cette surdité n'est pas très grave, n'occasionne pas de distorsions et peut être traitée. Lorsque la transmission aérienne est défectueuse, elle peut se faire par conduction osseuse. Or, un sujet qui ne s'entend pas peut s'autocontrôler. Sa voix a donc toutes les caractéristiques de timbre, d'intonation et de rythme d'un entendant.

#### 2.3.2.1.2 La surdité de perception

Dans ce cas, la transmission du son se fait normalement, mais la perception par l'oreille interne, la cochlée, est défectueuse. Ce sont les sons aigus qui sont le plus mal perçus. Les bruits ambiants (restaurant scolaire, cours de récréation, etc.) perturbent la réception et la

compréhension du message vocal. Lorsqu'une personne est atteinte de surdité grave, elle a des difficultés à autocontrôler l'intensité et le timbre de sa voix.

### **2.3.2.1.3 Autres surdités**

Plus rarement, le nerf auditif ou les centres auditifs cérébraux peuvent être atteints. Il en résulte une incapacité ou des difficultés à traiter le message reçu par l'oreille. On peut également rencontrer des surdités mixtes qui associent difficulté de transmission et de perception. Elles sont, le plus souvent, la conséquence d'une infection de l'oreille moyenne qui s'aggrave et atteint la cochlée.

### **2.3.3 La classification des surdités selon l'âge d'acquisition**

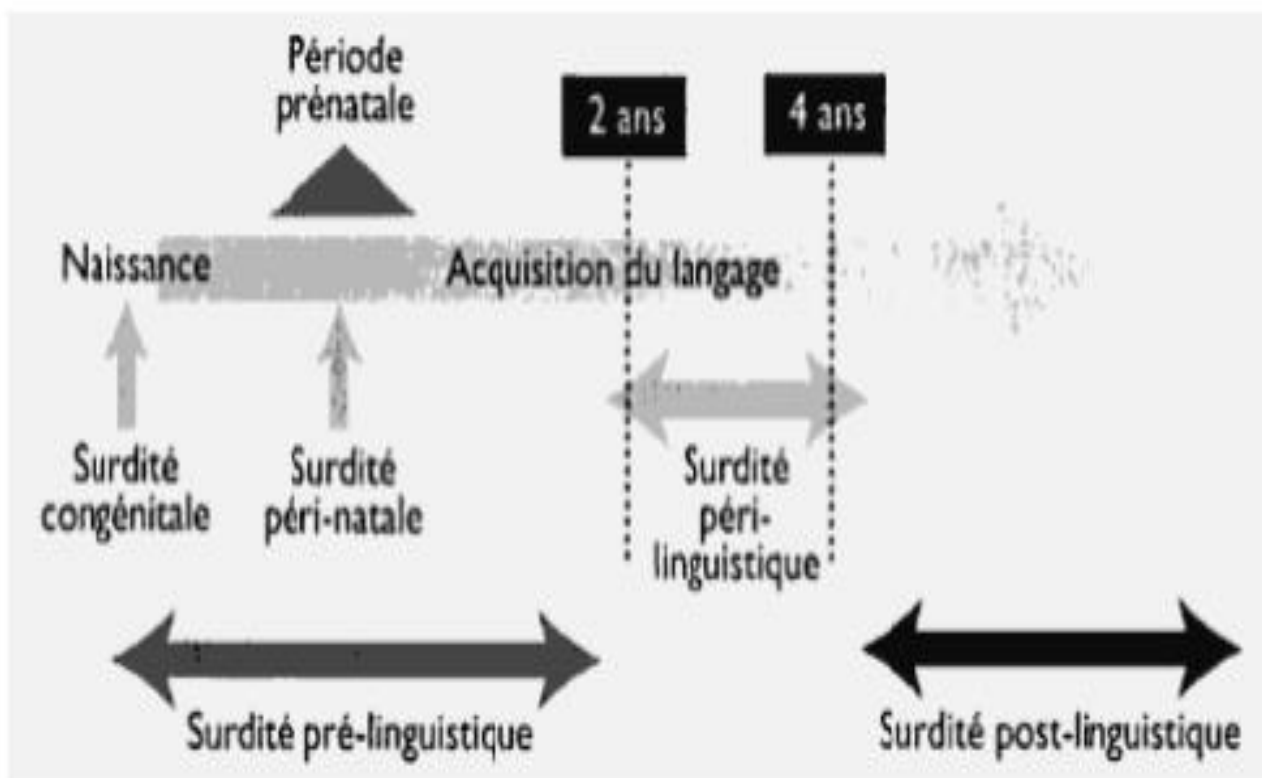
Comme il a déjà été mentionné plus tôt, la surdité peut être une déficience congénitale ou héréditaire, c'est-à-dire de naissance ou développée par l'individu au cours de sa vie. Dans cette typologie, seule la date d'acquisition de la surdité est qualifiée et la surdité peut donc prendre différentes formes, audio métriques ou cliniques, il en est d'ailleurs de même pour les autres types de surdité de cette typologie. Les évaluations cliniques et audio métrique permettront ainsi d'établir un diagnostic plus juste sur les modalités d'intervention.

Dans la littérature, il est possible de distinguer six grands types de surdité en fonction de l'âge d'acquisition : les déficiences auditives congénitales et précoces, pré-linguistiques, linguistiques, post linguistiques, la presbyacousie et la surdité professionnelle ou environnementale. Toutefois, étant donné la nature de cette recherche, nous ne décrivons pas les deux derniers types de surdité.

Lorsqu'il est question de déficiences auditives congénitales et précoces, il s'agit la plupart du temps de déficiences génétiques. Mais elles peuvent également être causées par des pathologies développées au stade embryonnaire ou fœtal, ou encore lors de la phase périnatale. Cependant, il faut savoir que les surdités d'origine génétique sont les plus fréquentes et varient entre 25 % et 55 % de la population sourde (Roland et Marple, 1997). Les surdités pré-linguistiques surviennent dans les premières années de vie alors que l'enfant n'a pas encore appris à parler. L'acquisition de la parole se trouve donc compromise par la perte auditive, ce qui restreint ainsi les expériences sensorielles auditives de l'enfant (Virole, 2006). Les surdités congénitales et précoces font partie de cette catégorie.

Les surdités qui apparaissent en même temps que l'apparition du langage sont nommées surdités linguistiques ou péri-linguistiques. La phase d'acquisition du langage chez l'enfant se

situé généralement entre 2 et 4 ans (Dumont, 2008). Comme les acquisitions sont fragiles dans cette phase d'acquisition du langage, il est particulièrement important de diagnostiquer rapidement la déficience puisqu'il s'agit d'une période critique pour l'organisation neurologique du langage (Dumont, 2008). Quant aux surdités post-linguistiques, l'adulte ou l'enfant « a déjà acquis naturellement les structures de base du langage » (Dumont, 2008) et l'intervention éducative ou orthophonique visera davantage à maintenir et à conserver l'intelligibilité de la parole et l'appropriation de la structure des phrases à l'oral.



**Figure 4 : Typologie des surdités selon l'âge d'acquisition**

## 2.4 Les causes des surdités

### 1. Génétiques

- Congénitales
- Dégénératives (surdité familiale progressive ...)

### 2. Prénatales

- Embryopathie (infections maternelles, en particulier rubéole)
- Fœtopathie (incompatibilité rhésus, hémorragies)

### 3. Néonatales

- Prématurité
- Anoxie
- Traumatisme à la naissance

#### 4. Infantiles

- Infectieuse (méningite, affections virales, otites, ...)
- Exogène (streptomycine, certains antibiotiques, ...)
- Traumatisme (sonore, crânien, ...)
- Métabolique (endocrinienne, protéique, toxique, endogène, ...)

#### 5. Adultes en plus des précédentes :

- Vasculaire
- De sénescence
- Traumatique (travail exposé au bruit, barotraumatisme, traumatisme crânien, ...)

### **2.5 Les réalités du handicap au Cameroun**

Selon le rapport de la Banque mondiale et de l'OMS (2010), la population handicapée est estimée à 15 % de la population mondiale. Cette population de personnes handicapées représente 10 % de la population totale du Cameroun (BUCREP, 2010). Or, le phénomène du handicap est encore mal connu dans ce pays, où il n'est donc pas surprenant qu'il n'ait fait l'objet, jusqu'ici, que de très peu de recherches. D'ailleurs, s'il est fait écho de la situation socio-économique des personnes vivant avec un handicap dans le cadre du recensement général de la population et de l'habitat de 2005 (BUCREP, 2010), et de l'enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM3) de 2007 (INS, 2009), c'est principalement, en réponse aux besoins d'informations exprimés par les institutions internationales, les

Les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations de promotion des personnes handicapées. En effet, les objectifs de ces études ont consisté essentiellement à présenter la situation socioéconomique des personnes vivant avec un handicap,. Certainement dans le but de contribuer à une meilleure connaissance du phénomène, mais aussi dans la perspective de formuler des recommandations et des demandes de financements ou d'autres formes d'assistances auprès des organisations internationales, des ONG, des bailleurs de fonds et des politiques soucieux de l'amélioration de la situation et des conditions de vie de cette population vulnérable.

Nous relevons, d'entrée de jeu, que dans l'enquête ECAM 2007 (INS, 2009), les handicaps visuel et moteur occupent respectivement le premier et le deuxième rang, devançant de loin les autres types de handicap, tandis que, dans le recensement de 2005, selon le type de déficience et quel que soit le milieu de résidence, la surdité est, de loin, le handicap le plus fréquent. En effet, selon ce recensement, dans l'ensemble, quatre handicaps sur dix déclarés font référence à la surdité. Ensuite, par ordre d'importance, après la surdité, viennent les infirmités des membres inférieurs, la mutité, la cécité, la lèpre, les maladies mentales, les infirmités des membres supérieurs et l'albinisme.

Le cadre juridique est l'ensemble des lois et des décrets qui entourent le handicap au Cameroun, ainsi que les domaines du handicap définis par ces lois et ces décrets.

## **2.5.1 Les considérations juridiques des personnes en situation de handicap**

### **2.5.1.1 Texte de lois et décrets qui encadrent le handicap au Cameroun**

Le cadre juridique du handicap au Cameroun en la matière repose sur les textes et lois relatifs à la protection et à la promotion des personnes handicapées. Nous présentons ici, la loi n° 83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées, encore appelée loi de 1983 et la loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées, que nous désignerons par loi de 2010.

#### **1. La loi n° 83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées**

En droit camerounais, c'est la loi de 1983 qui donne pour la première fois une définition de la personne handicapée. Il s'agit d'un corpus de 5 chapitres organisé en 12 articles. De manière laconique, en son article 1er, elle définit la personne handicapée comme étant : « toute personne qui, frappée d'une déficience physique ou mentale, congénitale ou accidentelle, éprouve des difficultés à s'acquitter des fonctions normales, à toute personne valide ». En réalité, cette loi met au centre de sa définition de la personne handicapée la perte de substance, l'altération fonctionnelle, psychologique, physiologique ou anatomique. Elle est pour ainsi dire limitée à une considération médicale de la personne handicapée et ne s'engage pas de façon claire dans une perspective sociale de la considération de la personne handicapée.

Par ailleurs, « éprouver des difficultés à » et « être dans l'incapacité de » ne rendent pas compte de la même réalité. La définition que donne cette loi de 1983 de la personne handicapée a profondément marqué la politique nationale du Cameroun en matière de prise en charge des personnes handicapées : tout est centrée sur le plan médical et le volet promotion n'y est pas

pris en compte. Cette définition met l'accent sur la déficience comme cause du handicap, qui caractérise le modèle médical du handicap basé sur une approche individuelle. Tout laisse croire que la protection énoncée dans le titre de cette loi se limite aux hôpitaux et aux centres de rééducation. Les autres acteurs ayant la liberté d'œuvrer ou de ne pas œuvrer à la solidarité nationale, pourtant plusieurs fois convoquée dans ce texte. Sans autres précisions, les formules consacrées, ici, sont « à la limite de leurs moyens » (article 6), « dans la mesure du possible » (articles 3 (2), 7), « peuvent » (articles 8, 9,10). Pourtant, la vie de la personne handicapée ne se limite pas à ces structures de prise en soins.

2. La loi n° 2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion des personnes handicapées

La loi de 2010 vient amender, améliorer et enrichir celle de 1983. Les 48 articles que comprend cette nouvelle loi sont organisés en cinq sections et sept chapitres. De prime abord, elle se démarque de la loi précédente par son titre qui, dans son énonciation, intègre la promotion de la personne handicapée. Élargissant du coup le périmètre d'action de la nouvelle loi aux aspects non médicaux concernant la vie de la personne handicapée dans la société. Précisément, l'article 1er dispose : « À ce titre, elle vise : la prévention du handicap ; la réadaptation et l'intégration psychologique, sociale et économique de la personne handicapée ; la promotion de la solidarité nationale à l'endroit des personnes handicapées ».

En partant d'une définition claire du handicap, l'article 2 de la loi de 2010, améliore et enrichit la définition de la personne handicapée édictée par la loi de 1983 en disposant qu'une 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 ». La principale innovation de cette loi est qu'elle centre sa définition sur l'incapacité à faire par soi-même des activités, introduisant ainsi les liens sociaux, contrairement à la loi de 1983 qui donne une place prépondérante à la déficience et à la maladie par rapport à l'incapacité.

La loi de 2010 introduit ainsi pour la première fois dans l'arsenal juridique camerounais, d'une manière indirecte et discrète, la nécessité de la solidarité sociale envers ces personnes qui ne peuvent accomplir par elles-mêmes une activité d'une façon normale. Être dans l'incapacité de faire quelque chose par soi-même implique que l'on doit être aidé par quelqu'un d'autre ou par un outil dont se passerait une personne normale pour faire la même chose. C'est en ce sens que cette loi introduit ou appelle une solidarité sociale. La loi de 2010 permet à la personne handicapée de bénéficier d'un ensemble d'aides et davantage de la part de

l'État. À titre illustratif, elle dispose que : Les personnes handicapées, reconnues, indigentes et titulaires d'une carte nationale d'invalidité [...] bénéficient d'une prise en charge totale ou partielle par l'État, dans les institutions spécialisées et les formations sanitaires, publiques ou privées en ce qui concerne leur réadaptation médicale et leur rééducation fonctionnelle. (Article 22 (1))

Elle dispose ensuite que l'État contribue à la prise en charge des dépenses d'enseignement et de première formation professionnelle des élèves et étudiants handicapés indigents. (2) Cette prise en charge consiste en l'exemption totale ou partielle des frais scolaires et universitaires et l'octroi des bourses. (3) La prise en charge prévue aux alinéas 1 et 2 ci-dessus s'étend aux enfants nés de parents handicapés indigents. Article 29 (1, 2, 3)

Il est cependant important de noter que la loi de 2010 n'a pas encore de décret d'application, ce qui met au goût du jour des débats controversés sur sa force ou son applicabilité. Il y aurait, donc ainsi, absence de normes applicables, et « vide juridique » dans le domaine de la protection et de la promotion des droits des personnes handicapées au Cameroun, étant donné que la loi de 1983 a été abrogée et que celle de 2010 ne peut s'appliquer pleinement faute de décret d'application. Un tel raisonnement devrait être relativisé. Il est vrai que de nombreuses dispositions de la loi de 2010 renvoient expressément à un décret d'application, notamment les articles 4, 11, 19, 21, 22, 25, 35, 41 et 46. L'article 47 dispose que : « Les textes réglementaires précisent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi ».

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que la promulgation de cette loi par le président de la République a pour effet de rendre la loi exécutoire sur toute l'étendue du territoire national. La loi de 2010 pose également des problèmes quant à la définition de la personne handicapée. La protection des personnes handicapées tire son fondement de la reconnaissance de la dignité inhérente à toute personne humaine proclamée par la Charte des Nations Unies (ONU, 1945) et la Déclaration universelle des droits de l'homme (ONU, 1948).

En réaffirmant le caractère universel, indivisible, interdépendant et indissociable de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées (ONU, 2006) ; proclame la nécessité d'en garantir la jouissance aux personnes handicapées sans discrimination. Cette convention constitue le texte de base qui pose, à l'échelle internationale, des droits garantis à toute personne handicapée. Elle suit les principes et les lignes directrices contenus dans le programme d'action mondial concernant les personnes handicapées et dans les règles des Nations Unies pour l'égalisation

des chances des handicapés. Ainsi, au sens de la convention relative aux droits des personnes handicapées, les personnes handicapées s'entendent de toutes « personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Outre les droits contenus dans les instruments juridiques internationaux de portée universelle, notamment, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels [...], les personnes handicapées ont trouvé avec la Convention du 13 décembre 2006, un cadre juridique plus large et plus précis qui leur permet de jouir des mêmes droits reconnus à tous les membres de la famille humaine. La loi de 2010 propose, dans son article 2, une définition du handicap plus globalisante parce qu'elle associe les approches individuelles et sociétales, liant ainsi le handicap non seulement à la personne physique, mais aussi à la capacité de la société à apporter des palliatifs pour le corriger. Cet article définit le handicap comme étant : « une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné ».

Le sens nouveau donné au handicap par la loi de 2010 a le mérite de faire une évolution conceptuelle notable. En faisant passer le handicap d'une vision déficitaire du corps à un problème des rapports en société face à des situations données. Cette nouvelle approche n'occulte pas la vision déficitaire du corps, mais y associe le caractère social du handicap. Le social y prend toute son importance. Cependant, bien que cette définition du handicap ressorte le caractère social avec l'expression de « limitation des possibilités de pleine participation », elle ne fait pas apparaître de façon explicite l'implication de la société et de l'environnement dans la production du handicap.

La loi de 2010 vient renforcer celle de 1983 et met l'accent sur la prévention du handicap, la réadaptation, l'intégration socioéconomique et politique des personnes handicapées, ainsi que le caractère coercitif des mesures au profit des personnes handicapées. Assorties de sanctions pénales contre les débiteurs des droits qui se soustraient aux prestations attendues. Cette loi fixe donc le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics : importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés ; accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population, maintien chaque fois que possible dans un cadre ordinaire de travail et de vie. Pourtant, un ensemble de critiques est fait à l'égard de cette loi de 2010.

Celles-ci sont centrées autour du manque de sanctions et de clarté de la loi ainsi que de sa mise en application. On peut aisément observer au quotidien le non-respect de la législation en vigueur à l'égard des personnes handicapées dans divers domaines de la vie sociale. Ce qui ne rend pas effective la pleine jouissance de leurs droits fondamentaux, de leur dignité ainsi que la valorisation de leurs talents et potentialités.

### ***2.5.1.2 Représentation et perception du handicap au Cameroun***

Dans la société traditionnelle, la perception l'handicapé est complexe et parfois contradictoire, car les réactions envers les handicapés sont multiples :

D'une part, lorsque le handicap est perçu comme une punition d'une personne autre que le handicapé lui-même, cette perception déculpabilise en quelque sorte le handicapé ; celui-ci fait pénitence pour une faute qu'il n'a pas lui-même commise, à la limite, il n'est même pas concerné, il est victime. D'où une étonnante tolérance dans les sociétés traditionnelles africaines envers la personne handicapée.

D'autre part, on observe toute une série de comportements exactement opposés comme les très mauvais traitements entraînant la mort, pouvant être infligés à un enfant handicapé pour lui enlever toute envie éventuelle de revenir dans ce monde après sa mort, ou l'absence de toute aide à un handicapé considéré comme "coupable" afin de lui donner l'occasion d'expier jusqu'au bout ses fautes et dans le but de ne pas s'attirer des foudres des forces maléfiques suite à une intervention en faveur de celui-ci, ou le meurtre de bébés nés handicapés comme simple stratégie pour préserver l'homme et la survie du groupe familial. Certains de nos interlocuteurs au village ont pu nous expliquer cette situation de meurtre de bébés nés handicapés.

Ainsi, par exemple, dans les villages de l'aire culturelle Béti-fang (situé au Centre, Sud et Est du Cameroun), à laquelle nous appartenons, il est presque rare pour un visiteur de croiser un enfant ou un adulte polyhandicapé, un albinos, un être privé de membres, bref un handicapé de naissance. Les quelques rares personnes handicapées de naissance que l'on peut rencontrer sont les sourds-muets ; sinon des personnes qui ont contracté leur handicap après la naissance suite à un accident, la poliomyélite, une injection mal faite, la cataracte ou d'autres maladies handicapantes. Pour justifier cette situation, une source orale mon vieil oncle maternel nous expliqua que dans les villages Mbetis ou Obambas, tous les enfants qui présentent des malformations congénitales, même peu graves, n'étaient pas ramenés au foyer familial après leur naissance, afin de sauvegarder "l'honneur" de la famille et du clan.

L'enfant polyhandicapé ou "monstrueux" doit "rester en forêt" (c'est-à-dire abandonner en forêt) par les femmes accoucheuses avec le consentement de la mère à qui on explique l'enjeu familial. Chez les Mbetis du Congo qui peuplent les zones essentiellement rurales, il y a très peu de maternités et les accouchements ont lieu, exclusivement entre femmes, en forêt, derrière les habitations ; aucun homme quel qu'il soit n'est autorisé à assister. Ce sont donc les femmes qui prennent cette importante décision d'abandonner "l'enfant indésirable" et qui l'enterrent sur place en forêt, avant de revenir au village informer le père géniteur.

Le secret est toujours bien gardé au sein du milieu familial, le groupe des femmes accoucheuses étant toujours composé de femmes proches du père et de la mère de l'enfant abandonné (mères, tantes, sœurs et cousines des époux). Au reste du village, on donne des explications très courtes du genre cette grossesse n'était que "Yemi andja" (ce qui littéralement signifie que la grossesse était simplement composée d'eau), ou bien "l'enfant n'était pas encore complètement constitué", et donc n'avait pas encore le statut d'être humain.

## CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES

Ce chapitre de notre étude est essentiellement réservé à l'agencement théorique faisant référence au phénomène que nous voulons étudier, qui est celui des stratégies de coping mises en place face à l'adversité ou à une situation traumatique. Pour mieux appréhender ce phénomène, nous ferons référence à la théorie psychodynamique et au modèle écologique et transactionnel de la résilience. Dans la mesure où il ne saurait y avoir de rebondissement sans résilience, et au préalable, le traumatisme et la théorie sur la qualité de vie. De prime abord, nous entamerons ce troisième chapitre par l'éclaircissement de la notion de traumatisme, pour ensuite chuter à la résilience. En somme, notre débat théorique s'articulera autour des théories auxquelles nous nous référons dans notre étude.

### 3.1 Le traumatisme

La notion de traumatisme renferme des concepts comme trauma et traumatisme. La notion de trauma et de traumatisme renvoie d'emblée à l'expérience de l'événement qui affecte l'histoire de la personne. Et d'autre part, ces concepts soulignent le caractère soudain et la survenue de l'expérience traitable dans la psyché du sujet. Car le trauma et le traumatisme peut également avoir un effet sur le corps et la psyché par rapport à l'expérience vécue en termes de douleur, de blessure, Douville et Gafam (1999).

#### 3.1.1. Étymologie du traumatisme

Le traumatisme vient du grec « traumatismos » qui se traduit par « blessure ». Transposé à la psychopathologie, le traumatisme signifie la transmission d'un choc psychique (et non mécanique) exercé par un agent extérieur psychique (et non physique) sur le psychisme (et non sur le corps) et qui provoque des désordres psychiques (et non somatique) (Crocq, 2007). Ensuite, transposé à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique violent exercée par un agent physique extérieur sur une partie du corps et provoquant une blessure ou une contusion » (L. Crocq, 2007). Le traumatisme est donc plus profond que la blessure.

L'étymologie du traumatisme en grecque le définit comme une sorte de blessure avec effraction de la peau, une brèche de l'enveloppe corporelle. En médecine, il dénote d'une lésion des tissus. Selon le grand dictionnaire psychologique Larousse (2011) le traumatisme renvoie à

la description des atteintes névrotiques et psychosomatique qui sont la conséquence directe des émotions à la suite d'un accident, d'agressions dramatiques, de catastrophes (accident de chemin de fer, incendies, tremblement de terre, naufrage). Dans la théorie psychanalytique, le concept traumatisme occupe une place importante. De ce fait, De Mijolla (2002) insiste sur la notion de soudaineté pour définir le traumatisme comme « un événement qui, par sa violence et sa soudaineté, entraîne un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes des défenses habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un mécanisme de sidération et entraîne plus ou moins à long terme une désorganisation dans la vie psychique ».

### **3.1.2 Le traumatisme comme effraction du pare-excitation**

Dans les années 1914, la théorie du traumatisme a eu une considération mitigée. D'où sa caractérisation comme névrose de guerre. Freud, quant à lui, avait une perception antagoniste, ce qui l'amène en 1920 dans *Au-delà du principe de plaisir* à élaborer sa nouvelle conception du traumatisme. C'est dans le cadre de la deuxième topique qu'après sa découverte sur les étapes de la sexualité infantile, il se désintéresse de la question du traumatisme. Il représente le traumatisme comme un phénomène énergétique venant effriter le pare-excitation. Dans cette nouvelle perspective, le moi est une instance psychique à l'interface du ça, du surmoi et de la réalité. Il joue un rôle protecteur de la personnalité par la mise en place des mécanismes de défense. D'autre part, il opère comme un facteur de liaison psychique. Le moi permet au sujet de maintenir son adaptation à la réalité et sa cohérence interne.

Pour mieux spécifier le concept de pare-excitation, Freud le compare à une surface externe venant protéger l'organisme de l'afflux des impacts et des excitations externes. Le pare-excitation « fonctionne comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines » (Freud, 1920). Pour lui, il y a traumatisme lorsque la fréquence des excitations externes est trop importante et qu'il vient submerger l'organisme, dans l'optique d'effriter et de rompre la barrière protectrice : « nous appelons traumatiques, les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitation » (Freud, 1920). Ce pare-excitation est en fait la barrière protectrice du moi du sujet. Ainsi, quand il y a effraction, le moi se trouve débordé, ses défenses sont inopérantes, il n'est plus capable de faire son travail de liaison.

L'auteur insiste sur le fait qu'il y a un effet traumatique lorsque cette effraction est inopinée, ce qui empêche un contre-investissement opérant. D'autre part, le Moi n'est point préparé par l'angoisse (notion d'effroi) entravant la mobilisation des énergies nécessaires

pour créer une défense fonctionnelle. Ainsi, Freud (1920) précise que lorsqu'il y a traumatisme, « le principe de plaisir est d'abord mis hors d'action. » Il n'est plus question d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitations, c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitations qui ont pénétré par l'effraction pour les amener ensuite à la liquidation ». En ce qui concerne la provenance de l'attaque traumatique, nous constatons que Freud évoque à de nombreuses reprises les excitations externes comme étant à la source de l'effraction du pare-excitation. Laplanche (1998) reprend que le terme d'externe « suggère que tout traumatisme est d'origine externe, même le traumatisme psychique. Ce par rapport à quoi il y a extériorité, c'est le moi, si bien que la perturbation que Freud nous décrit [...] semble être en premier lieu attribuée au traumatisme physique, mais est en fait valable pour tout traumatisme. »

Dans ce même sens, Freud (1937) considère le traumatisme comme étant une expérience qui confronte le psychisme à un accroissement d'excitation trop considérable pour être maîtrisé ou élaboré normalement. C'est l'impréparation du psychisme qui constitue l'essentiel de la situation traumatique, car l'accroissement d'énergie dépasse les capacités de liaison par l'appareil psychique, menace son harmonie et oblige la mobilisation des mécanismes de défenses. Ainsi, le terme traumatisme est employé lorsque l'on désigne l'impact psychique d'un événement qui a douloureusement marqué l'existence d'une personne. Cet événement hors du commun ne doit pas être confondu avec des événements de vie stressants, car il crée chez la personne des émotions fortes, voire violentes, et tout ce qui peut caractériser une blessure intérieure.

### 3.1.3 Période des dernières avancées du traumatisme

Les derniers travaux de Freud au sujet du traumatisme apparaissent dans *L'Homme Moïse* (1939). D'après Bokanowski (1999) « ces avancées sont en grandes parties redevables à celle proposées par Ferenczi lors de la dernière partie de son œuvre entre 1928/1933. » Dès lors, Freud (1939) met en lumière les expériences traumatiques survenant dans la petite enfance, entraînant une atteinte précoce du moi et endommageant le narcissisme. Ce qui va lui permettre de développer le concept de narcissisme traumatique. D'autre part il attribue au traumatisme une dualité de conséquences : il peut avoir des effets positifs qui « *sont des efforts pour remettre en œuvre le traumatisme, donc pour remémorer l'expérience oubliée ou, mieux encore, pour la rendre réelle, pour en vivre à nouveau une répétition [...]* » (Freud, 1939) et ainsi donc tenter de lier les représentations, conduisant à une élaboration du traumatisme ; il peut également générer des effets négatifs qui « tendent au but opposé : à ce qu'aucun élément des traumatismes

oubliés ne puisse être remémoré ni répété. Nous pouvons les réunir sous le nom de *réaction de défense*. Leur expression principale est ce qu'on nomme les *évitements*, qui peuvent s'aggraver en devenant des *inhibitions* ou des *phobies* » (p.163). Le traumatisme ne peut plus alors être élaboré psychiquement.

Concernant les traumatismes physiques, Haddon, 1980 ; Haddon & Baker, (1981) associe le traumatisme à un transfert subit d'énergie qui dépasse les capacités de résistance du corps humain, établissant ainsi une cause commune pour l'ensemble des traumatismes et réfutant la notion d'accident. Par conséquent le traumatisme correspond à toute blessure physique qu'une personne subit, que ce soit voulu ou non, et qui résulte d'un choc, d'un coup, d'une pression comme une chute, une explosion. C'est pourquoi mettre en œuvre des moyens de prévention est important car le traumatisme survient sans avertissement.

Pour les traumatismes psychologiques on distingue selon Salomon & Heide (1999) le traumatisme de type 1, de type 2, de type 3 et de type 4.

### **3.1.4 Conception psychanalytique du traumatisme selon les auteurs**

Parvenu à ce niveau, nous allons présenter la conception psychanalytique du traumatisme des auteurs suivants : Ferenczi (1934), Anna Freud (1971), Barrois (1988) et Cramer (1999).

#### **3.1.4.1. Conception Ferenczienne du traumatisme**

La théorie de Ferenczi (1934) apporte un substrat de plus en nous suggérant qu'il faut prioriser les effets du traumatisme, en notamment les affects de déplaisir qu'il suscite, principalement des affects d'angoisse, dépressifs et agressifs tels que la colère et la rage, dont l'élaboration n'est plus possible. À partir de ce propos, on peut conjecturer que l'individu résilient sera celui qui parviendra à réguler les affects négatifs déclenchés par les événements défavorables sans être débordé. Dans ses derniers écrits, Ferenczi (1934, p.141) donne la définition suivante du traumatisme : « *la commotion psychique survient toujours sans préparation. Elle a dû être précédée par le sentiment d'être sûr de soi, dans lequel, par la suite des événements, « on s'est senti déçu* » ; « *avant on avait trop confiance en soi et dans le monde environnant* » ; *après trop peu ou pas du tout. On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion qu'une telle chose ne pouvait pas arriver ; « pas à moi* » (Ferenczi, 1982). Suite à cette commotion psychique, il y a tentative de défense qui s'avère parfois inefficace, elle est donc abandonnée. C'est ce type de traumatisme qui explique la raison pour laquelle certains adolescents ne parviennent pas à surmonter la situation trouble.

### ***3.1.4.2 Conception d'Anna Freud***

La théorisation d'Anna Freud (1971) apporte un éclairage complémentaire à notre construction. Car elle souligne l'importance des mécanismes de défense du Moi, position que l'on retrouve aussi chez Ionescu (1999). Elle suggère aussi que le traumatisme sera inévitable à partir du moment où les défenses ne sont plus mobilisables ou plus suffisantes. Elle attire également notre attention sur la plus grande vulnérabilité du nourrisson et du petit enfant: « la tolérance aux traumatismes externes et aux sensations internes de déplaisir résultant de frustration, de carence affective augmente en proportion avec la maturation et le perfectionnement des appareils et fonctions du Moi». On comprend mieux alors l'importance accordée par la psychanalyse au principal tuteur (la mère) du développement de l'enfant en bas âge qui ne peut traiter lui-même au départ les excitations l'assaillant.

Le point de vue d'Anna Freud (1976) introduit une autre question d'actualité qu'épouse plusieurs cliniciens: l'origine interne ou (et) externe du traumatisme. Elle semble nous indiquer que les deux sont possibles. La première résulterait de l'intensité, de la violence de l'événement en soi (par exemple une naissance avec anoxie ayant entraîné une réanimation, ou une maltraitance répétée sur un nourrisson). Mais on peut aussi supposer que c'est l'insuffisance du traitement interne des tensions induites par l'événement externe et l'incapacité à mettre en œuvre des mécanismes de défense et d'élaboration qui génèrent le trauma. Par conséquent, il nous semble que le déplacement des théories contemporaines en psychanalyse de la pulsion à l'objet traduit la place plus importante accordée progressivement à la réalité externe.

### ***3.1.4.3 Conception de Barrois***

Pour Barrois (1988), le traumatisme est un choc violent, inattendu, lié d'une rencontre avec « le réel » de la mort, la personne y réagit avec frayeur et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Ainsi le terme traumatisme dépendra-t-il de l'intensité de l'événement qui dépasse le moi ou de l'état de non préparation du moi au moment de la confrontation à l'événement traumatique ? Ces multiples questions nous permettront d'établir les caractéristiques du traumatisme :

- **L'intensité**, il s'agit de l'horreur de la situation qui est à l'origine d'un état de stress qui provoque une menace vitale. L'intensité de l'événement traumatisant peut être causée par des catastrophes naturelles, les guerres. Lebigot (2011) dans ses travaux classiques sur le trauma psychique souligne « le traumatisme se rapporte à la menace vitale qui surprend le sujet quand il est en état de repos ».

- **L'impréparation du Moi**, ici le sujet se trouve dans l'incapacité de réagir et de faire face à l'événement à cause de l'état dans lequel se trouve le moi au moment de l'événement. Cet événement est lié soit à la soudaineté c'est-à-dire être surpris par la survenue de la situation traumatisante où sans signal d'alarme l'intégrité psychique est menacé ; soit par la fragilité du moi où le sujet subit une série d'événement qui l'on fragilisé de tel sorte qu'il suffisait d'un seul événement, pour qu'elle transperce et se déchire en laissant passer les excitations à l'intérieur de la psyché. D'après Laplanche et Pontalis (2002), le traumatisme est tout « événement de la vie du sujet qui se définit de par son intensité, son incapacité où se trouvent le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». C'est donc ce caractère inattendu, prématuré qui va dorénavant créer un traumatisme.

Suite à une surdité traumatique, on retrouve tous les caractéristiques du traumatisme : soudaineté, non préparation de ce qui fait effraction, mettant en échec la capacité de symbolisation du sujet. En effet la déficience dès lors est un évènement qui vient donner corps à quelque chose d'impensable, de l'ordre de l'horreur. Dans un premier temps le sujet est confronté à quelque chose d'incompréhensible. Cette première phase se rapproche du sentiment d'effroi que Freud (1920) distingue de la peur et de l'angoisse et qu'il définit comme étant « l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé » (dans Laplanche et Pontalis, 2002, p.129) en définissant l'effroi, Freud insiste sur l'effet de surprise de l'évènement

Ainsi, la perte soudaine, brutale d'un membre est traumatique puisque le Moi du sujet n'est pas préparé à affronter cette perte. Dans ce cas le Moi se voit contraint de faire face à une grande quantité d'excitation de par la rupture de ses liens avec l'objet. Ces excitations douloureuses se déploient dans le Moi sans pouvoir être suffisamment symbolisées, intégrées, élaborées ou déchargées. De plus le sujet revit continuellement la scène traumatique qui apparaît sous forme d'idées intrusives et/ou de cauchemars. Il se trouve dans une situation d'impuissance et de passivité.

Le traumatisme peut être dû également à un événement unique, massif, qui bouleverse les capacités défensives du sujet à l'instar des accidents, la perte d'un être cher. Mais aussi à une accumulation d'événement aversifs ou de carences graves répétées revêtir à un caractère traumatique comme négligence familiale, abus sexuel... Ainsi, l'intensité émotionnelle d'un phénomène traumatique dépend de la perception du sujet et ses capacités défensives. En fait les aspects traumatiques sont en quelque sorte filtrés par les modalités défensives des sujets qui

articulent les ressources internes des sujets et les ressources de leur environnement relationnel et socio- affectif (Arnaut, 2005).

#### **3.1.4.4 Conception de Cramer**

Pour Cramer (1999) il émit une reproche à Freud de n'avoir privilégié, en affirmant que pour définir le traumatisme, «la source sexuelle interne de l'excitation et d'avoir négligé les traumatismes dont l'origine est clairement une source de violence externe au sujet qui la subit» : cette logique est perceptible dans les travaux de Diwo (1997-1999) sur les déterminants du passage à l'acte suicidaire à l'adolescence, que l'on peut définir comme une forme de rupture de résilience. Celui-ci finit par produire un niveau de tension trop élevé, quelle que soit la qualité du fonctionnement mental du sujet. L'effet traumatique cumulé de ces facteurs externes ne peut alors que prendre (après avoir épuisé les sources d'écoulement à un niveau somatique) la forme d'une décharge par la voie comportementale, synonyme de rupture de résilience, ou pour reprendre Crocq (1985) « *d'une impossibilité pour le Moi de lier et d'abrégier cet afflux d'excitation apporté* ».

Un facteur isolé peut devenir traumatique dès lors qu'il est intense et brutal. Une somme d'événements plus mineurs peut aboutir au même résultat à partir du moment où elle dépasse les possibilités d'élaboration défensive et mentale du Moi du sujet. La résilience implique donc en amont la survenue d'un traumatisme dont l'origine peut être uni ou multifactorielle et en aval une aptitude du sujet à le surmonter qui, sur le plan intrapsychique, mobilise deux paramètres importants :

- la nature, la variété et surtout la rigidité ou la souplesse des mécanismes de défenses que le Moi du sujet va mettre en œuvre, en particulier pour faire face aux représentations et aux affects de déplaisir très importants suscités ;

- les capacités d'élaboration mentale ultérieure des tensions générées dans leur double valence pulsionnelle sexuelle et agressive. Autrement dit, il s'agit là de la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi-même d'abord. On désigne habituellement en psychanalyse sous le terme de mentalisation ce travail de la pensée sur elle-même pour lui permettre de traduire les excitations en représentations partageables, ce qui implique une opération de symbolisation. Celle-ci suppose aussi que les affects ressentis soient liés à des mots qui les spécifient, ce que nous désignons par le terme de liaison affect-représentation (Tychev, 1994 ; Tychev, Diwo, Dollander, 2000).

## 3.2 Notion de résilience

L'étude du concept de résilience dans notre travail nous oriente vers un objectif précis qui est, de comprendre comment les sujets de par l'acceptation de la perte de son audition permettent d'activer les stratégies de résilience. Chez la personne atteinte de surdité en générale et en particulier chez l'adolescent déficient auditif dans le contexte camerounais. À cet effet, il est important pour nous de s'inscrire dans une logique de compréhension de la résilience comme étant le résultat qui est présent dans la notion des ressources, des facteurs de protections et de risque, de l'apport des stratégies adaptatives, de l'approche médicale, de l'approche psychodynamique, de l'approche contextuelle.

### 3.2.1 Les différentes approches de la résilience

La résilience ne saurait s'appréhender dans une seule approche et selon un seul mode de raisonnement (Tisseron & Cyrulnik, 2007). Dans cette section, nous parlerons de l'approche psychodynamique de la résilience, l'approche des facteurs, l'approche adaptative (coping) et le modèle écologique et transactionnelle.

#### 3.2.1.1 L'approche psychodynamique de la résilience

En 1990, en France, que des théoriciens et cliniciens d'orientation psychanalytique à l'instar de Theis (2006) ont commencé à s'intéresser au phénomène de la résilience l'intérêt des chercheurs étaient la logique fonctionnement intrapsychique de la résilience. Et a suscité quelques années après les recherches menées par les auteurs de la perspective psychosociologique (Cyrulnik & Duval, 2006). Dans cette perspective, la résilience est considérée comme un processus dynamique, à l'intérieur duquel l'analyse du fonctionnement intrapsychique d'une personne est au premier plan (Anaut, 2005).

Alors, faire une lecture avec les grilles de la psychanalyse et de la psychologie clinique psychanalytique nous semble très important pour identifier et analyser les processus en jeu dans la résilience. C'est d'ailleurs ce que Theis (2006) pense car pour lui, l'intérêt principal de l'étude de la résilience sous un angle psychanalytique vise à identifier et analyser les processus auxquels elle fait référence. On peut percevoir le processus de résilience de manière psychodynamique suivant deux principaux axes: d'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient (Anaut, 2005).

Pour Manciaux (2001), la résilience se définit par la « capacité d'une personne ou d'un groupe de personne à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit

d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères». Deux caractéristiques ressortent de cette définition selon Manciaux, soit la résistance à la destruction et la construction d'une existence valant la peine d'être vécue. D'après cet auteur, la résilience n'est jamais absolue et acquise une fois pour toutes, il s'agit plutôt d'une capacité qui est sollicitée dans un processus dynamique et évolutif.

D'après Tychey, Lighezzolo-Alnot, Claudon, Garnier et Demogeot (2012), la résilience fait référence à l'habileté à se développer sainement tout en maintenant une perspective de vie orientée vers le futur, face aux évènements considérés déstabilisants, aux traumatismes sérieux et aux conditions de vie difficiles. Cette approche est essentiellement centrée sur le sujet et l'analyse de son fonctionnement intrapsychique.

L'intérêt majeur, selon nous d'une lecture de la résilience par la psychanalyse et par la psychologie clinique, est de permettre d'identifier et d'analyser les processus en jeu dans la résilience. Pour ce faire, nous réexaminerons le concept de traumatisme qui se situe toujours en amont de la résilience, nous ferons appel aux mécanismes de défense et d'élaboration mentale mis en œuvre par le sujet parallèlement, nous nous intéresserons aux soutiens extérieurs qui contribuent également à la résilience.

### ***3.2.1.2 Traumatisme et résilience***

Tel qu'énoncé dans ces dernières définitions, pour qu'une personne puisse être considérée comme résiliente, il importe qu'elle ait d'abord vécu un traumatisme (Anaut, 2005; Cyrulnik, 2003; Tychey, 2001, Lecomte, 2002; Manciaux, 2001). Pour bien saisir en quoi consiste un traumatisme, il est nécessaire de définir la notion de trauma qui se distingue de celui-ci. Le trauma consiste en l'exposition d'une personne à un ou des évènements aversifs (Anaut, 2005). Il s'agit donc d'une situation ou d'un évènement externe aversif vécu par une personne à un moment donné au cours de sa vie. Le traumatisme quant à lui renvoie aux effets psychiques du trauma vécu, une fois que l'énergie mobilisée par la personne pour s'adapter dépasse ses capacités d'élaboration (Anaut, 2005).

D'après Bokanowski (2005), le traumatisme « désigne l'impact psychique d'un évènement (séparation, deuil, accident, maladie, etc.) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne » (p. 891). Il fait donc référence à la façon dont la personne se représente la situation vécue et non seulement à l'évènement même. Le traumatisme se définit en fonction de la combinaison de la réalité externe (environnement) et interne (intrapsychique) d'une personne. Ainsi, il est possible de comprendre que le vécu d'un trauma (p. ex : agression sexuelle) chez

deux individus n'engendre pas nécessairement dans les deux cas un traumatisme. Dépendamment de leur fonctionnement psychique respectif, les individus peuvent se représenter différemment cette situation.

Tel qu'énoncé jusqu'ici, la notion de trauma concerne un évènement de vie isolé. Il importe toutefois de considérer la possibilité qu'un individu puisse être confronté à un stress cumulatif (Guedeney, 1998). Le stress peut s'accumuler de deux façons différentes (Josse, 2006). D'une part, il peut résulter d'une exposition prolongée au stress mineur prévisible et répétitif; il est question dans cette condition de stress chronique. D'autre part, il peut s'agir de l'accumulation de plusieurs évènements stressants vécus.

D'après Theis (2006), l'intérêt principal de l'étude de la résilience sous un angle psychanalytique vise à identifier et analyser les processus auxquels elle fait référence. Pour Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik (2001), considérer la résilience uniquement comme l'expression des traits individuels ne permet pas une compréhension exhaustive de ce phénomène complexe. Il importe donc de tenir compte à la fois de la réalité interne et externe d'une personne et de l'interaction entre celles-ci. Afin d'évaluer le mode de fonctionnement psychologique d'une personne et son potentiel de résilience, plusieurs auteurs (Anaut, 2005 ; de Tychev, 2001; Theis, 2006) soulignent l'importance de considérer la nature des mécanismes de défense mobilisés ainsi que sa capacité de mentalisation.

En définitive, le processus de résilience suppose donc la survenue d'un traumatisme (unique ou multifactoriel) et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter le traumatisme (Anaut, 2005). Elle affirme aussi que la résilience résultera de l'expérience traumatogène qui met en jeu les dimensions suivantes :

- un risque vital (physique ou psychique),
- un éprouvé d'agonie psychique,
- les modalités de réponse du sujet pour se défendre.

Ceci étant que l'intensité émotionnelle d'un contexte traumatique dépend de la perception du sujet et de ses capacités défensives. C'est donc bien la « subjectivité » et non les aspects objectifs qui peuvent rendre compte du caractère traumatique d'une situation donnée. En fait, les aspects traumatiques sont en quelque sorte filtrés par les modalités défensives des sujets qui articulent les *ressources internes* et les *ressources de leur environnement* relationnel et socio-affectif (Lighezzolo & De Tychev, 2004 ; Anaut, 2006). Les prochaines sections visent donc à présenter les aspects théoriques de ces deux éléments.

### ***3.2.1.3 Apports des mécanismes de défense***

Le moi dispose d'un système défensif lui permettant de lutter contre les dangers tant internes qu'externes. Selon Laplanche et Pontalis (1978), les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations pour réduire ou supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils peuvent avoir une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente.

Dans cette partie, il ne sera pas question de passer en revue l'ensemble des mécanismes de défense décrits dans le champ de la psychanalyse. Mais nous allons aborder ceux qui nous semblent intervenir de manière déterminante dans l'étape de la résistance au traumatisme qui constitue selon Houssier (2002) celui de l'organisation défensive pour amortir le choc. Leur rôle est reconnu par plusieurs spécialistes de la résilience comme (Lecomte, 2005 ; Anaut, 2003 ; Cyrulnik, 2003). Nous développerons d'abord les mécanismes de déni, du clivage, de l'isolation. Ensuite, nous allons présenter trois mécanismes qui selon les psychanalystes ont une place déterminante dans le processus de résilience : altruisme, l'humour et la sublimation.

#### ***- Le déni***

Le déni est un mécanisme de défense permettant d'éliminer une représentation gênante en niant, en refusant la réalité d'une perception traumatisante. Cette représentation ne disparaît pas comme dans le refoulement mais elle est tout simplement exclue et souvent remplacée soit par une formation délirante (psychose) soit par un fétiche (perversion). Ce mécanisme de défense est généralement utilisé par les organisations psychotiques et les organisations perverses. Le déni a été décrit par A. Freud (1936) sous le nom de négation par le fantasme c'est un procédé normal lorsqu'il est utilisé à certains stades de l'évolution du moi infantile, mais qui devient pathologique lorsqu'il se produit à un stade plus avancé. Contrairement à son usage dans les fonctionnements psychotiques, il porte davantage sur la signification affective de la réalité insupportable que sur la réalité en elle-même chez le sujet résilient.

De nombreux auteurs considèrent son emploi temporaire comme adaptatif face à des situations trop menaçantes pour être intégrées : c'est le temps de sidération (Cyrulnik, 1999 ; Hanus, 2001 ; De Tychev, 2001 ; Houssier, 2002). Selon Houssier (2002) les actions du déni et du clivage permettent au sujet de se réapproprier progressivement la nouvelle réalité à prendre en compte... Ils laisseront ensuite la place à d'autres procédés psychiques qui auront pour but de lier l'excitation et d'autoriser son écoulement. Le déni dans un premier temps atténue le choc, mais il ne doit pas perdurer au risque pour le sujet de perdre contact avec la réalité.

### - *Le clivage*

Il existe deux types de clivages : le clivage du moi et le clivage de l'objet. Le clivage du moi est inséparable du déni de la réalité. C'est un mécanisme qui se retrouve dans le fétichisme et la psychose. La Planche et Pontalis (1978) le définissent comme la coexistence au sein du moi de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie de la réalité en cause et met à sa place une production de désir. Ces deux attitudes persistent côte à côte sans s'influencer réciproquement. .

Bergeret (2004) utilise plutôt le terme de *dédoublement du moi* qu'il conçoit également comme un mécanisme psychotique où une partie du moi du sujet va être en contact avec la réalité angoissante. Pour lui, le clivage du moi constitue ainsi une réponse possible à une situation traumatique permettant de préserver le sujet d'une éfraction psychique. Houssier (2002) remarque que cette défense est ici nécessaire, en ce sens qu'elle permet d'atténuer le caractère éfractant du traumatisme. Seulement, qu'elle ne peut perdurer tout comme le déni : *« cette modalité défensive constitue une réponse immédiate pour préserver le sujet du retour du vécu traumatique sous la forme de souvenirs encore trop investis par les affects de souffrance. »* Plus tard, grâce à un travail d'intégration et de mentalisation des affects associés aux représentations, le sujet pourra confronter aux souvenirs, devenus tolérables.

Le clivage de l'objet est décrit par Klein(1946) comme le mécanisme de défense le plus primitif contre l'angoisse qui scinde l'objet pulsionnel (partiel puis total) en bon et mauvais objet, mécanisme jouant un rôle organisateur important au début du développement. Le clivage de l'objet est un mécanisme de défense habituel chez les états-limites dont l'angoisse majeure est la perte d'objet (Bergeret, 2004).

### - *L'isolation*

L'isolation définie par Freud(1926) recouvre deux sens. Dans le premier elle est un mécanisme de défense surtout typique de la névrose obsessionnelle, et qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues (La Planche et Pontalis, 1978). Cette défense aurait une valeur positive dans la mesure où elle permet de résister au traumatisme en faisant bonne figure, en n'étant en aucune façon submergé par exemple par nos ressentis de souffrance et en réunissant ainsi à paraître adapté, nous devrions dire détaché face au traumatisme qu'on vient de vivre (De Tychev et Lighezzolo, 2005). Seulement son utilisation rigide et

automatique, comme chez le sujet obsessionnel, appauvrit la personnalité. La personne n'est alors capable de ressentir quelque émotion que ce soit. De même, il lui est difficile de comprendre ce que ressentent les autres, ce qui peut entraîner un réel isolement sur le plan des relations.

Dans le second sens, l'isolation est la séparation entre l'affect lié à une représentation et la représentation elle-même. Pour Freud (1926), lorsque le refoulement est inopérant, lorsque l'impression traumatique ne peut être oubliée, on ne peut avoir recours à l'isolation qui fait en sorte que l'expérience vécue se trouve « dépouillée de son affect et ses relations associatives et se trouvent réprimées ou interrompues, si bien qu'elle reste là, comme isolée et qu'elle n'est pas non plus reproduite dans le cours de l'activité de pensée. » La représentation insupportable est détachée de ses affects, ce qui lui permet alors de demeurer consciente, puisque privée de toute connexion associative.

### **- L'altruisme**

Ionescu (2001) définit l'altruisme comme le dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit. Cette défense peut être un mode particulier de la formation réactionnelle, un exécutoire à l'agressivité, une jouissance par substitution ou encore une manifestation du masochisme. Freud (1920) ne la compte pas parmi les mécanismes de défense spécifiques, mais la considère comme un mode de la formation réactionnelle, c'est-à-dire une transformation en leur contraire de l'égoïsme (altruisme) et de la cruauté (compassion).

Anna Freud (2001) explique que l'altruisme permet de prendre part aux satisfactions pulsionnelles des autres (grâce aux procédés de projection sur autrui des émois instinctuels interdits et d'identification à ces substituts). Pour elle, il y a libération de l'activité et de l'agressivité pour servir l'intérêt d'autrui, ce qui augmente le sentiment de puissance du sujet ayant adopté le rôle de bienfaiteur. Par ailleurs, Lecomte (2005) remarque que beaucoup de résilients présentent cet altruisme, ceux-ci s'investissent souvent au profit d'autrui, et généralement dans le domaine qui a été à l'origine de leur traumatisme ou dans un domaine proche.

### **- L'humour**

Tessier (1998) définit l'humour comme un état d'esprit qui permet de surmonter les contrariétés et les chagrins en les tournants en dérision : ainsi sont mis à distance par le sourire, les affects trop pénibles ; l'humour est donc une ressource pour nous sortir des épreuves. Mise à distance de ce qui fait souffrir, mais aussi élan positif vers la vie, l'humour en tant que

mécanisme de défense a des côtés très adaptatifs et n'entraîne pas le déni de la réalité mais plutôt une sublimation des pulsions agressives comme le suggère De Tychey (2001).

L'humour étudié par Freud(1905) est alors vu comme un processus de défense qui trouve moyen de soustraire au déplaisir son énergie déjà prête à se déclencher et de transformer cette énergie en plaisir par la voie de la décharge. L'humour permet d'éviter les affects douloureux liés à la situation vécue comme traumatisante. Pour Freud (1926) c'est la défense la plus élevée de toutes. Il explique que le moi refuse de se laisser abattre par une réalité traumatique et au contraire il défie le monde extérieur, en ce sens qu'il montre que de telles situations peuvent provoquer en lui du plaisir. Vanistendal (2001) et Lecomte (2005) affirment que l'humour fournit un soutien bienfaisant à chaque fois que nous devons faire face à un décalage entre l'idéal et la réalité. Il nous offre une perspective acceptable d'une situation difficile.

#### - *La sublimation*

Elle est un processus postulé par Freud (1920) pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés.

La sublimation est un déplacement du but et de l'objet pulsionnel (pulsion sexuelle et agressive) vers des activités socialement valorisées (travail intellectuel, artistique, etc.). Par cette dérivation de l'énergie pulsionnelle, elle offre à l'activité sublimée de grandes quantités de forces et permet d'en tirer une grande satisfaction tout en échappant au conflit. Pour Freud(1920), la sublimation est liée à l'économie pulsionnelle, elle porte électivement sur les pulsions sexuelles qui ne doivent pas être entendues au sens restreint de la sexualité génitale et sur les pulsions partielles qui n'ont pu s'intégrer dans la génitalité et qui vont se trouver libres pour la sublimation.

Au regard de ce qui précède, nous avons vu que le recours à des mécanismes de défense permet dans un premier temps d'encaisser et d'atténuer les agressions et les souffrances comme le soulignent De Tychey et Lighezzolo (2005). Dès lors qu'en est-il de la seconde phase qui constitue même la mise en place durable du processus de résilience ? Pour ces auteurs, il s'agit de la liaison psychique des affects et des représentations, permettant un travail d'élaboration mentale des tensions générées par le trauma. Il importe donc pour nous de présenter cette phase

de mentalisation du traumatisme moteur fondamental de la capacité de résilience du sujet comme le souligne De Tychey (2001).

- *La mentalisation*

Pour Marty (2001), la mentalisation traite de la quantité et de la qualité des représentations psychiques des individus, lesquelles se manifestent dans le système préconscient. En effet, elle désigne l'ensemble des opérations symboliques par lesquelles l'appareil psychique assure la régulation des énergies instinctuelles et pulsionnelles, libidinales ou agressives.

Debray (2001) suggère que la mentalisation soit rapportée à la capacité qu'à le sujet de tolérer, voire de traiter ou même de négocier de l'angoisse intrapsychique et les conflits interpersonnels ou intrapsychiques. Il s'agit en définitive d'apprécier quel type de travail psychique est réalisable face aux angoisses, à la dépression et aux conflits inhérents à la vie. Cette définition a l'intérêt de mettre l'accent sur la nécessité du travail d'élaboration des affects, en particulier des affects de déplaisir (angoisse, dépression) et sur la nature des conflits d'ordre intrapsychiques. Selon De Tychey (2001), la mentalisation correspondant à la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi d'abord. C'est donc le travail de la pensée permettant de traduire les excitations liées au traumatisme en représentations partageables, de s'en saisir en leur attribuant une signification et éventuellement de les verbaliser.

La mentalisation constitue le processus intrapsychique essentiel du fonctionnement résilient. Ainsi, le processus de mentalisation et la richesse de l'espace imaginaire contribuent pour une large part à la mise en place d'une résilience à long terme. C'est-à-dire une résilience structurée plus durablement chez le sujet ; alors que la résilience à court terme relèverait essentiellement de la réponse face au trauma.

De ce qui précède, il ressort que beaucoup de spécialistes ont souligné l'évidence de la mise en sens de l'évènement traumatique au moyen de la mentalisation pour la mise en place durable du processus de résilience. Ce travail de mentalisation paraît nécessaire pour pouvoir dépasser le trauma même si nous considérons qu'un traumatisme ne peut pas être complètement élaboré, qu'il laissera des marques de vulnérabilité.

<b>Auteurs</b>	<b>Caractéristiques personnelles ou environnementales associées à la résilience</b>
Block et Block (1950)	Possibilité d'être heureux. Capacité d'engagement dans un travail productif. Sécurité émotionnelle. Capacité de développer et d'entretenir des relations satisfaisantes.
Werner (2001); Werner et Smith (1992)	Sens de l'autonomie. Dispositions sociales positives. Flexibilité. Sentiment de contrôle interne. Comportement pro-social. Empathie. Image de soi positive. Optimisme.
Kobasa (1979)	Considérer le stresser ou le changement comme une opportunité, un défi. L'engagement. Reconnaissance de ses limites à contrôler.
Rutter (1985)	Obtenir le soutien des autres. Attachement sécurisant. Avoir des buts personnels ou collectifs. Sentiment d'efficacité personnelle. Effet renforçateur du stress. Avoir connu des réussites, des succès. Sentiment de contrôle, d'avoir des choix possibles. Sens de l'humour. Approche orientée vers l'action. Adaptation aux changements.
Lyons (1991)	Patience, Tolérance des affects négatifs
Clausen (1993)	Capacité à organiser sa vie. Relations interpersonnelles soutenantes.
Antonovsky (1993)	Ajustement et flexibilité psychologique/personnelle.
Connor (2003)	Optimisme. Espoir.

### **Exemples de caractéristiques personnelles ou environnementales associées à la résilience.**

Comme nous pouvons le constater, l'histoire conceptuelle de la résilience a permis de relever une quantité importante de caractéristiques personnelles, de capacités et de traits de personnalité qui semblent être impliqués dans le processus de la résilience. À la lumière des caractéristiques présentées ci-dessus, il semble que la grande majorité d'entre elles sont associées à la personne plutôt qu'à l'environnement.

- **Limites**

Les approches psychodynamiques s'intéressent exclusivement aux processus endogènes de l'individu, elle fait principalement appel aux processus inconscients. Elles n'accordent pas de l'importance à l'altérité, à l'environnement du sujet. La perspective qui suit quant à elle fait appel aux processus conscients.

Tel qu'énoncé précédemment, pour Manciaux et al. (2001) la compréhension de la résilience implique la considération de la réalité interne du sujet, mais également l'ensemble de la réalité externe qui l'entoure. Il importe donc maintenant de présenter les facteurs externes qui favorisent le processus de la résilience.

#### **3.2.1.4 Les tuteurs de résilience**

En plus de ces deux processus énoncés (mécanismes de défense et mentalisation), certains auteurs soulèvent également l'importance de considérer la présence d'un tuteur de résilience dans la vie d'une personne (de Tychey, 2001; Lecompte, 2002; Manciaux, 2001). Pour Delage (2004), la résilience est un concept intersubjectif. Pour lui, la résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui. Il affirme que les capacités adaptatives et les capacités à penser ne peuvent être mises en jeu qu'à partir de liens significatifs avec un environnement dans lequel l'individu va pouvoir rencontrer ce que Cyrulnik (2001, 2003) appelle « tuteurs de résilience ».

L'insistance de Delage (2004) à concevoir la résilience dans l'intersubjectivité se justifie dans la conception même du traumatisme psychique. Pour lui, le traumatisme psychique est un cas d'effraction de l'appareil psychique, une mise en suspens des processus de pensée devant l'effroyable, une faillite du système pare-excitation individuel largement débordé dans ses capacités contenant. Ainsi, ce qui ne peut être traité dans l'intrapsychique doit pouvoir être abordé en partie dans l'interactionnel. Delage (2004) affirme alors que c'est la qualité des liens avec l'environnement qui peut indiquer à l'individu qu'il fait toujours partie du monde des vivants et qu'il peut malgré tout retrouver sens à la vie.

Par ailleurs, les récits de vie des personnes réputées résilientes font souvent état de liens affectifs importants, noués avec une ou des personnes (membres de la famille, pairs, amis confidents, enseignants, éducateurs, soignants...) qui leur ont servi de soutien, malgré des conditions difficiles (Anaut, 2009 ; 2012). Cette auteure postule que ces personnes signifiantes constituent des points d'étayage ayant permis au sujet résilient de continuer à vivre et surtout de changer son parcours de vie. Pour ce chercheur, c'est la croyance en l'autre qui étaye la confiance en soi et aide le sujet à construire un nouveau type de développement. Cette capacité à faire lien et à s'attacher à une personne empathique est un élément central et peut se produire à tout âge (Anaut, 2009). Cette dernière pense en effet que l'expérience d'attachement n'est pas réservée à la prime enfance, car elle demeure une aptitude permanente quel que soit l'âge, y compris lorsqu'il est avancé. Par conséquent, à tout moment du développement humain, les individus sont susceptibles de trouver des liens structurants. Les personnes qui participent à

l'étayage des sujets en souffrance font office de figures d'attachement alternatives, dans la mesure où elles suppléent les figures d'attachement initiales qui ont pu être défailantes (Anaut, 2008).

Les individus qui contribuent à l'étayage d'une personne entrant en résilience ignorent parfois le rôle qu'ils jouent dans sa trajectoire de vie (Anaut, 2005). À travers les interactions relationnelles effectives (les encouragements, l'aide, l'écoute) ou à partir de ce que le sujet va projeter sur eux (via les modèles identificatoires), ils tutorisent son développement (Anaut, 2009). Pour cette auteure, ces personnes significantes assurent un rôle de « tuteur de résilience », car elles accompagnent et aident le sujet à supporter les souffrances et à les dépasser, et favorisent ainsi l'entrée dans un processus de résilience. Pour Lecomte (2005), ce qui caractérise les tuteurs de résilience est entre autres que :

- Ils manifestent de l'empathie et de l'affection,
- Ils s'intéressent prioritairement aux côtés positifs de la personne,
- Ils laissent à l'autre la liberté de parler ou de se taire,
- Ils ne se découragent pas face aux échecs apparents,
- Ils respectent le parcours de résilience d'autrui,
- Ils facilitent l'estime de soi d'autrui,
- Ils évitent les gentilles phrases qui font mal (« Je me mets à ta (votre) place » ; « Tout ça c'est du passé ; maintenant, il faut oublier »).

D'après Lecomte (2004), les tuteurs de résilience doivent non seulement tisser des liens avec le sujet en difficulté, mais aussi et surtout créer un cadre structurant (des règles, des repères). Ainsi, le tuteur de résilience constitue un repère solide dans la vie de la personne et s'assure de lui laisser suffisamment de latitude pour lui permettre de se développer à sa façon.

### **3.2.2. Approche des facteurs de la résilience**

#### ***3.2.2.1 Facteurs de protection et risque***

Comme énoncé à plusieurs reprises dans ces définitions, les auteurs font référence aux vertus des facteurs de protection qui limitent les conséquences négatives pouvant être engendrées par l'adversité vécue par un individu. À quoi font-ils référence spécifiquement ? En 1985, Rutter a défini les facteurs de protection comme étant les influences qui modifient, améliorent ou transforment la réponse d'une personne face à un événement prédisposant à une

mauvaise adaptation. Selon Dyer et McGuinness (1996), les facteurs de protection représentent des compétences spécifiques nécessaires au processus de résilience. Jourdan-Ionescu (2001) définit les facteurs de protection comme étant les « attributs des personnes, des environnements, des situations et des évènements qui paraissent tempérer des prédicteurs de psychopathologie basés sur un statut individuel à risque en offrant une résistance au risque ».

Un facteur de protection est une qualité personnelle ou environnementale, une qualité émergente des interactions écosystémiques (le soutien social, la gratitude, le sens, etc.), qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie ou qui sont susceptibles de permettre l'adaptation face à des situations de risque ou d'adversité (Ionescu, 2011 ; Kimessoukié Omolomo & Ionescu, 2014). Allant dans le même sens, Anaut (2015) affirme que plusieurs spécialistes de la résilience s'accordent pour identifier trois pôles de facteurs de protection : individuels (caractéristiques du sujet), environnementaux (solidarités et relations affectives de l'entourage familial), interactionnels (relations sociales ou extra-familiales).

- **Facteurs de protection individuels**

Pour Garmezy (1991), les facteurs protecteurs individuels impliquent en particulier : le tempérament, la réflexion et les aptitudes cognitives. Plus tard, plusieurs chercheurs ont recensé comme facteurs de protection individuels : la confiance en soi, l'estime de soi, l'ouverture, l'humour, la flexibilité, l'image de soi, l'intelligence, la persévérance, l'endurance, l'optimisme, la détermination, l'anticipation, l'attachement, la créativité, la perspicacité, l'autonomie, la gentillesse, l'espoir, l'honnêteté et la capacité à susciter la compassion des autres (Bekaert et al., 2012 ; Connor & Davidson, 2003 ; Hjemdal et al., 2011 ; Ionescu, 2015 ; Werner, 1993 ; Wagnild & Young, 1993).

- **Facteurs de protection environnementaux**

Ce sont des facteurs inhérents au milieu de vie. Ils sont constitués d'un ensemble de ressources extérieures que la personne mobilise et avec lesquelles elle interagit pour s'adapter aux différents facteurs de risque (Kimessoukié Omolomo, 2016). Il s'agit du réseau de soutien pour le sujet. Selon Werner (1993), parmi les ressources venant du milieu on trouve : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfant. Pour Bekaert et al. (2012), le réseau de soutien comprend les membres de la famille, les amis, les voisins, les professionnels des services sociaux ou de santé accessible à la personne, les membres des groupes ou d'associations d'appartenance. Dans ce registre, la famille

(d'origine, nucléaire ou élargie) occupe une place prépondérante (Bekaert et al., 2012 ; Ionescu & Ionescu, 2011).

Par ailleurs, la contribution des éléments culturels à titre de facteurs de protection contre les troubles psychologiques est de plus en plus reconnue par les chercheurs (De Rosny, 1996 ; Edjenguèlé, 2009 ; Ionescu et al., 2010). Pour faire face à l'adversité, chaque peuple, pour préserver ou rétablir l'équilibre de l'individu, développe un ensemble de moyens ou de stratégies d'adaptation conforme à leur culture (Mancini & Bonanno, 2010), à leur vision du monde ou à leur rationalité (Edjenguèlé, 2009 ; Hebga, 1998). Les cultures et les religions ont ainsi développé et transmis de nombreuses croyances, des rituels et pratiques pour aider les individus à composer avec les adversités attendues et inattendues, y compris les rituels pour la perte et le deuil, les prières et les stratégies de méditation, une aide directe aux personnes dans le besoin, et les croyances qui véhiculent la valeur et le sens de la vie humaine (Masten & O'Dougherty Wright, 2010 ; Kimessoukié Omolomo, 2016). En particulier, la religion est considérée comme un facteur de protection contre les événements critiques de la vie ou pour le rétablissement par des chercheurs (Ionescu et al., 2010 ; Diener & Seligman, 2011 ; Cyrulnik, 2012). Plus récemment, Nguimfack et Ovambe Mbarga (2020) affirmaient qu'au-delà de leur rôle de protection, de sécurité et de socialisation, les éléments culturels (signifiants culturels) semblent également jouer un rôle prépondérant dans la capacité d'une personne à se développer, à continuer de se projeter dans l'avenir, en dépit des traumatismes parfois sévères.

- **Facteurs de protection interactionnels**

Ces facteurs sont une résultante de l'interaction entre l'individu, la famille, la communauté, la culture, le réseau social et l'environnement écologique (Kimessoukié Omolomo, 2016). Pour ce chercheur, la notion de groupe est essentielle ici, car par sa stabilité et sa capacité de renouvellement, le groupe offre la continuité existentielle, même après la mort, à travers le souvenir. Pour lui, le groupe offre un moyen de transcendance de l'angoisse de mort par la commémoration des défunts et la générativité. Les interactions positives sont caractérisées par le soutien social, la gratitude, l'amour, le pardon et sont toutes reconnues par les chercheurs comme étant des facteurs contributifs du bien-être ou de protection contre les différents stressors (Cyrulnik, 2012 ; Ionescu et al., 2010 ; Seligman, 2012).

Si les facteurs de protection sont importants à considérer, les facteurs de risque le sont tout autant. Ces derniers constituent des événements ou des contextes augmentant la probabilité qu'un individu puisse développer certaines problématiques ou troubles de santé mentale (Werner & Smith, 1992). Les facteurs de risque et de protection constituent une dyade

inséparable et il est nécessaire de les considérer conjointement (Jourdan Ionescu, 2001). Selon cette auteure, l'analyse de ces facteurs s'effectue en fonction de trois catégories spécifiques. Premièrement, il importe d'explorer tout ce qui se rattache au fonctionnement individuel de cette personne, en considérant à la fois ses caractéristiques biologiques, psychologiques et socio-affectives. Plus précisément il s'agit d'investiguer l'état de santé, le tempérament, la perception de soi et le niveau de développement de la personne. Deuxièmement, il importe de considérer la sphère familiale et d'explorer les caractéristiques des parents (surtout s'il s'agit de l'évaluation d'un enfant), l'environnement familial et les interactions entre les membres de la famille.

Troisièmement, il s'agit d'explorer l'ensemble des caractéristiques de l'environnement socioculturel de la personne. Le contexte scolaire, l'environnement de travail, le réseau social et la vie de quartier sont tous des éléments pouvant avoir une influence sur le processus de résilience d'un individu. Plus précisément, Cyrulnik (2001) mentionne l'importance de la rencontre de « tuteurs de résilience ». En offrant leur soutien et en favorisant leur estime, ils permettent la continuité du développement d'une personne qui a été confrontée à une situation à risque. À titre d'exemple, un tuteur de résilience peut être un parent, un enseignant, un éducateur ou un psychologue. Il importe de préciser que les trois niveaux de facteurs de risque et de protection présentés (individuel, familial et environnemental) doivent être considérés mutuellement. En effet, il y a plusieurs sources qui mènent à la résilience et celles-ci interagissent entre elles (Windle, 2011). Ainsi, il se peut que les difficultés personnelles d'un individu (p. ex. : faible estime de soi, anxiété, dépendance, impulsivité) puissent être modulées par le soutien familial et les ressources disponibles dans la communauté. Enfin, il importe de préciser que les facteurs de risque et de protection peuvent également varier en fonction du contexte et du temps (Fletcher & Sarkar, 2013).

Le fait que ces définitions font référence à l'équilibre entre les facteurs de risque et de protection sous-tend que la résilience n'est jamais totalement acquise et qu'elle se construit par le biais de l'interaction entre une personne et son environnement (Theis, 2006). Ainsi, il se peut qu'une personne soit résiliente à la suite d'un événement quelconque (p. ex. : un divorce), mais qu'à un autre moment de sa vie (p. ex. : le décès d'un parent) elle ne parvienne pas à s'adapter de la même façon. L'intensité du risque vécu est très influente et elle peut limiter l'efficacité et la nature protectrice des facteurs de protection (Jourdan-Ionescu, 2001).

### **3.2.2.2 Les facteurs de résilience**

Pour Anaut (2005) la résilience peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés. Un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des « facteurs » de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches.

#### **3.2.2.2.1 Facteurs de résilience individuelle**

À partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience comme, par exemple : habilités de résolution de problèmes ; Autonomie ; Capacités de distanciation face à un environnement perturbé ; Compétences sociales ; Empathie ; Altruisme ; Sociabilité ; Popularité et perception d'une relation positive avec un adulte.

#### **3.2.2.2.2. Facteurs de résilience familiale**

- Parmi les caractéristiques de la structure familiale : Âge des parents ; Nombre d'enfants (<5) ; Espace entre les naissances ; Espace physique suffisant ; Spiritualité, idéologie ; Discipline éducative.
- Parmi les caractéristiques de la dynamique familiale : Qualité de la communication ; Interactions chaleureuses et positives ; Support et affection.

#### **3.2.2.2.3. Facteurs de résilience sociale et/ou communautaire**

- Parmi les niveaux de résilience sociale, on peut citer : Les pairs ; Communauté sociale; école, quartier... ; La communauté religieuse ou idéologique ; La société et la culture.
- Parmi les formes de résilience sociale, on peut retenir : Solidarités ; Attentes élevées ; Implication active ; Valeurs d'entraide et de tolérance sociales ; Diversité des supports et des ressources sociales.

Pour nous, ces facteurs de résiliences contribuent à la mise en place de certaines stratégies bien déterminées afin de surmonter l'adversité du quotidien. En premier, les facteurs de résiliences individuels représentent la capacité propre qu'a un individu de se sortir d'une situation perturbante, pour cela, il met en place ces différentes variables pour faire face à la situation. En ce qui concerne les caractéristiques de la dynamique familiale, un adolescent atteint de déficience auditive s'épanouira mieux en élaborant une bonne communication et en soignant la qualité des interactions qui les lie tout en renforçant leur affection ; ce en faisant appel à l'usage de la langue des signes comme moyen d'étayage. Pour ce qui est des facteurs

social et communautaire, il sera bien pour l'adolescent, de trouver en ces pairs un soutien moral afin de l'aider à mieux affronter sa déficience au quotidien.

Au-delà de la résilience entendue comme stratégie mise en place par le déficient auditif afin de surmonter la situation liée à la surdité acquise, l'on puisse aussi se référer au coping qui dans le même registre que la résilience est un processus adaptatif pouvant aider à surmonter une situation trouble face à une menace quelconque.

### **3.2.3. Stratégies adaptatives (coping)**

Parler des modèles théoriques du coping, nous amène à sélectionner dans le panel des chercheurs, ceux dont les approches cadrent avec notre recherche. Aussi allons-nous travailler avec les perspectives de Lazarus et Compas et al.

#### ***3.2.3.1. L'approche de Lazarus***

L'adaptation est un processus cognitif qui s'effectue à l'aide d'évaluations et de stratégies pour surmonter une épreuve. Un des pionniers du coping est sans nul doute Lazarus. Ses nombreuses recherches ont permis d'élaborer une théorie évolutive et transactionnelle de l'adaptation des êtres humains lors de situations stressantes (Frydenberg, 1997). Dans ses écrits, Lazarus (1966) explique que le coping réfère aux stratégies pour transiger afin de faire face à la menace. Selon lui, quand la réponse à celle-ci n'est pas automatique, quand l'individu ne sait plus quoi faire, il doit pourtant s'adapter le mieux possible, essayé d'arriver à une solution. Le modèle de coping de Lazarus s'explique en trois points (Frydenberg, 1997) :

1. Chaque personne réagit différemment lorsque survient un obstacle. Le coping, lié au contexte, repose sur des caractéristiques stables de la personnalité de l'individu. Il est l'action de négociation avec le problème plutôt que le résultat même s'il n'est pas toujours complété avec succès. Lazarus soutient l'idée que le plus important est la tentative d'adaptation et non l'efficacité du résultat. En effet, il n'y a pas de bonnes et de mauvaises stratégies d'adaptation, ce qui importe c'est le lien entre le choix de la stratégie et la demande (Folkman et Lazarus, 1984). L'efficacité de la stratégie choisie dépend des critères déterminés par l'individu comme le bien-être, l'équilibre émotionnel ou la santé physique par exemple (Bruchon-Schweitzer, 2001).

2. Les stratégies d'adaptation (coping stratégies) sont définies par les tentatives qui expliquent les actions d'un individu dans sa transaction avec l'environnement c'est une stratégie efficace permettant de maîtriser une situation stressante ou de diminuer les effets de celle-ci sur le bien-être physique et psychologique de la personne (Bruchon-Schweitzer, 2001).

3. Le coping est un processus évolutif, et constamment en changement. La conception transactionnelle du stress et du coping de Lazarus réfère aux processus impliquant des actions réciproquent entre l'individu et l'environnement (Bruchon-Schweitzer, 2001). Lors de menaces, avant même de commencer une action d'adaptation, il y a d'abord une estimation de la situation. L'évaluation consiste à un processus cognitif et continu où l'individu évalue la situation menaçante (évaluation primaire) et ses ressources pour l'affronter (évaluation secondaire) (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Ensuite, les efforts d'adaptation déployés amènent à la réévaluation de cette situation déterminant ainsi les stratégies que l'individu utilisera par la suite. Cette estimation est le point central de la théorie de Lazarus. Lorsque survient une situation menaçante, l'individu déploie ses ressources internes afin de procéder à une évaluation en deux étapes. Premièrement, une évaluation primaire (primary appraisal) est effectuée. Elle consiste à l'identification d'un danger éminent. Qu'est-ce qui se passe? Elle se résume à la reconnaissance de l'évènement bénin, positif ou stressant (Arlett, Elgar et Groves, 2003). Bruchon-Schweitzer (2001) explique: Un même évènement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle) et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie (p.71).

Ensuite, vient l'évaluation secondaire (secondary appraisal) où l'individu porte un même questionnement sur les différentes alternatives s'offrant à lui afin de faire face à cette menace. Lazarus (1968, p.161) l'explique ainsi: «Maintenant que je sais que je suis en danger, que puis-je faire? Quelles sont les ressources dont je dispose pour affronter cette situation menaçante?» . Bruchon-Schweitzer (2001, p.71) propose: « de très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (recherche des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème, se distraire, minimiser la situation ... » De plus, elle ajoute qu'un individu, pensant posséder les ressources suffisantes, sélectionnera des stratégies pour affronter le problème. Au contraire, si l'individu croit ne pas pouvoir faire face à une situation stressante, il modifiera son comportement pour mieux la tolérer.

### ***3.2.3.2 La conception de Compas et al (2001)***

Dans le modèle de coping qu'il propose, Compas (2001) définit l'adaptation par les efforts volontaires et conscients déployés pour régulariser ses émotions, ses connaissances, ses comportements et son environnement afin d'affronter un évènement stressant (Compas et

Wadsworth, 2002; Compas et al. (2001). Compas explique l'essentiel de son modèle en catégorisant le processus d'adaptation en trois dimensions. Sa première dimension du coping réfère au contrôle primaire de la menace (primary control coping). Elle consiste à l'utilisation de stratégies en vue de modifier directement le problème stressant ou à régulariser certaines réactions émotives par le biais de la résolution de problèmes, de l'expression des sentiments ainsi que de la modulation émotive. Sa deuxième dimension est le contrôle secondaire de la menace (secondary control coping).

Elle inclut les stratégies liées aux tentatives d'adaptation pour faire face à l'événement stressant ou aux conséquences du stress. Les stratégies de cette deuxième dimension sont l'acceptation, la restructuration cognitive, la distraction et la pensée positive. Finalement, sa troisième dimension est le désengagement (disengagement coping). Elle réfère aux stratégies permettant de fuir ou d'éviter la situation stressante (évitement, dénégation et pensée illusoire). Ce qui différencie le modèle de Compas à celui de Lazarus est la place accordée au support social. Pour Lazarus, le support social est une stratégie utilisée par l'individu en vue d'une future adaptation. Cependant, pour Compas, le support social n'est qu'un moyen employé par l'individu permettant de déployer une stratégie en particulier.

Cependant son modèle n'inclut aucune dimension individuelle mesurant l'utilisation du support social dans le processus d'adaptation. Cette stratégie est plutôt considérée comme un simple moyen lié aux stratégies de résolution de problèmes, d'expression et de régularisation des sentiments (Compas et Wadsworth, 2002). Compas critique le modèle de Lazarus et Folkman en affirmant que leur vision du coping est incohérente en ce qui concerne le lien entre les relations et le type de coping utilisé par l'individu Arlett et al. (2003).

### ***3.2.3.3 Stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984)***

Les stratégies d'adaptation réfèrent aux comportements et aux attentes cognitives déployées pour affronter les situations stressantes (de Wilde, Dijkstra, Garnefski, kraaij et al. 2003). Folkman et Lazarus (1984) définissent les stratégies d'adaptation comme un ensemble de comportements et de réponses cognitives pour surmonter, tolérer ou réduire les demandes qu'engendrent les situations stressantes. Dans leur théorie du coping, ils ont élaboré huit stratégies utilisées afin de surmonter une menace : (a) la confrontation, (b) la distanciation, (c) l'autocontrôle, (d) la recherche de support social, (e) l'acceptation des responsabilités, (f) l'évitement, (g) la résolution de problèmes, et (h) la réévaluation positive.

<b>STRATEGIES</b>	<b>DEFINITIONS</b>
Confrontation	Efforts et actions directes pour modifier le problème
Distanciation	Faire comme si rien ne c'était passé. « Ce n'est pas si grave que ça. »
Autocontrôle	Croire que l'on maîtrise la situation : a) contrôle interne (capacités et comportements des individus), et b) contrôle externe (chance, hasard, destin).
Support social	Solliciter et obtenir de l'aide d'autrui.
Acceptation des responsabilités	Se sentir responsable, auto-accusation « J'ai compris que c'était moi qui avait créé le problème. »
Évitement	Fuir le problème, essayer de tout oublier.
Résolution de problèmes	Recherche d'informations, élaboration de plans d'action.
Réévaluation positive	Voir les effets positifs après avoir surmonté le problème.

### **Définitions des stratégies d'adaptation de Folkman et Lazarus (1984) cité par Bruchon-Schweitzer (2001)**

Folkman et Lazarus (1984) considèrent que l'individu peut orienter son choix vers les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (problem-focused) ou vers celles centrées sur les émotions (emotion-focused). Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème conduisent l'individu vers une action pour changer la situation stressante (Dumont et Provost, 1999). Elles représentent les stratégies directes en vue de modifier le stress causé par la menace. En d'autres mots, elles sont les efforts portés afin d'agir sur la source de stress entre un individu et son environnement (Compas et al., 1989). Elles regroupent les stratégies de résolution de problèmes et de confrontation de Folkman et Lazarus (1984) (Bruchon-Schweitzer, 2001).

Les stratégies centrées sur le problème sont plus efficaces dans les situations perçues comme contrôlables ou sensibles aux changements (Arlett et al., 2003). Par ailleurs, celles centrées sur les émotions ont pour but de réduire l'inconfort psychologique par la simple action d'ignorer l'élément stressant sans essayer de modifier la situation (Dumont et Provost, 1999).

Elles regroupent les stratégies utilisées pour régulariser le stress associé aux sentiments négatifs ainsi qu'aux efforts pour diminuer la détresse émotionnelle liée à la situation stressante (Compas et al., 1989). Folkman et Lazarus (1984) les associent aux stratégies d'acceptation des responsabilités, de distanciation, de réévaluation positive ainsi que d'évitement (Bruchon

Schweitzer, 2001). Contrairement aux stratégies centrées sur le problème, celles centrées sur les émotions sont plus efficaces dans les situations perçues comme moins contrôlables (Arlett et al., 2003).

En d'autres termes, si la rencontre entre l'individu et l'environnement est sujette aux changements, les stratégies centrées sur le problème sont utilisées. Lorsque la situation demeure instable, les stratégies centrées sur les émotions semblent alors plus susceptibles d'être déployées (Folkman et Lazarus, 1984). Pour ces mêmes auteurs, le style de coping peut s'avérer adapté ou inadapté. Le coping adapté regroupe toutes les stratégies centrées sur le problème et sur les émotions (Arlett et al., 2003). Le coping inadapté fait appel aux stratégies d'évitement passif comme la rumination, la résignation, l'agression ... Nous les résumons dans le tableau suivant :

<b>COPING ADAPTÉ</b>	<b>COPING INADAPTÉ</b>
<p><b><u>Stratégies centrées sur le problème :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confrontation</li> <li>- Autocontrôle</li> <li>- Recherche de soutien social</li> <li>- Résolution de problèmes</li> </ul> <p><b><u>Stratégies centrées sur les émotions :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distanciation / récréation</li> <li>- Acceptation des responsabilités</li> <li>- Réévaluation positive</li> <li>- Évitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rumination</li> <li>- Résignation</li> <li>- Agression ...</li> </ul>

#### **Les styles de coping de Folkman et Lazarus (1984)**

#### **3.2.4. Le modèle écologique et transactionnelle (modèle écosystémique)**

Dans le cadre de cette étude auprès le modèle écosystémique a été choisi, puisqu'il prend en considération les interactions entre la personne et son environnement (Carignan, 2011). Aussi, ce modèle situe l'individu dans un environnement complexe, où les différents systèmes interagissent entre eux, ce qui est pertinent pour démontrer comment l'annonce d'une maladie grave et le cheminement vers la guérison peuvent affecter les différents systèmes qui gravitent autour de la personne, soit le couple, la famille, le milieu de travail et les liens sociaux ; et aussi les ressources présentes dans la vie d'une personne lui permettant de s'adapter à l'adversité à laquelle elle est confrontée.

Ce modèle s'est davantage intéressé au contexte écologique en lien avec le développement de l'enfant selon les théories de Bronfenbrenner (1981) et dans une perspective transactionnelle. Il permet de visualiser les processus à l'œuvre, dans la résilience et de distinguer les différents concepts auxquels le processus de résilience fait appel. En effet, le modèle bioécologique est basé sur le postulat que le comportement humain résulte d'une adaptation progressive et mutuelle entre les personnes et leur environnement.

Pour bien comprendre la réalité des individus ou des groupes, il faut tenir compte de leurs caractéristiques, mais aussi de l'environnement dans lequel ils évoluent (Bronfenbrenner & Moris, 2006). Chaque personne réagit aux pressions de l'environnement selon ses ressources, son niveau de développement et ses particularités (Tarabulsy, Provost, Drapeau & Rochette, 2008). En ce qui a trait à l'environnement, celui-ci fait référence à la famille ou à l'entourage immédiat, aux liens sociaux, aux conditions de vie, aux normes, aux institutions, aux valeurs et aux croyances d'une société donnée (Tarabulsy & al., 2008).

À la base de ce modèle, quatre concepts-clés coexistent : le processus, la personne, le contexte et le temps. D'abord, le processus est le noyau du modèle écosystémique et il est décrit comme étant une interaction réciproque entre un organisme et des personnes, des objets et des symboles de son environnement immédiat. Pour contribuer au développement humain, l'interaction doit se produire sur une base régulière pendant une période relativement longue (Bronfenbrenner et Moris, 2006). Ensuite, la personne est à la fois productrice et produit de son développement. En ce sens, le développement se produit lorsque la personne participe à une activité. L'activité doit être régulière et doit se dérouler sur une période de temps suffisamment longue. Le développement n'est pas à sens unique, ce qui signifie qu'il doit y avoir une mutualité et une réciprocité entre la personne et son environnement. Tout au long de leur développement, les capacités développementales des personnes augmentent, ce qui signifie que les processus doivent devenir de plus en plus complexes (Bronfenbrenner et Moris, 2006).

Le contexte, quant à lui, est défini comme l'ensemble des personnes avec leurs interactions et leurs transactions, qui évoluent dans un milieu socialement défini et géographiquement construit (Germain et Gitterman, 1995). Enfin, il y a le facteur temps qui doit être pris en considération, puisque les personnes et leurs environnements ont une histoire passée, présente et future (Bronfenbrenner et Moris, 2006).

Plus précisément, le modèle bioécologique propose six niveaux de systèmes : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner et Moris, 2006).

- D'abord, l'**ontosystème** regroupe l'ensemble des caractéristiques individuelles (physiques, intellectuelles, psychoaffectives, spirituelles), des états (physiques, mentaux), des compétences (personnelles, parentales, sociales, professionnelles), des habiletés (reconnaissance d'un talent, d'un savoir-faire, d'une qualité, d'une force) ou des déficits de la personne, qu'ils soient innés ou acquis au fil du temps (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner et Moris, 2006). Dans ce cadre, l'ontosystème réfère aux caractéristiques individuelles des adolescents déficients auditifs ayant acquis une surdité. Ces caractéristiques sont susceptibles de changer au cours de leur processus de gestion du handicap, et ce, dès l'annonce du diagnostic. En effet, le vécu peut varier d'un adolescent à l'autre et influencer plusieurs caractéristiques personnelles, notamment en ce qui concerne la santé physique et mentale, l'estime personnelle et l'image de soi, ainsi que les habitudes de vie.
- Ensuite, le **microsystème** comprend le milieu de vie immédiat dans lequel l'individu joue un rôle actif. Ce milieu se caractérise par une multitude d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles et possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières. En fait, le microsystème vise toutes les interactions entre la personne et son environnement immédiat (Bouchard, 1987; Bronfenbrenner et Moris, 2006).

Pour ces adolescents, il s'agit d'explorer les conséquences du diagnostic et de la surdité sur leur vie familiale, sociale et professionnelle, tout en tenant compte des accompagnements reçus dans le milieu de la santé, de même que de leur impact sur le processus de résilience, qu'il soit positif ou négatif.

- Quant au **mésosystème**, il correspond aux interrelations entre les microsystèmes que fréquentent la personne, tels que la maison, le milieu de travail, l'église et la famille élargie. Il inclut l'ensemble des liens, des relations et des activités entre les sous-systèmes, qui peuvent avoir une influence directe ou indirecte sur la vie de l'individu (Boulanger, 2014; Bronfenbrenner et Moris, 2006). Dans le cadre de ce mémoire, le mésosystème concerne les relations entre les professionnels de la santé, les collègues de travail, ainsi que la famille immédiate et élargie. Ces relations peuvent influencer positivement ou négativement le bien-être de l'adolescent déficient auditif, de même que son processus de résilience.
- L'**exosystème** correspond, pour sa part, aux endroits ou aux lieux non fréquentés directement par la personne, mais dont les activités, les politiques ou les décisions l'influencent. L'exosystème correspond à un système social non perçu directement par

l'individu, mais qui a un impact sur son développement. Les événements qui surviennent dans ce niveau de système affectent l'environnement immédiat dans lequel la personne vit (Bronfenbrenner et Moris, 2006).

- En outre, le **macrosystème** comporte les valeurs, les coutumes, les croyances, les normes et les idéologies qui se reflètent dans la culture et les lois véhiculées au sein d'une communauté et d'une société. Ces valeurs sociales, ces croyances et ces politiques ont une influence directe et indirecte sur la vie de la personne (Bronfenbrenner et Moris, 2006). En lien avec la surdité, le macrosystème fait référence aux normes sociétales liées avec l'importance de la parole, soit l'importance que les déficients auditifs accordent à leur appréhension et apparence corporelle. En raison du fait que la voix représente bien plus que l'affirmation de la pensée, les conséquences de la surdité risquent d'être plus accentuées chez les adolescents déficients, par exemple, que chez certains adolescents déficients provenant d'une autre culture, où la parole significative.
- En terminant, le **chronosystème** correspond à l'ensemble des considérations temporelles (durée, âge, synchronie, etc.) qui caractérisent la situation d'une personne. Le temps comprend le fil des heures, des jours et des semaines, l'histoire individuelle et familiale, ainsi que les événements survenant dans une période donnée (Bouchard, 1987, Bronfenbrenner et Moris, 2006). Le chronosystème nécessite d'être pris en compte dans l'exploration du vécu des adolescents déficients atteints de surdité acquise puisque certains événements peuvent influencer les réactions et les sentiments de la personne, en plus des conséquences liées à son handicap.

En somme, la perspective écologique comporte plusieurs variables à considérer et il est possible d'observer des divergences de points de vue à l'intérieur de celle-ci. Il se dégage de l'ensemble des définitions des concepts qu'ils font référence au fonctionnement conscient de l'être humain.

**DEUXIEME PARTIE :  
CADRE METHODOLOGIE ET OPERATOIRE**

## CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode de recherche utilisée pour atteindre nos objectifs visés. La détermination du type de recherche ; la description du site d'études et du cadre de la population ; la description de la technique de l'échantillonnage et de l'échantillon ; la description de la technique de collecte des données, de traitement et d'analyse des résultats.

### 4.1 Rappel de la problématique

Dans cette section, nous allons juste entreprendre un rappel des éléments clés de notre problématique. Il s'agit du problème de l'étude, de la question de recherche et de l'hypothèse générale.

#### 4.1.1. Rappel du problème

Au vu de tout ce qui précède, notamment au niveau du premier chapitre, il ressort qu'après la survenue d'un handicap physique sensoriel, dont le cas de notre étude est la surdité acquise à un moment précis de l'existence de la personne en situation de handicap (adolescence). Dès lors, une nécessité s'impose celle d'être capable d'activer ou de mobiliser des ressources internes et externes qui peuvent conduire l'individu à s'adapter afin de favoriser une qualité de vie harmonieuse et devenir harmonieux. À cet effet, les politiques à leur niveau s'attendent à un réel encadrement, de ces personnes en situation de handicap. Or d'après Bon C. (2013), le fait de joindre l'adolescence et le handicap est complexe, mais cela n'est pas chose infaisable, car dans le contexte camerounais on relève des cas d'adolescent atteint de surdité qui ont réussi à mobiliser ou à activer des moyens adéquats au travers des stratégies de coping en vue d'améliorer leur qualité de vie.

Mais les théories de la résilience dans une approche transactionnelle montrent que l'adolescent peut user d'une bonne qualité de mentalisation et des mécanismes de défenses adaptés prenant en compte son contexte de vie et de l'ensemble des caractéristiques sociales, relationnelles et affectives qui l'entourent pour faire un travail de résilience. L'étude pose à cet effet, le problème des stratégies de coping mises en œuvre par l'adolescent déficient auditif face à son expérience subjective. Autrement dit, il s'agit des stratégies (d'appropriation) mise en œuvre par le déficient auditif à l'âge de l'adolescence lui permettant de sauvegarder sa cohésion interne dans le but de rétablir son équilibre intrapsychique.

#### **4.1.2. Rappel de la question de recherche**

À partir du cadre théorique et du problème de recherche ci-dessus présentés, nous formulons la question de recherche suivante : « **Comment l'expérience subjective, de la surdité acquise vécue par l'adolescent déficient auditif rend-t-elle compte des stratégies de coping mises en œuvre ?** » En d'autres termes comment l'adolescent déficient auditif parvient-il à mobiliser les stratégies conscientes et inconscientes ou les ressources internes et externes afin de pouvoir donner sens à sa surdité ?

#### **4.1.3. Rappel de l'hypothèse de recherche**

En tant que réponse à une question préalablement posée, nous formulons l'hypothèse suivante : « **L'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur mes mécanisme de coping positif** ».

#### **4.1.4. Rappel de l'objectif**

L'objectif du travail est donc, non seulement de montrer comment l'acquisition brusque de la surdité génère des troubles, mais aussi d'analyser les facteurs de protections et d'adaptations qui se dégagent dans ce vécu. La notion de trouble de perturbation renvoie aux bouleversements, aux désorientations dans la projection de vie. Après ce bref rappel de la problématique de l'étude, nous allons commencer notre exposé méthodologique en présentant le site de la recherche.

### **4.2. Site de l'étude**

Le choix du site de l'étude est le Collège Adventiste de Nlongkak situé à Yaoundé Cameroun. À cet effet, il nous revient de présenter cette structure et justifier notre choix.

#### **4.2.1 Présentation du site de l'étude**

En effet, créée par l'union des Eglise Adventiste, sous l'autorisation de création et d'ouverture N 323/J1/7/MINEDUC/DEP/SCAPES du 1er Septembre 1992, le Collège Adventiste de Nlongkak se situe dans l'arrondissement de Yaoundé 1er, à quelques centaines de mètres du carrefour Bata Nlongkak sur le grand axe allant vers le stade omnisports de Yaoundé. Cette grande structure éducative comprend en son sein : quatre salles de classe ordinaire ; trois salles de classe spécialisée. Le personnel de cette structure est d'environ 200 personnes (personnel administratif, personnel enseignant et d'appui). Ce collège est loti dans cinq bâtiment un étage, abritant toutes les salles de classe. Un bâtiment c'est 20 de bloc

administratif, où on peut y trouver le bureau du principal (chef d'établissement) ; du Sancerre ; de l'économe, et le bureau secrétaire du principal. Les quatre bâtiments restants sont à deux niveaux et chacun d'entre eux est réservé pour les différentes salles de classe. Le sixième bâtiment qui est juste à côté est constitué de : le bureau du surveillant général, le chargé des affaires sociales dans le collège. À tout cela s'ajoute les toilettes assez bien entretenues et accessibles aux différentes personnes en situation de handicap. C'est-à-dire les personnes à mobilité réduite et déficients visuels, les déficients auditifs etc.

Il est important de signaler que le collège adventiste a commencé à accueillir les élèves à situation de handicap à partir des années 95. Ces dernières années sous la supervision d'un directeur, les élèves en situation de handicap sont très bien accueillis. Dans l'optique de favoriser l'éducation pour tous. La politique éducative du collège elle est de réduire à 50 % les frais de scolarité des enfants en situation de handicap qui s'inscrivent dans cette structure éducative. Néanmoins nous pouvons apercevoir dans le site de l'établissement la présence de l'église adventiste du septième jour et le dispensaire adventiste. Sauf que ces deux structures sont séparées du collège par une barrière à l'entrée de laquelle se trouve un petit local servant de renseignements ou bien de police du collège.

#### **4.2.2 Justification du choix du site**

Le choix de mener cette étude dans ce collège s'explique par le fait que le collège adventiste de Nlongkak est doté d'une population qui répond aux exigences et aux critères que nous avons défini au départ. Le chaleureux accueil principal nous a permis de réaliser cette recherche dans son établissement ; ledit collège est ouvert à la diversité des élèves peu importe les différences interindividuelles qui peuvent être physiques, mental voir même spirituelle. Le collège adventiste de Yaoundé Nlongkak est situé en plein cœur de la ville de Yaoundé, de ce fait les critères d'observation et d'entretien sur les élèves déficients auditifs ne pourraient être corrompus.

#### **4.3. Population d'étude**

La population d'études ou population parente renvoie à l'ensemble des élèves déficients auditifs Cameroun est de deux sexes, fréquentant dans un établissement the ordinaire de l'enseignement secondaire général, dans la structure éducative et que nous avons mentionné si Haut qui est le collège adventiste de Yaoundé. L'âge de 16 enfants déficients auditifs varie de 12 à 21 ans.

### **4.3.1 Les critères de sélection des participants à l'étude**

Notre population d'études a été sélectionnée selon les critères d'étude suivant :

- Être un élève déficience auditive ;
- Avoir effectué son cycle primaire dans une école ou un établissement spécialisé pour personnes en situation de handicap ;
- Être régulièrement inscrit dans un établissement de l'enseignement secondaire de la ville de Yaoundé ;
- Être issu d'une famille normalement composée ;
- Avoir été victime d'au moins un traumatisme lié aux handicaps dans son parcours scolaire dans un établissement régulier ;
- Présenter des signes d'inadaptation un milieu scolaire ordinaire pendant la période d'observation.

### **4.3.2 Les critères d'exclusion des participants à l'étude**

- Acquisition de la surdité à un âge au-delà de 22 ans
- Adolescent atteint de surdité congénitale
- Adolescent atteint de surdité hors du cadre de notre étude

## **4.4 Type de recherche**

Dans l'optique de répondre à notre question de recherche, et d'atteindre nos objectifs, nous envisageons une démarche qualitative. C'est à travers cette démarche que nous avons pu dégager les facteurs de protection ou les facteurs de développement de la résilience dans une perspective des stratégies adaptatives de coping qui ont permis à l'élève déficient auditif de s'adapter favorablement; malgré les multiples facteurs de risques auxquelles il fait face et dont il continue d'en faire au quotidien. Ce type de recherche nous a donné les moyens de pouvoir comprendre le phénomène dans un cadre naturel. Nous nous sommes ainsi focalisés sur l'expérience subjective ou encore le vécu et le sens ce que les adolescents déficients auditifs donnent à son intégration social. Cette recherche est appuyée sur l'observation et l'entretien afin de relever, de traiter, d'analyser en profondeur et interpréter quelques cas considérés comme significatif par rapport à nos objectifs. Selon (Fortin 2005), les études qualitatives ont pour fonction de décrire un phénomène mal connu et de le définir afin de l'explorer en profondeur. À cet effet la pertinence de ce type de recherche est intensive car elle s'intéresse

surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés dans leur singularité et en profondeur.

#### **4.5. Méthode clinique**

La méthode clinique vise à recueillir in vivo des informations fiables par des techniques spécifiques (observation, entretien, test, échelle, analyse des productions du sujet) et à comprendre la conduite d'un sujet à partir de trois postulats : dynamique, genèse, totalité (Fernandez & Pedinielli, 2006). Pour ces auteurs, les principes de la méthode clinique sont : la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits. Dès lors nous avons choisi la méthode clinique parce qu'elle prend en compte la singularité du sujet et la totalité de la situation. En effet dans notre recherche, nous voulons cerner les processus qui permettent aux adolescents ayant acquis une surdité de rebondir malgré le vécu traumatique. Cependant, pour Lagache et Rosenblum (1979), la Psychologie Clinique a pour domaine l'humain (« Homme en situation ») et pour méthode l'étude des cas singuliers.

##### **4.5.1 Étude de cas**

D'après les études de Yin, (1984) cité par Collerette, (1997), l'étude de cas se définit comme une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle où les limites et les phénomènes ne sont pas nettement évidentes et dans laquelle les sources d'information multiples sont utilisées. A partir de cette définition, l'étude de cas a pour fonction de rapporter une situation réelle, prise dans un contexte, et à analyser pour découvrir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse (Collerette, 1997). Considérée comme méthode de recherche, l'étude de cas est comme une observation approfondie et prolongée d'un sujet dans le but d'une étude exhaustive sur les caractéristiques, afin d'éclairer le comment et le pourquoi sur des points où le chercheur a peu de contrôle sur des événements étudiés. Et dans les situations où l'attention est dirigée vers les phénomènes contemporains dans un contexte de vie réelle (Yin, 1984 ; Eisenhardt, 1989 ; Smeltzer & Zener, 1992, cités par Collerette 1997).

Selon Gagnon, (2012) cette méthode de recherche présente plusieurs avantages qui se résument comme suit : fournir une analyse en profondeur dans leur contexte comme le cas de l'adolescent déficient auditif dans un processus de réajustements et de remaniement au Cameroun ; offrir la possibilité de développer les paramètres historiques (directement liés à l'individu ou au phénomène étudié) ; assurer une forte validité interne, les phénomènes relevés

étant des représentations authentiques de la réalité étudiée. Un des intérêts de l'étude de cas consiste à fournir une situation où l'on peut observer l'expression d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, ce qui permet de rendre compte de la complexité et de la richesse des situations comportant des interactions humaines, et de faire état des significations que leur attribuent les acteurs concernés.

Dans notre travail, l'étude de cas est appropriée parce qu'elle s'intéresse à l'expérience subjective de la surdité et à l'activation des stratégies de coping chez l'adolescent atteint de surdité. Ainsi, il est donc important d'analyser de manière approfondie et précise les stratégies mises en place durant ce processus.

#### **4.5.2 Procédure de recrutements des participants**

En tenant compte de nos critères de sélection, pour obtenir notre échantillon nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste, notamment l'échantillonnage par choix raisonné. En effet, ce type d'échantillonnage n'est pas basé sur les lois du calcul des probabilités (c'est-à-dire que chaque élément de la population n'a pas une chance égale d'être choisi). En outre, la technique de l'échantillonnage par choix raisonné se fonde sur le principe que le choix des participants est basé sur le jugement du chercheur par rapport aux critères de sélection adoptés. Cette technique est utilisée lorsque la problématique vécue vise une population particulière et de taille limitée (Ouellet et Saint-Jacques, 2000), ce qui est le cas dans ce mémoire. Par ailleurs, il s'agit d'une étude de cas dont l'objectif est d'appréhender la singularité de chaque sujet et non la généralisation des résultats.

<b>Sujets</b>	<b>Genre</b>	<b>Age</b>	<b>Classe fréquentée</b>	<b>Assiduité et ponctualité</b>	<b>Contact avec les pairs</b>	<b>Contact avec l'enseignant</b>	<b>Peur, frustration, agressivité, repli sur soi, évitement</b>
<b>Anaïs</b>	<b>Féminin</b>	<b>19 ans</b>	<b>1<sup>ère</sup> D</b>	<b>Oui</b>	<b>Avec les camarades déficients auditifs et les pairs de la classe</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Occasionnellement</b>
<b>Thomas</b>	<b>Masculin</b>	<b>18 ans</b>	<b>2<sup>nde</sup> C</b>	<b>Oui</b>	<b>Avec les camarades déficients auditifs, les pairs de la classe et ceux du collège</b>	<b>Pas assez</b>	<b>Toujours</b>
<b>Samuel</b>	<b>Masculin</b>	<b>14 ans</b>	<b>6<sup>ème</sup></b>	<b>Assez</b>	<b>Avec les camarades déficients auditifs et les pairs de la classe</b>	<b>Assez</b>	<b>Parfois</b>
<b>Vanelle</b>	<b>Féminin</b>	<b>13 ans</b>	<b>6<sup>ème</sup></b>	<b>Oui</b>	<b>Avec les camarades déficients auditifs, les pairs de la classe et ceux du collège</b>	<b>Assez</b>	<b>Parfois</b>

**Tableau 2 : Récapitulatif des participants**

## **4.6. Techniques et outils de collecte des données**

La technique de recherche utilisée dans la collecte des données émane de la nature même de l'objet de recherche. Pour parvenir à comprendre l'expérience quotidienne des personnes ayant une déficience auditive et l'implication de la déficience dans la perturbation biographique et l'analyser dans ses dimensions sociales, il a été nécessaire de s'entretenir avec ces personnes. Comme disent Paillé et Mucchielli (2016), l'enquête qualitative de terrain implique un contact personnel avec les sujets de la recherche principalement par le biais d'entretiens, et par l'observation des pratiques dans les lieux mêmes où évoluent les acteurs.

### **4.6.1. Technique de collecte des données : l'entretien (semi-directif)**

Selon Fernandez et Catteeuw (2001), l'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de paroles à l'adresse du clinicien ou du chercheur.

L'entretien clinique est très important et indispensable en psychologie, que ce soit d'un point de vue de diagnostic, thérapeutique ou de recherche, permettant d'accéder aux représentations et aux émotions du sujet, mais aussi de recueillir des données anamnestiques. Il existe trois types d'entretiens : l'entretien directif, semi-directif et libre. Notre choix est porté sur l'entretien semi-directif car l'entretien directif est trop proche, trop rigide et donc sans intérêt pour cette recherche. De même, il nous a semblé difficile d'avoir recours à l'entretien libre qui très complexe. L'entretien semi-directif permet d'aborder plusieurs thèmes et indicateurs (sous-thèmes) et entre ces thèmes le participant organisera librement son discours. Cet entretien nous permet aussi d'approcher l'histoire des sujets mais aussi leurs stratégies défensives.

Dans cette étude, l'entretien semi-directif occupe une place très importante car elle permettra de procéder à une exploration en profondeur, d'avoir accès à l'expérience des personnes et de comprendre de l'intérieur les enjeux de l'expérience. De ce fait, il permettra d'avoir accès aux sentiments, idées et émotions les plus profondes des adolescents atteints de surdité. Considérant les consignes méthodologiques de Campenhoudt & Quivy (2011), le guide d'entretien est notre choix. Car les questions qui constituent l'ensemble de l'entretien sont ouvertes de manière à ce qu'elles suscitent chez l'interviewer des brèves séquences de narration tout en laissant une certaine marge de liberté. Etant donné que l'entretien semi directif est notre technique de collecte des donn es, nous avons opté pour la méthode de Ferdinadez & Catteeuw,

(2001) qui demande à ce que le guide d'entretien soit structuré sur les thèmes et indicateurs (sous thèmes) que le sujet doit aborder durant l'entretien.

#### **4.6.2. Outils de collecte des données**

La méthode clinique utilise plusieurs outils de collecte des données, notamment le guide d'entretien, les tests, les échelles ou questionnaires (Fernandez & Pedinielli, 2006). Dans la présente étude, nous avons utilisé un guide d'entretien et des échelles.

##### **4.6.2.1 Guide d'entretien**

Pour collecter les données nécessaires à la réalisation de cette recherche, le guide d'entretien a été utilisé. Tout en respectant les consignes méthodologiques de Campenhoudt & Quivy (2011), les questions qui constituent le corps de l'entretien étaient ouvertes de manière à ce qu'elle suscite chez l'interviewé de brèves séquences de narration tout en laissant une certaine marge de liberté. Ayant adopté pour l'entretien semi directif nous avons considéré la méthode de Ferdinandez & Catteeuw, 2011 qui voudrait que le guide soit structuré de thèmes et indicateurs (sous-thème) que l'interviewé doit aborder durant l'entretien tout en tenant compte de la dynamique de celle-ci.

Le guide d'entretien s'articule autour de quatre (04) thèmes principaux déclinés en plusieurs sous-thèmes. Il se présente comme ci-dessous :

- **Préambule**
- **Identifiant du participant**
- **Données sociodémographiques**
- **Données cliniques**
- **Thème1: Vécu avant la survenue de la surdité**
  - **Sous-thème 1** : Représentation de soi
  - **Sous-thème 2** : Vécu quotidien avant la surdité
- **Thème 2** : Vécu lié à l'annonce de la survenue de la surdité
  - ↳ **Sous-thème 1** : Contexte de l'annonce ;
  - ↳ **Sous-thème 2** : Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce de la survenue de la surdité
- **Thème 3** : Vécu après la survenue de la surdité

- ↳ **Sous-thème 1** : Vécu quotidien après la survenue de la surdité (conséquences sur les différents écosystèmes de vie de l'adolescent)
- ↳ **Sous-thème 2** : Représentation de soi après la survenue de la surdité
- ↳ **Sous-thème3** : Ressenti et attitude face à la nouvelle condition liée à la survenue de la surdité
- ↳ **Sous-thème4** : Le regard des autres après la survenue de la surdité
- **Thème 4** : stratégies de coping mobilisées
  - ↳ Sous-thème 1 : stratégies adaptives de coping centrées sur le problème
  - ↳ Sous-thème 2 : stratégies adaptives de coping centrées sur l'émotion
  - ↳ Sous-thème 3 : mécanismes de coping positif

#### **4.6.2.2 Échelle de traumatisme de Davidson**

L'Échelle de Traumatisme de Davidson (1997) est un outil d'évaluation qui a été créé par Davidson et ses collaborateurs. Dans sa version originale anglaise, le *Davidson Trauma Scale* a été élaboré à partir d'expériences traumatiques diverses et en se basant sur les critères diagnostiques ainsi que sur la symptomatologie de l'ÉSPT du DMS-IV. L'ETD a été traduite en français en 1998 par le distributeur (Multi Health Systems Inc.) à partir de la version originale anglaise.

L'ETD est un court questionnaire qui demande à une personne de répondre à des questions relatives au traumatisme qui fut le plus bouleversant pour elle (Annexe 8). Le sujet doit répondre à 17 questions qui correspondent aux divers critères diagnostiques d'un ESPT, en donnant pour chaque symptôme éprouvé pendant la semaine antérieure une valeur selon une échelle de type Lykert. L'ETD évalue la fréquence et la gravité des symptômes.

Les valeurs de la fréquence des symptômes varient de : 0 = pas du tout ; 1 = 1 fois seulement ; 2 = 2 ou 3 fois ; 3 = 4 à 6 fois ; 4 = tous les jours. Les valeurs de la gravité des symptômes varient de : 0 = pas du tout pénible ; 1 = pénible de façon minimale ; 2 = modérément pénible ; 3 = pénible de façon prononcée ; 4 = extrêmement pénible. L'interprétation se fait sur la base du score globalisant la fréquence des symptômes et la gravité des symptômes obtenu sur les 17 items. Les conclusions sur le score total sont les suivantes :

- 61 ou moins : trauma léger ;
- 62-69 : trauma modérée ;

- 70-89 : trauma important ;
- 90 et plus : trauma sévère.

#### **4.7. Procédure de collectes des données et passation des échelles**

Ces instruments de collecte de données exigent une démarche à suivre dans le but d'avoir ou de récolter les informations qui apportent des explications ou des éléments de preuve à une recherche (Gaspard Claude, 2019). Dans le cadre de notre étude nous avons procédé par l'entretien semi directif qui se décline sur deux formes qui sont entre autres : les entretiens à réponse libre c'est-à-dire un guide d'entretien et des hypothèses préparées en avance avec des thématiques larges, prédéfinies. Des interrogations ont été également rajoutées pendant l'échange et les entretiens centrés/ ciblés nous ont permis d'avoir des expériences précises de nos participants car les questions sont ouvertes et portent sur un événement ou une situation particulier.

Dans l'optique de mener nos entretiens avec les adolescents scolarisés déficients auditifs du collège Adventiste de Yaoundé Nlongkak, nous leur avons demandé s'ils souhaitent participer à notre recherche, comme avis favorable nous n'avons eu que des réponses de ce qui correspondent à notre échantillon. Un prélude nous avons voulu que l'entretien se déroule au sein de l'établissement, pendant les heures de pause, afin de leur éviter de manquer une quelconque de leur activité. Mais cela s'est avéré très difficile parce que leurs enseignants et leurs camarades développaient une extrême curiosité ; ce qui pourrait biaiser et perturber l'expression normale de notre échantillon. Nous avons opté d'un commun accord d'aller chacun dans le domicile respectif qui serait pour nous un cadre idéal calme et favorable pour prendre tout le temps nécessaire dans l'orientation de notre entretien. Ainsi fait, chaque participant nous donnait un rendez-vous selon le moment qui lui convenait le mieux.

Ce type d'entretien demande au préalable la présentation d'un guide d'entretien. Pour mener à bien notre travail, il est important pour nous de fournir un cadre général ordonné à l'entretien. Le type de passation s'est fait de manière individuelle et les questions sont présentées sur la forme entonnoir c'est-à-dire de la question générale ou simple à la question compliqué ou précise. Nous leur avons aussi présenté le formulaire de consentement éclairé qu'ils ont librement approuvé, et ensuite nous avons relevé les données sociodémographiques. Le deuxième entretien concernait les thèmes 1, 2, 3 et 4 ainsi que la passation du test de traumatisme de Davidson.

Au cours des entretiens, nous avons utilisé une caméra pour prendre des vidéos du dit entretien. Pour une meilleure retranscription des propos des adolescents qui d'ailleurs s'expriment en langue des signes. Cependant, les participants ont été préalablement mis au courant de leur utilisation lors du premier entretien. L'ensemble des données, tant gestuelles, verbales que factuelles, ont été transcrites à l'aide d'un logiciel informatique (MS Word). A la fin de chaque entretien, nous remercions le participant pour sa disponibilité.

Par ailleurs, l'analyse de contenu nous aidera à saisir le sens exact du message des participants à travers leur discours dans toute sa subjectivité et son intersubjectivité. Cette technique d'analyse ne s'intéresse ni à la représentativité, ni à la généralisation des données mais plutôt à la singularité et la fertilité des données non numériques (Paillé, 1996). Il est important de souligner que le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation reposent à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Ainsi, l'usage de l'analyse de type transversal est notre choix puisqu'elle se focalise sur le processus. De ce fait, nous allons faire une analyse thématique en explorant l'ensemble des thèmes de notre guide d'entretien.

#### **4.8. Technique d'analyse des résultats : analyse de contenu**

L'analyse thématique de contenu se veut avant tout « une technique descriptive des matériaux étudiés, susceptible d'identifier, de recenser et de classer les éléments de leur contenu en vue d'opération ultérieures de comparaison, de contextualisation et d'interprétation » (Paillé & Mucchielli, 2008, p.188). Pour mener à bien une analyse thématique du contenu, cinq étapes sont nécessaires : la retranscription, le codage, la catégorisation, l'élaboration de la grille d'analyse : analyse des données.

##### **➤ La retranscription**

Généralement, cette retranscription est intégrale, quel que soit le nombre de pages, sinon des analyses fines sont très difficiles. Dans un premier temps donc, il va s'agir de réécrire très fidèlement les entretiens. Lors de cette étape de retranscription, il faut noter précisément le discours de l'enquêté tel qu'il est dit, sans omettre de préciser les silences, hésitations, ou comportements non verbaux observés (attitude de retrait, manifestations émotionnelles, etc.). La retranscription intégrale permet aussi d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse (Compenhoudt et al., 2017). Pour ces deux auteurs, avant toute chose, il faut un matériau consistant et de qualité (en l'occurrence des entretiens) qui soit parfaitement restitué

et entièrement disponible pour l'analyse. Ils pensent que quelles que soient les opérations auxquelles il sera procédé par la suite, il sera toujours possible de revenir à ce matériau de base et de s'y retrouver. Ensuite, il faut organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse.

### ➤ **Le codage**

Le codage renvoie à une transposition des données brutes du texte. Ladite transposition qui, par découpage, agrégation et dénombrement, permet de déboucher à une représentation du contenu probable d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques du texte. Faire une analyse thématique consiste donc à cibler des noyaux de sens (des sous-thèmes) qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi. Généralement, l'ensemble des sous thèmes se déduit à partir du texte. Il s'agit du codage inductif ou enraciné ou ouvert (Ryan & Bernard, 2003), le chercheur n'établit pas la liste des sous-thèmes à étudier avant de travailler son corpus, celle-ci lui est a priori inconnue. Néanmoins, dans certains cas, ceux-ci peuvent être définis à l'avance, à partir de la théorie et de la problématique (Bardin, 1991). Allant dans le même sens, Miles et Huberman (2003) parlent de codage conceptualisé ou préalable. Pour ces deux auteurs, lors des entretiens directifs ou semi-directifs les thèmes abordés (Guide d'entretien) ont par définition été décidés à l'avance par le chercheur qui cherche à savoir quels contenus ils revêtent selon les personnes interrogées.

### ➤ **La catégorisation**

La catégorisation est un processus de classification des sous-thèmes par regroupement en thèmes. Pour Bardin (1991), la catégorisation peut déployer deux démarches inverses : (1) le système de catégories est préétabli lorsqu'il découle des fondements théoriques hypothétiques ; (2) le système de catégories n'est pas donné à l'avance mais est la résultante de la classification analogique et progressive des sous-thèmes.

### ➤ **Élaboration de la grille d'analyse**

Une fois les thèmes et sous-thèmes identifiés, le chercheur doit les organiser les uns par rapport aux autres suivant une logique bien définie (Miles & Huberman, 2003 ; Paillé & Mucchielli, 2008). Cette organisation aboutie à l'élaboration de la grille d'analyse à partir du premier entretien. Pour consolider cette grille, on l'applique à un deuxième entretien, puis au reste du corpus. Les modifications nécessaires sont apportées et les nouveaux thèmes ou sous-thèmes sont ajoutés si nécessaire. Le but de cette opération vise la construction d'une

représentation synthétique et structurée des matériaux étudiés. Avec cette représentation, on est en possession d'une vue schématisée de l'ensemble d'un matériau voire d'un corpus.

Dans cette étude, nous avons utilisé une analyse de type transversal, c'est-à-dire, celle qui rend compte non pas cas par cas, mais de manière groupée, en explorant l'ensemble des thèmes de notre guide d'entretien. Pour procéder à cette analyse, nous avons construit une grille d'analyse. Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996).

De même, après avoir fait cette Catégorisation, nous avons procédé à la répartition des unités de sens sous les différents thèmes. Ensuite nous avons procédé au codage de ses unités de sens. Il est nécessaire de noter que nous avons défini les indicateurs en fonction de l'approche psychanalytique. Par ailleurs, les unités de sens repérés reflètent cette approche.

#### **4.8.1 Élaboration de la grille d'analyse**

Une fois les thèmes et sous-thèmes identifiés, le chercheur doit les organiser les uns par rapport aux autres suivant une logique bien définie (Miles & Huberman, 2003 ; Paillé & Mucchielli, 2008). Cette organisation aboutie à l'élaboration de la grille d'analyse à partir du premier entretien. Pour consolider cette grille, on l'applique à un deuxième entretien, puis au reste du corpus. Les modifications nécessaires sont apportées et les nouveaux thèmes ou sous-thèmes sont ajoutés si nécessaire. Le but de cette opération vise la construction d'une représentation synthétique et structurée des matériaux étudiés. Avec cette représentation, on est en possession d'une vue schématisée de l'ensemble d'un matériau voire d'un corpus.

Dans cette étude, nous avons utilisé une analyse de type transversal, c'est-à-dire, celle qui rend compte non pas cas par cas, mais de manière groupée, en explorant l'ensemble des thèmes de notre guide d'entretien. Pour procéder à cette analyse, nous avons construit une grille d'analyse. Les grilles d'analyse sont élaborées en fonction de la visée théorique qui a déterminé les consignes de recueil des données (Poirier, Clapier-Valladon & Raybaut, 1996).

De même, après avoir fait cette Catégorisation, nous avons procédé à la répartition des unités de sens sous les différents thèmes. Ensuite nous avons procédé au codage de ses unités de sens. Il est nécessaire de noter que nous avons défini les indicateurs en fonction de l'approche psychanalytique. Par ailleurs, les unités de sens repérés reflètent cette approche.

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en place des stratégies de Coping chez l'adolescent déficient auditif à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de rebondir face à la surdité	A	Expérience subjective de la surdité acquise	a	Vécu avant la survenue de la surdité	1	Représentation de soi				
					2	Vécu quotidien				
			b	Vécu pendant la survenue de la surdité	3	Contexte de l'annonce				
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce				
			c	Vécu après la survenue de la surdité	5	Vécu quotidien après survenue de la surdité				
					6	Représentation de soi				
					7	Ressenti face à la nouvelle situation de surdité acquise				
					8	Regard des autres				
			d	Ressources internes	9	Le déni				
					10	Le clivage				
					11	L'intellectualisation				
					12	L'humour				

<b>acquise</b>	<b>B</b>	<b>Stratégies de coping</b>	<b>e</b>	<b>Ressources externes</b>	<b>13</b>	<b>La mentalisation</b>				
					<b>14</b>	<b>Tuteurs de résilience : Famille, amis, enseignants, auxiliaires de vie scolaires, soignants</b>				
					<b>15</b>	<b>Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières</b>				
					<b>16</b>	<b>Stratégies d'adaptation centrées sur le problème</b>				

**Tableau 3 : Grille d'analyse**

#### 4.8.2 Légende de la grille d'analyse :

+ : signifie existence de l'élément

- : signifie non-existence de l'élément

± : signifie existence plus ou moins perceptible

##### ↳ **Comment lire la grille :**

Il s'agira d'une grille à code binaire qui adoptera (A et B) comme variables (a, b, c...e) comme modalités, (1, 2, 3...) comme indicateurs. Précisons que si dans le discours d'une participante, l'information est absente, cela ne voudrait pas forcément dire qu'elle n'est pas importante. Elle peut être latente.

Exemples :

- **Si Aa1<sup>+</sup> lire** : le vécu avant la survenue de la surdité en ce qui concerne la représentation de soi est positive car l'adolescente avait une image agréable d'elle-même ;
- **Si Ac7<sup>-</sup> lire** : le vécu traumatique non perceptible matérialisé par un ressenti face à la nouvelle situation acquise après la survenue de la surdité chez l'adolescent.
- **Si Be16<sup>±</sup> lire** : les stratégies d'adaptation existante mises en œuvre par l'adolescent en ce qui concerne le coping

Nous retenons de ce chapitre que nous avons fait usage de la méthode clinique. Cette méthode a été choisie par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons obtenu 03 participantes. Nous nous sommes servis d'un Guide d'entretien pour collecter nos données. Ces données recueillies ont été analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu (ATC). Ce sont ces résultats qui seront présentés dans le cinquième chapitre.

#### 4.9 Opérationnalisation des variables

Les variables de notre travail sont bâties autour de deux types de variables : une variable indépendante (VI) qui est l'expérience subjective de la surdité acquise et une variable dépendante (VD) qui correspond aux stratégies de coping. Pour ce qui est de la variable indépendante, elle précise le processus à suivre lorsqu'un individu a acquis à une période spécifique de son existence et se retrouve dans une situation du handicap acquis à l'instar de la surdité. Selon les modalités de cette variable le processus doit s'effectuer soit individuellement soit collectivement. La VD précise l'activation des stratégies de résilience et de coping mis en place par l'adolescent déficient auditif.

## CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre de notre travail, nous allons procéder à la présentation et l'analyse des résultats à partir des données recueillies pendant nos différents entretiens sur le terrain de recherche. Dans un premier temps nous présenterons les participantes au cas par cas. Ensuite, nous ferons une analyse thématique des entrevues suivant la structuration de notre guide d'entretien. Enfin, nous présenterons quelques recommandations et nous analyserons la subjectivité du chercheur au cours des différents entretiens.

### 5.1 Présentation des résultats

Dans cette section, nous allons présenter l'anamnèse et les données cliniques de chaque participant de notre recherche. Dans le but de conserver l'anonymat de nos participants, nous leur avons attribué des pseudonymes. Il sera question d'Anaïs, Thomas, Samuel et Vannelle.

#### 5.1.1 Présentation des participants

##### 5.1.1.1. Anaïs

La première participante porte le pseudo d'Anaïs dans notre étude. Elle a 19 ans et est élève en classe de 1ère D, au collège Adventiste de Yaoundé Nlongkak. Elle est la deuxième d'une famille de quatre enfants. Actuellement le papa d'Anaïs est retraité et sa maman est enseignante aux l'enseignement secondaire. Il va de soi que sur le niveau d'études ou bien intellectuelle des parents est nettement à un niveau standard. Dès son plus jeune âge Anaïs a été scolarisé dans la petite enfance. Mais après avoir passé une année en section d'initiation au langage (SIL), elle est atteinte de méningite ; et la conséquence est inévitable qui survient et qu'elle devient sourde ou encore déficiente auditive. Sa maman, enseignante a pris sur elle de l'encadrer à la maison pendant les vacances après sa première année de la SIL. Cette démarche avait pour but de la stimuler et la préparer à une scolarisation un peu différente de ses précédentes années à l'école.

En début d'année suivant l'âge de son acquisition elle est inscrite dans une école spécialisée aux déficients auditifs. Cette structure éducative spécialisée est tout simplement ESEDA (École spécialisée pour enfants déficients auditifs). Elle recommencera dès lors le niveau un dans cette école dans le but d'apprendre la langue des signes et les spécificités linguistiques de cette langue. Elle va parachever tout son cycle primaire dans cette école. Sinon

Anaïs, elle a pour objectif de continuer ses études secondaires à la différence de ses camarades qui avaient optés pour des formations professionnelles à l'atelier de réinsertion et réorientation sociale de l'école. Cependant elle se heurte à une difficulté, elle ne peut pas être inscrite dans un lycée. Son dossier sera rejeté dans différents lycées des alentours à cause de son handicap. C'est dès lors qu'elle a perçu vraiment la représentation et les préjugés dans laquelle sa situation de handicap l'immergeait.

#### **5.1.1.2. Thomas**

Thomas est issu d'une famille de cinq enfants, dont deux filles et trois garçons ; cependant dans cette fratrie il y a deux filles devant lui et il est le troisième, suivi de ses deux petits frères. Sa famille est de type monogamique, néanmoins il vit dans la même maison que ses parents, ses frères, ses sœurs et ses cousins. Le papa de Thomas est cadre à la fonction publique, tandis que sa maman commerçante. Il perd son audition à l'âge de trois ans à la suite d'un paludisme mal soigné ; selon les dires des parents. Thomas va passer deux ans à la maison, sans aller à l'école car ses parents estimaient qu'il ne peut pas être éduicable vu qu'il n'entend pas. C'est par le biais d'un collègue à son papa, qui fut sensibilisé et que par la suite on va inscrire Thomas à l'école spécialisée pour enfants déficients auditifs. Thomas va passer tous son cycle primaire au sein de cette structure spécialisée, qui a pour but d'encadrer ces enfants ayant perdu la capacité d'entendre.

Il se sentait à l'aise dans ce cadre car il avait de nouveaux amis avec qui la communication passait et qui n'était pas différent de lui. Grâce au concours de son école et de la collaboration avec le Collège Adventiste de Yaoundé Nlongkak, qu'il a pu être inscrit en classe de sixième après avoir réussi le concours d'entrée en sixième. Arrivée dans ce contexte, lors de sa première année ; Thomas constate un changement. Une différence dans le cadre scolaire où il effectue ses études, et traverse certaines difficultés.

#### **5.1.1.3. Samuel**

Samuel est un jeune garçon âgé de 14 ans issu d'une famille monogamique, catholique. Son papa est comptable de profession et sa mère est employeur indépendante. Samuel devient sourd à l'âge de huit ans. À cette époque il vivait avec sa grand-mère. Sa surdité elle a été causé par un paludisme le mal soigné. Il avait été conduit à l'hôpital et le médecin avait diagnostiqué du palu ; dans l'optique maintenant de l'administrer un traitement on l'avait injecté Samuel au niveau de sa fesse. Il est rentré avec sa grand-mère il avait mal à la tête, elle bourdonner en fait. Il s'est couché et à son réveil il n'entendait plus rien. Il a été interpellé par son oncle, qui a crié

son nom et le petit n'entendait pas et il est là reçu une grande gifle venant de son oncle qui était en colère.

Lors de la survenue de sa surdité, Samuel était en classe de cours élémentaire niveau I (CEI). Premièrement, face à cette situation à l'âge de huit ans il va connaître plusieurs situations de difficultés dans son parcours scolaire, liées à sa surdité. L'année scolaire qui a suivi Samuel a été inscrit à la section d'initiation au langage (SIL). Il sera obligé de recommencer son parcours scolaire à l'école spécialisée.

#### **5.1.1.4. Vannelle**

Vannelle est une jeune petite fille âgée de 13 ans. Elle est issue d'une famille polygamique, et d'obédience musulmane. Du côté de sa mère Vannelle est la deuxième née suivit d'un petit frère. Et elle a d'autres frères consanguins qui sont au nombre de deux. Elle connaît son handicap depuis la classe de sixième, après avoir reçu deux bonnes doses et des vaccins contre la méningite. Dès lors, elle va connaître des difficultés telles que le redoublement, puisqu'il faut qu'elle rentre dans un centre spécialisé pour pouvoir apprendre la langue des signes.

## **5.2 Analyse des résultats au cas par cas**

Dans cette partie de notre étude, nous ferons une analyse de nos résultats à partir des données recueillies. Pour y parvenir, la structuration thématique de cette analyse respectera celle de notre Guide d'entretien.

### **5.2.1. Cas de Anaïs**

Notre entretien avec Anaïs s'est déroulé après son contrôle de routine. Lors de cette rencontre nous découvrons une personne jeune dynamique, souriante et sociable chaleureuse, un climat de confiance et de coopération s'est installé, le discours de participante était chargé d'émotion et de moral tout au cours de l'entretien.

#### **- Vécu avant la surdité**

À propos des informations liées à sa représentation, Anaïs nous dit qu'elle avait un rapport plus ou moins bon avec ses pairs, sa famille et la perception de son corps était semblable à celle des personnes dites normales. Elle ne se voyait belle, son estime d'elle-même était dans la moyenne. Elle nous dit : *« Je dirais que ma vie avant la surdité, j'étais pleine de vie, je débordais d'énergie et pas une santé très forte, toutefois j'étais pleine de vie. »*

Ce qui montre que la représentation de soi chez Anaïs est perceptible (Aa1+). Concernant le vécu quotidien, Anaïs vivait normalement avec une vie rangée et comblée entre

travail, conjoint et enfant, pour elle c'était le bonheur espéré. Elle souligne : « *Comme tout autre jeune de mon âge, j'avais des rêves, des aspirations professionnelles, bref c'était une vie bien remplie, je souhaitais. J'ai eu une petite enfance épanouie, des amis, et ma famille.* » Tout comme la représentation de soi, le vécu est autant perceptible chez Anaïs (Aa2<sup>+</sup>)

### **Vécu lié à l'annonce de la surdité**

#### *- Contexte de l'annonce*

L'annonce d'un diagnostic grave est un événement traumatique, au sens où c'est un événement de la vie qui se caractérise par sa violence et son intensité, tout en entraînant des bouleversements chez la personne concernée et son entourage, cela ne fût peut-être pas perceptible directement chez Anaïs, mais dans l'entourage si, d'où elle affirme : « *Par la suite après une panoplie d'examen le médecin vint avec son résultat, des différents diagnostiques. À voir la tête de mes parents ce n'était pas la joie. Il en découlait que j'ai perdu presque mon audition et que cet état se dégradera encore plus.* » Mais plus le temps passait, plus cela était perceptible « *Réellement, je n'avais pas encore perçus la gravité des choses (rire...).* Dans ma tête c'était juste un mal qui aurait une solution, comme toutes les maladies qu'on a lorsque l'on va à l'hôpital. Comme je l'ai dit avant je ne percevais pas encore la gravité des choses. » Le verbatim ci-dessus démontre que le vécu lié à l'annonce a créé un effet de surprise qui vient bouleverser l'équilibre psychique chez Anaïs. Ce qui montre que le contexte de l'annonce est perceptif (Ab3<sup>+</sup>).

#### *- Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce*

En ce qui concerne ses réactions, nous ne pouvons dire que l'intensité du choc chez cette participante était grande, dès lors qu'elle nous dit ne pas avoir réagi négativement « *Oui, ce fut une période très difficile. Mais bon je me lance. J'avais à cette période l'âge de 05 ans. Un matin je me suis réveillée, j'avais mal à la tête. Des médicaments m'ont été donnés par maman ce matin là. je suis allée à l'école. La migraine avait baissé. Mais sur le long terme ce mal venait et partais de temps à autre. Mais j'avais n'ayant un bruit strident oreilles. Je percevais à peine les sons environnants, sauf que je n'avais pas signalé. Quelques jours plus tard, je me suis réveiller je n'écoutais absolument rien un matin.* ». Cependant dans le sens où elle n'a pas eu de réactions de tristesse, de colère ou de panique sur le coup. Elle a plutôt adopté une attitude positive, « *Dans ma tête c'était juste un mal qui aurait une solution, comme toutes les maladies qu'on a lorsque l'on va à l'hôpital. Comme je l'ai dit avant je ne percevais pas encore la gravité des choses.* » Ces sentiments sont plus ou moins perceptifs. (Ab4<sup>±</sup>).

## a) Vécu après la surdité

### - *Vécu quotidien*

Dans sa routine, Anaïs nous affirme que les changements que la surdité a créés des bouleversements ; ne pouvant plus communiquer normalement, se replier sur elle-même. (Ac5+) Anaïs a souligné que la surdité a eu des répercussions négatives sur sa vie la maladie fut un obstacle de taille au maintien de celle-ci. « *Compliqué sur plusieurs niveaux. Notamment sur le plan scolaire, avec amies, la famille, ce n'était pas pareil qu'avant. Tout semblait se dégrader autour de moi, tout comme ma surdité. Pareil au niveau scolaire* » Cependant les répercussions n'étaient pas totalement négative car elle affirme : « *c'est au niveau familial que les rapports ont plutôt changé, mais en bien.* » De ce fait, Anaïs a non seulement dû affronter seule sa surdité de prime à bord, mais il y a eu le soutien indéfectible de sa famille.

Toutefois, après l'acquisition de sa surdité, Anaïs se sentait différentes de celle qu'elle était avant sa surdité, sur ce elle affirme : « *Un grand faussé a surgi dans ma vie, je me sentais diminuée mes amis se sont éloignés peu à peu* ». Elle avait l'impression que son corps a changée, mais elle a fini par accepter cette nouvelle image qu'elle considère de positive. Elle traduit cela en ces termes : « *J'étais certes dans ma bulle, mais je me suis rendu compte qu'autant je souffrais ma famille aussi.* » (Ac6+). Nous dénotons aussi une action orientée vers la situation dans le but de résoudre cela « *J'ai donc décidé d'accepter ma condition. Vous savez cette situation est désavantageuse, mais j'ai décidé de faire de ma surdité une arme pour lutter contre les difficultés auxquelles je fais face.* » (Be16+).

### - *Le regard des autres*

Quant aux regards des autres, était accablant, discriminatoire, d'où « *Je devenais un peu plus solitaire, je me cloitrais dans ma bulle, j'étais toujours dans mon coin. Les discussions étaient à peine fluides. Car il me fallait un moyen pour me faire comprendre et entendre par tous. De même avec mes amis du moins, pour ceux qui sont restés. Car pour beaucoup je n'étais pas fréquentable. Beaucoup me huaient. J'étais le sujet de beaucoup de moqueries.* ». (Ac7±). N'ayant moins, elle le prend plutôt bien, gère la situation, avec le soutien des pairs, la famille « *J'ai donc décidé d'accepter ma condition. Vous savez cette situation est désavantageuse, mais j'ai décidé de faire de ma surdité une arme pour lutter contre les difficultés auxquelles je fais face. Ma famille était aussi d'un grand apport, notamment les parents et mes frères et ma sœur. Mes études aussi j'ai décidé de me remettre à fond. Mes ami(e)s aussi dans le cadre scolaire que je me suis fait à ESEDA et CSA Nlongkak* ». (Ac8+)

## - Mobilisation des ressources internes

Dès l'annonce du diagnostic, le mécanisme de défense qui a été élaboré par Anaïs était le déni, qui était un refus d'accepter cette situation : « *Pour être claire, je vais d'abord insister sur certains aspects, je suis forte à la base, positive et très déterminé, les seules fois où je n'étais moi c'était pendant cette période sombre de ma vie. J'avais du mal à accepter, surtout ma condition.* » (Bd9+). Et le clivage. Elle dit : « *Je devenais un peu plus solitaire, je me cloitrais dans ma bulle, j'étais toujours dans mon coin* ». (Bd10+)

Pour ce qui est de l'intellectualisation, il ressort du discours d'Anaïs : « *Je me suis mis à la lecture d'abord afin d'être cultivé, d'avoir des performances scolaires hors du commun pour montrer à guignols que même avec une surdité on peut être au-dessus de la personne qui est normale* ». (Bd11+) Elle a tout fait pour être au-dessus du trauma et ses détracteurs.

Concernant le processus de mentalisation, qui suppose une phase d'élaboration qui passe par la mise en sens du vécu traumatique et le processus d'historicisation, s'agissant de conférer un sens à la blessure, Anaïs affirme : « *Mais bon j'ai décidé d'être au-dessus de tout. J'ai finalement accepté de commencer à m'y mettre à la langue des signes, maman et papa bref toute la famille s'y est mise pour faciliter les échanges et une communication plus fluide et aisée entre nous les membres de la famille.* » (Bd14+). À la suite Anaïs essaie de relativiser la situation tout en retenant le bon côté de la chose. Avec le temps, elle pouvait parler et réagir avec humour aux attaques portées sur de sa situation. Elle s'exprime en ces mots : « *Lorsqu'ils se moquaient de moi je faisais mine d'observer et d'écouter, puis à la fin j'envoyais une balle en fonction du contexte (rire...)* » (Bd12+). De ce fait, elle considère que son attitude positive et sa force de caractère lui ont permis de mieux faire face à la surdité, voire de l'accepter, puisqu'elle souhaitait survivre malgré ce à quoi à elle a traversé et qui viendra.

Nous arrivons aux relations interpersonnelles où Anaïs nous affirme que les membres de son entourage familial, ses pairs, camarades et enseignants se sont senti concerné par sa surdité et lui ont apporté tout le soutien nécessaire. Concernant les amis, les voisins, les camarades, ses semblables sourds, et le corps médical, Anaïs nous dit : « *J'ai finalement accepté de commencer à m'y mettre à la langue des signes, maman et papa bref toute la famille s'y est mise pour faciliter les échanges et une communication plus fluide et aisée entre nous les membres de la famille. À l'école mes amis étaient pareille que moi, du coup une intégration social ou scolaire n'était vraiment pas compliqué.* » (Be11+)

Comme facteur de protection prédominant que nous avons relevé dans le discours d'Anaïs, nous pouvons citer la foi en Dieu qui a permis de traverser l'épreuve de la maladie et

de vivre une certaine sérénité à la suite de l'avenue de la surdité. « *Ma plus grande fierté, je dirais le Seigneur m'a donné un quotient intellectuel bon, au-dessus de la normale, je suis belle, je n'ai vraiment rien à envier aux autres* ». (Be15+)

#### - **Mobilisation des stratégies de coping**

Comme stratégies de coping nous avons relevé des stratégies orientés vers le désengagement tout d'abord au travers des émotions déplaisantes, de la distanciation et l'évitement : « *Je devenais un peu plus solitaire, je me cloitrais dans ma bulle, j'étais toujours dans mon coin. Les discussions étaient à peine fluides. Car il me fallait un moyen pour me faire comprendre et entendre par tous.* » Néanmoins nous avons dénoté un sentiment d'acceptation des responsabilités, de la nouvelle situation. À cet effet Anaïs dit : « *J'étais certes dans ma bulle, mais je me suis rendu compte qu'autant je souffrais ma famille aussi. J'ai donc décidé d'accepter ma condition* » (Be16+)

En analysant les éléments du discours d'Anaïs, nous constatons que cette dernière est bien renseignée par la surdité et les répercussions, qu'elle a sur la qualité de vie de la personne. Néanmoins, nous pouvons noter que la survenue de la surdité a engendré un traumatisme marqué par des réactions négatives qui conduit à la mise en place des mécanismes de défense et le l'apport des tuteurs de résilience qui justifierait la nécessité à vaincre l'adversité. Consciente du changement provoqué par cette maladie et ces traitements, Anaïs demeure confiante et motivée quant à son avenir : « *Et je compte atteindre et réaliser mes rêves.* » Elle a de grands projets de vie et envisage même de profiter de la vie tant qu'elle est en vie, de bien faire les choses en profitant de son entourage familial et amical qui l'ont soutenu tout au long de son parcours.

#### **5.2.2. Cas de Thomas**

##### - ***Représentation de soi***

En ce qui concerne la représentation que Samuel se fait de lui-même, il s'exprime en ces termes : « *j'étais un enfant comme tous les autres, j'écoutais parfaitement, je jouais, j'avais des ami(e)s. j'étais un petit garçon épanoui.* » (Aa1+) La représentation est perceptive et on note une bonne estime de soi et un sentiment d'autosuffisance qui se dégage de Thomas en lien avec son discours.

##### - **Vécu avant la surdité**

À propos des informations liées à sa représentation, Thomas nous dit qu'il avait un rapport plus ou moins bon avec ses pairs, sa famille et la perception de son corps était semblable

à celle des personnes dites normales : « *j'étais un enfant comme tous les autres, j'écoutais parfaitement, je jouais, j'avais des ami(e)s. j'étais un petit garçon épanoui.* ». Tout comme la représentation de soi, le vécu est autant perceptible chez Thomas (Aa2<sup>+</sup>)

### - **Vécu quotidien**

#### **Vécu lié à l'annonce de la surdité**

##### - *Contexte de l'annonce*

En effet, Thomas nous fait comprendre que compte tenu de son âge développemental, ses souvenirs restent approximatifs. Mais n'ayant moins il a une idée de ce qui se passait vu qu'il était un acteur majeur pendant, cette période de trouble et bouleversement : « *Les souvenirs, ils sont un peu vagues, car tu sais bien comme moi que de pareil scénario surtout à cet âge on ne saurait se rappeler avec de parfaits détails.* ». Cependant, il nous raconte qu'il a très mal vécu l'annonce de sa surdité, plus important encore l'annonce du fiât qu'il n'ira pas en cours à cause de sa surdité. Chose qu'il voulait le plus, il exprime cela en ces propos : « *Comme je disais tantôt j'ai perçu cela quand la rentrée scolaire était en approche. Les parents ont jugé bon que ce ne fût pas nécessaire que je commence les classes avec mon handicap ou ma surdité pour être précis. Je n'en revenais pas ce qui est certain je ne voulais rien entendre venant de qui que ce soit je pleurais non-stop.* ». Décivant ainsi comme un moment effroyable, un choc et une situation qui était de l'ordre de l'impensable et de l'inacceptable. (Ab3+) Le choc que reçoit Samuel semble plus intense lorsqu'il est conscient de sa surdité et se rend compte des répercussions sur sa vie qui crée une

##### - Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce de la surdité

L'annonce d'un diagnostic aussi lourd après une période d'ignorance pour un individu entrevoir des réactions et les émotions négatives face à la nouvelle situation. Ceci ressort des propos de Thomas : « *Le caractère naïf et d'enfant que j'avais me protégeais, je ne percevais vraiment pas ce que je traversais, mais maman était triste, des fois elle pleurait. Je savais dans mon fort profond que c'est une situation qui s'arrangerait. Mais à certain moment j'ai réellement pris conscience de ma situation.* » (Ab4+). Le déni, la fuite, le rejet, repli sur soi y sont perceptibles, dans lequel : « *À un moment donné je me disais qu'il ne m'aime pas. J'avais une sensation de rejet. Du coup quand il rentrait du boulot, j'allais me coucher.* » (Bd8+), (Bd9+).

## Vécu après la surdité

### - *Vécu quotidien*

Face à cette nouvelle situation la vie reprend son cours mais chez certains individus cela devient plus difficile. Il relève : « *Trop de persécution, ils sont de plusieurs ordres. D'abord mes amis m'ont mis de côté, amis d'enfance bien sûr j'étais seul abandonné à moi. Pendant ces trois ans après ma surdité acquise il faut avouer que mes rapports sur le plan social avaient largement diminué. Au quartier c'était du rejet. Pour plusieurs, maman au quartier celles de mes amis, c'était que j'étais un enfant sorcier, que je pourrais aussi faire en sorte que leurs enfants soient comme moi.* » (Ac5<sup>±</sup>),(Ac7+).

### - *Représentation de soi et ressenti face à la nouvelle condition de son corps*

Thomas semblait rejeter la faute à sa surdité aux autres y compris ses parents : « *À la fin du traitement, j'avais des bourdonnements aux oreilles et du jour au lendemain je n'écoutais plus rien. Chose qui n'a pas été digéré facilement par maman, y compris moi actuellement. Car pour elle, les sorciers m'avaient bouchés les oreilles pour que je n'écoute plus certaines choses.* » (Ac6<sup>±</sup>)

### - *Le regard des autres*

La société a parfois des appréhensions en ce qui concerne ce qui arrive à, un individu. Y compris des préjugés en rapport avec le handicap qu'il taxe encore de fatalité. Et quand on entend déficience auditive ou surdité, du coup on s'attend à une chirurgie vu que beaucoup savent que c'est la seule solution et on ne peut pas y échapper. La difficulté réside souvent au niveau de la conciliation entre l'image de soi avant et la perception du nouveau corps, dépourvu d'ouïe. Thomas à cet effet en dehors son handicap, dû faire face au regard d'autrui. Il exprime cela au travers des propos suivant : « *Trop de persécution, ils sont de plusieurs ordres. D'abord mes amis m'ont mis de côté, amis d'enfance bien sûr j'étais seul abandonné à moi. Pendant ces trois ans après ma surdité acquise il faut avouer que mes rapports sur le plan social avaient largement diminué. Au quartier c'était du rejet. Pour plusieurs, maman au quartier celles de mes amis, c'était que j'étais un enfant sorcier, que je pourrais aussi faire en sorte que leurs enfants soient comme moi.* » (Ac8+)

### - **Mobilisations des ressources internes**

La conciliation entre le traumatisme de la perte d'audition et la mobilisation de certaines ressources pour faire le juste milieu entre la réalité avec on contraste quotidiennement sujet à de l'adversité incite à mobiliser certaines ressources. Thomas quant à lui chez ce dernier nous

avons relevé du déni : « *Je ne me reconnaissais pas qui j'étais quand j'y repense tout compte fait.* » (Bd9+) et de l'isolation : « *J'avais une sensation de rejet. Du coup quand il rentrait du boulot, j'allais me coucher.* » (Bd10+). D'autres part Thomas en dépit de son caractère fermé, s'est lancé dans des initiatives plus sociables en remuant ses méninges, il s'est cultivé, informé si sa condition cela est plus perceptible dans les propos suivants : « *Le fait de lire sur le sujet m'a beaucoup aidé, je me suis rapproché des groupes et association œuvrant dans le handicap. Chercher comment d'autres ont fait pour vivre cette situation.* » Bd11+).

#### - **Mobilisations des ressources externes**

Au regard de toute cette adversité que Thomas a traversé, il entre dans une inadaptation scolaire pendant une courte période. Néanmoins il est soutenu par ses pairs, les enseignants et l'administration y compris les parents. Thomas mentionne, que sa famille a été d'un grand soutien pour lui. Il évoque aussi le soutien de certaines personnes qui sont hors du cadre de la famille. Cela est perceptibles par ces propos : « *J'ai des amis qui m'aiment qui sont toujours là pour moi, j'ai des camarades pareils que moi et d'autres qui sont entendants. J'ai ma famille qui me soutient dans tout* ». (Be14+). Il tient aussi une détermination en rapport direct avec son amour pour sa foi : « *Et il faut avoir foi en Dieu car il est vraiment le seul, un soutien incommensurable quand on est au bord de la dépression* » (Be15+).

#### - **Mobilisation des stratégies de coping**

Comme stratégies de coping nous avons relevé des stratégies orientés vers le désengagement tout d'abord au travers des émotions déplaisantes, de la distanciation et l'évitement pour Thomas il faisait montre de comme si rien ne s'était passé malgré la tristesse qu'il percevait chez ses parents d'où il affirme : « *Le caractère naïf et d'enfant que j'avais me protégeais, je ne percevais vraiment pas ce que je traversais, mais maman était triste, des fois elle pleurait. Je savais dans mon fort profond que c'est une situation qui s'arrangerait.*» Néanmoins nous avons dénoté un sentiment d'acceptation des responsabilités, de la nouvelle situation. À cet effet Thomas dit : « *Mais à certain moment j'ai réellement pris conscience de ma situation.* » (Be16+)

### **5.2.3. Le cas de Samuel**

#### - **Vécu avant la surdité**

#### - *Représentation de soi*

Avant l'acquisition de sa surdité, Samuel était un enfant, plein de vie, débordais d'énergie comme tous les enfants, s'exprimais normalement et était entendant. De façon

générale, il était bien portant. Ceci ressort de son discours : « *j'étais comme les autres je marchais, je jouais, me baladais, je criais, je parlais comme les autres et maintenant je ne peux plus faire ce que je faisais, sans complexe comme avant. Le pire c'est que je n'entends plus* » (Aa1<sup>+</sup>). De ces propos, on dénote des marques de regret, de la nostalgie, vis-à-vis de l'une des choses les plus importantes qu'il a perdu selon ses appréhensions.

- *Vécu quotidien*

Concernant le vécu quotidien, Samuel vivait normalement mais sa relation familiale l'empêchait de s'épanouir, comme c'était avant. Sa situation qui a surgit l'a changé considérablement. C'est perceptible dans le verbatim suivant : « *c'était dure hein vraiment. Tu te rends même compte qu'à une époque je fuyais tout contact encore avec l'hôpital, mes parents, mes frère. En gros je ne voulais sentir personne à côté de moi. Sur Yaoundé c'était encore plus pénible. C'est un vrai parcours du combattant.* » (Aa2-)

Ces verbatim démontrent que le vécu avant la déficience est plus perceptible chez Samuel surtout au niveau de la représentation de soi alors que sa relation est moins perceptive car ce participant a vécu des situations difficiles, embarrassantes vis-à-vis de sa famille.

- **Vécu lié à l'annonce de la surdité**

- *Contexte de l'annonce*

Devenir une personne en situation de handicap quand tout au long de notre processus de socialisation nous nous sommes construits des images propres, des rapports avec des individus, un lien fort avec les membres de sa famille, peut entraîner un choc qui est ressenti sur soi et qui bouleverse l'équilibre psychique, notamment lorsque la surdité surgit de nulle part d'une façon inopinée. En ce qui concerne, le contexte et circonstance de l'annonce de sa surdité Samuel, précise que : « *Un jour mon oncle m'a appelé j'ai compris. Ce dernier était d'abord irritable facilement, sans le savoir je reçu une grosse claque, puis des coup. En gros il m'a violenté. Suis allé me coucher, peu après je me suis réveillé. (pleure... petit silence) Je n'entendais plus rien.* » Il ajoute en disant étant dans un état de choc que : « *J'étais coupé de tout, de tout ce qui était autours de moi, pourtant j'étais présent. En gros on ne m'a pas annoncé cela je l'ai su de moi-même, tandis que le reste de la famille cherchais à comprendre ce qui ne va pas* » (Ab3+) L'annonce du diagnostic s'est faite de façon péremptoire, sans diagnostic d'un spécialiste, car nous avons un fait saillant.

- *Réactions et Sentiments éprouvés à l'annonce*

Face à un pareil fait, où l'on est à la fois protagoniste et acteur, Samuel était mieux placé pour exprimer son ressenti, la vague d'émotions dont il était sujet. D'où les propos suivants : « *J'en voulais grave à ce droguer qui agit frappé sur moi.* » (Ab4+). On dénote n'ayant moins un peu de sarcasme et d'ironie chez ce participant lors de l'expression de son récit mais aussi de l'humour : « *Attendez monsieur (rire...) Vous savez d'abord comment j'ai su qu'il y'a un problème ? (...) J'aime grave la nourriture, du coup quand on servait, même dans le sommeil quand j'entends le bruit de la marmite, j'étais debout.* ». (Bd12+)

- **Vécu après la surdité**

- *Vécu quotidien*

À cheval entre le trouble de l'image du corps (dont il sera question de se réapproprier son nouveau corps) sous l'emprise d'un mal pas visible, répercussions sur la santé physique et psychologique à la suite de la surdité, le retour en contexte scolaire et le milieu de vie ambiant n'a pas été facile pour Samuel qui ne voulait que personne ne sache ce par quoi il serait passé faisant tout pour dissimuler. Il affirme : « *Au tout début je me cachais hein, même si on ne pouvait parfois pas s'en douter je pensais que j'étais exposé et j'avais honte. En classe j'ai tout fait pour être discret, mais je n'ai pas pu garder secret ma situation, les camarades autour de moi ont su et tout le monde se posait des questions. Je l'ai mal vécu, j'ai même pensé aller arrêter d'aller en classe. J'étais sujet à plusieurs moqueries, railleries, des camarades qui criaient près de mon oreille en se moquant de moi, genre je n'entends pas (triste...).* » (Ac5+)

- *Représentation de soi et ressenti face à la nouvelle condition de son corps*

Transitant une mauvaise période, et tout ce qui adviendrait, Samuel vécu ma la chose, notamment sa perception du corps, et remettait en question la qualité de ses communications. À cet effet il nous rapporte ceci : « *Je compris à l'instant que le pire est arrivé. Je pouvais plus entendre, j'avais juste mon nez pour détecter les odeurs (rire... mais triste). J'ai compris en fait que les choses ont changé que je suis plus moi. Comment je ferai maintenant, pour écouter, pour communiquer ?* » (Ac6<sup>±</sup>)

Les personnes en situation du handicap surtout les personnes atteintes de surdités très souvent croient que la perte d'un membre entraîne toujours une rupture des projets. La perte d'audition, certes les laisse héritier d'un corps incomplet et diminué qui ne peut rien écouter comme sons ou messages. Mais la découverte de certaines habiletés induit une certaine capacité d'appréciation de soi et des autres de manière positive (Ac7+). Samuel nous révèle cela à travers ses verbatim : « *cette condition m'a montré certaines choses, beaucoup de choses. Déjà j'ai pu voir le vrai visage de certaines personnes, les mères sorcières du quartier (rire...).* Et aussi je

*fais beaucoup plus attention à qui m'approche et à qui j'adresse la parole. Et je suis bien plus fort grâce à ma surdité j'ai un mental costaud. J'ai beaucoup de projets en cours et en attente, j'en ai plein dans ma tête, je veux être chef d'entreprise. »*

- *Le regard des autres*

D'après toutes ces adversités, qui sont liés à son environnement, ce fut très difficile pour lui. Il va entrer dans une inadaptation, il va se replier sur lui. : « *Au tout début je me cachais hein, même si on ne pouvait parfois pas s'en douter je pensais que j'étais exposé et j'avais honte. En classe j'ai tout fait pour être discret...* ». Mais avec le temps passé, il devint indifférente à cela : (Ac8+)

- **Mobilisations des ressources internes**

Comme mécanisme de défense, il ressort du discours de Samuel, les mécanismes tels que le déni, l'humour, la mentalisation et bien d'autres. Concernant le mécanisme de l'humour, il ressort : « *J'ai changé beaucoup. Ayant accusé du retard dans mes études, je me suis remis à fond pour pouvoir réussir dans la vie. Je compte être un homme influent peu importe ma surdité. Afin d'être autonome, mon boss et ne dépendre de personne. Je ne voudrais pas écouter les gens, je veux qu'on m'écoute lorsque je parle. J'ai perdu l'audition, pas ma capacité à parler (humour et rire)* » (Bd12+). Pendant sa surdité et actuellement toujours, il a connu bon nombre d'évènements douloureux notamment discrimination, stigmatisation, rejet. Avec ces successions d'évènements négatifs, son psychisme a du mal à supporter, à cet effet l'indifférence et l'humour est utilisé afin de lui procurer un bienfait chaque fois qu'il doit faire face à ce qui lui arrive.

Nous avons la mentalisation : « *Cette condition m'a montré certaines choses, beaucoup de choses. Déjà j'ai pu voir le vrai visage de certaines personnes, les mères sorcières du quartier (rire...).* Et aussi je fais beaucoup plus attention à qui m'approche et à qui j'adresse la parole. Et je suis bien plus fort grâce à ma surdité j'ai un mental costaud. J'ai beaucoup de projets en cours et en attente, j'en ai plein dans ma tête, je veux être chef d'entreprise. » (Bd13+)

- **Mobilisation des ressources externes**

Samuel puise sa détermination, son abdication et sa force dans sa foi, l'éducation chrétienne dont il est sujet : « *Il y a Dieu et ma famille, je devais me battre au même titre. En fait, j'ai compris que je pourrais avoir pire, et sans Dieu tu ne serais pas en train de me parler là. Et en bonne santé entendant, il m'a protégé de tous ceux qui voulaient mon mal, y compris moi-même. J'ai changé de caractère, et j'ai développé sincèrement certaines facultés, surtout*

*mon observation et la lecture sur les lèvres. » (Be15+), (Be16+). Ainsi que dans la famille, les pairs, les camarades, les enseignants qui l'ont beaucoup soutenu et qui continuent toujours : « Je n'ai eu aucun problème. Vraiment, sur le département d'oncologie, elles sont géniales, elles sont vraiment gentilles. Tu te sens toujours importante quand tu arrives. Mon chirurgien-oncologue, si j'avais quelque chose, j'appelais et il me rappelait dans la journée souvent. Il y avait aussi une infirmière qui m'a été de bon soutien, jusqu'aujourd'hui on a gardé le contact, elle est une bonne amie. » (Be14+)*

#### **- Mobilisation des stratégies de coping**

Samuel pour ce qui est de son ressort a mobilisé des stratégies de coping centré sur le problème tout comme les émotions. Nous avons relevé des stratégies orientés vers le désengagement tout d'abord au travers des émotions déplaisantes, de la distanciation et l'évitement pour Thomas il faisait montre de comme si rien ne s'était passé malgré la tristesse qu'il percevait chez ses parents d'où il affirme : « *Je l'ai mal vécu, j'ai même pensé aller arrêter d'aller en classe. J'étais sujet à plusieurs moqueries, railleries, des camarades qui criaient près de mon oreille en se moquant de moi, genre je n'entends pas (triste...).* » Néanmoins nous avons dénoté un sentiment de réévaluation positive et de résolution des problèmes en proie à la nouvelle situation. À cet effet Samuel dit : « *Je compte être un homme influent peu importe ma surdité. Afin d'être autonome, mon boss et ne dépendre de personne. Je ne voudrais pas écouter les gens, je veux qu'on m'écoute lorsque je parle. J'ai perdu l'audition, pas ma capacité à parler (humour et rire)*» (Be16+).

#### **5.2.4. Le cas de Vanelle**

- **Vécu avant la surdité**
- *Représentation de soi*

Avant l'acquisition de sa surdité, Vanelle avait une perception de son corps, tel que tout individu normalement constitué se représente. De façon générale, elle était bien portante, avec une santé de fer avec une sociabilité et dans une cohésion familiale. Ceci ressort de son discours : « *J'étais une personne bien portante avec, une santé de fer, j'avais tous mes membres, mes sens. Je crois que n'avais aucun problème. Comme tout enfant, je m'amusais aussi, j'étais proche de mes frères, sœurs et cousines.*» (Aa1<sup>+</sup>). La qualité de vie était parfaite, un quotidien bien programmé.

- *Vécu quotidien*

Il y'avait pas d'ennuis sinon du mouvement dans son quotidien, on dénote des marques et sentiment d'amour et d'affection entre les membres de la famille. Vanelle affirme : « *Mon quotidien était réglé, s'il faut le dire ainsi, j'allais à l'école où je passais la plus grande partie de mon temps avec mes amies, et mes sœurs. Je rentrais, notre retour nous nous mettions aux travaux ménagers, et aidions maman à faire la cuisine à la fin nous mangions ensemble, puis en famille un peu plus tard au retour de papa.* » (Aa2+). Ces verbatim démontrent que le vécu avant la déficience est plus perceptible chez Samuel surtout au niveau de la représentation de soi alors que sa relation est moins perceptible car ce participant a vécu des situations difficiles, embarrassantes vis-à-vis de sa famille.

- **Vécu lié à l'annonce de la surdité**

- *Contexte de l'annonce*

L'annonce d'une maladie est une situation très récurrente et difficile à gérer. D'autant plus qu'on quitte de la catégorie des personnes graciées pour celles des personnes en difficultés, tels que nous le percevons précisément dans notre contexte. Ce changement de personne dite « normale » à personne en situation de handicap est un challenge important, notamment quand il s'agit de l'annonce. Nous pouvons relever cela dans le verbatim de Vanelle : « *J'ai passé plusieurs semaines à l'hôpital, où j'ai subi des tests et des traitements pour tenter de sauver mon audition, mais malheureusement, il était trop tard. J'ai perdu l'ouïe de manière permanente. On m'a diagnostiqué une méningite. Les personnes qui récupèrent d'une méningite bactérienne peuvent également développer une forme de surdité connue sous le nom d'« otospongiose », qui est due à la formation d'une croissance osseuse anormale dans l'oreille.* » (Ab3+) L'annonce du diagnostic s'est faite de façon méthodique, au travers d'un diagnostic objectif d'un spécialiste.

- *Réactions et Sentiments éprouvés à l'annonce*

En ce qui concerne le sentiment, Vanelle fait face à un choc, dû au fait qu'elle était coupé de toutes réalités. Du moment où l'on prend conscience d'une réalité, l'on ne saurait se contenir face à situation. Vanelle fait face à certains sentiments au moment de l'annonce de sa surdité (Ab4+) : « *J'étais dans mon cœur en colère contre moi-même. Est-ce ma négligence qui m'a conduit à cette nouvelle condition ? Est-ce Allah qui me punit, est-ce de la sorcellerie ? (...) Honnêtement je voulais frapper le médecin ce jour (rire...). Désolé suis très souvent impulsive quand quelque chose me dégoûte. Et parfois j'ai des pensées tordues, je ne sais pas où*

*je prends ça Monsieur* ». On dénote n'ayant moins un peu de sarcasme et d'ironie chez ce participant (Bd12+)

- **Vécu après la surdité**

- *Vécu quotidien*

Savoir qu'on devient handicapé au moment où on s'y attend le moins rend le quotidien difficile. Chez Vanelle nous avons observé une difficulté de verbalisation sur surdité. Il affirme : « *La surdité a eu un impact énorme sur ma vie. J'ai dû stopper ma scolarité un moment. Pour mon épanouissement, Papa a dû demander être affecté sur Yaoundé. Ce qui a été refait. Maintenant je suis scolarisé ici au Collège.* » (Ac5+)

- *Représentation de soi et ressenti face à la nouvelle condition de son corps*

Face à cette contrainte Vanelle dans sa perception de corps son voit un obstacle notoire à son épanouissement et perçoit une rupture dans son continuum quotidien. À cet effet elle nous rapporte ceci : « *Cela a été très difficile pour moi, surtout au début, car je me sentais isolée et différente des autres enfants de mon âge* (Ac7+). N'ayant moins la découverte de certaines habiletés induit une certaine capacité d'appréciation de soi et des autres de manière positive *lisant sur les lèvres des gens. « J'ai dû réapprendre à communiquer avec les autres en utilisant la langue des signes et en lisant sur les lèvres. »* (Ac6+).

- *Le regard des autres*

Adversité quotidienne, stigmaté, sentiment d'infériorité son ceux par quoi les personne en situation de handicap font très souvent face, à ce propos elle affirme. : « *J'ai souvent été victime d'intimidation et de discrimination en raison de ma surdité, ce qui a eu un impact énorme sur ma confiance en moi. Je me sentais diminué ceci dans le cadre social, avec les enfants un peu plus grand* ». Mais avec le temps passé, il devint indifférente à cela : (Ac8+)

- **Mobilisations des ressources internes**

Nous devons souligner que pour rebondir face à une situation difficile, il est nécessaire de mobiliser certaines ressources internes et de mobilisation des ressources externes dont le vécu d'une situation handicapante lié au traumatisme. Nous observons cette mobilisation chez Vanelle après sa réinsertion dans le bon cadre. « *Malgré le fait que j'ai accusé un retard, parce que j'avais rapidement avancé sur le plan scolaire ; je me suis bien organisé, je me suis motivé à prendre le plus rapidement la langue des signes pour retourner à l'école. J'ai réussi en classe malgré ma peur pendant les compositions séquentielles à avoir de bonnes notes.* » (Bd11+).

Nous avons la mentalisation : « *Aujourd'hui, je suis fière de ma différence et je suis heureuse de pouvoir aider les autres à mieux comprendre ce que signifie être sourd et comment ils peuvent communiquer avec les personnes sourdes de manière efficace et respectueuse.* » (Bd13+)

#### - **Mobilisation des ressources externes**

Vanelle quant à elle trouve sa détermination, son abdication et sa force dans sa famille, elle dit à ce sujet : « *Ma famille est d'une grande aide, je dis Monsieur. Les membres sont là pour moi. Papa qui m'accompagne le matin à l'école en voiture, mais je rentre le soir avec des amis sourd sourds comme moi. Maman aussi qui me traite comme une princesse. Il faut avouer que mes parents ne font pas de différence entre nous les enfants, même comme je suis celle vers qui on porte beaucoup d'attention. Et mes autres frères et sœurs prennent plutôt bien la chose. Ils se sont même mis tous à l'apprentissage de la langue des signes. Et la communication est parfaite entre nous Monsieur.* » (Be14+) Ainsi que l'implication des pairs, les camarades, qui l'ont beaucoup soutenu et qui continuent toujours : « *Mes camarades aussi d'autres qui sont comme moi, se sont rendus compte que mes notes se sont beaucoup amélioré. Ils m'ont accepté avec mes peurs, y compris mes amis qui sont sourds. En gros ils m'ont accepté je me suis bien intégré parmi eux, on travail, on fait presse que tous ensemble, il ne me rejette plus, et voilà comment ma peur elle est finie et le désir de faire partie de cette classe est devenu pour moi une joie. Certes des fois je stresse et j'ai peur mais c'est occasionnellement.* » (Be14+) Nous relevons aussi un aspect en terme de foi qui a contribué à sa résilience « *Ma foi en Allah, j'ai relativisé ce que j'ai subi comme changement* ». (Be15+)

#### - **Mobilisation des stratégies de coping**

Notre participante à travers nos échanges, nous avons pu identifier des stratégies de coping centré sur le problème tout comme les émotions. Nous avons relevé des stratégies orientées vers émotions déplaisantes à ce propos, elle dit : « *Je me sentais diminué ceci dans le cadre social, avec les enfants un peu plus grands.* » qui ont revêtu un caractère un peu violent, mais qui ne fut pas manifeste en tant qu'action : « *Honnêtement je voulais frappé le médecin ce jour. (rire...) Désolé suis très souvent impulsive quand quelque chose me dégoute. Et parfois j'ai des pensées tordues, je ne sais pas où je prends ça Monsieur* ». Nous avons néanmoins noté un sentiment de confrontation de la situation chez Vanelle, un effort prépondérant malgré son clivage à rebondir en menant une action directe pour résoudre le problème de communication d'abord d'où elle affirme : « *J'ai dû réapprendre à communiquer avec les autres en utilisant la langue des signes et en lisant sur les lèvres des gens.* » (Be16+).

## **5.3 Analyse des résultats au test de traumatisme**

### **5.3.1 Cas d'Anaïs**

Anaïs obtient un score minimum de 80 à l'échelle qui est étalonnée de 1, elle vit le moment de l'annonce de sa surdité avec de façon légère. Elle n'éprouve aucune difficulté à parler de ce qui lui est arrivée. Dès l'avènement de sa surdité, elle a des difficultés à saisir l'ampleur de sa situation, dont elle prend conscience au final. L'échelle permet de constater qu'elle est toujours d'aussi bonne humeur qu'avant, et s'en donne à cœur joie à réaliser les choses auxquelles elle se fixe à faire. Sa vision de la vie n'a pas changé ; au contraire elle ambitionne d'être un modèle pour ses semblables, d'avoir une carrière, d'être une femme avec des enfants, voyager, et profiter de sa famille, ainsi que ses enfants dont elle souhaiterait avoir à l'avenir.

### **5.3.2 Cas de Thomas**

En ce qui concerne Thomas, il obtient un score 94 à l'échelle. Score qui révèle ses réactions au moment de l'annonce de sa surdité ; où il ressent une forte frayeur qui lui projette dans un état de refus car il refuse d'accepter la situation. À cet effet la conviction de ça ne peut être accompagnée de manifestations physiques (fuite, isolement, résignation, colère...) Thomas se sent frustré et impuissant à cet instant. Il est évident que nul ne supporterait les changements de sa vie, ce qui peut être constaté à travers les réponses de l'échelle I (items 6 et 7), ainsi qu'un fort sentiment de culpabilité à l'égard de ses parents d'humiliation sans ressentir pour autant le sentiment de baisse d'estime de soi. Sa qualité de vie, n'est plus la même depuis.

### **5.3.3 Cas de Samuel**

Il obtient un score de 77 à l'échelle qui révèle ses réactions au moment de l'annonce de sa surdité ; où elle ressent une forte colère et frayeur qui la projette dans un état second où son état d'esprit toute fois en mode stoïque, accompagné d'intense manifestation physique (pleurs, tristesse, silence, nausées...) Samuel se sent impuissant, diminué à cet instant. L'échelle rapporte une forte intensité de repli sur sa personne du sommeil avec une grande difficulté d'endormissement, de réveils nocturnes et de fatigue au réveil (items 1, 2, 5, 10), avec la manifestation de rêves ou cauchemars terrifiants ayant un rapport avec sa surdité. On note un fort évitement phobique des hôpitaux qui constituent le lieu de l'évènement (item 2, 7). Il devient alors plus méfiant, irritable et ne maîtrise plus ses nerfs comme avant car celle-ci déclare ne pas avoir de comportements agressifs quand elle répond aux items 14 et 15.

### 5.3.4 Cas de Vanelle

Quant à la Vanelle, elle obtient un score de 95 à l'échelle qui révèle ses réactions au moment de l'annonce de sa surdité ; au point d'en faire des cauchemars où elle ressent une forte douleur et frayeur qui la projette dans un état second où son état d'esprit psychique est bouleversé par la remonté dans son appareil psychique des sentiments refoulés. Vanelle se sent impuissante, diminué à cet instant. L'échelle rapporte une forte intensité de repli sur sa personne du sommeil avec une grande difficulté d'endormissement, de réveils nocturne et de fatigue au réveil (items 1, 2, 3, 5, 10), avec la manifestation de rêves ou cauchemars terrifiant ayant un rapport avec sa surdité aussi. On note un fort évitement phobique des hôpitaux qui constituent le lieu de l'évènement, où l'annonce du diagnostic fut fait (item 2, 7). Elle devient alors plus méfiante, susceptible dans le choix des personnes avec qui elle interagit et ne maîtrise plus ses nerfs comme avant car celle-ci déclare ne pas avoir de comportements agressifs quand elle répond aux items 15.

### 5.3.5. Présentation des résultats au test du traumatisme de Davidson

Participants	Anaïs	Thomas	Samuel	Vanelle
Degré du trauma (ETD)	Score : <b>80</b> État : Trauma important	Score : <b>94</b> État : Trauma important	Score : <b>77</b> État : Trauma important	Score : <b>95</b> État : Trauma important

**Tableau 4 : Résultats au test du traumatisme de Davidson**

## 5.4 Analyse transversale des entretiens

Elle nous permet de ressortir les ressemblances et les différences entre participantes de l'étude.

### 5.4.1. Le vécu avant la survenue de la surdité

Tous les participants adolescents de notre étude avant l'avenue de leur surdité avaient plus ou moins le même style de vie, une qualité de vie similaires bien que le quotidien n'était pas synchronisé de façon similaires. Ils avaient tous une vie bien rangée, comblée sans difficultés énormes. Ils vivaient paisiblement sans savoir qu'un jour leur vie basculerait du jour au lendemain suite à l'annonce inédit d'un évènement marquant, qui changerait le cours de leurs vies considérablement.

Concernant, leur représentation de soi, tous les sujets ont décrit avoir un rapport plus ou moins bon avec leur corps. Une parfaite harmonie dans la sphère famille. Et leur image

d'elle-même avant la maladie. Dans cette rubrique, l'objectif spécifique visé est celui des expériences de chaque participant avant la survenue de la surdité. L'analyse de ces informations des participants par rapport à ce thème a permis de dégager des faits saillants, comme la représentation du soi, le vécu avant la surdité. Parfois au cours de cette analyse, il arrivera de mentionner certaines phrases qui ressortent des faits saillants chez les personnes qui ont été soumises à notre guide d'entretien. Nous le confirmons avec Anaïs qui le traduit en ces termes : « *Je dirais que ma vie avant la surdité, j'étais pleine de vie, je débordais d'énergie et pas une santé très forte, toutefois j'étais pleine de vie. Comme tout autre jeune de mon âge, j'avais des rêves, des aspirations professionnelles, bref c'était une vie bien remplie, je souhaitais. J'ai eu une petite enfance épanouie, des amis, et ma famille.* »

#### **5.4.2. Vécu lié à l'annonce de la survenue de la surdité**

Dans le discours des participants s'orientant autour la découverte de la surdité et son annonce, il est possible de distinguer des parcours distincts en fonction des participantes. Tous nos participants n'avaient eu d'antécédents de pareils cas dans la famille. Néanmoins, la découverte de la surdité s'est effectuée en raison d'une maladie au préalable identifiée. En raison du fait que ce sont les participants eux-mêmes qui ont pris conscience d'une anomalie en ce qui concerne la qualité de l'audition. La période entre la confirmation ou l'information diagnostique du médecin et l'annonce de la surdité fut une période particulièrement éprouvante pour ces derniers et leurs parents, puisqu'ils étaient conscientes de l'éventualité d'être confrontées à une situation irréversible.

Indépendamment de leur âge, l'annonce de la surdité fut un véritable choc pour tous, qu'elles qualifient de « sorcellerie ». Au fond d'eux-mêmes, ils espéraient que leurs inquiétudes ou que ce mal soit une maladie comme les autres, qui serait soignée. Anaïs « *Que c'était une maladie qui passera.* » Leur réaction immédiate fut de se décaler de la réalité de façon précoce. Pour eux, l'annonce du diagnostic a suscité une réaction de panique, engendrée par la peur manifestée par le silence. Cette crainte fut particulièrement présente dans le discours d'Anaïs. Chez cette répondante, le choc fut très dur et difficile à accepter.

Anaïs nous dit : « *Silence...C'était très dur, très difficile même. Car au lieu de s'améliorer, la situation en fait se dégradait. J'entendais de moins en moins. Je consultais aussi un orthophoniste pour des contrôles et vérifier l'état d'avancement de ma situation de malentendant à une surdité complète.* »

Nous avons relevé que les participantes ont éprouvé le sentiment de tristesse, le sentiment de culpabilité, le sentiment de baisse d'estime et le sentiment de honte qui constitue

le vécu traumatique mais aussi un sentiment vif d'espoir n'ayant malheureusement pas atteint le souhait escompté.

### 5.4.3. Vécu après la survenue de la surdité

Lors des entretiens, les participants ont mentionné que la survenue de la surdité a apporté de nombreuses répercussions dans leur vie personnelle. Ces répercussions concernent, plus spécifiquement, leur santé physique avec la perte d'audition et tous les désagréments causés ; et la santé psychologique. Bien que les conséquences de la survenue de la surdité semblent plutôt négatives en ce qui concerne la santé physique des répondantes, il est intéressant de noter que la maladie a aussi eu un impact positif dans certains aspects de leur vie psychologique. Dans le même sens, les répondantes ont été en mesure d'aborder leur plus grande fierté dans ce qu'ils ont vécu, les éléments positifs liés à la maladie, ainsi que leur vision de l'avenir.

Certains participants ont identifié des retombées positives de leur expérience d'en rapport avec la surdité de « cadeau ». À ce sujet, ces quatre répondantes ont mentionné qu'ils étaient des personnes repliées. Et s'interrogeaient sur leurs devenirs compte tenue de la perte d'audition. L'arrivée de la maladie leur a donc permis de redéfinir leurs personnalité, pour nettement amélioré le futur. Ils relativisent désormais les situations et se concentrent sur les aspects positifs de la vie. C'est ce qui ressort des propos de Samuel qui affirme : « *Et je suis bien plus fort grâce à ma surdité j'ai un mental costaud. J'ai beaucoup de projets en cours et en attente, j'en ai plein dans ma tête, je veux être chef d'entreprise.* » De plus, avec la survenue de la surdité, nos participants jugent avoir évolué en tant que personnes. Certains et certaines d'entre eux avaient antérieurement tendance à prioriser les appréhensions d'autrui.

Les participants ont aussi mentionné relativement de la fierté à leurs égards. En sens que beaucoup ont survécu, et sont contents d'avoir outrepassé cette épreuve la tête haute, d'avoir manifesté des attitudes positives qu'ils ont adoptées tout au long de cette épreuve difficile. Certes, il aurait été plus simple pour ceux-ci de voir les aspects négatifs associés à la surdité, car elles sont d'avis qu'ils sont plus nombreux que les faits saillants positifs, mais ils ont choisi de regarder vers une option plus optimiste et de continuer à avancer. Et aussi, pour certaines cela leur a permis de nuancer, faire le tri et percevoir le vrai visage de certaines personnes qu'elles considéraient comme proches d'elles.

Anaïs nous dit : « *Ma plus grande fierté, je dirais le Seigneur m'a donné un quotient intellectuel bon, au-dessus de la normale, je suis belle, je n'ai vraiment rien à envier aux autres. Et je compte atteindre et réaliser mes rêves.* » En plus de se centrer davantage sur leurs parcours

y compris le moment présent et de ressentir de la fierté vis-à-vis leur parcours, ces participants ont souligné avoir découvert des forces, inhérentes à la surdité acquise.

De son côté, Samuel a réalisé à quel point il y avait des gens autour de lui qui tenaient à sa présence. Même s'il s'en doutait, il n'avait jamais perçu pleinement l'amour que ses proches lui portaient, ce que la surdité lui a permis de découvrir. *« Mais ma famille m'a beaucoup soutenu. Comme dans toutes les familles, il y a l'enfant préféré et dans ma famille, c'était mon cas. Aux yeux de ma mère on dirait qu'elle s'en voulait à cause de son petit frère du coup elle était là. D'autres frères et sœurs auraient pu me détester, comme dans d'autres familles où, on retrouve un enfant sourd. Mais ma famille, mes frères et sœurs étaient là pour moi. »*.

Dans leurs allocutions la majorité des participants, ont fait faces à des difficultés notoires liées à la surdité. Perdre sa surdité, sa faculté à pouvoir percevoir les sons fut le changement le plus difficile à accepter pour la majorité des répondantes. Vanelle à cet effet dit : *« La surdité a eu un impact énorme sur ma vie. J'ai dû stopper ma scolarité un moment. »* Ils ont tous recours des remaniements à en rapport avec leurs situation, afin de se réadapter, de rétablir le lien dans le continuum ambiant du milieu, dans lequel ils évoluent. Le fait commun à tous les participants fut d'apprendre la langue des signes. Facteurs très important pour rebondir et établir le contact avec le macrosystème. Vanelle dans ce sens dira : *« J'ai dû réapprendre à communiquer avec les autres en utilisant la langue des signes et en lisant sur les lèvres des gens. Cela a été très difficile pour moi, surtout au début, car je me sentais isolée et différente des autres enfants de mon âge. »* L'usage de la langue des signes par les participants a d'ailleurs facilité leur adaptation vis-à-vis de ce changement corporel. Malgré tout, ils vivent quotidiennement avec la peur du jugement d'autrui, qu'ils soient sourd.

On note donc que chez nos participantes que le vécu après la survenue de la surdité était difficile sur différents plans. On note également dans les débuts une mauvaise acceptation de leur nouvelle condition, la fuite et une appropriation lente de leurs vies mais qui avec le temps s'est atténué. Cependant, nous remarquons qu'à travers les entretiens de tout un chacun une même importance et valeur symbolique notoire vis-à-vis de l'ouïe. Ces représentations aussi importantes qu'elles soient, une fois confrontées à une agression extérieure, déclenchent chez les participants une manifestation de leurs mécanismes de défense dont le but est de faire.

Il semblait chez Samuel un rejet de la faute à sa surdité sur les autres, *« J'en voulais grave à ce drogué qui agit frappé sur moi »*; et le refus de s'avouer sa maladie et le changement de son corps, utilisant par là un déni total de sa surdité dans les premiers temps ne supportant

pas son invalidité à accomplir les mêmes tâches qu'avant, l'impression à se sentir inutile pour sa famille.

Samuel, pour qui sa beauté est ce qu'elle possède de plus chère vivait mal le changement que subit son corps, ce qui la mit face à une blessure narcissique profonde.

Concernant le regard de la société, la société a parfois des appréhensions en ce qui concerne la surdité qu'il taxe encore de fatalité. Et quand on entend sourd, du coup on voit une personne qui ne parle pas, qui n'écoute pas. Vu que c'est ce qui ressort du discours de nos participants. Cependant, ils ont plus ou moins relativisé la situation sachant que le regard de leur entourage avait changé et l'ont bien accepté.

#### **5.4.4. Stratégies de coping**

L'individu vit au cours de son existence un certain nombre d'événements qu'il peut percevoir comme menaçants. Ces expériences mineures ou majeures (deuils, séparation, divorce, naissance d'un enfant, changement d'emploi, promotion, etc.) induisent des perturbations émotionnelles, qui se doivent d'être réajustés face à cette nouvelle situation. Tout d'abord, nos participantes estiment que des traits de leur personnalité les ont aidées à traverser l'épreuve de la surdité. Ils ont mentionné être des personnes positives dans la vie, qui relativisent en regardant le bon côté des choses avant tout. Cet esprit positif les amène à être.

Dans le même sens, elles ont également souligné le fait qu'elles s'apitoient rarement sur leur émotion et le sort qui leurs est réservé, étant plutôt centrées sur la recherche constante de solutions en rapport avec le problème de surdité. De ce fait, ils considèrent que leur attitude positive et leur force de caractère leur ont permis de mieux faire face à la surdité, voire de l'accepter.

Confrontés donc à cette nouvelle réalité, les participantes vont mobiliser à la fois des ressources tant internes comme externes pour surmonter l'adversité et se développer continuellement. Nous avons ainsi identifiés comme processus inconscients des mécanismes de défense à savoir : le déni, le clivage, l'humour... De même, nos sujets ont correctement mentalisé c'est-à-dire qu'elles ont donc franchi le cap de la mise en place durable du processus de résilience. En effet, les participantes ont pu produire une représentation mentale et par la même occasion verbaliser les situations les plus pénibles chacun d'eux ont vécus et ceci de manière détaillée. Ils ont fait preuve d'optimisme, d'autonomie, de positivisme et d'une grande foi en Dieu.

Nos participants reconnaissent tout de même que le quotidien est parfois compliqué mais ils sont joyeuses, épanouies et se projettent dans l'avenir. Les sujets ont accepté leur

situation et ont développé des stratégies centrées sur le problème afin de ne pas s'attarder sur leur sort. De plus, nos sujets reconnaissent le soutien capital qu'ils ont reçus de leurs proches et qui été d'une grande notoriété, un support de base pour avancer.

## 5.5. Tableau récapitulatif de l'analyse transversale

Cas	Vécu avant la survenue de la surdité/ Vécu lié au contexte de l'annonce	Vécu après la survenue de la surdité/ le regard de l'entourage	Stratégies adaptative de coping
<b>Anaïs</b>	<p>Anaïs a une vie active et très dynamique, sans complexe et se portait parfaitement bien. Cette vie semble chargée d'aspiration, et de rêves. Elle a une bonne représentation, et perception d'elle-même. En ce qui concerne le vécu lié à annonce.</p> <p>Lorsque le diagnostic a été fait par un spécialiste, Anaïs n'a pas eu de réactions négatives, mais était traversée par un sentiment de déni, car cette dernière n'acceptait pas sa situation et avait espoir de retrouver son audition, c'était une période de grand bouleversement chez Anaïs, mais elle a gardé son calme et accepté de surmonter cette épreuve.</p>	<p>Pour Anaïs c'était compliqué sur divers niveaux de sa vie, en ce qui concerne spécifiquement l'aspect relationnel, son interaction avec son environnement direct a changé. Sur le plan scolaire tout s'est dégradé, avec une forte mise à l'écart par les pairs. En ce qui concerne le plan familial, les rapports ont certes changé mais en bien.</p>	<p>Anaïs tout d'abord mobilise la distanciation en faisant montre de comme si rien ne s'était passé, puis est passée à la résolution du problème en recherchant des informations et des actions pour comprendre et surmonter la difficulté. Tout en relativant cette dernière a accepter sa surdité et d'en faites de ce désavantage un atout, avantage considérable pour faire face à l'adversité dont elle est sujette au quotidien. Anaïs va travers le processus de mentalisation en verbalisant, en tolérant, en gérant cette angoisse, ce stress et conflit intrapsychique, s'adapter aisément, en s'appuyant sur Dieu, et d'autres supports sociaux, telle la famille, la fratrie, les pairs.</p>
<b>Thomas</b>	<p>Thomas est normalement constitué depuis sa petite enfance, il était similaires aux autres enfants de son âge, en bonne forme. Il était sociable et avait de bons rapports avec son milieu.</p>	<p>La vie n'était plus pareille comme avant, Ce fut un énorme bouleversant pour Thomas et sa famille, notamment Thomas qui était victime de stigmatisation, discrimination suite à sa nouvelle situation dans le quartier et au près des amis. Mais avec le concours de son paternel, ce dernier</p>	<p>Thomas malgré l'adversité réussi à puiser en lui certaines ressources internes dans son for intérieur pour faire face à l'adversité, que lui signale qu'elle n'a pas disparu, elle est toujours présente. À cet effet il adopta certaines attitudes et mobilisa des comportements</p>

	<p>Le vécu lié à l'annonce, l'annonce du diagnostic s'est faite de manière très subtile, sans l'avis d'un expert dans le domaine, Thomas même dans sa naïveté malgré cela, a pu percevoir qu'il y'a un soucis avec son audition, après la maladie. Audition qui finalement pris un gros coup se manifestant pas une perte d'audition progressive jusqu'à une surdité totale.</p>	<p>a pu être inscrit dans une structure sp�cialis�e qui si�e à son handicap.</p> <p>Ils ont fait de notre mieux pour rendre cette situation supportable, en améliorant le cadre familiale et le contexte scolaire de Thomas.</p> <p>Concernant le regard de l'entourage, de Thomas catégorise et qualifie ce dernier de sorcier et enfant peu recommandable. Sans compter qui évoque le contexte africains où des gens qui disent c'est la sorcellerie, qu'on a bouché ses oreilles, pour d'autres c'est la coutume, la malédiction qu'il faut aller au village pour consulter les ancêtres.</p>	<p>asociaux au début tel que le repli sur soi, plus tard un esprit indépendant, afin d'être autonome.</p> <p>La famille aussi, fut un élément catalyseur, car après avoir identifié le problème avec les parents ces derniers se sont efforcé à mettre Thomas dans des condition m�lioratives en vue d'améliorer sa qualité de vie, et ces conditions ont contribu�es à ce qu'il surmonte aisément son problème.</p> <p>Notons aussi que sa détermination et sa force majeur viens des pairs mais particulièrement de son créateur d'où il affirme : <i>« il faut avoir foi en Dieu car il est vraiment le seul, un soutien incommensurable quand on est au bord de la dépression. »</i>.</p>
<p><b>Samuel</b></p>	<p>Samuel vivait une enfance bien tranquille avant la survenue de sa surdité. Il s'exprimait, parlait �couteait normalement, comme tout enfants. Sa vie était pleine d'épanouissements, avec une routine bien défini par les membres de la famille.</p> <p>Sauf que ce dernier en ce qui concerne l'annonce de sa surdité, ce dernier avant, percevait des signes d'altération de sa surdité après avoir fait</p>	<p>Le vécu après la surdité n'était vraiment pas rose pour Thomas, car se dernier était triste, faisait face à un choc qui bouleversa non seulement son équilibre psychique mais aussi sa qualité de vie. Notamment ses interactions sociales, sa communication. Il perçu la place que cet organe de sens qui semble banal sur le corps humains joue dans les expériences que nous pouvons avoir.</p>	<p>Ce qui a permis la mobilisation des stratégies adaptatives chez Samuel, c'est sa personnalité, sa croyance et sa famille. Nous percevons l'intérêt de la fratrie de faire en sorte que Thomas se sente membre de cette famille sans distinctions : <i>« Mais ma famille, mes frères et sœurs étaient là pour moi. Nous sommes une famille unis »</i>. En ce qui concerne sa foi Dieu est une réalité</p>

	<p>la maladie. La surdité fut brusque Thomas ressentit une panoplie d'émotions que nous caractériserons de négatives. Plus tard il a commencé à avoir des comportements inadaptés et s'est renfermé dans sa bulle.</p> <p>Concernant le vécu lié à l'annonce, pour Samuel c'est quelque chose qu'on n'imagine jamais, mais que l'on constate et dont l'on n'a pas besoins d'être informé car au fond on le sait : <i>« Je compris � l'instant que le pire est arrivé. Je pouvais plus entendre, j'avais juste mon nez pour détecter les odeurs (rire... mais triste). J'ai compris en fait que les choses ont changé que je suis plus moi. »</i></p>	<p>En ce qui concerne le regard de l'entourage, Thomas eu un gros coup, ce dernier a mal vécu la période en question car il faisait l'objet de moqueries : <i>« Je l'ai mal vécu, j'ai même pensé aller arrêter d'aller en classe. J'étais sujet à plusieurs moqueries, railleries, des camarades qui criaient près de mon oreille en se moquant de moi, genre je n'entends pas »</i></p>	<p>prépondérante qui se manifeste par un processus de mentalisation chez lui : <i>« Il y a Dieu et ma famille, je devais me battre au même titre. En fait, j'ai compris que je pourrais avoir pire, et sans Dieu tu ne serais pas en train de me parler là »</i></p> <p>Et du coup son investissement dans l'autonomie, le prend en soin de son est perceptif.</p>
<p><b>Vanelle</b></p>	<p>Vanelle est normalement constitué depuis sa petite enfance, elle a une santé de fer et était bien portante. Elle avait un quotidien bien réglé et une vie épanouie en famille.</p> <p>Le vécu lié à l'annonce, l'annonce du diagnostic s'est faite de manière très subtile, mais avec l'avis d'un expert dans le domaine, Vanelle tout au début ignorait face à quoi elle était sujette. Mais plumard a perçue la gravité de ce par quoi elle traversait.</p>	<p>Le choc fut important pour Vanelle, la colère, la haine, du d�gout, c'était quelques émotions dont elle a fait montre pour n'en citer que ces quelques sentiments que Vanelle ressentit.</p> <p>La vie n'était plus pareille comme avant. Ce fut un énorme bouleversant pour Vanelle et les siens, notamment Vanelle qui a pousser cette dernière à faire une pause sur le plan scolaire. Elle affirme à cet effet : <i>« La surdité a eu un impact énorme sur ma vie. J'ai dû stopper ma scolarité un moment. »</i></p> <p>Concernant le regard de l'entourage, de Vanelle était pers�cut�e par ses pairs, ce qui eut un impact sur la perception et la représentation qu'elle avait</p>	<p>Vanelle malgré l'adversité réussi à puiser en elle le potentiel interne requis dans son for intérieur pour faire face à l'adversité, qui néanmoins est toujours présente. � cet effet il adopta certaines attitudes et mobilisa des comportements asociaux au début tel que le repli sur soi, plus tard un esprit indépendant, afin d'être autonome.</p> <p>La famille aussi, fut un élément catalyseur, car après avoir identifié le problème avec les parents ces derniers se sont efforcés de trouver un cadre idéal qui pouvait accueillir Vanelle dans des</p>

		<p>d'elle-même : <i>« J'ai souvent été victime d'intimidation et de discrimination en raison de ma surdité, ce qui a eu un impact énorme sur ma confiance en moi. Je me sentais diminué ceci dans le cadre social, avec les enfants un peu plus grand. »</i></p>	<p>condition m�lioratives en vue d'améliorer sa qualité de vie, et ces conditions ont contribu�es à ce qu'elle surmonte aisément son problème.</p> <p>Notons aussi que sa détermination et sa force majeur viens des pairs mais particulièrement de son créateur d'où il affirme : <i>« Ma foi en Allah, j'ai relativisé ce que j'ai subi comme changement. J'ai fait un travail sur moi avec l'aide de ma famille. Malgré le fait que j'ai accusé un retard, parce que j'avais rapidement avancé sur le plan scolaire. »</i>. Ce travail a fait en sorte qu'aujourd'hui Vanelle s'affirme et accepte sa nouvelle situation.</p>
<p><b>Observation</b></p>	<p>Indépendamment de leur âge d'acquisition et développement, l'annonce de la surdité fut un véritable choc pour tous, qu'on qualifie de « sorcellerie » dans notre contexte. Au fond d'eux-mêmes, ils espéraient que leurs inquiétudes ou que ce mal soit une maladie comme les autres, qui serait soign�e. Anaïs <i>« Que c'était une maladie qui passera. »</i> Leur réaction immédiate fut de se décaler de la réalité de façon précoce. Pour eux, l'annonce du diagnostic a suscité une réaction de panique, engendr�e par la peur manifesté par le</p>	<p>Certains participants ont identifié des retomb�es positives de leur expérience d'en rapport avec la surdité de « cadeau ». � ce sujet, ces quatre répondantes ont mentionné qu'ils étaient des personnes repli�es. Et s'interrogeaient sur leurs devenir compte tenue de la perte d'audition. L'arriv�e de la maladie leur a donc permis de redéfinir leurs personnalité, pour nettement amélioré le futur. Ils relativisent désormais les situations et se concentrent sur les aspects positifs de la vie. C'est ce qui ressort des propos de Samuel qui affirme : <i>« Et je suis bien plus fort</i></p>	<p>Ils ont tous mobilis�es des ressources et stratégies adaptatives pour être au-dessus de tout. Tout d'abord, nos participantes estiment que des traits de leur personnalité et les nouveaux remaniements, les ont aid�es à traverser l'épreuve de la surdité. Ils ont mentionné être des personnes positives dans la vie, qui relativisent en regardant le bon côté des choses avant tout. Cet esprit positif les amène à être déterminé dans toutes</p>

	<p>silence. Cette crainte fut particulièrement présente dans le discours d'Anaïs. Chez cette répondante, le choc fut très dur et difficile à accepter. Anaïs nous dit : « <i>Silence...C'était très dur, très difficile même. Car au lieu de s'améliorer, la situation en fait se dégradait. J'entendais de moins en moins. Je consultais aussi un orthophoniste pour des contrôles et vérifier l'état d'avancement de ma situation de malentendant à une surdité complète.</i> »</p>	<p><i>grâce à ma surdité j'ai un mental costaud. J'ai beaucoup de projets en cours et en attente, j'en ai plein dans ma tête, je veux être chef d'entreprise.</i> » De plus, avec la survenue de la surdité, nos participants jugent avoir évolué en tant que personnes. Certains et certaines d'entre eux avaient antérieurement tendance à prioriser les appréhensions d'autrui.</p> <p>Concernant le regard de la société, la société a parfois des appréhensions en ce qui concerne la surdité qu'il taxe encore de fatalité. Et quand on entend sourd, du coup on voit une personne qui ne parle pas, qui n'écoute pas. Vu que c'est ce qui ressort du discours de nos participants. Cependant, ils ont plus ou moins relativisé la situation sachant que le regard de leur entourage avait changé et l'ont bien accepté.</p>	<p>les actions qu'ils entreprennent et à se mettre en action.</p> <p>Dans le même sens, elles ont également souligné le fait qu'elles s'apitoient rarement sur leur émotions et le sort qui leurs est réservé, étant plutôt centrées sur la recherche constante de solutions en rapport avec le problème de surdité. De ce fait, ils considèrent que leur attitude positive et leur force de caractère leur ont permis de mieux faire face à la surdité, voire de l'accepter.</p>
--	---	--	---

**Tableau 5 : Récapitulatif de l'analyse transversale**

## CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

Le présent chapitre traite de l'interprétation des résultats obtenus et la discussion des dits résultats. D'après Fortin (2006), le chercheur, dans cette partie, doit dégager la signification des résultats, tirer les conclusions, évaluer les implications et formuler des recommandations concernant la pratique et les recherches à venir. Ainsi, nous avons subdivisé ce chapitre en quatre sous parties : d'abord nous allons faire une interprétation des résultats obtenus, par la suite, nous allons procéder à une discussion de ces résultats et nous allons terminer en faisant émerger quelques implications et perspectives de cette étude.

### 6.1 Interprétation des résultats

Les résultats obtenus au chapitre précédent proviennent des entretiens menés auprès des adolescents scolarisés déficients auditifs du collège Adventiste de Nlongkak. Il s'agit d'une adolescente de 19 ans, d'un adolescent de 18 ans, un autre de 14 ans et d'un adolescent de 13 ans. La première passation est l'analyse thématique qui fait ressortir quatre thèmes : le vécu avant la déficience, le vécu lié à l'annonce, le vécu après la survenue de la surdité et les stratégies adaptatives de coping. La deuxième passation est le test de l'échelle de traumatisme de Davidson qui par la suite va être mentionné.

#### 6.1.1 Interprétation des entretiens

- *Thème 1 : Vécu avant la survenue de la surdité*

Le thème sur le vécu a été analysé sur plusieurs paliers. Le vécu avant la déficience s'est fait au niveau de la représentation de soi. Chez tous les quatre participants, le vécu avant la déficience est le meilleur moment de leurs vies caractérisé par un afflux d'émotions négatives, tout comme positives meublées par des activités. Cependant chez Anaïs, Thomas cette période est marquée par le narcissisme de son corps, un déni dace à sa nouvelle situation y compris pour les autres participants. De nombreux auteurs considèrent son emploi temporaire comme adaptatif face à des situations trop menaçantes pour être intégrées : c'est le temps de sidération (Cyrulnik, 1999 ; Hanus, 2001 ; De Tychev, 2001 ; Houssier, 2002).

Selon Houssier (2002) les actions du déni et du *clivage permettent au sujet de se réapproprier progressivement la nouvelle réalité à prendre en compte...* Ils laisseront ensuite la place à d'autres procédés psychiques qui auront pour but de lier l'excitation et d'autoriser

son écoulement. Le déni dans un premier temps atténue le choc, mais il ne doit pas perdurer au risque pour le sujet de perdre contact avec la réalité. Ces derniers ont fait face à la détérioration de la qualité des relations familiales et amicales difficiles après la survenue de la surdité. C'est le cas de Thomas qui affirme : « *Pendant ces trois ans après ma surdité acquise il faut avouer que mes rapports sur le plan social avaient largement diminué* ».

- **Thème 2 : Vécu lié au contexte de l'annonce de la surdité**

Nous nous sommes également penchés sur vécu lié au contexte de l'annonce qui est caractérisé par le contexte circonstanciel qui s'articule autour de réactions et d'émotions lié à l'annonce de la surdité. Chez nos quatre participants ce vécu lié au contexte de l'annonce, cloisonne dans une sphère misanthropique, un monde invivable. Chez Anaïs, on dénote une rupture dans son continuum, elle se trouve chambardé, d'où une réaction prompt de se replier sur elle-même. Ses expressions révèlent une situation d'extrême gravité et sans issue. Elle précise dans ces propos « *Silence...C'était très dur, très difficile même. Car au lieu de s'améliorer, la situation en fait se dégradait.* ». Ceci constitue pour elle un choc. Chez Thomas on note également des éléments en trait avec la martyrisations due à la surdité, il dira « *Trop de persécution, ils sont de plusieurs ordres. D'abord mes amis m'ont mis de côté, amis d'enfance bien sûr j'étais seul abandonné à moi.* »

C'est-à-dire que le vécu lié à l'annonce de la surdité constitue chez chaque participant un choc. D'après Hanus (2007) cette phase renvoie à la première étape du travail de deuil lorsqu'un individu a perdu un objet. Ce qui traduit à travers des réactions, émotions et sentiments des expressions douloureuses occasionnées par la surdité. On relève aussi l'expression de l'isolation chez nos participants. D'après La Planche et Pontalis, (1978), isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues. Cela est perceptible dans les propos d'Anaïs : « *Je devenais un peu plus solitaire, je me cloitrais dans ma bulle, j'étais toujours dans mon coin.* » L'isolation observée serait la séparation entre l'affect lié à une représentation et la représentation elle-même.

Pour Freud (1936), lorsque le refoulement est inopérant, lorsque l'impression traumatique ne peut être oubliée, on ne peut avoir recours à l'isolation qui fait en sorte que l'expérience vécue se trouve « *dépouillée de son affect et ses relations associatives et se trouvent réprimées ou interrompues, si bien qu'elle reste là, comme isolée et qu'elle n'est pas non plus reproduite dans le cours de l'activité de pensée.* » La représentation insupportable est

détachée de ses affects, ce qui lui permet alors de demeurer consciente, puisque privée de toute connexion associative.

Les résultats obtenus du discours de nos participants relèvent aussi de la colère. Un ensemble des éléments négatifs sur l'acquisition de la surdité a conditionné nos deux cas Samuel et Vanelle. Pour Samuel on peut percevoir un traumatisme lié à l'annonce à travers le verbatim suivant : « *Et moi je me battais quand je pouvais et ce tous les jours.* » cette situation a développé les idées et sentiments d'anéantissement de domination. Alors que chez Vanelle cette nouvelle situation fait surgir de la colère : « *J'étais dans mon cœur en colère contre moi-même. Est-ce ma négligence qui m'a conduit à cette nouvelle condition ? Est-ce Allah qui me puni, est-ce de la sorcellerie ?* »

### - **Thème 3 : Vécu après la survenue de la surdité**

Le vécu après la survenue de la surdité chez nos participants est caractérisé par des expériences quotidiennes, des réactions, des actions, de la représentation et le regard des autres de leurs écosystèmes. On relève chez Samuel et les autres participants l'abandon et une perturbation dans sa scolarisation, des activités, parce qu'étant atteint de surdité il se trouve dans l'incapacité de mener à bien son activité en très avec sa scolarité et sa routine. Étant donné que pour suivre un apprentissage, tout comme communiquer, l'ouïe est un élément important et primordial dans la communication. À cet effet il dit : « *Jusqu'au renvoie à la maison. Tout ça à cause de ma surdité, j'ai été exclu parce que je suis sourd, mise de côté. Faut dire les gens sont mauvais, et traitent mal les gens quand nous ne sommes pas comme eux* ». Pour Vanelle c'était tout aussi pareil « *La surdité a eu un impact énorme sur ma vie. J'ai dû stopper ma scolarité un moment. Pour mon épanouissement.* »

Les participants se voient détruits par la survenue de la surdité ce qui provoque en lui un déséquilibre qui impacte non seulement le physique et le psychisme y compris et la manière de penser. Il précise « *Après l'acquisition de ma surdité, je ne voulais rien faire j'étais devenu un poids pour les parents, en fait je crois. Car ils semblaient tristes. En même temps c'était un choc pour moi c'était un choc* ». Ceci marque la période dépressive chez Anaïs, Thomas, Samuel et Vanelle. Chez Anaïs, le vécu après la survenue de la surdité qui s'est marqué par des passages douloureux lorsqu'ils s'expriment. C'est le cas d'Anaïs qui s'exprime en ces termes : « *J'ai fait face au début à beaucoup de difficultés, sur le plan familial, les ami (e)s, des difficultés scolaires et relationnelles. Sur le plan familial la communication se dégradait progressivement. Je devenais un peu plus solitaire, je me cloitrais dans ma bulle, j'étais*

*toujours dans mon coin.* » ce passage traduit la phase dépressive qui se présente comme une période interminable puisque les émotions qui nous submergent nous paraissent insurmontable

- **Thème 4 : Stratégies adaptatives et ressources mobilisées**

• **Mobilisation des ressources internes et externes**

Les variations brutales et soudaines qui peuvent survenir, et dont le corps peut subir ; sont susceptible d'entraîner une angoisse. Qui relève d'une part de la difficulté à se reconstruire une nouvelle perception de soi et d'autre part de la peur d'entrer en contact avec le regard de l'autre. L'activation des stratégies de résilience demande à ce que l'individu soit capable de mobiliser des ressources pouvant jouer un rôle significatif lorsqu'on a perdu un membre, précisément son audition. On note chez nos participants la présence de la mise en œuvre des mécanismes de défenses. Ils se manifestent par l'acceptation de la nouvelle situation et la capacité à accepter une nouvelle image de lui malgré le regard des autres. Anaïs affirme dès lors : « *Vous savez cette situation est désavantageuse, mais j'ai décidé de faire de ma surdité une arme pour lutter contre les difficultés auxquelles je fais face.* », tout comme Samuel : « *Vous savez cette situation est désavantageuse, mais j'ai décidé de faire de ma surdité une arme pour lutter contre les difficultés auxquelles je fais face.* »

Les résultats de notre étude ont montré que nos participantes ont reçu un soutien important venant de leur entourage, ce qui a fortement participé à leur résilience et leur a permis de continuer à s'accrocher à la vie. Il s'agit des membres de leur famille, des collègues, des voisins etc... Ces personnes signifiantes ont assuré un rôle de « tuteurs de résilience », car elles ont accompagné et aidé nos sujets à surmonter le traumatisme lié à la surdité et à le dépasser, et ont favorisé ainsi leur entrée dans un processus de résilience (Cyrulnik, 2003 ; Delage, 2004). C'est pour cela que la résilience ne peut naître, croître et se développer que dans l'intersubjectivité découlant de la relation à autrui (Delage, 2004).

Thomas à la suite développe des réactions positives pour essayer d'accepter sa nouvelle situation détruite par la survenue de la surdité. Son interaction laisse entendre que ce participant a pu établir un nouveau schéma corporel malgré le regard de stigmatisation qui est désormais dirigé vers lui. Il précise « : *je suis épanoui, c'est vrai que les petites discriminations n'ont pas disparu mais ma qualité de vie s'est nettement amélioré. J'ai des amis qui m'aiment qui sont toujours là pour moi, j'ai des camarades pareils que moi et d'autres qui sont entendants. J'ai ma famille qui me soutient dans tout* ».

Au départ, nos participants vont présenter des difficultés à s'exprimer sur le handicap. Qu'il s'agisse d'Anaïs, Thomas, Samuel et Vanelle, les quatre participants entrent dans la situation de handicap selon Erickson (1974) à un moment de plus grande vulnérabilité existant dans le développement de chaque individu. La perte du membre a entraîné un bouleversement dans leur vie. Leur projet économique, professionnel, socioaffectif s'estompent brutalement cela facilite la cristallisation sur la perception et projection de soi après la surdité. Dans cette perspective la participante Vanelle souligne « *Aujourd'hui, je suis fière de ma différence et je suis heureuse de pouvoir aider les autres à mieux comprendre ce que signifie être sourd et comment ils peuvent communiquer avec les personnes sourdes de manière efficace et respectueuse* ».

De plus Thomas dira « *Aujourd'hui, je suis fière de ma différence et je suis heureuse de pouvoir aider les autres à mieux comprendre ce que signifie être sourd et comment ils peuvent communiquer avec les personnes sourdes de manière efficace et respectueuse* ». Nous avons retrouvé cette phase d'acceptation chez Anaïs lorsqu'elle précise « *J'avais du mal à accepter, surtout ma condition. Mais bon j'ai décidé d'être au-dessus de tout. J'ai finalement accepté de commencer à m'y mettre à la langue des signes, maman et papa bref toute la famille s'y est mise pour faciliter les échanges et une communication plus fluide et ais e entre nous les membres de la famille.   l' cole mes amis étaient pareille que moi, du coup une intégration social ou scolaire n'était vraiment pas compliqué.* »

Par ailleurs, les auteurs font référence aux vertus des facteurs de protection qui limitent les conséquences négatives pouvant être engendr es par l'adversité vécue par un individu. Selon Dyer et McGuinness (1996), les facteurs de protection représentent des compétences spécifiques nécessaires au processus de résilience. Ces compétences ou attributs tels qu'il ressort de notre étude font mention d'une très grande foi en Dieu (la spiritualité), une bonne situation financière, un esprit positif et optimiste. Selon Black & Lobo (2008).

Les résultats de l'étude montrent que les participantes ont eu recours aux facteurs de protections pour la mise en œuvre du processus de résilience. Le tableau ci-dessous récapitule les facteurs de protections en jeu chez nos participantes.

<b>Facteurs individuels</b>	<b>Facteurs familiaux</b>	<b>Facteurs environnementaux</b>
Bonne estime de soi (Tous les participants)	Soutien social	Bon réseau social
Bonne santé physique (Tous les participants)	Capacité d'adaptation et de flexibilité	Modèle de pairs ayant une influence positive
Bonne compréhension des liens de cause à effet (Thomas et Samuel)	Communication adéquate usage de la langue des signes (Tous les participants)	Environnement sécuritaire
Bonne capacité de gestion de problème (Tous les participants)	Présence de rituels et de routine	Disponibilité et proximité des soins et services
	Cohérence (trouver un sens)	
Foi et spiritualité (Toutes les participantes)	Ressources économiques	Implication dans un groupe
Bonnes habiletés sociales	Temps en famille (Toutes les participantes)	Activités et loisirs
Ouverture d'esprit	Optimisme et sens de l'humour (Tous les participants)	Information et soutien professionnel (Vanelle, Thomas)

**Tableau 6 : Facteurs de protection dans le développement de la résilience**

- **Les stratégies d'adaptation de coping**

À la base de la théorie établie par Lazarus et Folkman (1984), deux métatypes de stratégies d'adaptation sont décrits : les stratégies centrées sur la résolution de problème et celles centrées sur les émotions. Les stratégies centrées sur le problème constituent pour l'individu une manière directe d'affronter le problème qui lui cause un stress ou d'augmenter ses ressources afin d'y faire face. Elles englobent deux sous-catégories : (a) la résolution du problème (l'individu cherche de l'information et élabore un plan d'action) et (b) l'affrontement de la situation (l'individu tente d'agir sur le problème) (Bruchon-Schweitzer, 2001). Selon les résultats de notre étude, ces participants suite à la survenue de la surdité utilisent ces stratégies car ils souhaitent être dans l'action et en contrôle de leur vécu. En ce sens, il est démontré que la maîtrise de la situation est acquise lorsque le flux d'informations en ce qui a trait à la maladie peut être contrôlé par et pour elles-mêmes, pour leur famille et pour les autres membres de leur réseau social (Drageset et al., 2010).

## 6.2 Discussion des résultats

Dans la présente section, nous confrontons les résultats acquis dans cette étude avec ceux obtenus dans les recherches précédentes. Nous ferons cette discussion sur deux principaux axes. Le premier axe est celui de l'expérience subjective de la surdité acquise à l'adolescence et le second axe est celui des stratégies de coping. Cette étude avait pour objectif d'appréhender la manière dont le vécu traumatique de la surdité participe à la mise en place d'un processus adaptatif chez l'adolescent atteint de surdité acquise. En d'autres termes il est primordial pour nous de montrer que l'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur mes mécanisme de coping positif.

L'ouïe étant un sens fortement par tous, notamment dans le processus des interactions et communicationnel entre les individus. Chez l'adolescent atteint de surdité, la perte l'audition va susciter chez celui-ci une blessure double narcissique. En effet, à travers l'analyse des quatre cas qui composent notre groupe de recherche, nous prenons compte de quelques éléments que manifestent nos participants malgré la différence de leurs âges respectifs, bien qu'étant en proie à la période développementale de l'adolescence. Celles-ci partagent une grande importance dans un environnement où le regard des autres et l'apparence sont primordiaux. Les participants ne disposant pas de stratégies adaptées pour gérer ce traumatisme qui les maintient à l'isolement, a un repli sur soi, à une absence de communication ; ils mobiliseront certaines ressources. Des stratégies adaptatives centrées sur le problème (la confrontation, l'autocontrôle, la recherche de soutien social, la résolution de problèmes), les stratégies centrées sur les émotions (la distanciation, l'acceptation, la réévaluation positive, l'évitement). Grace à ces stratégies adaptées, ils arrivent à se redéfinir et à faire des remaniements cognitifs, comportementaux qui facilitent l'acceptation et l'activation d'un comportement résilient.

L'OMS (2017) souligne que la perte de l'audition a de profondes répercussions tant sur les personnes touchées que sur leur famille et leur communauté. L'effet le plus manifeste de la déficience auditive dans l'enfance et l'adolescence en ce qui concerne la communication. La déficience auditive fragilise ou compromet ainsi l'apprentissage des fondamentaux, l'estime de soi et la sociabilité. Dans les lieux dépourvus d'accès convenable aux services, les adolescents souffrant de déficience auditive acquise ont du mal à tenir un quotidien normal. Les travaux de Gojka et al (2004) soulignent que la perte d'un objet confronte la personne a l'immense difficulté de faire face au choc psychologique provoqué par la réalité même de l'opération et des conséquences qui en découlent. Mais aussi par l'altération de l'image de soi qu'elle provoque (modification des sentiments et des perceptions liées à l'apparence corporelle).

Ces travaux sont en étroite ligne avec ceux d'Adda-Decker M. et al (2013) qui révèlent à leur tour que la surdité est une « *situation extrême de traumatisme, la réaction à la perte d'une partie de soi (entraînant une diminution d'une partie du potentiel d'activité physique) est vécue comme une atteinte généralisée et se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement. La personne est effondrée, souvent dépressive et anxieuse* ». (Ada-Decker, 2013). La limite de ces deux travaux se trouve au niveau du fait qu'ils ne démontrent pas l'origine du traumatisme. Contrairement à ces auteurs, les résultats de la présente étude démontrent que le traumatisme vécu par les adolescents atteints de surdité est une conséquence même de la présence des pensées négatives que l'individu possède des situations du handicap avant son entrée dans le handicap.

Les participantes de notre étude ont toutes utilisé la foi comme facteur de protection. Selon Colston (1994), la foi permet aussi un meilleur espoir en l'avenir (Colston, 1994). De plus, la spiritualité est d'ailleurs un élément très présent dans la littérature comme étant un moyen clé pour faire face à la maladie. Une morosité est toutefois posée pour ce qui est des personnes qui se tournent vers Dieu et mettent leur sort entièrement entre ses mains. En effet, ces personnes qui se dégagent de leur maladie en se tournant vers la religion montrent beaucoup plus de troubles anxieux et dépressifs que ceux qui s'y tournent pour des fins de ressourcement et d'espoir (Hebert, Zdaniuk, Schultz & Scheier, 2009 ; Sherman, Simonton, Latif, Spohn & Tricot, 2005 ; Tarakeshwar et coll., 2006). Par contre, ce postulat n'est pas vérifié chez nos participantes qui ont vraiment puisé leur force et leur courage absolu dans la foi en Dieu tel qui ressort de leur discours.

Au terme de cette discussion, force est de constater qu'il y a beaucoup de convergences et très peu de divergences entre nos résultats et les travaux antérieurs. Nous pensons que cela a été favorisé par notre approche méthodologique qui a consisté à user du codage préalable. En effet, en conformité avec certains auteurs (Bardin, 1991 ; Miles & Huberman, 2003), la liste des thèmes et sous-thèmes de notre guide d'entretien provient du cadre conceptuel et théorique de notre étude. Il nous restait seulement de chercher à savoir quels contenus ces thèmes revêtaient selon les personnes interrogées.

Aucune œuvre humaine n'étant parfaite, notre étude a aussi des limites que nous présentons dans les prochaines lignes.

### **6.3 Limites de l'étude**

Bien que cette étude apporte des contributions aux connaissances à propos de l'expérience subjective de la surdité acquise et stratégies de coping chez l'adolescent déficient auditif, elle comporte toutefois une certaine limite. Une des limites de cette recherche est la taille restreinte de l'échantillon, composé de quatre participants. De ce fait, les résultats obtenus dans l'étude ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des adolescents ayant acquis une surdité.

### **6.4 Implications et perspectives de l'étude**

Les implications et les perspectives de cette étude sont multiples et peuvent se situer aussi bien sur le plan méthodologique, théorique que pratique.

#### **6.4.1 Implications de l'étude**

Les informations et résultats de cette recherche pourront contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de surdités, congénitale, postnatale, pré linguistique, post linguistique dans les structures de santé. Il sera par exemple possible de développer des connaissances en accompagnement concernant l'impact du diagnostic et des traitements chez les personnes atteintes de surdité et leurs proches. Une telle approche se veut holistique et pluridisciplinaire associant nécessairement l'éducatrice spécialisée entre autres dans l'équipe des soignants, auxiliaires de santé et psychologue car l'utilité d'un suivi psychologique se fait ressentir. Étant donné que le soutien psychologique est un élément clé dans le processus de guérison. Il s'agit d'insérer dans l'organigramme des hôpitaux un agent chargé de la prise en charge psychologique des patients en pré et post-opératoire, avec des groupes de paroles divers. Également, il serait pertinent d'explorer le vécu des femmes de minorités (femmes rurales, de statut socioéconomique moins élevé) afin de mieux comprendre leur vécu et leur capacité de résilience. Au niveau des familles, elles devraient assurer leur soutien moral et psychologique ce qui aidera la femme mastectomisée de s'accepter dans son nouveau corps et aussi, elles doivent éviter des propos stigmatisant et de rejet (du mari) pour rétablir un équilibre psychoaffectif et favoriser la diminution des rechutes et participer par-là à une meilleure récupération. Il s'agit donc d'une implication sur le plan institutionnel, individuel et social.

Le développement du Cameroun ne peut se faire sans la prise en compte des personnes en situation de handicap, notamment celles vécues par les personnes handicapées et à besoins spéciaux. La promotion de l'inclusion est au cœur de ce processus de développement. Encourager les recherches dans le secteur du handicap au Cameroun s'inscrit dans les objectifs

de développement durable. La production du handicap à travers les signaux culturels de stigmatisation, de marginalisation doit être réduite par l'inclusion des personnes handicapées dans tous les secteurs d'activités. Les informations et les renseignements que contient ce travail pourront apporter aux partenaires engagés dans la prise en charge du handicap des stratégies efficaces concernant particulièrement la réadaptation, insertion et la prise en soin des personnes atteintes de surdité ou en situation de handicap en général. Dans une perspective diagnostique, les facteurs de risque lié à l'environnement familial (faibles finances, absence de soutien familial, difficultés de communication) pourront permettre d'identifier les consommateurs à risque, de développer un usage excessif ou une dépendance. Ensuite en termes de prévention et de traitement, il sera possible d'agir sur ces facteurs susceptibles d'aggraver les conséquences du handicap.

La présente étude fournit en plus les informations utiles à la création des programmes ciblant les personnes en situation de handicap, plus précisément les personnes atteintes de surdité et porteuses d'un traumatisme physique, mais non perceptible à l'œil nu. Ces informations sont d'ordre individuel et socio professionnel. Sur le plan individuel, les objectifs que devraient poursuivre ce programme sont : réduire le traumatisme lié à la perte du membre, dans notre cas d'espèce, il s'agit d'un organe de sens et réaménager l'individu afin qu'il soit capable d'aller au-delà de sa situation liminale. Sur le plan socioprofessionnel : instaurer et maintenir la présence, l'attention, l'affection et le soutien auprès de chaque individu. Par ailleurs, le gouvernement doit répondre aux besoins des personnes en situation de handicap tels que leurs inclusion dans le secteur d'activité, la création de plus d'écoles inclusives et spécialisées, les accompagner dans la découverte et le développement de leurs habilités dans les secteurs comme le Handisport, Hand'art, Handimode. En effet, la pertinence d'impliquer la personne en situation de handicap, notamment ayant une surdité. ; appuyée par des nombreuses études scientifiques sur la thématique de handicap et résilience (Gagnayré et D'ivernois, 1996 ; Iblova, 2006). De plus cette étude contribue à faciliter l'intégration des éducateurs spécialisés dans les secteurs de la santé publique, de la sécurité sociale orientée vers les personnes en situation du handicap.

#### **6.4.2 Perspectives de l'étude**

Des recherches longitudinales pourraient aussi être effectuées dans le but d'approfondir la compréhension des différentes étapes du vécu de la surdité par les adolescents à la suite de la perte de l'audition, de même que les conséquences à long terme y étant reliées, ainsi que de

pouvoir mieux observer le processus adaptatif et de résilience, leur permettant de traverser cette épreuve.

Cette recherche a étudié l'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur mes mécanisme de coping positif. Elle a révélé que le vécu avant, pendant et après la survenue de la surdité génère en l'individu un état de malaise (traumatisme) qu'il tente à sa manière d'inhiber par le regard social, parce que ne disposant pas de stratégies adaptatives efficaces pour gérer la situation du handicap. Mais à partir des enseignements et savoirs obtenus au cours des échanges, des programmes éducatifs l'individu parvient à un remaniement cognitif ce qui réduit le niveau du traumatisme vécu et optimise la réorganisation pour rétablir l'équilibre psychique.

Pour continuer à questionner la façon dont L'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur les mécanismes de coping positif, chez la personne en situation de handicap, notamment de surdité ; nous avons envisagé une étude qualitative dans laquelle nous avons investigué sur la perception de soi et projection de soi (devenir) après la survenue de la surdité. Dans cette étude, nous avons pris les points de vue des personnes déficientes auditives capable d'activer les stratégies adaptatives et celles ayant des projets de vie bien établie. L'étude pourra s'étendre aux autres formes de handicap physiques et pourra aussi s'intéresser à la perception que les populations camerounaises ont des projets pour les handicapés.

Avec les limites, les implications et les perspectives de notre étude, nous achevons ce sixième chapitre. Mais avant, nous avons fait la synthèse, l'interprétation et la discussion de nos résultats.

## CONCLUSION GENERALE

Nous avons intitulé notre étude « *Expérience subjective de la surdité acquise et stratégies de coping chez l'adolescent déficient auditif.* ». En effet, en observant les adolescents atteints de surdité dans notre entourage, nos environnements directs et dans des institutions, nous avons relevés que certaines adolescents atteints de surdité présentent un ensemble de comportements, d'attitudes et de signes tels que : le repli sur soi, la tristesse, la douleur, la mauvaise qualité de communication. En proie à cette nouvelle situation, à la survenue de la surdité, l'adolescent fait face à de nombreuses difficultés tant physiques que psychologiques. Reich (2009) considère différentes problématiques chez la femme « mutilé », il parle de la problématique du deuil, de la castration, de l'image du corps, du regard de l'autre et de l'image renvoyée à autrui et à soi-même, de l'objet à rejeter ou à réinvestir. L'adolescent dans cette situation de surdité met en évidence des successions des questions (comment vais-je écouter ? comment vais-je communiquer ?) qui viennent ébranler son équilibre psychologique et le mettre en mal. Or, comme le stipule Cyrulnik et Duval (2006) lorsque l'individu est confronté à l'adversité ou face à un traumatisme, il mobilisera les ressources internes et externes présentes dans sa vie pour ainsi lui permettre de s'adapter à l'adversité à laquelle il est confrontée et continuer à se projeter dans son quotidien et à l'avenir.

Notre travail, inspiré de l'analyse des perturbations biographiques de Bury (1982), a consisté à rendre compte des transformations biographiques engendrées par la survenue du handicap et à mettre en relief les ressources sollicitées par l'adolescent atteint de surdité dans le processus de sa reconstruction intrapsychique, identitaire et sociale. Cette démarche nous a permis, à travers l'expérience faite par les personnes handicapées, de mettre en évidence les ruptures, les continuités et les bifurcations, ainsi que la perte de place et de rôle dans leurs trajectoires de vie au sein de la société. La survenue du handicap et les bouleversements qu'elle entraîne se caractérisent par des modifications identitaires qui, dans la suite de Bury (1982), peuvent être analysées en termes de ruptures biographiques. Selon Robert, « le handicap change carrément la personne ».

Pour ce faire, cette étude a été menée afin de répondre à la question de recherche qui est : « *Comment l'expérience subjective, de la surdité acquise vécue par l'adolescent déficient auditif rend-t-elle compte des stratégies de coping mises en œuvre ?* » Et nous avons formulé

l'hypothèse de recherche suivante : « *L'expérience subjective de la surdité acquise rend compte des stratégies à travers le coping centré sur le problème, sur l'émotion et sur ses mécanisme de coping positif* ». L'objectif de la présente étude était de montrer comment l'acquisition brusque de la surdité génère des troubles, mais aussi d'analyser les facteurs de protections, les stratégies adaptatives et résilientes qui se dégagent dans ce vécu ; ceci par le biais du discours des participantes, comment l'adolescent atteint de surdité acquise parvient à surmonter le traumatisme lié au handicap dont il fait face et à dépasser l'adversité.

Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour le vécu et les processus psychiques des participantes, nous avons opté pour la recherche qualitative avec pour méthode, l'étude de cas. La technique utilisée pour collecter les données est l'entretien semi-directif avec comme outil un guide d'entretien constitué de quatre principaux thèmes : vécu avant la surdité ; vécu lié à l'annonce de la surdité ; vécu après la survenue de la surdité ; les stratégies adaptatives de coping et résilientes associées au test de traumatisme de Davidson (1997). À partir d'un échantillon de 04 sujets, retrouvé et circonscrit au complexe scolaire adventiste de Nlongkak ; sur la base des critères de sélection précis nous avons pu ressortir certaines données. Les données recueillies ont été analysées grâce à la technique d'analyse thématique de contenu.

Les résultats montrent que les sujets ont acquis une surdité à un moment spécifique de leurs existences causant une grande souffrance psychique et un traumatisme important chez nos participants. Dans les débuts avec l'annonce et le constat d'une réelle surdité, une dépression a été observée avec une forte angoisse et une anxiété à travers une profonde tristesse, des pleurs, un désespoir, un sentiment de culpabilité et d'impuissance chez Anaïs, Thomas, Samuel et Vanelle. Qui par la suite ont acceptés leurs nouvelles conditions et ont adopté une attitude positive. Et donc la capacité à vaincre cette adversité a été rendu possible par le recours aux mécanismes et aux stratégies adaptatives de coping que les sujets ont mis en œuvre. Nos sujets continuent de vivre malgré l'adversité, tout un chacun se sent important pas, chacun parmi eux ont des objectifs, des aspirations projectives.

Par ailleurs, bien que le regard des autres ait constitué un frein à l'épanouissement psychologique des sujets à travers l'inquiétante étrangeté. Les sujets ont su mobilisés les stratégies pour discriminer le regard dévalorisant du regard valorisant et à l'intégrer. Également, il a été démontré que la grande foi en Dieu les trois premiers participants et Allah chez Vanelle a aidé pour faire face à la nouvelle situation. Nos participant(e)s ont fortement pris appuis sur la famille, leur entourage, pairs, l'équipe pédagogique et les auxiliaires de santé. On note que la mobilisation des ressources observées chez les sujets rend compte du devenir que ces sujets

projetent. De ce fait les sujets ont des ambitions et développent des projets à partir des activités multiples.

Tout ceci implique que les stratégies adaptatives et résilientes ne sont pas détachés des ressources ou capacités acquises ; comprendre le comportement résilient c'est en effet appréhender la manière dont le sujet fait face aux situations difficiles, extrêmes, à risques et les ressources qu'il mobilise pour s'y adapter et s'en sortir. De manière pratique, les résultats de cette étude permettent d'insister sur le renforcement du travail du l'éducateur spécialisé ayant la casquette de psychologue aussi et de tous les acteurs qui concourent à la santé psychologique des personnes en souffrance en général et des personnes atteintes de surdité en particulier les adolescents ayant acquis, cet  tat. Une telle considération peut permettre d'enrichir les mécanismes de suivi psychologiques des adolescents atteints de surdité et ce de leurs proches et de ce fait, réduire une prévalence  lev e de traumatisme et une sensibilisation efficace sur les ravages de la survenue d'un handicap brusque sous un point de vue général.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adda-Decker M., Delais-Roussarie E., Fougeron C., Gendrot C. et Lamel L. (2013). Etude sur grand corpus de la liaison dans la parole spontanée familiale. *Revue Française de Linguistique Appliquée* (ISSN 1386-1204), vol. XVII, pp. 113-128

Alvin P, Marcelli D. Introduction à la maladie chronique. In : Alvin P., • Marcelli D, eds. *Médecine de l'adolescent*. (2e édition). Paris : Masson.

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*. N° 82, P 4 à 11.

Anaut, M. (2008). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris: Armand Colin, coll "128-Psychologie" (2e édit réactualisée).

Anaut, M. (2009). "Processus adaptatifs et résilience en protection de l'enfance", in Nader-Grosbois, N. (dir.), *Résilience, régulation et qualité de vie ...*

Anaut, M. (2012) "Traumatisme, Humour et Résilience ", in Coutanceau et al. (dirs), *Trauma et résilience : auteurs et victimes*, Paris : Dunod, 3-14.

Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. Paris : Armand Colin. Coll. "Cursus". <https://www.armand-colin.com/psychologie-de-la-resilience-3e-edition-9782200611798>

Anaut, M. (2008). *La résilience : surmonter les traumatismes*. Paris: Armand Colin, coll "128-Psychologie" (2e édit réactualisée).

Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience*. Paris: Armand Colin. Coll. "Cursus". <https://www.armand-colin.com/psychologie-de-la-resilience-3e-edition-9782200611798>

Anaut. M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 3(82)4-4.doi10.3917/RSI.0820004

Arlett, Elgar et Groves (2003). Stress, coping, and behavioural problems among rural and urban adolescents. Published in *Canadian journal of...* 1 October 2003. *Psychology, Sociology, The Canadian Journal of Psychiatry*

Bardin, L. (1991). *Content Analysis*. Lisbon Edies, 70.

- Barrois C. (1988), Les névroses traumatiques, Gauthier Villars, Paris, (réédition Dunod).
- Beaud Michel (2006), L'art de la thèse, Paris, la Découverte.
- Bee, H and Boyd, D. (2006), Lifespan Development, Lincoln, Lincolnshire, Aberdeen, United Kingdom.
- Bee, H. (1989) Psychologie du développement les âges de la vie, Québec, Renouveau pédagogique.
- Bekaert et al.(2012). Les instruments de mesure de la résilience chez les adolescents ayant été confrontés à un traumatisme: une revue de littérature. Journal of Multinational Financial Management, 32, 15–24.
- Birraux, A. (1990).L'Adolescent face à son corps.Albin Michel
- Bize, P. R., Goguelin P. et Carpentier, R. (1967), Le penser efficace, tome II, La problématique, Paris : Société d'édition d'enseignement Supérieur.
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A Conceptual Review of Family Resilience Factors. Journal of Family Nursing, 14, 33-55.
- Bloch. H, (2005), « dictionnaire fondamental de la psychologie », Bordos : Ed Larousse.
- Bloch.H, Depret.E, Gallo.A, [Garnier.PH](#), Gineste.M, Leconte.P ,Leny.J , Postel.J , Reuchlin. M , « le dictionnaire fondamental de la psychologie », (2002) , France : Ed Larousse.
- Blos, P. (1979) The Adolescent Passage: Developmental Issues. International Universities Press, New York.
- Bokanowski (1999). Les enjeux de la passivité chez l'homme, revue française de psychanalyse (n°5 vol 63, paru le 01/01/1999)
- Bon C. (2013), Adolescence et handicap, un périlleux passage. Dans Cliniques du sujet handicapé. Édition Érès.
- Bonnet, C. (2010). L'insertion des personnes en situation de handicap en milieu ordinaire : quels défis pour l'entreprise. Mémoire de séminaire entreprise et société : grand débats contemporains. Institut d'études politiques de Lyon, Université Lumière Lyon 2, Lyon, France. Repéré à MFE2010/bonnet\_c/pdf/bonnet\_c.pdf. 97 pages.

Bouchard C. (1987), Intervenir à partir de l'approche écologique : au centre, l'intervenante. Service social. Volume 36, numéro 2-3.

Boulanger, D. (2014). L'écosystémie sous l'angle des discours : Mise en perspective de l'approche de Bronfenbrenner. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(1), 189-210. doi: 10.7202/1033626ar  
Bronfenbrenner, U. and Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner and W. Damon (eds), *Handbook of child psychology*.

Bronfenbrenner, U. and Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner and W. Damon (eds), *Handbook of child psychology*.

Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod

BUCREP (2010) Rapport final 3ème recensement général de la population et de l'habitat au Cameroun. Répartition de la population résidant dans la province du Littoral par Département et par Arrondissement/District. Yaoundé, Cameroun, 45-47.

C.I.F. (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la Santé*. Genève : OMS.

Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 4e édition, Dunod, Paris'

Claes, M. (1983) *L'expérience adolescente*, Bruxelles, Mardaga.

Claes, M. (2003) *L'univers social des adolescents*, Québec, Presses Université de Montréal.

Cloutier, R., Gosselin, P. & Tap, P. (2005) *Psychologie de l'enfant*. Montréal, Ed. Gaëtan Morin. 560 p. Mention au Prix «Volume» du Concours des Prix du Ministre de l'éducation, du Loisir et du Sport du Canada 2004-2005.

Coe . et Adeline. V-D, (2004), « indispensable de la psychologie » : EdSturdyrama .

Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 1(50), pp. 81-88..

Compas, B. E. et al. (2001). Coping with Stress during Childhood and Adolescence Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychol Bull.* 2001 Jan.

- Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A., and Giunta, C. T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *J. Consult. Clin. Psychol.* 57: 732-740.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003, September 02). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).
- Cramer, R.M. (1999) Trust and Distrust in Organizations Emerging Perspectives, Enduring Questions. *Annual Review of Psychology*, 50, 569-598.
- Crocq L. (1985)The trauma of war: Stress and recovery in Vietnam veterans. Washington: Am Psychiatric Press;
- Crocq L. (2007). Traumatismes psychiques : prise en charge psychologique des victimes, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Cyrulnik, B. (2001). Les vilains petits canards. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2003). Le murmure des fantomes. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2012). Resilience, Connaissance de base. Paris : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B., & Duval, P. (2006). Psychanalyse et résilience. Odile Jacob, P. 83.
- Lagache D., & Rosenblum E., Le Psychologue et le Criminel : 1947-1952 (pp. 159.177).
- De Mijolla (2002). Dictionnaire international de la psychanalyse, Paris, Calmann-Lévy, 2002, 2 vol.
- De Rosny (1996).Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun) Plon - Paris - 1996. ISBN: 9782259185226 464 p.
- Deggouj N., Devresse P. Y. Comprendre les troubles de l'audition. (2006). *La Revue de la Médecine Générale* n° 231 mars: 112-117
- Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience, qu'en fait le systémicien? *Thérapie Familiale*. Paris : Odile Jacob.
- Dictionnaire de psychologie Sillamy, N. (2007).
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money. Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money. Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31.

Discour V. (2011), Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence, Dans Les Cahiers Dynamiques 2011/1 (n° 50), pages 40 à 46 Éditions Érès

D'ivernois J., Gagnayre R. (2011), Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Political Science, Psychology Production Engine* DOI:10.1051/TPE/2011103

Doron, R. et Parot (1997) *Dictionnaire de Psychologie*, Paris, PUF.

Douville, O. ; GALAP, J. 1999. « Santé mentale des migrants et réfugiés en France », *Encyclopédie médico-chirurgicale (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-880-A-10, 11 pages.

Drageset, S., Lindstrom, T.C., Underlid, K., 2010. Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *J. Adv. Nurs.* 66, 149e158.

Dumont, A. (2008). *Orthophonie et surdité*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

Dyer, J.G. and McGuinness, T.M. (1996) Resilience Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 276-282. doi10.1016/S0883-9417(96)80036-7.

ECAM III, (2006) , Reference ID. CMR\_2007\_ECAM ... 2006-09-01. Country, Cameroon

Edjenguèlè (2009), *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, Yaoundé, PUY.

Edjenguèlè (2009), *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, Yaoundé, PUY.

Éducation, (2012) *Références bibliographiques du dossier « Éducation et ruralités »*, Revue

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57–7

Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: An assessment and review. *The Academy of Management Review*, 14(1), 57–7

Erickson, E. (1972) *Adolescence et crise, la quête de l'identité*, Paris Flammarion.

Erikson, E. H. (1974). *Dimensions of a new identity: The 1973 Jefferson Lectures in the Humanities*. W. W. Norton.

Ferenczi (1934), *Réflexions sur le traumatisme, Œuvres complètes, IV (1927-1933)*, Paris, Payot, 1982, p. 139-147. [28].

Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(84), pp. 41-51. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts and Theory. *European Psychologist*, 18, 12-23.

Fortin, M. (2005). *Fondements et étapes de processus de la recherche*. Québec : chenelière. Education. Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Canada : Presses de l'université du Québec.

[Freud](#) A. (1971). *Problems of Psychoanalytic Training, Diagnosis, and the Technique of Therapy*. Edition, 3 ; Publisher, International Universities Press, 1971 ;

Freud, A. (1936). *Le Moi et les mécanismes de défense*. 15<sup>e</sup> édition. Paris: PUF, 2001.

Freud, A. (1937). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. (The International Psychoanalytical Library, No. 30.). Hogarth Press.

Freud, S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle* (Standard Edition, Vol. 18, pp. 7-64). London Hogarth.

Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping Theoretical and Research Perspectives* (Ed). London and New York Routledge.

Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2<sup>e</sup> édition). Presses de l' Université du Québec. doi:<https://doi.org/10.2307/j.ctv18ph7wf>

Gaillard, J.-R. (2020). *Enfants adolescents en mutation*, ESF Editeur.

Garnezy, N. (1991) Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.

Girardon et al (2010). Phobie scolaire et trouble de l'attachement : implications thérapeutiques. *Volume 97, numéro 4, Avril 2021*. Ciccone et al. (2013) Honte, culpabilité et traumatisme. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant* (vol. 3, n° 1, 2013)

Goodman, A. (1965). Reference zero levels for pure-tone audiometers. *Asha*, 7, 262–263.

Grosbois et Le Pellec (2004), Surdités, Acouphènes et troubles de l'audition. Option Santé. Québec

Haddon W. (1980). "Conference on the prevention of motor vehicle crash injury, proceedings". Israel Journal of Medical Science. Vol.16 (1):45-68.

Haddon W, Baker SP. (1981). "Injury control". Dans: Clark D., MacMahon B., rédacteurs. Preventive and community medicine. Little, Brown and Company : 109-140.

Hamonet C. (2012), Les personnes en situation de handicap, Collection : Que sais-je ? Éditeur : Presses Universitaires de France.

Hanus (2007), La mort, le deuil, le suicide à l'école. Dans Études sur la mort 2007/1 (n° 131).

Hanus, M. (2001), Études sur la mort no 119). Pages : 180; Éditeur : Centre International des Etudes sur la Mort.

Hebga P. M. (1998), La rationalité d'un discours africain sur les phénomènes paranormaux. Paris, l'Harmattan.

Herculano-Houzel, S., Mota, B., and Lent, R. (2006). Cellular scaling rules for rodent brains. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 103, 12138-12143.

Hjemdal O., Friberg O., Martinussen M., Rosenvinge J. H. (2001). Mestring og motstandsdyktighet hos voksne: Utvikling og foreløpig validering av et nytt instrument [Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience]. Tidsskrift for Norsk Psykologforening [Journal of the Norwegian Psychological Association], 28, 310-317.

Huberman, A. M. et Miles, M. B. (2003). Analyse des données qualitatives. (2e éd.), Bruxelles, Éditions de Boeck.

Iblova, P. (2006). La culture et l'art comme facteurs de résilience. Érès, Reliance, (17), 14-18, Consulté le Juillet 27.

INSERM (2004), Psychothérapie, trois approches évaluées. Paris, Ed. 553 p.

Institut National de Statistique (2009) Conditions de Vie des Populations et Profil de Pauvreté au Cameroun en 2007, Rapport Principal de l'Ecarn

Ionescu S. (1999), Trouble dissociatif de l'identité (personnalité multiple) et conduite délictueuse. Collection : Psycho Sup ; Éditeur : Dunod.

Ionescu, S. (2015). De la résilience naturelle à la résilience assistée. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Éds). Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation (pp. 5-17). Québec : Livres en ligne du CRIRES.

Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Traité de résilience assistée (pp. 61-135). Paris : Presses universitaires de France.

Ionescu, S. (2010). Du pathocentrisme à la salutogenèse : apports du concept de résilience. Dans S. Ionescu (Éd.), Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspective (pp. 271-297). Paris : Belin.

Jourdan-Ionescu, C. (2001) Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience, *Revue québécoise de psychologie*, 22:1, 163-183.

Kimessoukié-Omolomo É., Jourdan-Ionescu C., Tousignant M., Gascon H., Michallet Séguin B., Hamelin M., A., Julien-Gauthier F., Labelle R., Marcoux L., Carbonneau N. (2014 ). Étude bibliométrique sur la résilience au Québec de 2000 à 2015. 3ième Congrès mondial sur la résilience, Trois-Rivières, Canada.

Kimessoukié-Omolomo, E. (2016). Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières].

Kulber-Ross, E., & Kessler, D. (2009). Les cinq étapes du deuil. Dans : *Sur le chagrin et sur le deuil*, 25-50.

La loi N° 2010/ 002 du 13 avril 2010, portant protection et promotion des personnes handicapées.

La loi n° 83-13 du 21 juillet 1983 relative à la protection des personnes handicapées

Lagache, D., & Rosenblum, E. (1979). Psychologie clinique et méthode clinique (1949). Dans *Le Psychologue et le Criminel : 1947-1952* (pp. 159-177). Presses Universitaires de France.

Laplanche, J., Pontalis, J.B., (1978). Vocabulaire de la psychanalyse, Presses Universitaires de France, Paris.

Laplanche, Jean, Pontalis, J.-B. (Jean-Bertrand) (2002), Vocabulaire de la psychanalyse. Éditeur. Presses Universitaires de France – PUF

Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York Springer.
- Le petit Larousse illustré (édition 2011). Collectif. *Learned from the Kauai Longitudinal Study*. *Learning Disabilities Research and Practice*, 8, 28-34.
- Lebigot F. (2011). *Traiter les traumatismes psychiques: clinique et prise en charge*. Paris: Dunod
- Lecompte, J. (2002). *Qu'est-ce la résilience? Question faussement simple. Réponse*
- Lecomte J., *Guérir de son enfance*, Paris : Odile Jacob, 2004
- Liberman R, (1999), « Handicap et maladie mentale » Edition P.U.F Paris
- Ionescu, S. (2015). *De la résilience naturelle à la résilience assistée*. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Éds). *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation* (pp. 5-17). Québec : Livres en ligne du CRIRES.
- Ionescu, S., & Jourdan-Ionescu, C. (2011). *Évaluation de la résilience*. Dans S. Ionescu (Ed.), *Traité de résilience assistée* (pp. 61-135). Paris : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2010). *Du pathocentrisme à la salutogenèse : apports du concept de résilience*. Dans S. Ionescu (Éd.), *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspective* (pp. 271-297). Paris: Belin.
- Lutte G. (1988). *Libérer l'adolescence*. Edité par Pierre Mardaga, Liège - Bruxelles. .
- Manciaux, M. (2001). *La résilience. Résister et se construire*. Cahier Médico-sociaux, Genève, Médecine et Hygiène, pp 113-116.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2010). *Resilience to potential trauma: Toward a lifespan approach*. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 258–280). The Guilford Press.
- Marcelli, D. et Braconnier A. (1988). *L'adolescence aux mille visages*, Editions Universitaires, Paris, 1 vol. 204p.
- Masten, A. S., & Wright, M. O. (2010). *Resilience over the Lifespan: Developmental Perspectives on Resistance, Recovery, and Transformation*. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 213-237). New York: The Guilford Press.
- Michel M. (2006), *Handicap, résilience, éthique*, Dans [Reliance 2006/2 \(no 20\)](#), pages 11 à 16.

Michel, G. (2001), La prise de risque à l'adolescence, Pratique sportive et usage de substances psycho-actives. Paris, Masson, coll. « Les âges de la vie ».

Nathalie de Kernier (2019), Les grandes notions de la psychologie, Dunod.

Nguimfack et Ovambe Mbarga (2020). La résilience basée sur les signifiants culturels chez les soldats psychotraumatisés de guerre en Afrique : vers une modélisation en psychologie clinique. Dans Psychologie Clinique 2020/2 (n° 50)

Northern, J., & Downs, M. (1991). Hearing in children (4th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Olivier Douville et Jacob (2009). « Enfants et adolescents sous la guerre et rapport à l'ancestralité », Journal des anthropologues [En ligne], 116-117 | 2009, mis en ligne le 10 avril 2012, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/3914> ; DOI : 10.4000/jda.3914

OMS (2001), Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Éditeur: Presses de l'EHESP, Organisation mondiale de la santé (OMS)

Organisation mondiale de la Santé. (2010). Dernières statistiques mondiales sur la prevalence. Repère à <https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2010/pdfs/pr229F.pdf>

Ouellet, M.- C. Saint-Jacques, D. Turcotte (Éds) (1997). Méthodes de recherche en intervention sociale. Montréal : Gaëtan Morin.

Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. Recherches qualitatives, 15, 179-194.

Paillé, P. and Mucchielli, A. (2008) L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin, Paris.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4e éd.). Paris : Armand Colin. Google Scholar 10.3917/arco

Piaget, J. (1963). The origins of intelligence in children. W W Norton & Co.

Piaget, J. et coll. (1981), Le possible et le nécessaire. I : L'évolution des possibles chez l'enfant. Paris : Presses Universitaires de France.

Piot M. (2004), La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation 2016/3 (N° 75). 2016/3 (N° 75), pages. 61 à 69. Éditions: INSEI Presses Universitaires de France.

Rapport sur la santé dans le monde (2010). Le financement des systèmes de santé psychosociale auprès de familles vulnérables (p.97-130). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Roland, P.S., Marple, B.F. and Mayerhoff, W.L. (1997) *Hearing Loss*. 2nd Edition, Thieme Medical Publishers Inc., New York.

Romano H. (2011), La mort d'un enfant : processus de deuil dans le groupe familial. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol.59, n°6, 356-361.

Schauder S. (2007), *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents*, Paris, Dunod.

Seligman and Martin, E.P. (2012) *Flourishing-A New Understanding of Happiness and Well-Being*. Atria Press, Philadelphia.

Sisk, C. (2004), Foster, D. The neural basis of puberty and adolescence. *Nat Neurosci* 7, 1040–1047. Coe CL, Rosenberg LT, Levine S. Immunological consequences of psychological disturbance and maternal loss in infancy. In: Rovee-Collier C, Lippsett LP, editors. *Advances in infancy research*. Vol. 5. New Jersey: Ablex.

Smeltzer, L., R., & Zener, M. F. (1992). Development of a Model for Announcing Major Layoffs. *Group & Organization Management*, 17(4), 446-472. Spender, J. C

Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202–210. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>

Soulier, B. (2008), *Vivre avec le handicap au quotidien. Guide du mieux être de la personne handicapée et de ses proches*, Paris, Interéditions-Dunod, 211 p.

Store, J and Church, J. (1973). *Childhood and adolescence : A psychology of the growing person*, New york, Random House.

Tarabulsy, G. M., Provost, M., Drapeau, S. et Rochette, E. (2008). Mieux évaluer ; mieux intervenir. Dans G. M. Tarabulsy, M. Provost, S. Drapeau, et E. Rochette (dir.), *L'évaluation*

Theis A. (2006). Approche psychodynamique de la résilience: étude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil

Tisseron, S., & Cyrulnik, B. (2007). Controverse: La résilience en question. In J. Aïn (Ed.), *Résilience*.

Tychev, (de) C., (1994). L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach, Paris, Editions et Applications Psychologiques.

Tychev, (de) C., DIWO, R. & DOLLANDER, M., (2000), La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, *Bulletin de Psychologie*, 448, 469-480.

Tychev, (de) C., Diwo, R. & Dollander, M., (2000), La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach, *Bulletin de Psychologie*, 448, 469-480.

Tychev, C., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P., Garnier, S., & Demogeot, N. (2012). Resilience, mentalization, and the development tutor: A psychoanalytic and projective approach. *Rorschachiana*, 33(1), 49–77. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000027>

Vompenhoudt et al. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales. Psycho Sup. Paris: Dunod.

Wadsworth, M. E., & Compas, B. E. (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of research on Adolescence*.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1, 165-178.

Wallon H. (1948). *La Vie mentale*, Éditions sociales, Paris, rééd. 1982.

Watine P. (2005), Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France, *EMC-Toxicologie-Pathologie 2 (3)*, 111-136, Elsevier.

Werner, E. E. (1993). Risk and resilience in individuals with learning disabilities: Lessons.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, soins infirmiers*, 1(84), pp. 41-51. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>

Yin, R. K., (1984). *Case Study Research : Design and Methods*. Sage Publications Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 1(50), pp. 81-88.

# ANNEXES

**ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE**

**ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

**ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTETIEN**

**ANNEXE 4 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC ANAIS GRILLE D'ANALYSE  
THEMATIQUE**

**ANNEXE 5 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC THOMAS GRILLE D'ANALYSE  
THEMATIQUE**

**ANNEXE 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC SAMUEL GRILLE D'ANALYSE  
THEMATIQUE**

**ANNEXE 7 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC VANEL GRILLE D'ANALYSE  
THEMATIQUE**

## ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
\*\*\*\*\*  
Paix – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT D'EDUCATION  
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON  
\*\*\*\*\*  
Peace – Work – Fatherland  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF SPECIALIZED  
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N°...*691*.../23/UYI/FSE

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **NTAMACK Germain Peter**, Matricule **18Z3005** est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Éducation, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *HANDICAPS PHYSIQUES, INSTRUMENTAUX ET CONSEILS*, Option : *PSYCHOLOGUE PROFESSIONNEL EN HANDICAPOLOGIE INCLUSIVE*.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la supervision du **Pr MAYI Marc Bruno** et la direction du **Pr TCHOKOTE Emilie**. Son sujet est intitulé : « *Le vécu de sa déficience et usage de la langue des signes chez le déficient auditif : une étude de cas* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé le *01/02/23*

Pour le Doyen et par ordre

*[Signature]*  
**Dr. Mbembe Abdou Tanzi**

## **ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

### **Sujet de recherche : *L'expérience subjective de la surdité acquise et stratégies de coping chez l'adolescent déficient auditif.***

La recherche que nous entreprenons voudrait se pencher sur l'expérience subjective de la surdité acquise chez les adolescents déficients auditifs. Nous voudrions alors étudier comment l'adolescent déficient auditif se confronte aux enjeux psychologiques de la surdité et quelles sont les ressources internes et externes qui sont mobilisées pour faire face et se développer continuellement.

Le choix de ces adolescents repose purement sur des raisons méthodologiques et ne revêt aucune signification particulière. En souhaitant que vous puissiez accepter de participer à cette étude, nous vous assurons qu'aucun renseignement permettant de vous identifier ne figurera dans nos travaux de recherche. Les renseignements recueillis pendant cette recherche sont anonymes et confidentiels. Ils ne peuvent être exploités dans aucun but autre que scientifique.

Votre participation à cette étude est librement consentie. Comme dans toute étude scientifique, nous souhaitons avoir le maximum d'informations afin d'aboutir à des résultats fiables. Vous aurez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, si vous ne vous sentez plus en mesure de continuer.

Vous connaissez la teneur de l'étude, vous avez lu et compris ce formulaire de consentement. Si librement et sans aucune contrainte vous désirez participer à cette étude, nous vous serons reconnaissant de nous contacter à l'adresse ci-dessous. Nous pourrions alors définir ensemble les modalités de votre collaboration à cette recherche.

Signature du participant

Signature de l'enquêteur

**Nous vous remercions infiniment d'accepter de participer à cette étude.**

**NTAMACK Germain Peter** (*Master 2 Education spécialisée*)

Tel : 00237-693680190

Email: [germainn97@gmail.com](mailto:germainn97@gmail.com)

### ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTETIEN

Le guide d'entretien s'articule autour de quatre (04) thèmes principaux déclinés en plusieurs sous-thèmes. Il se présente comme ci-dessous :

- **Préambule**
- **Identifiant du participant**
- **Données sociodémographiques**
- **Données cliniques**
  
- **Thème1:Vécu avant la survenue de la surdité**
  - **Sous-thème 1** : Représentation de soi
  - **Sous-thème 2** : Vécu quotidien avant la surdité
- **Thème 2** : Vécu lié à l'annonce de la survenue de la surdité
  - ↪ **Sous-thème 1** : Contexte de l'annonce ;
  - ↪ **Sous-thème 2** : Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce de la survenue de la surdité
- **Thème 3** : Vécu après la survenue de la surdité
  - ↪ **Sous-thème 1** : Vécu quotidien après la survenue de la surdité (conséquences sur les différents écosystèmes de vie de l'adolescent)
  - ↪ **Sous-thème 2** : Représentation de soi après la survenue de la surdité
  - ↪ **Sous-th me3** : Ressenti et attitude face à la nouvelle condition li e à la survenue de la surdité
  - ↪ **Sous-th me4** : Le regard des autres après la survenue de la surdité
- **Thème 4** : stratégies de coping mobilis es
  - ↪ Sous-thème 1 : stratégies adaptives de coping centr es sur le problème
  - ↪ Sous-thème 2 : stratégies adaptives de coping centr es sur l'émotion
  - ↪ Sous-thème 3 : mécanismes de coping positif

## **ANNEXE 4 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC ANAÏS**

### **1- Relevés des entretiens d'Anaïs**

#### **1-1- Entretien N°1 : Anaïs**

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'établissement. Et le second s'est déroulé au domicile de la participante.

#### **❖ Données sociodémographiques**

**Identifiant : Anaïs**

**Age : 19 ans**

**Sexe : Féminin**

**Type de déficience: Acquis**

**Age de survenue : 5ans**

**Niveau d'étude : 1<sup>ère</sup> D**

**Vécu relationnel :** Entretien de très bonnes relations avec les membres de la famille (père, mère, sa sœur et ses deux frères)

**Rang dans la fratrie : 2/4**

#### **Présentation et analyse de l'entretien**

La première participante porte le pseudo d'Anaïs dans notre étude. Elle a 19 ans et est élève en classe de 1<sup>ère</sup> D, au collège Adventiste de Yaoundé Nlongkak. Elle est la deuxième d'une famille de quatre enfants. Actuellement le papa d'Anaïs est retraité et sa maman est enseignante aux l'enseignement secondaire. Il va de soi que sur le niveau d'études ou bien intellectuelle des parents est nettement à un niveau standard. Dès son plus jeune âge Anaïs a été scolarisé dans la petite enfance. Mais après avoir passé une année en section d'initiation au langage (SIL), elle est atteinte de méningite ; et la conséquence est inévitable qui survient et qu'elle devient sourde ou encore déficiente auditive. Sa maman, enseignante a pris sur elle de l'encadrer à la maison pendant les vacances après sa première année de la SIL. Cette démarche avait pour but de la stimuler et la préparer à une scolarisation un peu différente de ses précédentes années à l'école.

En début d'année suivant l'âge de son acquisition elle est inscrite dans une école spécialisée aux déficients auditifs. Cette structure éducative spécialisée est tout simplement ESEDA (École spécialisée pour enfants déficients auditifs). Elle recommencera dès lors le niveau un dans cette école dans le but d'apprendre la langue des signes et les spécificités linguistiques de cette

langue. Elle va parachever tout son cycle primaire dans cette école. Sinon Anaïs, elle a pour objectif de continuer ses études secondaires à la différence de ses camarades qui avaient optés pour des formations professionnelles à l'atelier de réinsertion et réorientation sociale de l'école. Cependant elle se heurte à une difficulté, elle ne peut pas être inscrite dans un lycée. Son dossier sera rejeté dans différents lycées des alentours à cause de son handicap. C'est dès lors qu'elle a perçu vraiment la représentation et les préjugés dans laquelle sa situation de handicap l'immergeait.

## **1-2- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles**

**Chercheur** : Bonjour Anaïs.

**Anaïs** : Bonjour.

**Chercheur** : Avant de commencer notre entretien, permet-moi de te remercier pour avoir donné un avis favorable afin de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. En dehors de la raison qui nous amène très souvent à échanger, vous savez qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Je tiens à rappeler aussi que nous allons respecter votre anonymat et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de votre permission pour enregistrer cet entretien en filmant afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer.

**Anaïs** : Pas de soucis pour la vidéo.

**Chercheur** : Merci pour votre accord.

**Anaïs** : Je vous en prie (sourire).

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler de la représentation que vous aviez de votre corps avant la maladie ?

**Anaïs** : Oui oui... moi j'ai toujours été actif avec mon corps. J'étais comme tous les autres enfants, sans complexe. Je parlais, et j'entendais parfaitement.

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler de votre vie avant la perte de l'audition ? Comment était votre vie avant l'avenue de la surdité ?

**Anaïs** : Je dirais que ma vie avant la surdité, j'étais pleine de vie, je débordais d'énergie et pas une santé très forte, toutefois j'étais pleine de vie. Comme tout autre jeune de mon âge, j'avais

des rêves, des aspirations professionnelles, bref c'était une vie bien remplie, je souhaitais. J'ai eu une petite enfance épanouie, des amis, et ma famille.

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler du contexte entourant l'annonce de votre surdité ?

**Anaïs** : Oui, ce fut une période très difficile. Mais bon je me lance. J'avais à cette période l'âge de 05 ans. Un matin je me suis réveillée, j'avais mal à la tête. Des médicaments m'ont été donnés par maman ce matin là. je suis allée à l'école. La migraine avait baissé. Mais sur le long terme ce mal venait et partait de temps à autre. Mais j'avais n'ayant un bruit strident oreilles. Je percevais à peine les sons environnants, sauf que je n'avais pas signalé. Quelques jours plus tard, je me suis réveiller je n'écoutais absolument rien un matin. Maman essaya, y compris papa tout, bref du mieux pour que je comprenne ce qu'ils disaient. Nous sommes donc allé à la suite à l'hôpital. J'ai été diagnostiquée. Le médecin en question avait des baguettes et était derrière moi ; dans ce processus j'étais censé lever la main du côté où je percevais les sons. Par la suite après une panoplie d'examen le médecin vint avec son résultat, des différents diagnostiques. À voir la tête de mes parents ce n'était pas la joie. Il en découlait que j'ai perdu presque mon audition et que cet état se dégradera encore plus.

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre surdité ?

**Anaïs** : Réellement, je n'avais pas encore perçu la gravité des choses (rire...). Dans ma tête c'était juste un mal qui aurait une solution, comme toutes les maladies qu'on a lorsque l'on va à l'hôpital. Comme je l'ai dit avant je ne percevais pas encore la gravité des choses.

**Chercheur** : Qu'avez-vous imaginé au moment de l'annonce ?

**Anaïs** : Que c'était une maladie qui passera. Des médicaments m'avaient été prescrits. Sauf qu'avec le temps mon état s'était dégradé.

**Chercheur** : En parlant de médicament, comment avez-vous vécu la période des traitements ?

**Anaïs** : Silence... C'était très dur, très difficile même. Car au lieu de s'améliorer, la situation en fait se dégradait. J'entendais de moins en moins. Je consultais aussi un orthophoniste pour des contrôles et vérifier l'état d'avancement de ma situation de malentendant à une surdité complète. Des propositions d'interventions avaient été faites mais le coût était au-dessus des parents à cette époque. Car se faire appareillé n'était vraiment accessible et à la portée des parents.

**Chercheur** : Comment était devenue votre vie après la survenue de la surdité en question ?

**Anaïs** : Complicé sur plusieurs niveaux. Notamment sur le plan scolaire, avec amies, la famille, ce n'était pas pareil qu'avant. Tout semblait se dégrader autours de moi, tout comme ma surdité. Pareil au niveau scolaire, c'est au niveau familial que les rapports ont plutôt changé, mais en bien.

**Chercheur** : À ce propos quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis l'avènement de votre surdité ?

**Anaïs** : Un grand faussé a surgi dans ma vie, je me sentais diminuée mes amis se sont éloignés peu à peu. Leurs parents n'étaient pas d'un avis favorable pour que nous soyons ensemble, que nous restions amis. De peur qu'ils ne contractent le même mal ou la surdité que j'ai.

**Chercheur** : Pouvez-vous nous parler du regard des autres faces l'avènement de votre surdité ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autres ?

**Anaïs** : J'ai fait face au début à beaucoup de difficultés, sur le plan familial, les ami (e)s, des difficultés scolaires et relationnelles. Sur le plan familial la communication se dégradait progressivement. Je devenais un peu plus solitaire, je me cloitrais dans ma bulle, j'étais toujours dans mon coin. Les discussions étaient à peine fluides. Car il me fallait un moyen pour me faire comprendre et entendre par tous. De même avec mes amis du moins, pour ceux qui sont restés. Car pour beaucoup je n'étais pas fréquentable. Beaucoup me huaient. J'étais le sujet de beaucoup de moqueries.

**Chercheur** : Maintenant, pouvez-vous nous dire qu'est-ce qui vous a aidé à affronter vos difficultés ? Selon vous, quels sont les aspects de votre personnalité qui ont fait en sorte que vous avez pu surmonter cette épreuve difficile ?

**Anaïs** : J'étais certes dans ma bulle, mais je me suis rendu compte qu'autant je souffrais ma famille aussi. J'ai donc décidé d'accepter ma condition. Vous savez cette situation est désavantageuse, mais j'ai décidé de faire de ma surdité une arme pour lutter contre les difficultés auxquelles je fais face. Ma famille était aussi d'un grand apport, notamment les parents et mes frères et ma sœur. Mes études aussi j'ai décidé de me remettre à fond. Mes ami(e)s aussi dans le cadre scolaire que je me suis fait des amis à ESEDA et CSA Nlongkak.

**Chercheur** : Pouvez-vous être plus claire ? Que pensez-vous du soutien que vous ont offert vos proches ?

**Anaïs** : Pour être claire, je vais d'abord insister sur certains aspects, je suis forte à la base, positive et très déterminé, les seules fois où je n'étais moi c'était pendant cette période sombre de ma vie. J'avais du mal à accepter, surtout ma condition. Mais bon j'ai décidé d'être au-dessus de tout. J'ai finalement accepté de commencer à m'y mettre à la langue des signes, maman et papa bref toute la famille s'y est mise pour faciliter les échanges et une communication plus fluide et aisée entre nous les membres de la famille. À l'école mes amis étaient pareille que moi, du coup une intégration social ou scolaire n'était vraiment pas compliqué. Même si la même adversité à resurgît à mon entrée au secondaire, car j'ai eu beaucoup de rejet à mon entrée en classe de 6<sup>ème</sup>. Ce fut une autre année blanche, mes performances scolaires étaient en décadences. Je n'avais pas un accompagnement de la part des enseignant, pour certains j'étais l'objet de plusieurs moqueries que j'ignorais. D'autres me prenaient comme une personne normale car vous savez la surdité est handicap invisible, qui ne se perçoit pas à l'œil nu. J'ai dû à cet effet changer d'établissement face à ces persécutions.

**Chercheur** : Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apportés la surdité dans votre vie ?

**Anaïs** : Je me suis mis à la lecture d'abord afin d'être cultivé, d'avoir des performances scolaires hors du commun pour montrer à guignols que même avec une surdité on peut être au-dessus de la personne qui est normale. Lorsque que j'étais sujette aux moqueries et railleries, j'usais de mon super pouvoir celui qui étaient de ne rien écouter ce qui dit à voix haute. Attends-je t'explique. Lorsqu'ils se moquaient de moi je faisais mine d'observer et d'écouter, puis à la fin j'envoyais une balle en fonction du contexte (rire...)

**Chercheur** : Aujourd'hui, quelle est votre plus grande fierté ?

**Anaïs** : Ma plus grande fierté, je dirais le Seigneur m'a donné un quotient intellectuel bon, au-dessus de la normale, je suis belle, je n'ai vraiment rien à envier aux autres. Et je compte atteindre et réaliser mes rêves.

**Chercheur** : Avez-vous des conseils à donner une personne qui serait sujette à une surdité ?

**Anaïs** : À ceux qui sont comme moi, ils ne doivent pas se décourager même ne serait-ce qu'une seule fois. Ils doivent continuer d'avancer, de se dire que la surdité n'est en aucun cas une fatalité, mais un atout considérable qu'ils ont à leurs portées. Car quand le sens de la perception des sons s'en va, je vous assure que l'on grandit, d'autres sens se développent instinctivement et il faudrait juste cultiver cela. C'est aussi un aspect que beaucoup ne perçoivent pas dans le

handicap en général. Une chose importante ils ne doivent pas tourner le dos à ceux qui tendent la main vers eux. Car sans ma famille, mes amis, mes enseignants et des personnes comme vous qui nous apportez un soutien hors mis les heures de cours, vous qui créer du temps pour augmenter nos performance, sans l'aide de ceux que j'ai mentionné, c'est difficile de sortir vainqueur de ce combat. Voilà un peu !

**Chercheur** : Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés durant cet entretien que vous auriez aimé discuter concernant votre vécu en lien avec la surdité ?

**Anaïs** : Non je crois que j'ai assez fait le tour (rires).

**Chercheur** : Merci Anaïs pour votre disponibilité.

**Anaïs** : Merci ! Vous êtes la bienvenue et c'est toujours pour moi un plaisir de partager et échanger avec vous, je suis fière de parler très souvent des réalités que nous la communauté sourde vivons au quotidien.

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en place des stratégies de Coping chez l'adolescent déficient auditif à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de rebondir face à la surdité acquise	A	Expérience subjective de la surdité acquise	a	Vécu avant la survenue de la surdité	1	Représentation de soi				Aa1+
					2	Vécu quotidien				Aa2+
			b	Vécu pendant la survenue de la surdité	3	Contexte de l'annonce				Ab3-
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce				Ab4±
			c	Vécu après la survenue de la surdité	5	Vécu quotidien après la survenue de la surdité				Ac5±
					6	Représentation de soi				Ac6+
					7	Ressenti face à la nouvelle situation				Ac7-
					8	Regard des autres				Ac8+
	B		d	Ressources internes	9	Le déni				Bd9+
					10	Le clivage				Bd10+
					11	L'intellectualisation				Bd11+
					12	L'humour				Bd12+
					13	La mentalisation				Bd13+

		<b>Stratégies de coping et résilience</b>	e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, enseignants, auxiliaires de vie scolaires, soignants				Be14+
	15				Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières				Be15+	
	16				Stratégies d'adaptation centrées sur le problème				Be16+	

**ANNEXE 5 : Grille d'analyse thématique (cas Anaïs)**

## ANNEXE 6 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC THOMAS

### 2- Relevés des entretiens de Thomas

#### 2-1- Entretien N°1 : Thomas.

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'établissement. Et le second s'est déroulé au domicile du participant.

#### ❖ Données sociodémographiques

**Identifiant** : Thomas

**Age** : 18 ans

**Sexe** : Masculin

**Type de déficience** : Acquise

**Age de survenue** : 03 ans

**Niveau d'étude** : 2<sup>nde</sup> C

**Vécu relationnel** : Entretien de très bonnes relations avec les membres de la famille (père, mère, sa sœur et ses deux frères)

**Rang dans la fratrie** : 3/5

#### 2-2- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles

**Chercheur** : Bonjour Thomas.

**Thomas** : Bonjour.

**Chercheur** : Avant de commencer notre entretien, permettez-moi de vous remercier pour avoir accepté de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. Vous savez donc qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Je vous rappelle aussi que nous allons respecter votre anonymat et qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de votre permission pour enregistrer cet entretien afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si vous êtes d'accord, nous pouvons commencer.

**Thomas** : D'accord ! Nous pouvons commencer (avec un air soulagé).

**Chercheur** : Merci pour votre accord.

**Thomas** : Je vous en prie.

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler de la perception ton corps que vous aviez avant la l'avenue de la surdité ?

**Thomas :** J'étais comme tous les enfants de cet âge. J'écoutais parfaitement, et en âge de scolarisation. Déjà tout petit maman et moi allions souvent à l'école accompagner mes sœurs. Et je voulais souvent y rester (rire...)

**Chercheur :** Pouvez-vous me parler de votre vie avant la surdité ? Comment était votre vie avant l'avenue de la surdité ?

**Thomas :** Tranquille, Il est important de mentionner et rappeler que la survenue de ma surdité s'est faite à l'âge de 03 ans. Cependant je reviendrai sur les circonstances de l'acquisition de ma surdité. Pour revenir à votre question, j'étais un enfant comme tous les autres, j'écoutais parfaitement, je jouais, j'avais des ami(e)s. j'étais un petit garçon épanoui.

**Chercheur :** D'accord merci. Maintenant, peux-tu- nous me parler du contexte entourant l'annonce de votre l'avenue de la surdité ?

**Thomas :** Les souvenirs, ils sont un peu vagues, car tu sais bien comme moi que de pareil scénario surtout à cet âge on ne saurait se rappeler avec de parfait détails. Mais bon je ferai une petite restitution des faits. À cet effet je reviens donc sur les circonstances de ma surdité. Quelques semaines avant, nous étions au village, pour le deuil d'un cousin à maman avec la famille pendant les grandes vacances. Bon il se dit d'abord toujours que je suis curieux et je m'intéressais tout petit aux choses qui ne me concernait pas (rire...). Bon maman dit que pendant le deuil et la nuit j'entendais des gens parler, et je l'importunais un peu trop. Le cousin en question était décédé d'une mort pas du tout normal. Bon nous sommes rentrés après le deuil. Ce que je sais c'est que j'ai contracté un paludisme après. Qui a été mal soigné, selon les dits des parents. À la fin du traitement, j'avais des bourdonnements aux oreilles et du jour au lendemain je n'écoutais plus rien. Chose qui n'a pas été digéré facilement par maman, y compris moi actuellement. Car pour elle, les sorciers m'avaient bouchés les oreilles pour que je n'écoute plus certaines choses.

**Chercheur :** Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre surdité ?

**Thomas :** Le caractère naïf et d'enfant que j'avais me protégeais, je ne percevais vraiment pas ce que je traversais, mais maman était triste, des fois elle pleurait. Je savais dans mon fort profond que c'est une situation qui s'arrangerait. Mais à certain moment j'ai réellement pris conscience de ma situation.

**Chercheur :** Qu'avez-vous ressenti à ce moment-là?

**Thomas :** Comme je disais tantôt j'ai perçu cela quand la rentrée scolaire était en approche. Les parents ont jugé bon que ce ne fût pas nécessaire que je commence les classes avec mon handicap ou ma surdité pour être précis. Je n'en revenais pas ce qui est certain je ne voulais rien entendre venant de qui que ce soit je pleurais non-stop. (Baisse la tête avec la main sur le menton et pousse un soupir). Maman n'ayant a cherché des solutions.

**Chercheur :** Comment avez-vous vécu la période des différents traitements ?

**Thomas :** Pour être vrai ces traitements étaient, sans effets d'ailleurs que je ne comprenais rien de tout ce qui se disait et se faisait autours de moi. Nous avons vu tous types de personnes, je t'assure. Féticheurs, marabout, sorciers bref je crois que ce sont tous les mêmes personnes. Dans leurs discours c'est que j'avais certaines prédispositions, mais qui ont été bloquées par des personnes compliqués. Sauf qu'ils prétendaient avoir des solutions, et donner des promesses qu'ils ne tenaient pas. Je fus trimbalé ainsi pendant trois ans je crois. D'où mon retard scolaire par rapport au jeunes de mon âge. Un bon jour sans comprendre mon commencer à s'impliquer à fond.

**Chercheur :** Comment était devenu votre vie après l'avenue de la surdité ?

**Thomas :** Trop de persécution, ils sont de plusieurs ordres. D'abord mes amis m'ont mis de côté, amis d'enfance bien sûr j'étais seul abandonné à moi. Pendant ces trois ans après ma surdité acquise il faut avouer que mes rapports sur le plan social avaient largement diminué. Au quartier c'était du rejet. Pour plusieurs, maman au quartier celles de mes amis, c'était que j'étais un enfant sorcier, que je pourrais aussi faire en sorte que leurs enfants soient comme moi. Je me détestais grave. Je ne me reconnaissais pas qui j'étais quand j'y repense tout compte fait.

**Chercheur :** Quels sont les changements de votre vie qui vous ont le plus marqué depuis la venue de la surdité ou ta surdité acquise ?

**Thomas :** Le changement s'est fait ressentir quand mon père s'est impliqué concrètement dans ma condition. Car il faut noter qu'au tout début il n'était pas présent c'est maman qui faisait tout. À un moment donné je me disais qu'il ne m'aime pas. J'avais une sensation de rejet. Du coup quand il rentrait du boulot, j'allais me coucher. Et il donnait plus d'attentions à ma petite sœur qui est venu quelques mois après ma surdité. Sinon jour, il m'a pris m'a amené chez un orthophoniste, des test ont été fait et autres. Bref il en est ressortit que j'ai une surdité profonde. Elle aurait pu être géré par appareillage. Mais le temps mis sans consulter mon acuité auditive a baissé. Sinon comme recommandations, il était nécessaire que j'apprenne la langue des signes

et on a indiqué un établissement adéquat qui gère les enfant à besoins spéciaux, l'ESEDA et ce fut mon entrée dans cette école inclusive et c'est là que ma vie a changé et ce fut n nouveau départ pour moi.

**Chercheur** : Comment vous voyez-vous depuis ce changement depuis ?

**Thomas** : je suis épanouis, c'est vrai que les petites discriminations n'ont pas disparu mais ma qualité de vie s'est nettement amélioré. J'ai des amis qui m'aiment qui sont toujours là pour moi, j'ai des camarades pareils que moi et d'autres qui sont entendants. J'ai ma famille qui me soutient dans tout.

**Chercheur** : Pouvez-vous nous parler du regard des autres après votre surdité ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autres ?

**Thomas** : J'étais mise à l'écart je recevais des attaques et injures, on m'empêchait de faire quoi que ce soit. Lors des séances de football. Je n'étais dans aucunes équipes

**Chercheur** : Maintenant, pouvez-vous nous dire qu'est-ce qui vous a aidé à affronter vos difficultés ? Selon vous, quels sont les traits de votre personnalité qui ont fait en sorte que vous avez pu surmonter cette épreuve difficile ?

**Thomas** : Après l'acquisition de ma surdité, j'ai cultivé certaines attitudes, tels que le repli sur moi-même, esprit indépendant, je me suis donné à fond au football. J'en suis d'ailleurs fière de faire partie d'une sélection de l'équipe nationale du Cameroun pour sourd.

**Chercheur** : Que pensez-vous nous dire du soutien en ce qui concernent vos proches ?

**Thomas** : Je n'ai rien à redire ma famille a toujours été là pour moi tant bien que mal, ma mère, mon père, mes proches et tout. C'est vrai que je l'ai fuyait, surtout mon père. Mais ma perception a changé j'ai vu en lui un père présent et c'est toujours le cas. Il me soutien dans mes choix, mes projets que je voudrais commencer. Et aussi, le fait de me tourner vers Dieu dans la prière et être accompagné dans ce sens m'aide même encore aujourd'hui car je poursuis le parcours.

**Chercheur** : Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apportés la maladie dans votre vie ?

**Thomas** : Le fait de lire sur le sujet m'a beaucoup aidé, je me suis rapproché des groupes et association œuvrant dans le handicap. Chercher comment d'autres ont fait pour vivre cette situation.

**Chercheur** : Avez-vous des recommandations à faire ?

**Thomas** : Oui, pour moi la population en général doit être moins dure, en vers les personnes porteuse de handicap, car beaucoup nous catégorise, nous traite de sous-homme. C'est vrai que ce n'est pas tout le monde qui le fait, car on voit tout de même les personne comme vous, qui vous impliquer pour la défense de notre cause, avec les activités de votre groupe de soutien. Alors c'est vrai je semble être, épanouis mais au fond nous trainons ces séquelles. À ce qui sont comme nous je nous en encourageant à œuvrer d'avantage, à ne pas baisser les bras. Et il faut avoir foi en Dieu car il est vraiment le seul, un soutien incommensurable quand on est au bord de la dépression.

**Chercheur** : Nous croyons avoir abordés certains contours durant cet entretien. Sauf si t'aurait aimé discuter d'autres choses concernant ton vécu en lien avec la surdité ?

**Thomas** : Sauf si toi tu veux ajouter moi je n'ai plus rien à ajouter teacher (rire...).

**Chercheur** : Merci Thomas pour ta disponibilité.

**Thomas** : D'accord Merci !

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
<b>La mise en place des stratégies de Coping chez l'adolescent déficient auditif à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de rebondir face à la surdité acquise</b>	A	<b>Expérience subjective de la surdité acquise</b>	a	Vécu avant la survenue de la surdité	1	Représentation de soi				Aa1+
				2	Vécu quotidien				Aa2+	
			b	Vécu pendant la survenue de la surdité	3	Contexte de l'annonce				Ab3-
				4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce				Ab4±	
			c	Vécu après la survenue de la surdité	5	Vécu quotidien après la survenue de la surdité				Ac5±
					6	Représentation de soi				Ac6+
					7	Ressenti face à la nouvelle situation				Ac7-
					8	Regard des autres				Ac8+
	B	<b>Stratégies de coping et résilience</b>	d	Ressources internes	9	Le déni				Bd9+
					10	Le clivage				Bd10+
					11	L'intellectualisation				Bd11+
					12	L'humour				Bd12+
					13	La mentalisation				Bd13+

			e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, enseignants, auxiliaires de vie scolaires, soignants				Be14+	
						15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières				Be15+
						16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème				Be16+

**ANNEXE 7 : Grille d'analyse thématique (cas Thomas)**

## ANNEXE 8 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC SAMUEL

### 3- Entretien N°1 : Samuel

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'établissement. Et le second s'est déroulé au domicile du participant.

#### ❖ Données sociodémographiques

**Identifiant : Samuel**

**Age : 14 ans**

**Sexe : Masculin**

**Type de déficience: Acquisie**

**Age de survenue : 8 ans**

**Niveau d'étude : 6<sup>ème</sup>**

**Vécu relationnel :** Entretien de très bonnes relations avec les membres de la famille (père, mère, sa sœur et ses deux frères)

**Rang dans la fratrie : 3/4**

### 3-1- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles

**Chercheur:** Bonjour Samuel.

**Samuel :** Bonjour monsieur.

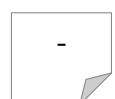
**Chercheur:** Avant de commencer notre entretien, permet-moi de te remercier pour avoir accepté de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. Au travers de ce document, tu sais donc qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Nous allons respecter ton anonymat et sache qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de ta permission pour enregistrer une vidéo durant cet entretien afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si tu es d'accord, nous pouvons commencer.

**Samuel :** D'accord je suis prêt monsieur.

**Chercheur :** Merci pour ton accord.

**Samuel:** Je vous en prie (sourire).

**Chercheur :** Peux-tu me parler de la représentation que tu avais de ton corps avant l'avenue de ta surdité?



**Samuel:** Avant ma surdité, j'étais comme les autres je marchais, je jouais, me baladais, je criais, je parlais comme les autres et maintenant je ne peux plus faire ce que je faisais, sans complexe comme avant. Le pire c'est que je n'entends plus. Je me voyais, comme je faisais toujours mes travaux normalement.

**Chercheur :** Peux-tu me parler de ta vie avant l'avenue de ta surdité? Comment était votre vie avant votre surdité?

**Samuel :** Avant ma surdité, ma vie au sens large, j'avais une vie assez épanoui. J'étais un enfant qui allait à l' cole, qui bougeait beaucoup, dynamique, j'avais des amis. Je fais tout avec maman. J'allais à l' cole comme tous les enfants de mon âge. Je rentrais des classes, je retrouvais maman, on rentait ensemble, vu que j'étais proche d'où elle faisait son petit commerce à l'époque. C'était comme  a toute la semaine, le samedi, on allait en famille faire les champs, et dimanche nous allions au culte.

**Chercheur :** Pouvez-vous me parler du contexte entourant l'annonce de ta surdité, comment as-tu vécu l'annonce ?

**Samuel :**   cette époque, je vivais avec grand-mère c'était les grades vacances j'étais au village. J'étais tombé malade, j'avais eu le paludisme. J'avais été conduit à l'hôpital quelques jours après, car je tra nais la maladie et personne n'était au courant. Mais je faisais les symptômes de la maladie, l'une de mes cousines voyant ma température très haute, me donna d'abord deux comprimés de quinine 300g. Et grand-mère n'était pas là. Mais je fus conduit à l'hôpital, j'ai été traité. Sauf qu'à la fin du traitement, j'avais des bourdonnements aux oreilles. Et ma capacité à écouter certains sons ou mots diminuaient de plus en plus. Et elle allait de façon croissante cette situation. Un jour mon oncle m'a appelé j'ai compris. Ce dernier était d'abord irritable facilement, sans le savoir je reçu une grosse claque, puis des coup. En gros il m'a violent . Suis allé me coucher, peu après je me suis réveillé. ( pleure... petit silence) Je n'entendais plus rien. J'étais coupé de tout, de tout ce qui était autours de moi, pourtant j'étais présent. En gros on m'a pas annoncé cela je l'ai su de moi-même , tandis que le reste de la famille cherchais à comprendre ce qui ne va pas. J'en voulais grave à ce drogué qui agit frappé sur moi.

**Chercheur :** Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre ablation ?

**Samuel :** Attendez monsieur (rire.....) vous savez d'abord comment j'ai su qu'il y'a un j'problème ?



**Chercheur :** Non

**Samuel :** J'aime grave la nourriture, du coup quand on servait, même dans le sommeil quand j'entends le bruit de la marmite, j'étais debout. Mais ce soir-là (silence, baisse la tête et arrêt de signer durant 30 seconde...)

**Chercheur:** Qu'avez-vous imaginez au moment de l'annonce ?

**Samuel :** Je compris à l'instant que le pire est arrivé. Je pouvais plus entendre, j'avais juste mon nez pour détecter les odeurs (rire... mais triste). J'ai compris en fait que les choses ont changé que je suis plus moi. Comment je ferai maintenant, pour écouter, pour communiquer ? on a essayé tout au village.

**Chercheur:** Comment avez-vous vécu la période des traitements ?

**Samuel :** (triste dans son expression facial) ...c'était dure hein vraiment. Tu te rends même compte qu'à une époque je fuyais tout contact encore avec l'hôpital, mes parents, mes frère. En gros je ne voulais sentir personne à côté de moi. Sur Yaoundé c'était encore plus pénible. C'est un vrai parcours du combattant.

**Chercheur:** Quels sont les changements de votre vie qui t'ont le plus marqué depuis l'acquisition de ta surdité ?

**Samuel :** Après l'acquisition de ma surdité, je ne voulais rien faire j'étais devenu un poids pour les parents, en fait je crois. Car ils semblaient tristes. En même temps c'était un choc pour moi c'était un choc jusqu'à le jour où je vais avoir mon ami arrivé, après appris la nouvelle. Ce n'était pas pareil par exemple dans les discussions, je ne comprenais rien de ce qu'il disait. Je sais maintenant que l'audition est sacrée et très importante.

**Chercheur:** Pouvez-vous nous parler du regard des autres après votre surdité ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autres ?

**Samuel:** Au tout début je me cachais hein, même si on ne pouvait parfois pas s'en douter je pensais que j'étais exposé et j'avais honte. En classe j'ai tout fait pour être discret, mais je n'ai pas pu garder secret ma situation, les camarades autour de moi ont su et tout le monde se posait des questions. Je l'ai mal vécu, j'ai même pensé aller arrêter d'aller en classe. J'étais sujet à plusieurs moqueries, railleries, des camarades qui criaient près de mon oreille en se moquant de moi, genre je n'entends pas (triste...). Et moi je me battais quand je pouvais et ce tous les jours. Jusqu'au renvoie à la maison. Tout ça à cause de ma surdité, j'ai été exclu parce que je



suis sourd, mise de côté. Faut dire les gens sont mauvais, et traitent mal les gens quand nous ne sommes pas comme eux.

**Chercheur:** Maintenant, peux-tu nous dire qu'est-ce qui t'as aidé à affronter tes difficultés ? Selon toi, quels sont les traits de votre personnalité qui ont fait en sorte que tu as pu surmonter cette épreuve difficile ?

**Samuel:** J'avais un caractère fort, et j'étais têtue, mais ces traits ont changés, je suis devenu plus calme, patient, observateur, réservé et plus serein car avant, lorsque je recevais une attaque plus fort que moi ou pas, c'était la bagarre seulement. J'ai changé beaucoup. Ayant accusé du retard dans mes études, je me suis remis à fond pour pouvoir réussir dans la vie. Je compte être un homme influent peu importe ma surdité. Afin d'être autonome, mon boss et ne dépendre de personne. Je ne voudrais pas écouter les gens, je veux qu'on m'écoute lorsque je parle. J'ai perdu l'audition, pas ma capacité à parler (humour et rire)

**Chercheur:** Que pensez-vous du soutien en ce qui concernent vos proches ?

**Samuel:** Merci pour la question. Franchement, je suis seul (grand silence). Mais ma famille m'a beaucoup soutenu. Comme dans toutes les familles, il y a l'enfant préféré et dans ma famille, c'était mon cas. Aux yeux de ma mère on dirait qu'elle s'en voulait à cause de son petit frère du coup elle était là. D'autres frères et sœurs auraient pu me détester, comme dans d'autres familles où, on retrouve un enfant sourd. Mais ma famille, mes frères et sœurs étaient là pour moi. Nous étions une famille unis, Papa va me laisser à l'école chaque jour vu que le collègue est sur son trajet avant de continuer au ministère. Sur le plan scolaire j'ai des camarades semblables à moi et d'autres sont entendant. Nous sommes dans un cadre inclusif, des enseignants, présents et qui tiennent compte de notre handicap à tous.

**Chercheur:** Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apporté la maladie dans votre vie ?

**Samuel:** Il y a Dieu et ma famille, je devais me battre au même titre. En fait, j'ai compris que je pourrais avoir pire, et sans Dieu tu ne serais pas en train de me parler là. Et en bonne santé entendant, il m'a protégé de tous ceux qui voulaient mon mal, y compris moi-même. J'ai changé de caractère, et j'ai développé sincèrement certaines facultés, surtout mon observation et la lecture sur les lèvres.

**Chercheur:** Aujourd'hui, quelle est votre plus grande fierté ?



**Samuel:** Cette condition m'a montré certaines choses, beaucoup de choses. Déjà j'ai pu voir le vrai visage de certaines personnes, les mères sorcières du quartier (rire...). Et aussi je fais beaucoup plus attention à qui m'approche et à qui j'adresse la parole. Et je suis bien plus fort grâce à ma surdité j'ai un mental costaud. J'ai beaucoup de projets en cours et en attente, j'en ai plein dans ma tête, je veux être chef d'entreprise.

**Chercheur:** Avez-vous des recommandations à faire ?

**Samuel :** Oui, les sourd doivent s'informer sur la maladie et tout ce qu'il y a autour par exemple à l'avenir j'aimerais me faire implanter si ça devient possible et aussi gardé la foi car Dieu n'oublie et n'abandonne pas ses enfants.

**Chercheur:** Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés durant cet entretien que vous auriez aimé discuter concernant votre vécu en lien avec la surdité ?

**Samuel:** J'ai enfin compris que être sourd n'est pas le fardeau, il faut juste revoir sa manière d'être en acceptant sa situation parce que c'est à partir de cela qu'on se sent bien. Je ressens une forte joie car depuis que je suis dans un cadre inclusif et normal je parviens à faire la part des choses et trouver le bon équilibre. Plusieurs personnes m'ont assisté surtout la famille et c'est grâce à cela que j'ai décidé de développer des projets qui pourront m'aider à réaliser mes rêves

**Chercheur:** Merci Samuel pour votre disponibilité.

**Samuel:** Merci ! Vous êtes la bienvenue. ( You are Welcom)



Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
La mise en place des stratégies de Coping chez l'adolescent déficient auditif à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de rebondir face à la surdité acquise	A	Expérience subjective de la surdité acquise	a	Vécu avant la survenue de la surdité	1	Représentation de soi				Aa1+
					2	Vécu quotidien				Aa2+
			b	Vécu pendant la survenue de la surdité	3	Contexte de l'annonce				Ab3-
					4	Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce				Ab4±
			c	Vécu après la survenue de la surdité	5	Vécu quotidien après la survenue de la surdité				Ac5±
					6	Représentation de soi				Ac6+
					7	Ressenti face à la nouvelle situation				Ac7-
					8	Regard des autres				Ac8+
	B		d	Ressources internes	9	Le déni				Bd9+
					10	Le clivage				Bd10+
					11	L'intellectualisation				Bd11+

		<b>Stratégies de coping et résilience</b>			12	L'humour				Bd12+
					13	La mentalisation				Bd13+
			e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, enseignants, auxiliaires de vie scolaires, soignants				Be14+
					15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières				Be15+
					16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème				Be16+

**ANNEXE 9 : Grille d'analyse thématique (cas Samuel)**

## ANNEXE 10 : CORPUS DES ENTRETIENS AVEC VANELLE

### 4- Entretien N°1 : Vanelle

Cet entretien est un entretien de prise de contact. Il a eu lieu au sein de l'établissement. Et le second s'est déroulé au domicile du participant.

#### ❖ Données sociodémographiques

**Identifiant : Vanelle**

**Age : 13 ans**

**Sexe : Féminin**

**Type de déficience: Acquisie**

**Age de survenue : 8 ans**

**Niveau d'étude : 6<sup>ème</sup>**

**Vécu relationnel :** Entretien de très bonnes relations avec les parents, ses aînés et le benjamin.

**Rang dans la fratrie :** 3/4 chez sa mère 3/ 7 chez son père

### 4-1- Entretien N°2 : Entretien sur les thèmes et la passation des échelles

**Chercheur:** Bonjour **Vanelle**.

**Vanelle :** Bonjour monsieur....

**Chercheur:** Avant de commencer notre entretien, permet-moi de te remercier pour avoir accepté de participer à cette étude en signant le formulaire de consentement éclairé. Au travers de ce document, tu sais donc qui nous sommes et quel est l'objectif de notre recherche. Nous allons respecter ton anonymat et sache qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, seul votre avis compte. Toutefois, j'ai besoin de ta permission pour enregistrer une vidéo durant cet entretien afin de pouvoir le retranscrire fidèlement. Si tu es d'accord, nous pouvons commencer.

**Vanelle :** je vous en prie.

**Chercheur :** Merci pour ton accord.

**Vanelle :** C'est normal tu devrais, bien réécrire notre discussion (sourire).

**Chercheur :** Peux-tu me parler de la représentation que tu avais de ton corps avant l'avenue de la surdité?



**Vanelle** : J'étais une personne bien portante avec, une santé de fer, j'avais tous mes membres, mes sens. Je crois que n'avais aucun problème. Comme tout enfant, je m'amusais aussi, j'étais proche de mes frères, sœurs et cousines.

**Chercheur** : Peux-tu me parler de ta vie avant l'avenue de ta surdité?

**Vanelle** : Mon quotidien était réglé, s'il faut le dire ainsi, j'allais à l'école où je passais la plus grande partie de mon temps avec mes amies, et mes sœurs. Je rentrais, notre retour nous nous mettions aux travaux ménagers, et aidions maman à faire la cuisine à la fin nous mangions ensemble, puis en famille un peu plus tard au retour de papa.

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler du contexte entourant l'annonce de ta surdité, comment as-tu vécu l'annonce ?

**Vanelle** : Au début, je ne savais pas ce qui se passait. J'étais confuse et effrayée car je ne pouvais plus entendre les voix de mes parents ni les sons qui m'entouraient. Mais bon c'était une situation que je négligeais. Finalement j'avais en parlé à maman. Nous sommes allé à l'hôpital. J'ai passé plusieurs semaines à l'hôpital, où j'ai subi des tests et des traitements pour tenter de sauver mon audition, mais malheureusement, il était trop tard. J'ai perdu l'ouïe de manière permanente. On m'a diagnostiqué une méningite. Les personnes qui récupèrent d'une méningite bactérienne peuvent également développer une forme de surdité connue sous le nom d'« otospongiose », qui est due à la formation d'une croissance osseuse anormale dans l'oreille.

**Chercheur** : Pouvez-vous me parler de ce que vous aviez ressenti ? Comment avez-vous réagi au moment de l'annonce de votre surdité?

**Vanelle** : J'étais sans mots, mais à travers le médecin et maman qui est entré en sanglot j'ai compris que la situation ne changera pas. J'étais dans mon cœur en colère contre moi-même. Est-ce ma négligence qui m'a conduit à cette nouvelle condition ? Est-ce Allah qui me punit, est-ce de la sorcellerie ? Car c'était un phénomène un peu récurrent dans notre secteur au quartier Baladji à Ngaoundéré..

**Chercheur**: Qu'avez-vous imaginé au moment de l'annonce ?

**Vanelle** : Honnêtement je voulais frapper le médecin ce jour. (rire...) Désolé suis très souvent impulsive quand quelque chose me dégoûte. Et parfois j'ai des pensées tordues, je ne sais pas où je prends ça Monsieur



**Chercheur:** Quels sont les changements de votre vie qui t'ont le plus marqué depuis l'acquisition de ta surdité ?

**Vanelle :** La surdité a eu un impact énorme sur ma vie. J'ai dû stopper ma scolarité un moment. Pour mon épanouissement, Papa a dû demander être affecté sur Yaoundé. Ce qui a été refait. Maintenant je suis scolarisé ici au Collège. J'ai dû réapprendre à communiquer avec les autres en utilisant la langue des signes et en lisant sur les lèvres des gens. Cela a été très difficile pour moi, surtout au début, car je me sentais isolée et différente des autres enfants de mon âge.

**Chercheur:** Pouvez-vous nous parler du regard des autres après votre surdité ? Comment réagissez-vous face aux regards des autres entre autre ?

**Vanelle :** J'ai souvent été victime d'intimidation et de discrimination en raison de ma surdité, ce qui a eu un impact énorme sur ma confiance en moi. Je me sentais diminué ceci dans le cadre social, avec les enfants un peu plus grand.

**Chercheur:** Maintenant, peux-tu nous dire qu'est-ce qui t'as aidé à affronter tes difficultés ? Selon toi, quels sont les traits de votre personnalité qui ont fait en sorte que tu as pu surmonter cette épreuve difficile ?

**Vanelle :** Cependant, avec le temps, j'ai appris à accepter ma surdité et à la considérer comme une partie de moi-même au collège adventiste. J'ai également rencontré d'autres personnes sourdes qui ont été une source d'inspiration et de soutien pour moi, au CJARC, ESADA, au lycée de Nkol-Eton, à la Cité-verte.

**Chercheur:** Que pensez-vous du soutien en ce qui concernent vos proches ?

**Vanelle :** Ma famille est d'une grande aide, je dis Monsieur. Les membres sont là pour moi. Papa qui m'accompagne le matin à l'école en voiture, mais je rentre le soir avec des amis sourds sourds comme moi. Maman aussi qui me traite comme une princesse. Il faut avouer que mes parents ne font pas de différence entre nous les enfants, même comme je suis celle vers qui on porte beaucoup d'attention. Et mes autres frères et sœurs prennent plutôt bien la chose. Ils se sont même mis tous à l'apprentissage de la langue des signes. Et la communication est parfaite entre nous Monsieur.

**Chercheur:** Quelles stratégies avez-vous utilisées pour surmonter les changements qu'a apporté la maladie dans votre vie ?



**Vanelle :** Ma foi en Allah, j'ai relativisé ce que j'ai subi comme changement. J'ai fait un travail sur moi avec l'aide de ma famille. malgré le fait que j'ai accusé un retard, parce que j'avais rapidement avancé sur le plan scolaire ; je me suis bien organisé, je me suis motivé à prendre le plus rapidement la langue des signes pour retourner à l'école. J'ai réussi en classe malgré ma peur pendant les compositions séquentielles à avoir de bonnes notes. Mes camarades aussi d'autres qui sont comme moi, se sont rendus compte que mes notes se sont beaucoup amélioré. Ils m'ont accepté avec mes peurs, y compris mes amis qui sont sourds. En gros ils m'ont accepté je me suis bien intégré parmi eux, on travail, on fait presse que tous ensemble, il ne me rejette plus, et voilà comment ma peur elle est finie et le désir de faire partie de cette classe est devenu pour moi une joie. Certes des fois je stresse et j'ai peur mais c'est occasionnellement.

**Chercheur:** Aujourd'hui, quelle est votre plus grande fierté ?

**Vanelle :** Aujourd'hui, je suis fière de ma différence et je suis heureuse de pouvoir aider les autres à mieux comprendre ce que signifie être sourd et comment ils peuvent communiquer avec les personnes sourdes de manière efficace et respectueuse.

**Chercheur:** Avez-vous des recommandations à faire ?

**Vanelle :** Ma principale motivation est de prouver au monde que non seulement les sourds nous sommes capables de faire ce que les entendants font à la seule différence que, nous n'entendons pas nous parlons nous écrivons, nous raisonnant, nous réfléchissons et parfois mieux que les entendants. C'était mon plus grand défi, et ça l'est toujours. C'est ainsi que j'ai pu gagner la confiance et le respect de mes camarades qui étaient souvent très étonnés de mes notes sur le plan scolaire dans certaines matières. Donc les autres qui sont comme moi ne doivent pas baisser les bras.

**Chercheur:** Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés durant cet entretien que vous auriez aimé discuter concernant votre vécu en lien avec la surdité ?

**Vanelle :** Sauf si vous avez d'autres questions.

**Chercheur:** Merci Vanelle pour votre disponibilité. Pour le moment nous avons fait le tour de tout.

**Vanelle :** Merci !



**ANNEXE 11 : Grille d'analyse thématique (cas Vanelle)**

Hypothèse	Code	Variables	Code	Modalités	Code	Indicateurs	Observations			Résumé des observations
							+	-	+/-	
<b>La mise en place des stratégies de Coping chez l'adolescent déficient auditif à travers la mobilisation des ressources internes et externes permet de rebondir face à la surdité acquise</b>	A	<b>Expérience subjective de la surdité acquise</b>	a	Vécu avant la survenue de la surdité	1	Représentation de soi				Aa1+
				Vécu quotidien	2				Aa2+	
			b	Vécu pendant la survenue de la surdité	3	Contexte de l'annonce				Ab3-
				Réactions et sentiments éprouvés à l'annonce	4				Ab4±	
			c	Vécu après la survenue de la surdité	5	Vécu quotidien après la survenue de la surdité				Ac5±
					6	Représentation de soi				Ac6+
					7	Ressenti face à la nouvelle situation				Ac7-
					8	Regard des autres				Ac8+
	B	<b>Stratégies de coping et résilience</b>	d	Ressources internes	9	Le déni				Bd9+
					10	Le clivage				Bd10+
					11	L'intellectualisation				Bd11+

					12	L'humour				Bd12+
					13	La mentalisation				Bd13+
			e	Ressources externes	14	Tuteurs de résilience : Famille, amis, enseignants, auxiliaires de vie scolaires, soignants				Be14+
					15	Facteurs de protection : Spiritualité, ressources financières				Be15+
					16	Stratégies d'adaptation centrées sur le problème				Be16+

# TABLE DES MATIERES

<b>AVERTISSEMENT .....</b>	<b>i</b>
<b>AVERTISSEMENT .....</b>	<b>i</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICACESOMMAIRE.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICACE.....</b>	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>vii</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE.....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>5</b>
1.1 Contexte et justification de l'étude .....	5
1.1.1 Contexte de l'étude .....	5
1.2 Position et formulation du problème .....	10
1.3 Question de recherche .....	12
1.4 Hypothèse générale de recherche .....	13
1.5 Objectif de l'étude .....	13
1.5.1 Objectifs spécifiques de l'étude.....	14
1.6. Objet de l'étude .....	14
1.7 But de l'étude.....	14
1.8 Intérêt de l'étude.....	14
1.8.1 Intérêt professionnel .....	14
1.8.2 Intérêt scientifique .....	15
1.8.3 Intérêt social .....	15
1.9 Délimitation de l'étude .....	16
1.9.1 Délimitation théorique.....	16
1.9.2 Délimitation géographique .....	17
1.9.3 Délimitation temporelle.....	17
1.10 Définition et clarification des concepts clés .....	17

1.10.1 Le vécu psychologique .....	17
1.10.2 Handicap .....	18
1.10.3 Déficience auditive ou surdité .....	19
1.10.4 Coping .....	19
<b>CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>20</b>
2.1 L'adolescence .....	20
2.1.1 Définition .....	20
2.1.2 Caractéristiques .....	22
2.1.3 Transformations physiologiques.....	23
2.1.4 Transformations corporelles .....	23
2.1.5 Quelques troubles psychologiques de l'adolescence.....	25
2.1.5.1 Les troubles additifs.....	25
2.1.5.2 Les troubles alimentaires .....	26
2.1.5.3 Les troubles anxieux .....	26
5.1.1.4 Dépression .....	26
2.1.6 Les étapes de l'adolescence .....	26
2.1.6.1 Début de l'adolescence .....	26
2.1.6.2 La mi- adolescence .....	27
2.1.6.3 La fin de l'adolescence .....	28
2.2 Handicap .....	28
2.2.1 Origine de la notion .....	29
2.2.2 Définition de la notion handicap .....	30
2.2.3 Les types de handicap.....	33
2.3 La déficience auditive.....	34
2.3.1 Définition.....	34
2.3.2 Les niveaux de surdité .....	34
2.3.2.1 La classification des surdités .....	36
2.3.2.1.1 La surdité de transmission .....	36
2.3.2.1.2 La surdité de perception .....	36
2.3.2.1.3 Autres surdités .....	37
2.3.3 La classification des surdités selon l'âge d'acquisition.....	37
2.4 Les causes des surdités .....	38
2.5 Les réalités du handicap au Cameroun .....	39
2.5.1 Les considérations juridiques des personnes en situation de handicap .....	40

2.5.1.1 Texte de lois et décrets qui encadrent le handicap au Cameroun.....	40
2.5.1.2 Représentation et perception du handicap au Cameroun.....	44
<b>CHAPITRE 3 : THEORIES EXPLICATIVES.....</b>	<b>46</b>
3.1 Le traumatisme .....	46
3.1.1. Étymologie du traumatisme.....	46
3.1.2 Le traumatisme comme effraction du pare-excitation.....	47
3.1.3 Période des dernières avancées du traumatisme.....	48
3.1.4 Conception psychanalytique du traumatisme selon les auteurs.....	49
3.1.4.1. Conception Ferenczienne du traumatisme.....	49
3.1.4.2 Conception d'Anna Freud .....	50
3.1.4.3 Conception de Barrois .....	50
3.1.4.4 Conception de Cramer .....	52
3.2 Notion de résilience .....	53
3.2.1 Les différentes approches de la résilience .....	53
3.2.1.1 L'approche psycho dynamique de la résilience.....	53
3.2.1.2 Traumatisme et résilience .....	54
3.2.1.3 Apports des mécanismes de défense .....	56
3.2.1.4 Les tuteurs de résilience .....	62
3.2.2. Approche des facteurs de la résilience .....	63
3.2.2.1 Facteurs de protection et risque .....	63
3.2.2.2 Les facteurs de résilience.....	67
3.2.2.2.1 Facteurs de résilience individuelle .....	67
3.2.2.2.2. Facteurs de résilience familiale .....	67
3.2.2.2.3. Facteurs de résilience sociale et/ou communautaire.....	67
3.2.3. Stratégies adaptatives (coping).....	68
3.2.3.1. L'approche de Lazarus .....	68
3.2.3.2 La conception de Compas et al (2001) .....	69
3.2.3.3 Stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman (1984).....	70
3.2.4. Le modèle écologique et transactionnelle (modèle écosystémique).....	72
<b>CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....</b>	<b>77</b>
4.1 Rappel de la problématique .....	77
4.1.1. Rappel du problème.....	77
4.1.2. Rappel de la question de recherche .....	78
4.1.3. Rappel de l'hypothèse de recherche .....	78

4.1.4. Rappel de l'objectif .....	78
4.2. Site de l'étude .....	78
4.2.1 Présentation du site de l'étude .....	78
4.2.2 Justification du choix du site .....	79
4.3. Population d'étude .....	79
4.3.1 Les critères de sélection des participants à l'étude .....	80
4.3.2 Les critères d'exclusion des participants à l'étude .....	80
4.4 Type de recherche .....	80
4.5. Méthode clinique .....	81
4.5.1 Étude de cas .....	81
4.5.2 Procédure de recrutements des participants .....	82
4.6. Techniques et outils de collecte des données .....	84
4.6.1. Technique de collecte des données : l'entretien (semi-directif) .....	84
4.6.2. Outils de collecte des données .....	85
4.6.2.1 Guide d'entretien .....	85
4.6.2.2 Échelle de traumatisme de Davidson .....	86
4.7. Procédure de collectes des données et passation des échelles .....	87
4.8. Technique d'analyse des résultats : analyse de contenu .....	88
4.8.1 Élaboration de la grille d'analyse .....	90
4.8.2 Légende de la grille d'analyse : .....	93
4.9 Opérationnalisation des variables .....	93
<b>CHAPITRE 5 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>94</b>
5.1 Présentation des résultats .....	94
5.1.1 Présentation des participants .....	94
5.1.1.1. Anaïs .....	94
5.1.1.2. Thomas .....	95
5.1.1.3. Samuel .....	95
5.1.1.4. Vannelle .....	96
5.2 Analyse des résultats au cas par cas .....	96
5.2.1. Cas de Anaïs .....	96
5.2.2. Cas de Thomas .....	100
5.2.3. Le cas de Samuel .....	103
5.2.4. Le cas de Vanelle .....	107
5.3 Analyse des résultats au test de traumatisme .....	111

5.3.1 Cas d'Anaïs.....	111
5.3.2 Cas de Thomas.....	111
5.3.3 Cas de Samuel .....	111
5.3.4 Cas de Vanelle .....	112
5.3.5. Présentation des résultats au test du traumatisme de Davidson.....	112
5.4 Analyse transversale des entretiens .....	112
5.4.1. Le vécu avant la survenue de la surdité.....	112
5.4.2. Vécu lié à l'annonce de la survenue de la surdité.....	113
5.4.3. Vécu après la survenue de la surdité .....	114
5.4.4. Stratégies de coping.....	116
5.5. Tableau récapitulatif de l'analyse transversale.....	118
<b>CHAPITRE 6 : INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION.....</b>	<b>123</b>
6.1 Interprétation des résultats.....	123
6.1.1 Interprétation des entretiens.....	123
6.2 Discussion des résultats .....	129
6.3 Limites de l'étude .....	131
6.4 Implications et perspectives de l'étude.....	131
6.4.1 Implications de l'étude .....	131
6.4.2 Perspectives de l'étude .....	132
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>134</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>137</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>149</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>182</b>