

UNIVERSITE LYON II
U.E.R. de psychologie et de sciences sociales
Laboratoire de psychologie clinique

AS
LIVRES
MEMES

**L'AGRESSIVITE CHEZ
LES HANDICAPES DE GUERRE**

Thèse pour le Doctorat de 3ème cycle

en

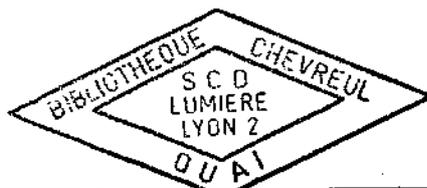
**Psychologie des processus de changement
et de régulation**

Par

Nora KASPARIAN-ISRAELIAN

**Sous la direction de
Messieurs le Professeur
Jean GUILLAUMIN**

LYON, 1980



Et. RÈVES Pour La Dactylographie - Sodeco - Imm. Balaa - Tel. 248456

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	<u>Pages</u>
1 - Définition du "Diminué physique"	1
2 - Les questions qui en découlent	
3 - Hypothèse de travail	
<u>CHAPITRE PREMIER: La société Libanaise et ses contradictions:</u>	9
1 - L'aspect culturel	9
2 - L'aspect familial: L'image du Père et de la Mère	14
3 - Le caractère du jeune	20
4 - Le caractère social de l'agressivité	24
5 - Le phénomène-guerre	27
<u>CHAPITRE DEUXIEME: Méthodologie:</u>	37
1 - Le champ de l'investigation	39
2 - L'échantillonnage	40
3 - Le matériel expérimental	42
3.1 Un entretien à base d'un questionnaire	42
3.2 P.F. Test de Rosenzweig	43
3.3 Matériel projectif sur quelques cas - le Rorschach	49
3.4 Entretien avec le Responsable du centre	50
la directrice du centre - les 2 animateurs - la sœur	
responsable - le Prêtre - l'infirmière - l'assistante	
sociale - les handicapés	
4 - Déroulement de la recherche	51
<u>CHAPITRE TROISIEME : Résultats et interprétation</u>	131
1 - La société Libanaise et son influence sur le jeune.....	132
1.0 La culture	132
1.1 Le jeune Libanais	135

	<u>Pages</u>
1.2 L'agressivité	144
1.3 La guerre	150
2 - Le questionnaire	153
3 - L'entretien et le comportement des responsables du centre	167
4 - Le test de Rosenzweig	175
5 - Les 5 cas de Rorschach	203
6 - Comparaison des résultats du Test de Rosenzweig au niveau des 4 échantillons	264
7 - Le questionnaire de pré - enquête pour les combattants et les non-combattants	285
8 - Le questionnaire pour les combattants	291
<u>CHAPITRE QUATRIEME: Généralités:</u>	298
1 - L'intégration des diminués	298
2 - Les mécanismes de défense utilisés:	303
2.0 Par les personnes "normales"	303
2.1 Par les personnes "diminuées"	305
3 - Les associations	307
4 - Le centre	308
5 - La société	310
<u>CONCLUSION:</u>	315
Annexe 1 Questionnaire de l'enquête	325
Annexe 2 Les tableaux des 4 échantillons du Test de Rosenzweig ..	353
Annexe 3 Les détails de l'interprétation du Test de Rosenzweig sur les handicapés de Guerre	389
<u>BIBLIOGRAPHIE:</u>	369

CHAPITRE QUATRIEME

GENERALITES

On aurait tort d'estimer que les relevés opérés sur des échantillons au genre de vie si spécifique sont valables pour la population globale ou qu'ils gardent un sens pour expliquer le comportement d'un socio-groupe donné de la population globale. Une généralisation hâtive des déductions faites sur des groupes est dangereuse.

1 - L'intégration des diminués

La frustration donc ne conduit pas nécessairement à l'agression, sauf si le stress qu'elle produit s'inscrit dans une personnalité mal contrôlée et surtout mal intégrée à un groupe personnalisant pour elle.

L'individu se sent "incomplet" lorsqu'il est seul. Et le désir d'intégration, si volontiers affiché par les diminués physiques - encore faut-il qu'ils osent et qu'on leur en donne l'occasion - nécessite alors une analyse plus profonde. Cette analyse ne reposerait plus seulement sur le discours manifeste des intéressés confrontés au sens clinique de quelques chercheurs cliniciens.

L'étude consiste alors à vérifier de façon plus objective et moins directe le désir d'intégration en utilisant une méthodologie qui mette le plus possible entre parenthèses le discours idéologique éventuel des diminués physiques. Ils étaient très actifs il y a encore quelque temps et voilà qu'ils sont cloués au lit. Alors ils pensent à bien des choses et entrevoient des possibilités. Ils pensent qu'ils vont pouvoir récupérer et marcher avec des appareils. Ils pensent également qu'il est tout de même possible que les choses demeurent comme elles sont. Mais c'est une idée qu'il rejettent parce qu'elle leur déplaît.

Alors le ventre est comme un laboratoire où on vit jour et nuit les premières expériences de la réadaptation, où on entreprend des efforts laborieux pour la réadaptation à la vie civile et à la vie tout court.

Mais la passivité jointe à une longue hospitalisation, peuvent nuire à la réadaptation. L'un des grands principes de la réadaptation, un principe de base, c'est qu'elle se doit de débiter le plus tôt possible après la phase aiguë d'une maladie ou celle qui suit un traumatisme. Il faut se convertir au monde, telle est la lente et lumineuse conviction qui se forme en eux petit à petit.

De même la participation concrète du public à l'œuvre de réadaptation est infiniment précieuse. Elle constitue un pont de sympathie et d'intérêt entre les handicapés et le monde extérieur où ils seront habilités bientôt à vivre.

Les ressources morales, et les aides dont ils auraient bénéficié, dominent le problème de la réinsertion, miracle de la réadaptation qui permet à l'homme de développer des ressources insoupçonnées pour se surpasser.

"L'examen psychologique" est pour le sujet un élément de sécurisation. Pour le médecin et les membres de l'équipe de traitement, il offre les conclusions d'une approche nouvelle". Hélène Grahiot, Alphanbéry (1961)? C'est un dossier psychologique qu'il faudra constituer, dossier qui viendra s'ajouter aux dossiers médicaux, scolaire et familial et qu'enrichiront progressivement les données d'une observation continue conduite par toutes les personnes qui s'occupent du sujet. La psychologie donc doit être à la fois différentielle et clinique. La rééducation doit adapter ses techniques aux cas individuels.

A travers l'entretien que nous avons fait, il ressort massivement un désir d'intégration à la population globale, sous réserve qu'on leur attribue un statut acceptable.



Au niveau de l'adaptation, une hypothèse peut être esquissée, qui donne autant d'importance à l'hérédité qu'au milieu: la stratégie pure, adaptative pour l'individu dans la nature, est adoptée comme sécurisante en situation incertaine, ce qui indique que la mémoire, à long terme, met en jeu des schèmes instinctifs d'adaptation. Mais cette hypothèse laisse dans l'ombre le problème de la rigidification du comportement (D. Morris) et le problème aussi du choix douloureux, donc auto-destructeur.

Elucidons dans les conditions générales de l'adaptation des réactions particulières à la frustration et faisons le bilan des possibilités de l'organisme dans le domaine de la réduction de tension consécutive à la rencontre d'obstacles. Expérimentons ensuite les facteurs qui modifieraient ces réactions. Il n'est pas exclu, dès lors, que l'on puisse aboutir à définir les situations défrustrantes, celles qui permettent la désagrégation des attitudes anti-sociales des adaptés.

L'organisation d'un certain nombre de situations défrustrantes sur un plan d'existence devrait aisément servir de base à une psychothérapie sociale. Il s'agit de rééduquer la sociabilité du sujet frustré: permettons-lui de vivre dans des conditions nouvelles qui l'aideront à reformuler ses rapports avec le monde.

On peut, en effet, considérer que la motricité propose à l'individu un système tout préparé de relations, de classifications, de notions;

Le désir d'intégration représente l'idéal de tout handicapé, dans la mesure où le statut qui lui est fait est supportable et où le handicap est accepté.

Exemples: entretien 1: "Je préfère discuter avec un "marcheur" plutôt qu'avec un handicapé; parce que dans ce cas je ne fais aucun complexe.

Entretien 3: "Sous prétexte que je suis dans un fauteuil, je dois passer avant tout le monde? Je ne vois pas pourquoi?".

Entretien 18: "On fait comprendre qu'on est des garçons normaux".

Mais les difficultés d'intégration se rencontrent dans le regard des autres et quelquefois dans leurs paroles. Les regards sont ressentis diversement, mais rarement de façon positive. Les personnes handicapées lisent dans le regard des autres, la curiosité et l'étonnement (8 personnes), la peur, le recul ou l'évitement (4 personnes) le mépris, la moquerie (3 personnes) et l'indignation et le dégoût (2 personnes). Certaines personnes handicapées évitent de regarder les personnes normales pour ne pas voir leur regard et ce qu'il exprime.

Entretien 6: "Voir un jeune sur une chaise roulante, ils se demandent pourquoi, ils sont étonnés."

Entretien 20: "Ils vous regardent comme des bêtes de musée."

Entretien 15: "Ça fait peur aux enfants."

Entretien 10: "Les autres ils se rangent quand ils vous voient, ils vous regardent avec un drôle d'air, comme ils regarderaient une bête curieuse. Ils doivent se dire: pauvre garçon, puis il s'en foutent".

Le problème de la confrontation aux autres, et par conséquent de l'intégration, ne se pose pas de la même façon, selon le mode d'apparition du handicap et sa nature. On peut grossièrement distinguer les personnes qui ont toujours vécu avec ce handicap ou en ont été atteintes dans leur prime enfance et celles qui ont eu une vie "normale" et n'ont été handicapées que dans un second temps: il y a pour elle un changement d'état qui complique la situation.

On peut dire pour les handicapés précoces qu'ils se sont développés avec une image d'eux-mêmes qui n'a pas changé et qu'ils sont en général bien intégrés dans ces conditions, ce qui pose problème, c'est l'étonnement d'autrui.

Le problème est plus complexe pour les handicapés secondaires. Ces personnes se sont développées et ont élaboré une certaine image d'elles-mêmes qui sera modifiée par le traumatisme. Elle éprouvent de la difficulté à "habiter" une nouvelle image corporelle, généralement détériorée par rapport à l'ancienne, et sont encore plus perturbées par les réactions des autres qui, au fond, ne font que réactiver les leurs.

En d'autres termes, pour ces personnes, la difficulté d'intégration se situe à deux niveaux:

- Pour elles-mêmes, difficulté de changer d'image corporelle, de faire correspondre un corps détérioré à l'image du corps intègre, dont on garde le souvenir.
- Difficulté à assumer sa différence par rapport aux autres personnes, non handicapées.

Exemple: entretien 7: "Dans mon village, je ne me sens pas bien dans ma peau... Dans la mesure où vous changez carrément de village, ce serait l'idéal".

Entretien 24: "Ce regard que je refuse, c'est l'image de moi que je vois dans le regard des autres et que je ne reconnais pas, un regard qui vous dit que vous ne valez pas beaucoup." L'autre est un miroir de soi qui participe au processus de sa propre acceptation; la même personne explique: "Je remarque qu'on ne me regarde pas toujours de la même façon. quelquefois, quand je n'oublie moi-même, les autres me regardent moins... Maintenant, je regarde les gens sans penser à mon handicap."

Il devient clair que les personnes handicapées qui ne s'acceptent pas comme telles retiennent dans le regard des autres des signes de la non-acceptation ou du rejet. Le regard de l'autre (qui ne s'étonne que lorsqu'il est surpris) permet, lorsqu'il ne s'étonne plus, de refléter une image de soi ressentie comme acceptable. Nous avons montré que l'acceptation de soi passe par l'acceptation de la part des autres et, que

la surprise du regard disparaît lorsqu'on est déjà connu. C'est-à-dire que tout est lié, que l'intégration découle en partie de la rencontre, de la connaissance, et que le refus découle en partie de la ségrégation, de la non-rencontre.

De plus, le problème du regard de l'autre est très aigu au Liban car quel que soit le niveau social, on dépense au-dessus de ses moyens, s'endettant s'il le faut, pour mieux exister au regard des autres; alors que penser si ce regard est perturbé?...

C'est à dire que la visibilité d'une atteinte physique est un facteur aggravant qui la rend moins facile à vivre. Il devient donc clair que l'élément perturbant dans l'atteinte physique c'est ce qui est perçu ou susceptible d'être perçu par l'autre, celui qui est en face du handicapé, le bien-portant. Autrement dit s'il y a une perturbation quelque part c'est dans la relation entre le handicapé et le bien-portant qu'il faut la chercher.

Le rôle du milieu est donc capital. "Nous nous saisissons paralysés après avoir vu autrui et lorsque autrui nous a regardés". Chez Erikson, l'identité du moi est définie comme une sorte de "polarité créatrice de ce qu'on a l'impression d'être et de ce que les autres pensent qu'on est".

Il faut donc "lutter" contre les sentiments de rejet et d'infériorité. Mais lutter comment? En subissant? En agissant?

2 - LES MECANISMES DE DEFENSE UTILISES:

Le processus de l'intégration concerne donc les diminués, mais aussi les personnes "normales" qui représentent l'autre terme de la relation. De même les mécanismes de défense existent des deux côtés.

2.0- Pour les personnes normales:

Pour les personnes "normales" il s'agit essentiellement de la dénégation qui consiste à penser que le handicap concerne l'autre et non pas soi, et que moins on le côtoie, mieux on se porte. Ceci ressort dans leur discours. "Ce n'est pas notre problème, qu'ils restent chez eux".

- de la projection qui consiste à penser que le handicap n'est autre chose que la localisation de tout ce qu'il y a de mauvais dans l'homme, si bien que dans la mesure où certaines personnes sont handicapées, les autres sont comme épurées et s'en portent mieux. Ce mécanisme projectif est à l'origine de diverses ségrégations qui persistent malgré leurs effets peu thérapeutiques: l'accusé en prison ou le toxicomane à l'asile.
- De l'identification imaginaire au handicapé, qui laisse entendre qu'un jour peut-être, cela peut nous arriver. Et qui pousse, dans une démarche d'ordre magique et superstitieux, à se protéger du handicap en étant bon avec celui qui le porte.
- La culpabilité et le besoin de réparation poussent un certain nombre de gens à aider les handicapés, même si ceux-ci ne demandent rien, ou encore, sont hostiles à une quelconque assistance.
- Nous avons aussi; le rire et la dérision qui permettent aussi de se protéger du handicapé qui fait peur.
- Le handicapé sert parfois de bouc émissaire à des personnes normales qui le ridiculisent pour mieux le mettre à distance; comme il arrive à des homosexuels d'être l'objet de sarcasmes, voire d'agressions de bandes d'adolescents (qui se défendent ainsi de la sexualité qu'ils représentent et qu'ils veulent mettre à distance).

Des handicapés racontent: "Les gens attaquent toujours ceux qui sont plus faibles qu'eux. Nous, on ne se laisse pas faire".

- Le don - l'aumône permettent aussi de se donner bonne conscience, de "réparer" symboliquement le handicap, et de s'en protéger. Plusieurs personnes font état de ce genre de comportement. "Qu'on me fasse la charité, moi, j'ai très mal ressenti ça. Je n'arrive pas à comprendre, on n'est pas des mendiants."

2.1- Par les personnes "diminuées"

L'aspect physique joue un grand rôle dans la vie du libanais; que dira alors dans la vie du handicapé!.

"La parole même à la fois gestuelle et verbale, transmet le lien physique lequel se consolide par le contact sensoriel, les multiples attouchements et accolades qui manifestent le même besoin de sensation physique, de chaleur et de sentiment psychologique de tendresse. C'est une sorte de sexualité flottante, non génitale et diffuse, amnios originel où se dissout l'agression et se résout le conflit."⁽¹⁾

Donc les conduites et les mécanismes de défense utilisés par les handicapés seraient fonction du terrain psychophysiologique, de l'importance attachée par le malade à certaines parties de son corps, de son degré de culpabilité, de son "vécu" antérieur et enfin, de l'attitude des parents. Dès que les atteintes touchent le corps, l'entourage se sent concerné et commence à réagir, ce qui complique la relation de dépendance.

- L'organisation de l'agressivité:

Le miroir et le regard de l'autre sont les premiers vrais organisateurs culturels de l'agressivité. Et cette image ne peut m'être donnée que par autrui que je vois à côté, à la fois dans la glace et en réalité, ce qui est vrai de lui est vrai de moi. C'est donc par la médiation d'autrui et la relation que l'agression spéculaire est partiellement surmontable. Mais il faut que cette relation soit déjà assez intense pour que cette image distante et intouchable devienne désirable et importante à rejoindre. "Ne pas nous regarder comme des bêtes rares; c'est des hommes qu'il y a dedans." (fragment d'entretien).

- Les attitudes du moi

Selon Fénichel, les attitudes du moi consistent à organiser,

1) Chamoun M. Image de la mère et sexualité au Liban - Travaux et jours 31 - Beyrouth.

diriger et filtrer les pulsions, de façon à les adapter aux exigences du monde extérieur. Comportements qui se rapprochent des réactions primitives (agressivité tournée vers le sujet lui-même ou le monde extérieur). Ceux qui tendent à l'adaptation mais de façon inadéquate (annulation, résignation, compensation, conduites névrotiques) et ceux qui conduisent à une adaptation satisfaisante.

- L'estime de soi est une des propriétés du moi. Et l'absence ou la perte de l'identité du moi, est accompagnée de désespoir et d'une peur inconsciente de la mort. Le désespoir se cache souvent derrière des sentiments de dégoût et de déplaisir à l'égard de certaines institutions et de certaines personnes, mais, en réalité, il signifie que l'individu se méprise lui-même.

Selon Heinz Kohut

Notre propre corps est visible et, puisque la perception est principalement dirigée vers le monde extérieur, il est plus facile de penser à notre corps en termes objectifs. Et notre activité de défense est avant tout motivée par la honte d'une insuffisance dans le domaine de l'omnipotence et de l'omniscience de soi mégalomane, non pas par la culpabilité due à la révélation de l'impulsion, sexuelle ou agressive interdite.

La préoccupation excessive causée par une situation dans laquelle on a vécu le handicap comme un blessure narcissique honteuse doit pareillement être comprise comme une tentative enragée de faire disparaître la réalité de l'accident par des moyens magiques, au point de vouloir se supprimer afin d'effacer de cette manière le souvenir torturant. Et le dessein thérapeutique concernant la rage narcissique n'est ni la transformation directe de la rage en agression constructive, ni l'établissement direct du contrôle de la rage par le moi autonome. L'objectif principal est la transformation graduelle de la matrice narcissique de laquelle émerge la rage si ce but est atteint, c'est alors que les agressions dans le secteur narcissique de la personnalité seront employées au service d'ambitions et de desseins réalistes, d'un soi

sécurisé, fermement établi et au service des idéaux et des objectifs chers d'un surmoi qui a remplacé la fonction de l'objet omnipotent archaïque et s'est rendu indépendant de lui.

Derrière une large couverture de vulnérabilités et de plaintes narcissiques, on observe l'apparition graduelle des passions et angoisses œdipiennes cachées. Et l'observation attentive du transfert œdipien révèle également comment les manifestations narcissiques sont apparentées aux expériences centrales œdipiennes. Comment par exemple, un sentiment d'amointrissement de l'estime de soi renvoie à des comparaisons phalliques et à un sentiment de castration. Comment un cycle d'alternance entre une confiance en soi éclatante et la dépression s'associe aux phantasmes de succès œdipiens et à ceux de la découverte qu'on est exclu de la scène originare et ainsi de suite.

La honte de l'adulte également, lorsqu'une partie défectueuse de son corps est vue par d'autres-en fait sa conviction que les autres le fixent du regard-, est due à la pression de la libido inchangée, archaïque, exhibitionniste qui continue d'investir l'organe défectueux.

Et la gêne concernant l'organe défectueux et la tendance à rougir lorsqu'il est observé par d'autres sont les corrélatifs psychologiques et psychophysiologiques de la percée des investissements exhibitionnistes inchangés.

Les réactions affectives évoluent en fonction des effets des thérapeutiques et des rééducations, des résultats scolaires, des modifications des attitudes familiales, de l'insertion dans les groupes et de l'âge. Des attitudes positives permettent cependant de lutter contre la frustration. Elles procèdent du besoin de valorisation et s'expriment dans l'accoutumance, la rationalisation et surtout la sublimation.

3 - Les associations:

Les associations recrutent essentiellement les personnes qui ont besoin de se rassembler, de se soutenir, voire même de se protéger

de la population globale vécue comme menaçante et il y a là quelque chose de contraire à une demande d'intégration.

Les handicapés se regroupent pour être plus forts et pouvoir s'affirmer. De nombreux fragments d'entretiens évoquent ce sentiment de faiblesse individuelle: "On nous prend pour des faibles." On retrouve là le même mécanisme que pour les bandes d'adolescents: ceux-ci, peu sûrs de leur identité sociale, se regroupent et s'affirment en groupe par divers moyens, le langage, l'habillement, etc.

Adolescents et handicapés cherchent aussi, dans leur regroupement, à côtoyer des personnes qui les comprennent, avec qui un certain langage est possible et qui les considèrent comme des leurs, à part entière: "Vous, vous ne pouvez pas comprendre."

La douleur partagée est plus légère à porter. La même communion, la même compréhension se fait jour entre les paraplégiques, les aveugles, les amputés. Tous ceux qui sont semblables mais différents du reste du monde.

Les grands blessés sont trop souvent abandonnés à eux-mêmes et crouissent dans l'ennui et l'oisiveté. Refusant de les abandonner à leur sort, les associations ont donc entrepris de les rééduquer en partant de cette maxime fort simple en apparence: "Développer les facultés qui leur restent pour compenser celles qu'ils ont perdues".

De même pour leur donner une idée des carrières qui s'offrent à eux, de temps en temps, un conférencier ou un groupe professionnel sont invités. Puis les handicapés sont initiés aux arts populaires dans leur région.

4 - Le centre:

Le milieu le plus présent, la plus prégnant, pour le malade, c'est l'hôpital ou le centre de rééducation.

Les rééducateurs, surtout les kinésithérapeutes, interviennent psychologiquement par les espoirs qu'ils font naître, les encourage-

ments qu'ils donnent, les liens qu'ils nouent avec eux; car les handicapés visibles ont tendance à vivre en cercle plus restreint. Ils sont plus isolés dans la plupart de leurs activités quotidiennes. C'est à dire que la visibilité d'une atteinte physique est un facteur aggravant qui la rend moins facile à vivre.

Les séances d'ergothérapie contribuent à l'orientation professionnelle en mettant en évidence l'initiative, l'esprit créateur et la dextérité. Le but premier est donc d'appliquer les facultés résiduelles à des tâches précises et pratiques en fournissant l'occasion de les amplifier et de les renforcer. C'est pour cela que la céramique, la sculpture sur bois, le tissage et d'autres travaux manuels sont enseignés. Et en forçant les handicapés à faire face aux nécessités de la vie quotidienne, à prendre leurs repas autour d'une table, à traverser la rue, le centre transforme l'image du paraplégique condamné à l'immobilité.

Mais la réadaptation ne doit pas s'arrêter là. Il faut que les patients participent à la vie dans la cité. Au milieu de leurs concitoyens valides, dans la famille, dans la rue, au bureau et à l'usine, ils doivent s'accepter eux-mêmes et se faire accepter tels qu'ils sont désormais.

Et le bilan que dresse le psychologue (ou l'animateur) complète les données médicales. Mais il y a un manque de coordination. Les malades sont fréquemment soumis à une multitude d'examens et d'épreuves de laboratoires. Un dossier est créé, on y accumule des centaines de données, puis... plus rien ou du moins pas assez. Personne ne semble intéressé à communiquer d'une façon humaine les résultats de ces travaux. Personne ne semble croire que, peut-être, ces examens, ces techniques et l'appareil scientifique qui les entoure, créent chez le malade un monde d'inquiétudes et de doutes.

Dans leurs associations, dans leurs hôpitaux, dans leurs familles également, les diminués physiques sont relativement protégés de personnes normales; et si cette phase est importante, nécessaire même dans un premier temps, elle ne peut s'éterniser sans risquer d'installer des frontières

derrière lesquelles on en vient peu à peu à percevoir l'autre comme un ennemi. Entretien 17: "Ici à l'hôpital je suis parfaitement bien, ils ont compris le problème". Il est handicapé mais ça ne l'empêche pas, ici, d'être comme tout un chacun. La famille joue aussi ce rôle de protection contre les "agressions extérieures".

Entretien 20: "Si je n'avais pas eu mon père, ma mère m'aurait hyperprotégée." Il faut donc que la famille refuse de surprotéger tout en entourant d'affection. Il faut créer non pas une atmosphère empreinte de pitié, de charité ou de condescendance, mais une situation où prévalent un accueil chaleureux et, surtout, du respect.

Finalement il faut donner au temps son rôle pour qu'il fasse son œuvre. Stimulé par les thérapeutes, encouragé par la famille, aiguillonné par l'esprit de compétition que lui offrent ses collègues, le handicapé s'adapte de mieux en mieux à sa nouvelle vie.

En somme, les associations des malades, les hôpitaux, les familles jouent à peu près le même rôle que la carte d'invalidité: ils permettent d'avoir une place, d'être reconnus en tant que personnes, considérés sans étonnement, réassurés quant à leur crainte de solitude. Mais ils comportent un risque d'isolement à plusieurs, de ségrégation sociale.

5 - La société:

La façon dont un adulte réagira à la survenue brutale d'un handicap dépendra non seulement de la personnalité constituée avant l'accident, de ses possibilités intellectuelles et morales, mais surtout de l'attitude de ses proches et des possibilités de reclassement que lui offrira la société. La société doit s'occuper du bien-être des handicapés, de leur logement de leur transport, de leur droit au travail, de leurs distractions. Car les individus sont faits pour être unifiés et quand une activité de groupe ne nous entraîne pas à un brassage de nos énergies avec celles des autres,

aussitôt chacun tire la couverture à soi et ne songe qu'à sa propre conservation. Ensuite l'absence de sens civique est une conséquence de l'individualisme. Et la discipline n'apparaît qu'avec la prise en charge commune d'une œuvre à réaliser, sinon les égoïsmes se rabattent sur eux-mêmes, profitant de l'impression générale par un désordre généralisé. La considération des problèmes de la vie sociale et des relations interpersonnelles, engage à compter avec un critère supplémentaire de la réduction de tension efficace. Il s'agit de l'ajustement de l'individu à un groupe social. C'est une condition du déracinement des conditions frustrantes qui vient couronner l'effort adaptatif de défrustration. Mais une meilleure acceptation et une meilleure utilisation d'un "soi-même" ayant cessé d'être vu comme systématiquement déshérité ou systématiquement coupable, est nécessaire pour une meilleure adaptation.

Les réactions au handicap diffèrent selon les sexes. La tonalité "négative" est beaucoup plus forte chez les filles qui ont davantage tendance à dramatiser leur situation, à insister sur la disgrâce physique. Alors que les garçons trouvent dans le travail scolaire et les perspectives d'avenir professionnel une possibilité de réponses "positives".

Il ne faut jamais se décourager, c'est à ce prix que les handicapés progresseront. Le but sera atteint lorsqu'ils se transformeront en citoyens actifs, productifs et se suffiront à eux-mêmes; autrement ils seraient un poids pour la société. "On ne peut répondre de courage quand on n'a pas été dans le péril". (La Rochefoucauld). Et les handicapés sont animés du désir - qui devient presque une contrainte - de se dépenser au service de leurs semblables.

"Vous pourriez être tenté de vous apitoyer sur le sort des paralégiques; vous voudriez aussi peut-être rappeler leur courage et leurs conquêtes. N'en faites rien. Un paraplégique n'est pas différent de vous, s'il a quelque chose de moins, c'est qu'il a donné plus que vous.... et malgré tous ses handicaps physiques, il a encore quelque chose à donner.

Nous le pouvons, nous pouvons le faire". affirment les paraplégiques avec force. Car loin de l'encourager à la passivité, les handicapés poussent constamment leur semblable à se surpasser.

La tâche d'aider les handicapés, sous quelque forme que ce soit, incombe à chacun de nous en particulier. Il faut aider le malade à s'aider lui-même. C'est l'époque critique où il faut vendre la réadaptation au grand public, à la profession médicale et aux gouvernements. Quant aux handicapés, ce qu'ils réclament c'est une place au soleil, une vie empreinte de dignité à l'égal de celle de leur concitoyens.

"Ils ont des droits sur nous". Cette affirmation célèbre de Clémenceau convient à tous les mutilés sans distinction.

De même les sports permettent de passer des heures agréables et constituent un facteur capital dans une politique de résocialisation. Il faut considérer le handicapé comme la personne normale, il n'y a pas de fossé entre eux, la différence n'est qu'une différence de degré. Ce qui revient à dire que nous proposons au plus grand nombre de vivre dans les mêmes milieux, qu'il s'agisse de la ville, des transports ou du logement

Et si le regard des autres est une modalité dans laquelle le handicap physique est rangé comme un manque, alors le milieu ne laisse la possibilité à aucune amélioration.

Le sujet a un besoin primaire d'effacer l'atteinte portée aux pulsions d'autodéfense du moi. Et s'il y a un semblant de désir qui mette en jeu les handicapés et leurs problèmes d'intérêt personnel, le registre du besoin est modifié par un registre plus complexe. La mentalisation du problème doit avoir un rôle, c'est de donner un sens à travers des marques d'angoisse. L'important c'est de dédramatiser le fait.

Nous retrouvons toujours la dialectique désir-rationalité. Mais un autre élément intervient aussi dans la genèse des aspirations à futur meilleur, c'est l'attente.

Pour pouvoir, dans une certaine mesure, surmonter les contradictions, la première condition est d'en avoir conscience. La prise de conscience de la situation et des transformations joue un rôle essentiel dans la genèse des aspirations.

Nous savons qu'elle peut faire apparaître des aspirations sans rapport avec les moyens dont disposent les hommes d'une société pour sortir de leur situation. Mais une deuxième prise de conscience de ce décalage peut nous permettre d'élaborer des plans réalistes pour trouver une voie de libération. Les aspirations sont en interaction avec les besoins.

Actuellement l'attente d'un Dieu dans la relation verticale s'est transformée en frénésie de communication dans la relation horizontale entre les hommes. L'attente d'un Dieu Père éternel a fait place à l'aspiration à une civilisation plus fraternelle construite par les hommes eux-mêmes. Elle n'est plus tournée vers le haut et le passé, mais vers la Terre et vers le futur. (Ici on voit l'importance des relations pour les handicapés).

Le but donc de l'adaptation est de développer un programme de soutien au moi permettant d'éliminer les fausses identifications, d'accroître le vrai réalisme, le goût de la vraie liberté en diminuant l'anxiété. Et ceci ne peut se faire qu'à travers des rites symboliques, remplissant au moins la fonction psychosociale. Ici il faut remarquer:

- 1) La tendance universelle des relations destructives à se ritualiser.
- 2) La fonction apaisante des rites de passage à l'âge adulte quand la société s'en charge et les régleme.
- 3) Leur caractère dangereux quand ils sont laissés à l'initiative des adolescents qui les réinventent pour s'opposer à la société globale, elle-même déritualisée.

Enfinement sur le plan pratique, la seule méthode thérapeutique qui ait une chance de succès dans le traitement de ces jeunes handicapés est l'intégration du jeune dans un centre de thérapie communautaire où l'autorité et la loi seront efficaces.

Et le problème ne se situe pas au niveau de la révolte, celle-ci n'est qu'un symptôme de quelque chose de beaucoup plus grave.

En conclusion On peut dire que le centre a beaucoup fait à ces jeunes et qu'il doit rester comme point d'attache, même lorsque les handicapés seront réinsérés dans la société.

*