

« Handicap moteur précoce, intersubjectivité et construction des rôles sociaux : analyse clinique d'un cas en contexte camerounais ».

**ABANG Fidelis ABAH¹,
SEN Madeleine B²**

¹ Laboratoire de psychologie et des sciences du comportement,
Université de Douala, Cameroun

² Centre de psychologie clinique et de psychoéducation (Centre-psy),
Douala, Cameroun

Auteur correspondant : ABANG Fidelis ABAH
abangfidelis8@gmail.com/abangfidelis@outlook.com

Résumé :

Cette étude s'inscrit dans une approche clinique qualitative centrée sur l'analyse approfondie d'un cas unique afin de comprendre les effets psychiques, relationnels et sociaux du handicap moteur précoce en contexte camerounais. Elle s'intéresse particulièrement au vécu intersubjectif, c'est-à-dire à la manière dont le sujet construit son identité à travers le regard des autres, ainsi qu'aux conditions d'accès aux différents rôles sociaux. L'étude repose sur le récit clinique de Valentin, un homme camerounais âgé de 38 ans atteint de poliomyélite depuis l'âge de quatre ans. Son parcours met en évidence la façon dont l'apparition précoce du handicap a influencé son rapport au corps, son estime de soi, ses relations familiales et sociales, ainsi que son désir d'être reconnu comme un sujet capable d'occuper une place valorisée dans la société. Les données recueillies à travers des entretiens cliniques semi-directifs montrent que l'expérience du handicap ne se réduit pas à une limitation physique. Elle se construit dans l'interaction entre les difficultés motrices, les représentations culturelles du handicap et les attitudes sociales rencontrées au cours du développement. Le cas de Valentin révèle notamment la coexistence, au Cameroun, d'explications biomédicales et traditionnelles de la maladie, certaines interprétations familiales associant son handicap à la sorcellerie. Les résultats mettent également en lumière l'impact du regard social sur le sentiment d'altérité, les blessures narcissiques et les obstacles rencontrés dans les sphères scolaire, professionnelle et affective. Toutefois, ils montrent aussi que des ressources psychiques telles que la résilience, le soutien familial, l'investissement scolaire et la recherche de reconnaissance sociale participent à une reconstruction subjective positive. Cette étude souligne enfin l'importance

d'une prise en charge intégrative tenant compte à la fois des dimensions psychologiques, sociales et socioculturelles du handicap moteur précoce.

Mots-clés : Handicap moteur ; Intersubjectivité ; Rôles sociaux ; Psychopathologie clinique.

Abstract

This study is grounded in a qualitative clinical approach based on the in-depth analysis of a single case in order to understand the psychological, relational, and social effects of early motor disability in the Cameroonian context. It pays particular attention to the intersubjective experience, that is, the way in which the subject constructs his identity through the gaze of others, as well as to the conditions of access to different social roles. The study is based on the clinical narrative of Valentin, a 38-year-old Cameroonian man who has been living with poliomyelitis since the age of four. His life trajectory highlights how the early onset of disability influenced his relationship with his body, his self-esteem, his family and social relationships, as well as his desire to be recognized as a person capable of occupying a valued place in society. The data collected through semi-structured clinical interviews show that the experience of disability cannot be reduced to a mere physical limitation. Rather, it is shaped through the interaction between motor impairments, cultural representations of disability, and the social attitudes encountered throughout development. Valentin's case notably reveals the coexistence in Cameroon of both biomedical and traditional explanations of illness, with some family interpretations associating his disability with witchcraft. The findings also highlight the impact of social perceptions on the sense of otherness, narcissistic wounds, and the difficulties encountered in educational, professional, and affective spheres. However, they also demonstrate that psychological resources such as resilience, family support, educational investment, and the search for social recognition contribute to a positive subjective reconstruction. Finally, this study emphasizes the importance of an integrative approach that takes into account the psychological, social, and sociocultural dimensions of early motor disability.

Keywords : Motor disability ; Intersubjectivity ; Social roles ; Clinical psychopathology.

Introduction

Le handicap moteur précoce désigne l'ensemble des limitations durables touchant la motricité et apparaissant dès la naissance, la petite enfance ou au cours des premières étapes du

développement. Il peut compromettre la mobilité, la posture ainsi que l'autonomie fonctionnelle du sujet (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2011). Cette définition montre que le handicap ne se limite pas à une simple atteinte organique. Il engage également des dimensions psychologiques, sociales, culturelles et institutionnelles. Ainsi, le vécu du handicap dépasse largement la déficience corporelle pour affecter la relation du sujet à lui-même, à autrui et au monde. Lorsqu'il survient précocement, il peut profondément perturber le développement psychique et social de l'enfant en modifiant les modalités de socialisation et les expériences de reconnaissance.

Dans de nombreux pays africains, notamment au Cameroun, les données précises sur la prévalence du handicap restent limitées en raison des insuffisances statistiques, des non-déclarations et des représentations stigmatisantes qui entourent cette réalité. Toutefois, les rapports nationaux et internationaux indiquent qu'une part importante de la population vit avec une forme de handicap, parmi lesquelles les atteintes motrices occupent une place considérable (Institut National de la Statistique [INS], 2010 ; OMS & Banque mondiale, 2011). Les causes fréquemment évoquées sont entre autres la poliomyélite et l'infirmité motrice cérébrale. Selon Mégret (2018), les personnes concernées sont souvent confrontées à des difficultés d'accès à l'éducation, à l'emploi et à une marginalisation sociale persistante.

Dans les sociétés africaines, le handicap demeure également traversé par des représentations culturelles ambivalentes. Il peut être interprété comme une sanction spirituelle, une malédiction familiale ou encore une transgression ancestrale (Ntep, 2004 ; Whyte, 1995). Ces représentations influencent fortement le regard porté sur la personne handicapée et participent parfois à des attitudes de rejet, de honte ou de surprotection. Le handicap devient ainsi un fait social inscrit dans des normes collectives valorisant le corps valide, la productivité économique et la capacité à remplir les rôles familiaux et

communautaires. Dans cette perspective, le corps occupe une place centrale. Pour Merleau-Ponty (2012), il constitue le premier médiateur de la relation du sujet au monde. Lorsque le corps est entravé dès l'enfance, il peut devenir le lieu de tensions entre désir d'autonomie, dépendance et assignations sociales. Schilder (1968) montre que l'image du corps se construit à travers l'articulation entre sensations internes et regard d'autrui. Ainsi, les expériences de moquerie, de pitié ou d'exclusion peuvent fragiliser l'estime de soi et favoriser l'intériorisation d'une image dévalorisée.

Le regard social joue ici un rôle déterminant. Goffman (1963) souligne que le stigmate réduit souvent l'individu à une caractéristique jugée disqualifiante, produisant une identité sociale fragilisée. Dans le cas du handicap moteur précoce, cette réduction peut compromettre l'accès à la reconnaissance sociale, considérée par Honneth (1995) comme essentielle à la construction de l'estime de soi. Dans le contexte camerounais, où les normes sociales valorisent fortement la participation aux responsabilités économiques, familiales et conjugales, les personnes vivant avec un handicap moteur peuvent éprouver des difficultés particulières à accéder aux rôles sociaux valorisés.

La question de l'intersubjectivité devient alors fondamentale. Pour Winnicott (1971) et Stern (1985), le sujet se construit dans les interactions avec autrui. Lorsque ces interactions sont marquées par des attitudes de rejet, de stigmatisation ou de dépendance excessive, les processus de subjectivation peuvent être fragilisés. Le handicap moteur précoce introduit souvent une asymétrie relationnelle caractérisée par une dépendance accrue et un regard parental inquiet. Cette réalité influence la manière dont le sujet se perçoit et se construit psychologiquement (Roussillon, 2007).

C'est dans cette perspective que s'inscrit la présente étude. Elle a pour objectif d'analyser le vécu intersubjectif et la construction des rôles sociaux chez une personne vivant avec un handicap moteur précoce en contexte camerounais. Plus

précisément, cette étude cherche à comprendre comment les expériences relationnelles, les représentations sociales et les interactions culturelles influencent les processus de subjectivation, d'estime de soi et d'intégration sociale. À partir d'une approche clinique qualitative fondée sur l'étude d'un cas unique, cette recherche met en lumière les articulations entre corps, psyché et société. Elle permet également de mieux comprendre les formes de souffrance psychique, de résilience et de reconstruction subjective mobilisées face aux contraintes imposées par le handicap. Enfin, cette étude ouvre des pistes importantes pour la clinique, l'accompagnement psychosocial et les réflexions sur l'inclusion sociale des personnes handicapées dans les sociétés africaines contemporaines.

Cadrage théorique

Le handicap moteur précoce touche profondément, dans le cadre de la construction psychique, le rapport de l'individu à son corps, à lui-même et à autrui. Il ne constitue donc pas uniquement une limitation fonctionnelle, mais également un organisateur majeur de l'expérience subjective et relationnelle du sujet. Son apparition dès l'enfance intervient à une période où le développement psychique se structure principalement autour des expériences corporelles, affectives et sociales. À ce stade du développement, le corps ne représente pas seulement une réalité biologique ; il constitue aussi le support premier de l'identité, du sentiment de continuité de soi et de la subjectivation. Le corps est ainsi le lieu à partir duquel le sujet entre en relation avec le monde et se reconnaît comme existant. Dans cette perspective, tout « corps empêché » peut introduire une tension durable entre le désir d'être, les possibilités d'agir et les normes sociales valorisant l'autonomie et la performance.

Cette compréhension s'inscrit dans les travaux de Schilder (1968), pour qui l'image corporelle se construit dans un dialogue

constant entre les sensations internes, les expériences motrices et les interactions avec l'environnement. Le corps n'est donc pas seulement perçu comme un objet anatomique ; il est vécu, investi psychiquement et continuellement façonné par le regard d'autrui. Chez la personne vivant avec un handicap moteur précoce, l'image du corps peut ainsi se construire dans un contexte marqué par la différence visible, les limitations fonctionnelles et les réactions sociales parfois stigmatisantes. À mesure que l'enfant grandit, son rapport au corps risque d'être fragilisé lorsque celui-ci devient le support de moqueries, de pitié ou d'exclusion. Dolto (1984) approfondit cette perspective en montrant que l'image inconsciente du corps se forme à travers les échanges symboliques et affectifs précoces.

Les attitudes parentales, les discours familiaux et les interactions sociales participent alors activement à la manière dont le sujet investit psychiquement son corps. Ainsi, lorsque l'enfant est confronté à des attitudes de surprotection, de honte ou de dévalorisation, il peut progressivement intérioriser une identité marquée par le manque, la dépendance ou l'infériorité. Cette dynamique psychique prend également sens dans un cadre social plus large à travers ce que Goffman (1963) désigne comme le processus de stigmatisation. Le stigmate réduit souvent l'individu à un attribut visible considéré comme disqualifiant et produit une identité sociale altérée. Dans le cas du handicap moteur, le corps devient alors un marqueur social de différence susceptible d'entraîner exclusion, marginalisation ou limitation des possibilités de reconnaissance. Le sujet est dès lors confronté à une double épreuve : vivre avec les contraintes liées à son corps et affronter les représentations sociales qui y sont associées. En contexte camerounais, où les normes sociales valorisent fortement la participation économique, les responsabilités familiales et la contribution communautaire, cette stigmatisation peut influencer durablement la construction identitaire. Comprendre le handicap moteur précoce sous cet angle permet ainsi d'éclairer la manière

dont le psychisme se construit à l'intersection du corps, du regard social et de l'histoire relationnelle du sujet.

Dans cette perspective, l'intersubjectivité occupe une place centrale dans le développement psychique. Le sujet se construit à travers les relations qu'il entretient avec autrui et grâce aux expériences de reconnaissance mutuelle. L'identité psychique ne se développe donc pas de manière isolée, mais au sein d'un réseau d'échanges affectifs, symboliques et sociaux. Honneth (1995) montre que la reconnaissance constitue une condition essentielle de la construction de soi. Selon lui, l'amour, le droit et la solidarité sociale permettent au sujet de se sentir confirmé dans son existence et dans sa valeur personnelle. À l'inverse, lorsque ces formes de reconnaissance sont fragilisées ou absentes, le rapport à soi peut devenir instable et favoriser des sentiments d'infériorité, d'invisibilité ou de disqualification sociale. Chez la personne vivant avec un handicap moteur précoce, la dépendance physique et les limitations motrices influencent souvent les réponses de l'entourage et les modalités d'interaction dès les premières années de vie, période essentielle à la constitution de la subjectivité.

Cette approche est renforcée par les théories de l'altérité. Pour Levinas (1961), le sujet se construit dans la rencontre avec l'autre, rencontre qui implique une responsabilité éthique et une ouverture à la différence. Ricoeur (1990), quant à lui, montre que l'identité personnelle se construit dans une dialectique constante entre identité et altérité. Le sujet devient lui-même à travers le regard, le récit et la reconnaissance d'autrui. Le handicap moteur précoce introduit alors une médiation particulière dans cette expérience de l'altérité, dans la mesure où la différence corporelle devient visible et peut transformer les modalités de reconnaissance sociale. Le sujet peut ainsi être continuellement renvoyé à sa vulnérabilité corporelle plutôt qu'à sa singularité psychique ou sociale.

La question de la dépendance et de l'autonomie s'inscrit également au cœur de cette dynamique intersubjective. Winnicott (1971) rappelle que la dépendance constitue une étape normale et nécessaire du développement psychique. Cependant, lorsque cette dépendance se prolonge ou devient socialement stigmatisée, elle peut entraver l'accès à une autonomie psychique suffisante. Dans le cas du handicap moteur précoce, les relations familiales oscillent souvent entre soutien structurant et surprotection excessive. Ces modalités relationnelles influencent directement la manière dont le sujet se perçoit comme capable d'agir, de choisir et d'occuper une place dans la société. L'intersubjectivité apparaît ainsi comme un espace dynamique où se négocient en permanence reconnaissance, autonomie et appartenance sociale.

Dans ce cadre, la question des rôles sociaux devient fondamentale. En psychologie sociale, le rôle social renvoie à l'ensemble des comportements, attentes et normes associés à une position sociale donnée. Pour Biddle (1986), le rôle social ne correspond pas seulement à une fonction individuelle ; il constitue un système de prescriptions sociales organisant les interactions et structurant la place de chacun dans la société. Les rôles familiaux, scolaires, professionnels ou conjugaux participent ainsi à la reconnaissance sociale et à la valorisation de l'individu. Toutefois, chez la personne vivant avec un handicap moteur précoce, l'accès à ces rôles peut être limité autant par les contraintes fonctionnelles que par les représentations sociales du handicap.

La famille représente généralement le premier espace d'expérimentation des rôles sociaux. Elle peut constituer un soutien structurant favorisant l'autonomie, mais également un espace de restriction des initiatives lorsque la surprotection domine (Strauss et al., 1984). L'école joue ensuite un rôle majeur dans la socialisation secondaire et dans l'apprentissage des normes collectives. Cependant, lorsque les dispositifs d'inclusion sont insuffisants ou que le handicap est associé à des capacités réduites, elle peut devenir un lieu de stigmatisation et d'exclusion.

Le monde du travail représente également un espace central de reconnaissance sociale, particulièrement dans les sociétés où l'identité adulte est fortement liée à la productivité économique. Pourtant, les personnes vivant avec un handicap moteur précoce font souvent face à des obstacles liés à l'accessibilité, à la discrimination et à l'insuffisante adaptation des environnements professionnels (Barnes & Mercer, 2010). La conjugalité mobilise enfin des représentations liées à la désirabilité, à la capacité de protection et à la contribution économique du couple, dimensions souvent affectées par les stéréotypes associés au handicap.

Ces réalités prennent une signification particulière dans le contexte camerounais. Les structures familiales élargies y occupent une place importante dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Toutefois, les représentations culturelles du handicap oscillent encore entre compassion, fatalisme et marginalisation (Ingstad & Whyte, 1995). L'accès limité à l'éducation inclusive, à l'emploi et aux ressources d'autonomisation renforce fréquemment la dépendance familiale et les difficultés d'insertion sociale. Dans ce contexte, la construction des rôles sociaux dépend non seulement des capacités individuelles, mais aussi des conditions sociales, culturelles et institutionnelles qui déterminent les possibilités de reconnaissance et de participation du sujet dans la société.

Méthodologie

Cette étude adopte une démarche méthodologique qualitative visant à saisir la profondeur de l'expérience vécue, la singularité des trajectoires biographiques ainsi que la complexité des interactions entre corps, psyché et environnement socioculturel. Dans une perspective clinique et psychopathologique, l'objectif n'est pas de produire une généralisation statistique, mais de comprendre comment un sujet construit son rapport à lui-même, à autrui et au monde à partir d'une expérience singulière de

handicap moteur précoce. Cette orientation s'inscrit dans une logique compréhensive et interprétative qui considère le discours du sujet comme un accès privilégié aux processus psychiques, aux mécanismes de subjectivation et aux significations attribuées à l'expérience du handicap.

Le choix d'une méthode qualitative centrée sur l'étude de cas clinique se justifie par la nécessité d'appréhender le fonctionnement psychique du sujet dans sa globalité, sans dissocier son histoire personnelle, ses liens affectifs et son contexte socioculturel (Yin, 2018 ; Pedinielli & Fernandez, 2015). L'étude de cas clinique permet ainsi une exploration approfondie des dynamiques psychiques et relationnelles à l'œuvre dans une situation particulière. Contrairement aux approches quantitatives centrées sur la mesure et la standardisation, cette démarche accorde une place centrale à la subjectivité, à la narration de soi et à l'analyse du sens que le participant attribue à son vécu. Dans cette étude, le cas clinique constitue donc un véritable dispositif d'accès à la complexité du vécu du handicap moteur précoce. Il permet d'explorer les processus psychiques impliqués dans la construction de l'image de soi, l'expérience de l'altérité et l'accès aux rôles sociaux. Ce choix méthodologique ne constitue pas une limite, mais un positionnement épistémologique cohérent avec la psychopathologie clinique, dans la mesure où l'analyse approfondie d'une situation singulière peut révéler des dimensions plus générales du fonctionnement humain (Stake, 1995).

Le participant a été sélectionné selon une logique d'échantillonnage raisonné fondée sur la pertinence clinique de son parcours au regard de l'objectif de l'étude (Patton, 2002). Il s'agit d'un homme camerounais désigné sous le pseudonyme de Valentin afin de préserver son anonymat. Âgé de 38 ans, il présente un handicap moteur survenu à l'âge de quatre ans à la suite d'une poliomyélite. Son parcours scolaire et professionnel, marqué par l'obtention d'une licence en géographie puis par son recrutement dans la fonction publique, offrait un intérêt clinique particulier

pour comprendre les mécanismes de construction identitaire, les expériences de reconnaissance sociale et les modalités d'adaptation psychique. Valentin est célibataire et réside dans la ville de Bamenda, chef-lieu de la région du Nord-Ouest Cameroun. La collecte des données s'est principalement appuyée sur des entretiens cliniques semi-directifs. Cette méthode permet d'accéder au monde subjectif du participant tout en maintenant une cohérence avec les axes de recherche définis au préalable (Blanchet & Gotman, 2015). Un guide d'entretien structuré autour de thématiques centrales, histoire du handicap, relations familiales, expériences scolaires et sociales, rapport au corps, projets de vie et vécu relationnel, a été élaboré afin de favoriser une parole libre, approfondie et contextualisée. Plusieurs séances d'entretien ont été réalisées afin de permettre au participant de revenir progressivement sur certaines expériences significatives et de favoriser l'émergence d'éléments plus élaborés du vécu psychique.

L'observation clinique a complété ce dispositif méthodologique en portant une attention particulière aux dimensions non verbales de l'expression : posture corporelle, silences, tonalité émotionnelle, hésitations, mimiques et mouvements relationnels. Dans une étude portant sur le handicap moteur précoce, cette observation revêt une importance particulière, car le corps observé ne peut être réduit à sa déficience visible. Il constitue également un support d'expression psychique, relationnelle et symbolique. Les données issues des entretiens et de l'observation ont été consignées dans des notes cliniques afin de préserver la richesse contextuelle des échanges.

Les entretiens ont été conduits au Saint Joseph's Children and Adult Home (SAJOCAH) de Bafut, dans un cadre calme et sécurisé favorisant la confidentialité et la libre expression du participant. Cette recherche s'est inscrite dans le respect des principes éthiques fondamentaux relatifs à la recherche en psychologie : consentement libre et éclairé, anonymisation des

données, confidentialité et protection de l'intégrité psychologique du participant (American Psychological Association, 2017). Avant le début de la collecte des données, le participant a été informé des objectifs de l'étude, des modalités d'utilisation scientifique des informations recueillies ainsi que de son droit de se retirer à tout moment sans conséquence.

L'analyse des données s'est fondée sur l'analyse thématique telle que proposée par Braun et Clarke (2006). Cette méthode a permis d'identifier, de classer et d'interpréter les thèmes récurrents présents dans le discours du participant. Le processus analytique s'est déroulé en plusieurs étapes : transcription des entretiens, lecture approfondie des données, codage des unités significatives, regroupement des thèmes et interprétation clinique des contenus. L'analyse ne visait pas uniquement à décrire les expériences relatées, mais également à comprendre les processus de subjectivation, les conflits identitaires et les formes de souffrance psychique qui s'y manifestent. Le cas clinique devient ainsi un espace d'intelligibilité où se croisent trajectoire individuelle, dynamiques relationnelles et contexte socioculturel.

Présentation du cas

Valentin est un adulte âgé de 38 ans, rencontré dans le cadre de cette étude. Il est revenu avec précision sur l'évènement fondateur qui a profondément marqué sa vie quand il avec 4 ans, c'est-à-dire l'apparition de son handicap. Avant l'apparition de ce handicap, il se décrit comme un enfant qui était « normal », capable de courir et de jouer. Le point de rupture survient dans un contexte qu'il peine à saisir totalement : « quand j'étais petit, on m'a dit qu'un jour, je suis tombé malade », « mes jambes ont commencé à faiblir. Je ne pouvais plus marcher comme avant ». Le discours de Valentin à propos de l'origine de son handicap laisse transparaître une double lecture à la fois biomédicale et traditionnelle : « ma mère m'a dit qu'on m'avait même amené chez

les marabouts pour chercher à me soigner », « qu'il y a un marabout qui avait dit que c'est une maladie qu'on m'a seulement lancée », « c'est après qu'on m'a amené à l'hôpital ». D'un côté les médecins ont évoqué la poliomyélite et de l'autre côté, certains membres de sa famille ont interprété cette atteinte comme résultant de la sorcellerie : « à l'hôpital, on disait que c'est la polio, mais au village, on disait, qu'on m'avait seulement fait ça ». Cette coexistence de récits étiologiques a contribué à inscrire très tôt son expérience corporelle dans un univers d'incertitude, où son corps devenait non seulement fragilisé, mais aussi chargé de significations sociales et symboliques.

Sa trajectoire thérapeutique témoigne également de cette pluralité des réponses familiales. Valentin évoque d'abord les soins de physiothérapie entrepris dans l'espoir d'une récupération fonctionnelle. Puis, il y a le recours à la tradithérapie à Bamenda, dans une tentative de mobiliser d'autres ressources face à ce qui apparaissait comme une épreuve persistante : « mes parents ont tout essayer, l'hôpital, les massages, chez les tradipraticiens », « mes parents pensaient que j'allais remarcher normalement ». Derrière cette multiplicité de démarches se dessine une dynamique parentale marquée à la fois par l'espoir, l'angoisse et l'incompréhension. Les réactions familiales initiales semblent avoir oscillé entre acceptation affective et difficulté à élaborer psychologiquement la situation. Valentin perçoit chez ses parents une volonté de protection, mais aussi une forme de désarroi silencieux : « ma mère me défendait beaucoup, même mon père aussi, mais je sentais qu'ils souffraient à cause de ma situation », « parfois, ils disaient qu'ils ne comprenaient pas pourquoi c'était moi leur premier enfant qui était malade ». Cette interrogation implicite sur le sens de l'épreuve semble avoir constitué une trame précoce de son histoire psychique.

Le rapport de Valentin à ses parents apparaît comme ambivalent, structuré à la fois par la gratitude et par la prise de conscience d'une différence. Il reconnaît l'investissement parental

dans sa vie, tout en percevant certaines attitudes de surprotection : « mes parents me surveillait beaucoup trop », « ils voulaient m'aider pour tout faire ». Cette assistance, bien qu'animée par l'amour, a parfois renforcé chez lui le sentiment d'être perçu comme vulnérable avant d'être reconnu comme sujet autonome. Valentin décrit une expérience plus nuancée avec sa fratrie. Il ne rapporte pas de rejet explicite, mais évoque des écarts subtils dans les possibilités d'action et les attentes : « mes frères faisaient certaines choses plus facilement comme courir, aider les parents, mais moi, on me disait toujours de faire attention ». Cette différence de traitement, même lorsqu'elle se voulait protectrice, participait à une conscience progressive de sa singularité corporelle.

L'école apparaît comme un espace particulièrement marquant dans son récit. Valentin y a connu simultanément des expériences d'inclusion et d'exclusion. D'un côté, l'école représentait pour lui une possibilité de se prouver capable, de sortir de l'assignation au manque : « j'aimais apprendre », « à l'école, je pouvais montrer que même si je marchais difficilement, j'étais intelligent ». De l'autre, il a dû faire face aux moqueries, à la méfiance ou à certaines formes de stigmatisations de la part de ses pairs : « certains enfants se moquaient de moi, ils me regardaient comme si j'étais différent des autres, ça me blessait beaucoup ». Le regard des autres enfants, souvent brutal dans sa spontanéité, semble avoir été un lieu majeur d'épreuve narcissique. Mais, malgré ces blessures, Valentin n'a pas totalement intériorisé une position d'exclusion. Son parcours universitaire jusqu'à l'obtention d'une licence en géographie témoigne d'un investissement fort dans la réussite scolaire comme moyen de reconnaissance sociale. Son recrutement dans la fonction publique apparaît alors comme une victoire symbolique importante : « quand j'ai été recruté, j'ai senti que je pouvais aussi réussir dans la vie et que j'étais un handicapé qui pouvait réussir ».

Le rapport de Valentin à son corps reste marqué par une tension constante entre acceptation et souffrance. Le port de prothèses constitue pour lui à la fois une aide fonctionnelle et un rappel visible de sa condition : « mes prothèses m'aident beaucoup, mais elles me rappellent aussi que je suis différent des autres ». Son corps apparaît comme un espace de confrontation entre limitation réelle et désir de normalité. Cependant, son discours révèle une forme d'appropriation progressive de cette différence. Il ne nie ni les frustrations ni les blessures, mais refuse de s'y réduire : « j'ai beaucoup souffert », « mais si je me déteste, je vais mourir avant mon jour ». Cette phrase illustre une dynamique psychique de résistance, dans laquelle l'estime de soi se reconstruit non dans le déni du handicap, mais dans la reconnaissance de sa propre valeur au-delà de celui-ci.

Le sentiment de différence demeure néanmoins central chez Valentin. Il sait que son corps suscite parfois méfiance ou jugement, notamment dans les domaines affectif et social. Ses projets de mariage et de paternité traduisent un désir fort d'inscription dans des rôles sociaux valorisés : « moi aussi, je veux fonder une famille, avoir une femme, des enfants », « je veux vivre ma vie comme les autres ». Cette aspiration témoigne d'un enjeu fondamental : ne pas être enfermé dans une identité de sujet diminué, mais accéder pleinement à une existence reconnue. À travers son récit, Valentin apparaît comme un sujet ayant construit son identité dans un dialogue permanent entre altération corporelle, regard social et désir de reconnaissance. Le parcours de Valentin met en lumière non seulement les effets psychiques du handicap moteur précoce. Mais, elle met aussi en lumière les capacités de réaménagement subjectif qu'un sujet peut mobiliser pour se constituer au-delà des limites imposées par son corps et par les représentations sociales.

Analyse des résultats du cas

L'analyse du récit de Valentin met en évidence une structuration psychique marquée par l'expérience du regard de l'autre. Son histoire montre que le handicap moteur précoce ne se limite pas à une atteinte fonctionnelle, mais constitue une expérience relationnelle complexe. Son identité s'est donc façonnée dans une confrontation constante entre perception de soi et assignations extérieures. Dès l'apparition de sa maladie, son corps est devenu un objet de lectures multiples : médicales, familiales, traditionnelles et sociales. Cette pluralité d'interprétation a permis de considérer la cause de son handicap comme poliomyélite pour la médecine, sorcellerie pour certains membres de famille. Ce qui inscrit son existence dans un espace d'incertitude symbolique. Valentin se découvre ainsi très tôt à travers un regard social chargé de soupçons, d'interrogations et de significations qui dépassent sa seule réalité organique. Ce regard social contribue à produit chez Valentin un sentiment d'altérité précoce. Il comprend progressivement qu'il n'est pas perçu comme les autres enfants. Son corps fonctionne différemment et il suscite des réactions spécifiques de méfiance, de compassion, de stigmatisation ou de surprotection. L'altérité chez lui n'est donc pas une simple conscience de différence corporelle ; elle devient une expérience psychique de décalage dans laquelle, il se perçoit à travers une forme de séparation symbolique. Ses propos rapportés concernant l'école comme les moqueries, les regards insistants, le sentiment d'être observé comme différent illustrent la violence potentielle de cette expérience. Le groupe des pairs agit alors avec lui comme miroir social, parfois brutal, lui renvoyant une image fragilisée de lui-même.

Ces expériences constituent pour Valentin, une véritable blessure narcissique. La répétition de situations où il est désigné comme vulnérable, limité ou différent semble avoir créé des

tensions profondes entre souffrance psychique et désir de préservation de soi. Toutefois, son discours révèle également qu'il n'a pas totalement intériorisé ces atteintes sous forme d'effondrement identitaire. Sa trajectoire témoigne plutôt d'une lutte continue pour restaurer une image de soi acceptable. Cette dynamique se manifeste particulièrement dans sa recherche de reconnaissance. L'investissement scolaire apparaît comme un moyen privilégié de se faire reconnaître au-delà du stigmate corporel. À travers la réussite académique puis professionnelle, Valentin cherche à déplacer le regard d'autrui sur lui. Il n'est plus seulement celui qui marche difficilement, mais celui qui réussit, qui pense, qui travaille et qui contribue socialement. Son recrutement dans la fonction publique prend alors une valeur symbolique majeure. Cela, constitue moins une simple insertion professionnelle qu'une validation sociale de son existence comme sujet capable.

L'expérience de Valentin montre que l'accès aux rôles sociaux valorisés demeure traversé par des obstacles multiples, souvent situés à l'intersection du corps, des représentations sociales et des structures culturelles. Dans la sphère familiale, son statut de premier enfant touché par le handicap semble avoir produit une forme de tension entre affection, protection et assignation implicite à une fragilité particulière. Si la famille constitue une ressource essentielle, elle apparaît aussi comme un espace où se construit parfois une limitation symbolique. La surprotection parentale, bien qu'animée par l'amour, peut réduire les opportunités d'expérimentation autonome, renforçant la perception d'une dépendance durable. Sur le plan scolaire et professionnel, Valentin a dû composer avec des obstacles à la fois matériels et psychologiques. L'école fut un lieu ambivalent, d'abord comme espace de valorisation intellectuelle, mais ensuite, de confrontation à la stigmatisation. Son parcours montre que l'intégration n'efface pas nécessairement l'exclusion symbolique. Réussir dans ce contexte suppose un effort psychique supplémentaire. Il ne s'agit pas seulement d'apprendre, mais de

prouver sa légitimité. Cette logique se prolonge dans le champ professionnel, où l'accès à la fonction publique représente une conquête importante face aux représentations souvent restrictives du handicap.

La vie affective et sociale de valentin constitue un autre domaine sensible. Son désir exprimé de se marier et d'avoir des enfants révèle combien la conjugalité et la parentalité représentent des marqueurs essentiels d'intégration sociale. Pourtant, cette aspiration est traversée par la conscience que son corps peut être perçu comme obstacle à la désirabilité ou à la conformité aux attentes sociales. Ainsi, le handicap peut compliquer non seulement l'accès à certaines fonctions, mais aussi la possibilité d'être reconnu comme partenaire légitime dans les sphères intimes. Malgré les épreuves traversées, Valentin mobilise des ressources psychiques significatives qui témoignent d'une dynamique de résilience. Sa capacité à élaborer son histoire sans se réduire à une posture victimaire constitue un élément central. Il reconnaît la souffrance, les frustrations et les blessures, mais affirme également une volonté de ne pas se laisser psychiquement anéantir. Cette posture traduit une capacité de réaménagement subjectif, où il transforme partiellement l'épreuve en moteur de construction identitaire. Le recours initial aux marabouts, même décidé par la famille, témoigne de l'importance des systèmes symboliques dans la compréhension de l'épreuve. Dans ce contexte camerounais, la spiritualité constitue une modalité essentielle d'élaboration du malheur, permettant parfois de maintenir l'espoir face à l'incertitude.

Le soutien familial représente une ressource fondamentale, malgré ses ambiguïtés. L'engagement des parents dans la recherche de soins, leur protection et leur investissement affectif ont probablement constitué un socle de sécurité psychique important. De même, l'accès à l'école, puis à l'université, suggère l'existence de soutiens institutionnels ou communautaires ayant permis à Valentin de maintenir une trajectoire d'insertion.

Ainsi, l'histoire de Valentin met en lumière la complexité du vécu du handicap moteur précoce. C'est une expérience de blessure narcissique et de différenciation, mais aussi espace possible de reconstruction, de lutte pour la reconnaissance et de redéfinition de soi au-delà des limites corporelles et sociales.

Discussion

Les résultats obtenus à partir du cas de Valentin montrent que le handicap moteur précoce ne peut être réduit à une simple atteinte fonctionnelle. Son apparition à l'âge de quatre ans constitue un événement biographique et psychique majeur ayant profondément influencé la construction de son identité, son rapport au corps et ses modalités d'inscription sociale. À travers son récit, il apparaît que l'expérience du handicap s'est construite dans une articulation constante entre souffrance corporelle, regard social et quête de reconnaissance. Ces résultats rejoignent les perspectives théoriques développées dans le cadre de cette étude, tout en permettant d'en nuancer certains aspects à partir de la singularité du contexte camerounais.

L'histoire de Valentin met d'abord en évidence l'impact du handicap moteur précoce sur la construction psychique du sujet. L'apparition brutale de la poliomyélite intervient à une période où l'enfant construit progressivement son autonomie, son image corporelle et son sentiment de continuité de soi. Les résultats confirment ainsi la conception de Merleau-Ponty (2012), selon laquelle le corps constitue le premier médiateur de la relation du sujet au monde. Chez Valentin, la rupture entre le corps « normal » d'avant la maladie et le corps limité d'après la maladie apparaît comme une fracture existentielle durable. Toutefois, si cette théorie éclaire la centralité du corps dans l'expérience subjective, le cas de Valentin montre aussi que cette expérience corporelle n'est jamais uniquement individuelle. Elle est profondément

façonnée par les interactions familiales, sociales et culturelles qui donnent sens au handicap.

Cette dynamique apparaît particulièrement à travers les travaux de Schilder (1968) et de Dolto (1984). Les résultats obtenus confirment que l'image du corps se construit dans l'interaction entre perceptions internes et regards externes. Chez Valentin, le corps devient progressivement un espace chargé de significations sociales : lieu de vulnérabilité, objet de soins, mais aussi support de projections familiales et communautaires. La surprotection parentale décrite dans son récit illustre bien cette tension. D'un côté, elle traduit une volonté de protection affective ; de l'autre, elle participe indirectement à renforcer le sentiment de fragilité et de différence. Les résultats permettent ainsi de nuancer l'idée selon laquelle le soutien familial produit nécessairement des effets structurants. Dans certaines situations, ce soutien peut également limiter les possibilités d'autonomisation psychique et sociale du sujet.

Les expériences scolaires de Valentin mettent également en évidence l'importance du regard social dans la construction identitaire. Les moqueries, les attitudes de méfiance et les formes de rejet décrites dans son récit illustrent le processus de stigmatisation analysé par Goffman (1963). Le handicap visible tend à réduire le sujet à une identité disqualifiée, où la déficience corporelle prend le dessus sur les autres dimensions de la personne. Les résultats montrent cependant que Valentin ne s'est pas totalement identifié à cette image dévalorisée. Son investissement scolaire puis professionnel apparaît comme une stratégie de repositionnement identitaire visant à accéder à une reconnaissance sociale fondée sur la compétence. Cette dynamique confirme partiellement les analyses de Honneth (1995) sur le rôle structurant de la reconnaissance dans la construction de soi. Toutefois, le cas de Valentin révèle aussi les limites de cette reconnaissance sociale. Malgré sa réussite universitaire et son insertion professionnelle, le sentiment de différence demeure

présent, notamment dans les domaines affectif et conjugal. Cela montre que l'accès aux rôles sociaux valorisés ne suffit pas toujours à effacer les effets psychiques du stigmaté.

Le cas de Valentin souligne également le poids des représentations socioculturelles du handicap dans le contexte camerounais. Les résultats montrent une coexistence entre interprétations biomédicales et lectures traditionnelles de la maladie. L'explication de la poliomyélite par la sorcellerie ou par des causes mystiques rejoint les analyses d'Ingstad et Whyte (1995), selon lesquelles le handicap en contexte africain s'inscrit fréquemment dans des systèmes symboliques complexes. Toutefois, les résultats permettent de dépasser une opposition simpliste entre médecine moderne et croyances traditionnelles. Chez Valentin, ces différentes lectures coexistent sans nécessairement s'exclure. Le recours simultané à l'hôpital, à la physiothérapie et à la tradithérapie traduit moins une contradiction qu'une tentative familiale de donner sens à une épreuve difficilement compréhensible.

Les normes sociales camerounaises apparaissent également comme un facteur important dans l'expérience subjective du handicap. Les résultats montrent que la valeur sociale de l'individu reste fortement liée à sa capacité de participer économiquement, de fonder une famille et d'assumer des responsabilités communautaires. Dans cette perspective, le désir de Valentin de se marier et d'avoir des enfants témoigne d'une volonté de sortir d'une identité réduite au handicap. Toutefois, cette aspiration révèle aussi les tensions entre désir d'intégration sociale et sentiment persistant d'altérité. Les résultats confirment ainsi les analyses de Biddle (1986) selon lesquelles les rôles sociaux constituent des systèmes de normes et d'attentes collectives. Cependant, le cas étudié montre que l'accès à ces rôles dépend autant des représentations sociales que des capacités réelles du sujet.

Sur le plan clinique, les résultats mettent en évidence la nécessité d'une prise en charge qui dépasse la seule rééducation fonctionnelle. Le vécu de Valentin montre que le handicap moteur précoce engage des dimensions narcissiques, relationnelles et identitaires profondes. Les expériences de stigmatisation, les sentiments de vulnérabilité et les conflits autour de l'autonomie nécessitent un espace d'élaboration psychique. Dans cette perspective, les travaux de Winnicott (1971) prennent tout leur sens. Le développement psychique du sujet dépend de la qualité des environnements relationnels capables de soutenir son sentiment d'existence. Les résultats montrent toutefois que cet environnement n'est jamais totalement protecteur. Les relations familiales apparaissent à la fois soutenantes et parfois limitantes, tandis que l'environnement social oscille entre inclusion et exclusion.

Enfin, les résultats mettent en évidence des capacités importantes de réaménagement subjectif. Malgré les blessures narcissiques et les obstacles sociaux rencontrés, Valentin mobilise des ressources psychiques significatives à travers la résilience, l'investissement scolaire et la quête de reconnaissance sociale. Son parcours confirme que le handicap moteur précoce n'aboutit pas systématiquement à une désorganisation psychique. Toutefois, il convient de rester critique face à une lecture idéalisée de la résilience. Les efforts d'adaptation du sujet ne doivent pas masquer les contraintes structurelles, sociales et culturelles qui continuent de limiter l'inclusion des personnes vivant avec un handicap moteur au Cameroun. Les résultats montrent ainsi que la reconstruction subjective du sujet dépend autant de ses ressources internes que des possibilités réelles de reconnaissance offertes par son environnement social.

Conclusion

Cette étude consacrée au handicap moteur précoce, à l'intersubjectivité et à la construction des rôles sociaux a permis de mettre en évidence la complexité psychique, relationnelle et socioculturelle de l'expérience du handicap en contexte camerounais. À travers l'analyse clinique du cas de Valentin, il apparaît que le handicap moteur précoce ne peut être compris uniquement comme une déficience organique ou une limitation fonctionnelle. Il constitue une expérience profondément subjective qui engage simultanément le rapport au corps, la construction identitaire, les modalités de reconnaissance sociale et l'inscription du sujet dans les différents espaces de la vie sociale.

La problématique de cette recherche reposait sur la manière dont le vécu intersubjectif participe à la construction ou à la fragilisation des rôles sociaux chez une personne vivant avec un handicap moteur précoce. Les résultats obtenus montrent que l'apparition de la poliomyélite dès l'enfance a profondément marqué le développement psychique de Valentin en affectant son image corporelle, ses relations sociales et son sentiment d'appartenance. L'étude confirme ainsi les perspectives théoriques mobilisées dans ce travail. Les travaux de Schilder (1968) et de Dolto (1984) permettent de comprendre que l'image du corps se construit dans l'articulation entre vécu corporel et regard d'autrui. Chez Valentin, le corps handicapé devient progressivement un lieu de tensions entre désir de normalité, limitations réelles et significations sociales attribuées à la déficience. Les analyses de Goffman (1963) éclairent également le poids de la stigmatisation dans la production des blessures narcissiques et du sentiment d'altérité. Toutefois, les résultats montrent que le sujet ne se réduit jamais totalement au stigmate qui lui est assigné.

L'étude met aussi en évidence l'importance des dynamiques intersubjectives dans la construction de soi. Les relations

familiales apparaissent à la fois protectrices et parfois limitantes à travers certaines formes de surprotection. Les expériences scolaires et sociales révèlent quant à elles combien le regard social peut fragiliser ou soutenir le sentiment de valeur personnelle. Dans cette perspective, les travaux de Honneth (1995) et de Winnicott (1971) permettent de comprendre que la reconnaissance et la qualité des environnements relationnels jouent un rôle central dans les processus de subjectivation. Malgré les expériences de stigmatisation, Valentin mobilise des ressources psychiques importantes à travers l'investissement scolaire, l'engagement professionnel et la quête d'une place reconnue dans la société.

Cette recherche souligne également le rôle déterminant du contexte socioculturel camerounais dans l'expérience du handicap. La coexistence des interprétations biomédicales et traditionnelles de la maladie confirme les analyses d'Ingstad et Whyte (1995) sur la pluralité des représentations du handicap dans les sociétés africaines. Le recours simultané aux soins hospitaliers et à la tradithérapie illustre cette articulation entre différents systèmes de sens. Dans ce contexte, les normes sociales liées à la productivité, au mariage et à la parentalité influencent fortement les possibilités de reconnaissance et d'intégration sociale des personnes vivant avec un handicap moteur.

L'objectif principal de cette étude, qui consistait à explorer le vécu intersubjectif d'un sujet atteint d'un handicap moteur précoce et à comprendre les modalités de construction de ses rôles sociaux, peut ainsi être considéré comme atteint. L'analyse du cas de Valentin a permis de montrer comment le sujet construit son identité dans un dialogue permanent entre altération corporelle, regard social et désir de reconnaissance.

Bien que cette recherche repose sur une étude de cas unique, ce qui limite toute généralisation (Yin, 2018), elle ouvre des perspectives importantes pour la psychopathologie clinique en Afrique. Elle souligne la nécessité de développer des approches intégratives du handicap associant accompagnement

psychologique, inclusion sociale et prise en compte des réalités culturelles. De futures recherches pourraient approfondir ces questions à partir d'autres trajectoires cliniques, de comparaisons interculturelles ou encore de l'étude des dispositifs institutionnels destinés aux personnes vivant avec un handicap moteur précoce.

Références bibliographiques

- American Psychological Association, 2017. *Ethical principles of psychologists and code of conduct*, APA, Washington
- BARNES Colin et MERCER Geoffrey, 2010. *Exploring disability*, Polity Press, Cambridge
- BIDDLE Bruce John, 1986, « Recent developments in role theory », in *Annual Review of Sociology*, N°1, Janvier 1986, pp. 67-92
- BLANCHET Alain et GOTMAN Anne, 2015. *L'entretien*, Armand Colin, Paris
- BRAUN Virginia et CLARKE Victoria, 2006, « Using thematic analysis in psychology », in *Qualitative Research in Psychology*, N°2, Avril 2006, pp. 77-101.
- DOLTO Françoise, 1984. *L'image inconsciente du corps*, Seuil, Paris
- GOFFMAN Erving, 1963. *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*, Prentice-Hall, New Jersey
- HONNETH Axel, 1995. *The struggle for recognition : The moral grammar of social conflicts*, MIT Press, Cambridge.
- INGSTAD Benedicte et WHYTE Susan Reynolds, 1995. *Disability and culture*, University of California Press, Berkeley
- Institut National de la Statistique, 2010. *Troisième recensement général de la population et de l'habitat du Cameroun*, INS, Yaoundé
- LEVINAS Emmanuel, 1961. *Totalité et infini*, Martinus Nijhoff, La Haye.

- MÉGRET Frédéric, 2018, « Disability, poverty and exclusion in Africa », in *African Disability Rights Yearbook*, N°1, Janvier 2018, pp. 45-67
- MERLEAU-PONTY Maurice, 2012. *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris
- NTEP Jean, 2004, « Représentations sociales du handicap en Afrique centrale », in *Psychopathologie Africaine*, N°2, Février 2004, pp. 115-130
- Organisation Mondiale de la Santé, 2001. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, OMS, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé et Banque Mondiale, 2011. *Rapport mondial sur le handicap*, OMS, Genève
- PATTON Michael Quinn, 2002. *Qualitative research and evaluation methods*, Sage, Thousand Oaks
- PEDINIELLI Jean-Luc et FERNANDEZ Ludovic, 2015. *L'observation clinique et l'étude de cas*, Armand Colin, Paris
- RICOEUR Paul, 1990. *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris
- ROUSSILLON René, 2007. *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*, Dunod, Paris
- SCHILDER Paul, 1968. *L'image du corps*, Gallimard, Paris
- STAKE Robert Earl, 1995. *The art of case study research*, Sage, Thousand Oaks
- STERN Daniel Norman, 1985. *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, New York
- STRAUSS Anselm, FAGERHAUGH Shizuko, SUCZEK Barbara et WIENER Carolyn, 1984. *Social organization of medical work*, University of Chicago Press, Chicago
- WHYTE Susan Reynolds, 1995, Disability between discourse and experience. In : *Disability and culture*, B. INGSTAD & S. R. WHYTE, pp. 267-291, University of California Press, Berkeley
- WINNICOTT Donald Woods, 1971. *Playing and reality*, Tavistock, Londres

YIN Robert Kosky, 2018. *Case study research and applications : Design and methods*, Sage, Thousand Oaks