

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENTS	1
TABLE DES MATIERES	2
BIBLIOGRAPHIE	4
INTRODUCTION	6
OBJECTIFS DU COURS	10
CHAPITRE PREMIER : GENERALITES SUR LE HANDICAP	11
I.1. DEFINITION ET CONTEXTE D'ETUDES	11
I.1.1. DEFINITION	11
I.2. HISTORIQUE DU HANDICAP	16
I.3. LES CAUSES DU HANDICAP	18
I.3.1. LES CAUSES PHYSIQUES	18
I.3. TYPOLOGIE DES HANDICAPS	21
I.3.1. LE HANDICAP PHYSIQUE	21
I.3.2. LE HANDICAP MENTAL	25
I.3.3. LE HANDICAP PHYSICO-MENTAL	27
CHAPITRE II. LA PSYCHOPATHOLOGIE ET LES INADAPTATIONS	28
II.1. NOTIONS SUR LA PSYCHOPATHOLOGIE	28
II.1.1. CONCEPTIONS MEDICO-PHILOSOPHIQUE DE LA MALADIE DANS L'ANTIQUITE GRECQUE	28
II.1.2. CONCEPTIONS DE LA FOLIE DANS LE MOYEN-AGE	29
II.1.3. LA RENAISSANCE	30
II.1.4. NAISSANCE DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	31
II.1.5. QUELQUES CONCEPTIONS TRADITIONNELLES	32
II.2. DEFINITION	35
II.1.3. LA STRUCTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE	36
II.1.3.1. LA STRUCTURE NEVROTIQUE	37
B. GENESE ET EVOLUTION DE LA STRUCTURE NEVROTIQUE	38
C. LES SIGNES CLINIQUES DE LA NEVROSE	39
D. LE DIAGNOSTIC DE LA NEVROSE	42
E. LES MECANISMES DE DEFENSE DE LA NEVROSE	43
F. LES DIFFERENTS TYPES DE LA NEVROSE	46
G. AUTRES TROUBLES NEVROTQUES	52
II.1.3.2. LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE	54
A. DEFINITION ET CLASSIFICATIONS	54

B. GENESE ET EVOLUTION DE LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE.....	54
C. MECANISMES DE DEFENSE DE LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE.....	55
D. LES DIFFERENTES CATEGORIES DES PSYCHOSES	56
1. LES PSYCHOSES AIGUËS	56
2. LES PSYCHOSES CHRONIQUES	58
LES DIFFERENTS TYPES DE DELIRES PARANOÏAQUES.....	62
3. LES PSYCHOSES AFFECTIVES.....	65
4. TROUBLES PSYCHOTIQUES SECONDAIRES A DES AFFECTIONS ORGANIQUES...	66
II.1.3.3. LES ASTRUCTURATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES.....	67
1. LES ETATS LIMITES	67
2. LA DEPRESSION.....	68
3. LES ADDICTIONS	70
II.1.3.4. LA STRUCTURE NARCISSIQUE	71
1. LA MELANCOLIE.....	73
2. LA MANIE	74
3. LES PERVERSIONS.....	75
4. LA PSYCHOPATHIES.....	76
II.2. GENERALITES SUR LES INADAPTATIONS.....	77
II.2.1. DEFINITION ET CONTEXTE D'ETUDES.....	77
II.2.2. TYPOLOGIE DES INADAPTATIONS.....	78
1. LES INADAPTATIONS FAMILIALES	78
2. LES INADAPTATIONS SOCIALES	78
3. LES INADAPTATIONS SCOLAIRES.....	79
4. LES INADAPTATIONS PROFESSIONNELLES	81
II.3. LES DEFICIENCES	81
II.3.1. DEFICIENCE INTELLECTUELLE.....	82
A. L'IDIOTIE.....	83
B. IMBÉCILITÉ.....	84
C. DEBILE MENTAL.....	85
II.4. LES INCAPACITES.....	85
II.5. LES DESAVANTAGES	86
II.6. LES METHODES DE DEPISTAGE.....	87
II.6. 1. LES CONSULTATIONS ET LES ENTRETIENS PSYCHOLOGIQUES.....	87
II.6.2. LES EXAMENS MEDICAUX.....	88
II.6.3. LES EXAMENS PSYCHOMETRIQUES	88
II.6.4. L'OBSERVATION.....	89

II.6.5. LA METHODE CLINIQUE	90
CHAPITRE TROISIEME : LA REEDUCATION ET LA POST-CURE	91
III.1. GENERALITE SUR LA REEDUCATION.....	91
III.2. TYPES DE REEDUCATION	91
III.2.1. LA REEDUCATION PSYCHOLOGIQUE.....	91
III.2.2. LA REEDUCATION PSYCHOMOTRICE	92
III.2.3. LA REEDUCATION PHYSIQUE OU DE LA MOTRICITE.....	92
III.2.4. LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE.....	93
III.3. LES STRATEGIES DE LA REEDUCATION	93
III.3.1. DE LA REEDUCATION DES PERSONNES SOURDES	93
III.3.2. DE LA REEDUCATION DES PERSONNES AVEUGLES.....	95
III.3.3. DE LA REEDUCATION DES HANDICAPS MOTEURS CEREBRAUX.....	96
III.4. LES METHODES DE LA REEDUCATION.....	96
III.4.1. LES METHODES MEDICALES.....	97
III.4.2. LES METHODES PSYCHOTHERAPEUTIQUES	97
III.4.3. LES METHODES PEDAGOGIQUES.....	99
III.2. LA POST-CURE	99
CONCLUSION	101

BIBLIOGRAPHIE

- **Alain Braconnier et al.**, *Introduction à la psychopathologie*, Issy les Moulineaux, Masson, coll. « Les âges de la vie », 2006, 340 p.
- **Albrecht, G. L., Ravaud, J.-F., & Stiker, H. J.**, *L'émergence des disability studies: État des lieux et perspectives. Sciences Sociales et Santé, 2001.*
- **Allemandou, B.**, *Histoire du handicap. Enjeux scientifiques, enjeux politiques.* Bordeaux : Edition Les Etudes Hospitalières, 2001.
- **Bachimont, J.**, *Entre soins spécialisés et soins profanes: Gérer une maladie infantile chronique à domicile. Le cas de la mucoviscidose.* Villeneuve d'Ascq: Presse de Septentrion, 2002.
- **Calvez, M.**, *L'institution totale, gestionnaire des biographies. L'entrée de déficients mentaux dans le milieu ordinaire. Politix, 1994.*
- **Castel, R.**, *La dynamique des processus de marginalisation: De la vulnérabilité à la désaffiliation: Marginalité et exclusion sociale. Cahiers de recherche sociologique, 1994.*
- **Catherine Chabert**, *Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*, Paris, Dunod, coll. « Psychismes », 1998, 2^e éd., 283 p.
- **Dumont L.**, *Essais sur l'individualisme - Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne.* Paris : Seuil, 1983.
- **Ebersold, S.**, *La notion de handicap: De l'inadaptation à l'exclusion. Regards Sociologiques 1, 1991.*
- **Georges Canguilhem**, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Quadrige », 13 mai 2009, 11^e éd., 240 p.
- **Gill, C. J.**, *Four types of integration in disability identity development; Journal of Vocational Rehabilitation, 1997.*
- **Guyot, P.**, *Le rôle des grandes associations de personnes handicapées dans l'élaboration de la loi d'orientation de 1975.* Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2000.
- **Ion, J., & Ravon, B.**, *Causes publiques, affranchissement des appartenances et engagement personnel.* Lien Social et Politiques - RIAC, 1998.

- **Jean Bergeret**, *La personnalité normale et pathologique : Les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Paris, Dunod, coll. « Psychismes », 2003, 3^e éd., 336 p.
- **Marcellini, A.**, *Des vies en fauteuil: Usages du sport dans les processus de déstigmatisation et d'intégration sociale*. Paris: CTNERHI, 2005.
- **Martin, O.**, *La mesure de l'esprit: Origines et développements de la psychométrie, 1900-1950*. Paris: L'Harmattan, 1997.
- **Mormiche, P., & Boissonnat, V.**, *Handicap et inégalités sociales: Premiers apports de l'enquête « Handicap, Incapacités, Dépendance »*. *Revue Française des Affaires Sociales* 2003.
- **OMS**, *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. Genève: OMS, 2001.
- **Somers, M. R.**, *The narrative constitution of identity: A relational and network approach*. *Theory and Society*, 1994.
- **Triomphe, A.**, *L'insertion professionnelle des personnes handicapées*. In M. Vernières (Ed.), *L'insertion professionnelle, analyse et débat*, Paris: Economica 1997.
- **Ville, I.**, *Identité et déficience motrice : une approche socioconstructiviste*. Thèse de doctorat de psychologie sociale, EHESS, 1995.

INTRODUCTION

L'humanité, à cette époque du deuxième millénaire, fait face à plusieurs fléaux. Les catastrophes naturelles, les épidémies notamment les SIDA et très récemment la maladie à virus Ebola, les guerres interminables à travers la planète, les tremblements de terre, etc. ... sont des événements qui font la une des médias et du quotidien de l'homme. Des conséquences innombrables résultent de ces fléaux qui, à chaque passage, sèment terreur, mort et désolation. Si des sinistres peuvent être enregistrés, c'est sans doute avec des séquelles qui, parfois peuvent prendre assez de temps, soit pour disparaître, soit pour rester jusqu'à la mort du sujet. Bien entendu, ces séquelles peuvent être non seulement d'ordre physique ou biologique, mais aussi d'ordre mental.

Le handicap qu'il soit physique, mental ou autres, en est la résultante. Autant la montée vertigineuse des maladies mentales intéresse les curieux, dont et principalement les intervenants psychosociaux, autant, les gouvernements et les organismes internationaux mettent des moyens considérables pour palier par-ci par-là, les pandémies et/ou épidémies de par le monde. Malheureusement, personne ou mieux quelque peu d'organismes semblent s'intéresser aux conséquences des surprises négatives que nous réserve le monde. Or, l'APF qui cite l'OMS note que : « dans toute collectivité de par le monde, il existe nécessairement en moyenne 10% de la population vivant avec déficience ; cela signifie que :

- Le handicap est une donnée naturelle de l'humanité ;
- Les personnes touchées le handicap sont au nombre de 1000 000 000 (1 milliard) dans le monde selon le dernier rapport de l'OMS ;
- À ces chiffres, il faut ajouter le vieillissement démographique que connaît la population, puisqu'à l'horizon 2030, on estime que ce sera entre 40 et 50% de la population qui sera touchée par les problèmes de mobilité¹ ».

Par ailleurs, l'OMS dans son dernier rapport rappelle que « plus ou moins 10 à 15% de la population mondiale, soit 1 milliard, vit avec handicap² ». D'où, l'intérêt à accorder à cette couche de la population. Ce constat est un peu plus général et peut être inféré à la population Congolaise où la maîtrise de la statistique pose un réel problème.

¹ Rapport de l'APF, 2018, p4

² Rapport de l'OMS sur le risque de l'explosion de la catastrophe humaine en Syrie www.handicapinternational.com

À partir de l'antiquité, les personnes vivant avec le handicap physique surtout, étaient sensées mourir par des traitements dégradants. « Chez les Grecs et chez les Romains, le sort des personnes handicapées est fonction de l'atteinte ; ceux-ci faisaient une distinction entre difformité et maladie sans incidence physique. De plus, le sort réservé aux enfants dont le handicap n'était pas visible, c'est-à-dire pour les enfants atteints de troubles mentaux, n'était pas le même que pour les enfants atteint d'un handicap physique. Sur décision des responsables de la cité, les enfants difformes étaient alors acheminés hors de la cité pour être exposés et on les laissait mourir, pas tués directement, mais on les laissait au bon vouloir des dieux. Cependant, le libre arbitre du père ou de la mère influençait le destin de l'enfant ... Ces pratiques tendant à infliger des lourdes peines aux personnes vivant avec handicap datent de longtemps. Or, même dans notre société dite moderne, elles continuent à battre record. Par conséquent, la personne vivant avec handicap se heurte encore à des pratiques dégradantes d'un côté, et de l'autre à l'idée de l'extermination de sa race, surtout pour le handicapé congénital. Ce qui ne fait qu'augmenter sa souffrance tant au niveau physique que psychologique.

Par contre, au début du XX^{ème} siècle, la tendance est plutôt d'éliminer par tout le moyen y compris la stérilisation des personnes portant le gène du handicap physique. L'influence du « mouvement eugéniste » dont la législation s'est traduite par la mise en place de programmes de stérilisations contraintes à la fin du XIX^e siècle. « Les États-Unis ont été le premier pays à mettre en place un programme officiel de stérilisations contraintes, dans le cadre d'une idéologie eugénique alors en vogue, représentée par Madison Grant et d'autres. Le programme visait d'abord les retardés mentaux et les personnes sujettes à des troubles psychiques. De plus, certains États visaient aussi les sourds, les aveugles, les épileptiques et les victimes de malformations congénitales».

Entre les deux guerres mondiales, les personnes vivant avec handicap passèrent des moments difficiles de l'histoire. D'une part, leur présence était perçue comme aberrante sinon inutile pour leur entourage au point que certains gouvernements (Le Royaume-Uni, le Danemark, l'Allemagne « avec la pensée d'Hitler », la Suède et l'Estonie) prirent des mesures parlementaires draconiennes à l'égard des handicapés visant la mise à mort et l'extermination par tous les moyens des individus porteurs d'un handicap tant physique que mental. Il s'agit de l'eugénisme pur et simple.

D'autre part, le vécu psychologique et social des personnes vivant avec handicap, déjà malsain, s'est avéré exposé aux maladies psychosomatiques tout comme aux troubles de comportement collectif. Et ce, du fait que la communauté Européenne avait voté des lois dures à l'encontre des personnes vivant avec handicap, sabotant ainsi les droits et conditions liés à leur mode de vie.

Après la seconde guerre mondiale, on note quelques avancées sur la situation du handicap. Ces avancées sont surtout dans le domaine juridique. Le handicap reste une simple nosographie. Ce mode de désignation était courant jusqu'aux lois des années 1970 dans les pays occidentaux et dans les organisations mondiales. À ce sujet, Le rapport du *Handicap International* nous renseigne que « l'intégration des personnes handicapées se décline dans plusieurs textes dont celui du 5 Décembre 1975³ qui est l'adoption par l'assemblée générale de l'Organisation des Nations-Unies (ONU) d'une déclaration des droits des personnes handicapées». C'est avec l'adoption de la dite-loi que l'on a commencé peu à peu à donner de la considération à la personne vivant avec handicap.

Tout au long des années 1980, le handicap se veut une vision plus sociale ou sociétale et moins médicale de la différence. La société porte une attention particulière sur la discrimination de droits intellectuels, moraux ou juridiques dont les personnes handicapées étaient privées. L'objectif de ces textes est de lutter contre ces discriminations et d'intégrer ou d'inclure d'avantage dans la société tous ceux qui ont un handicap. L'accessibilité des personnes handicapées dans les espaces publics est l'un des exemples souvent proposés. Quant au traité relatif aux droits des personnes vivant avec handicap, dont le but est de « promouvoir, protéger et assurer la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales des personnes avec handicaps à tous genre⁴ », seuls quelques pays l'ont signé et ratifié au début du XXIème siècle. Cependant, à la date du 30 Mai 2014, 158 pays l'avaient signé et 147 pays l'avaient ratifié y compris la RDC⁵.

³ Cette date couronne une longue période de lutte des handicapés qui, pour faire parvenir leur voix au plus haut échiquier, se sont regroupés dans des syndicats et associations dont le Handicap International (HI).

⁴ Rapport Human right watch, 2016, p43

⁵ Au regard, du continent africain, le constat reste le même, les vulnérables sont abandonnés à leur triste sort. Les personnes les plus démunies sont aussi à la merci de toutes les intempéries. Par ailleurs, les personnes vivant avec handicap sont tantôt marginalisées, tantôt forcées à la mendicité ou même exposées à la moquerie des personnes dites valides. Leur vécu est caractérisé par des stress liés à leur immobilité, la difficulté de travailler avec les personnes valides dans la même profession, et même leur fragilité aux maladies psychosomatiques (et somatopsychique) suite aux conflits et traumatismes divers qu'ils subissent des personnes valides.

Des accidents signalés çà et là ne font qu'étirer la liste des handicapés. Des amputations et des opérations chirurgicales mal faites perpétuent du jour au lendemain le nombre des personnes vivant avec le handicap. Et pourtant, le vécu psychosocial des personnes vivant avec handicap peut répondre à des facteurs multiples de leur apparition. Au-delà de leurs difficultés ascensionnelles et dégénératives, les causes congénitales, les insuffisances alimentaires et métaboliques, les conflits intrapsychiques mal gérés ainsi que les causes d'origine inconnues contribuent inlassablement aux infirmités de divers ordres. Ces facteurs d'un côté, semblent être vécus comme un événement tragiquement inaudible et inattendu par le psychisme. Et de l'autre côté, ils intriguent aussi, de manière générale, l'état immunitaire psychologique (résilience), l'élan vital de la personne atteinte, en désorientant les instances psychiques ordinaires, en confrontant la réalité d'admonestation et de culpabilité démesurée.

OBJECTIFS DU COURS

Le cours de « Handicap, les inadaptations, la psychopathologie et la rééducation » va essayer de présenter certaines notions majeures pouvant permettre d'appréhender dans son intégralité, les concepts « handicap » lié à la naissance et à l'acquisition sociale (environnement), tout en illustrant ses différentes facettes.

De façon plus spécifique ce cours vise à :

- Comprendre les diverses notions liées à l'handicap, en partant de son étiologie (étude des causes des manifestations) et pour finir avec sa classification.
- Décrire les caractéristiques psychologiques et physiologiques des personnes vivant avec handicap ;
- Procéder à un dépistage du handicap et certains d'irrégularités et d'inadaptations à tous les aspects de la vie humaine.
- Proposez une prise en charge des personnes vivant en situation d'handicap ainsi qu'une rééducation adaptée à chaque cas.

Dr. YENDE RAPHAEL Grevisse, Ph.D.

CHAPITRE PREMIER : GENERALITES SUR LE HANDICAP

Dans ce premier chapitre, il est question des évidences sur le handicap, en préconisant les notions telles que : la définition et la systématisation du handicap, l'historique, les différentes causes du handicap et typologies.

I.1. DEFINITION ET CONTEXTE D'ETUDES

I.1.1. Définition

Le handicap est une désignation au sens multiples selon différents auteurs dans le domaine. Cependant, dans le cadre de ce cours, nous tenterons d'élucider certaines définitions connues du public :

- **Etymologiquement**, le substantif masculin « handicap » fut attesté pour la première fois en 1827 et fut emprunté au jargon Anglais « **Hand In The Cap** » qui signifie littéralement « **Les Mains Dans Le Chapeau** » ... Le substantif handicap revêt le sens de « course ouverte à des chevaux dont la chance de vaincre, naturellement inégale, sont égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus lourds ou de parcourir une distance plus longue⁶ ». C'est donc « *une épreuve sportive où l'égalité des chances des candidats concurrents est compensée au départ* ». En outre, un (désavantage) accordé à un concurrent pour que les chances se trouvent égales.
- **Selon l'OMS**, l'handicap est « *toute limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, menant à des difficultés psychologiques, intellectuelles, sociales et physiques* ». ... Ainsi, il est handicapé, toute personne dont l'intégrité physique et mentale est passagèrement ou définitivement diminuée soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident à sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise.

⁶ Petit dictionnaire Paul Robert, sous la direction de Josette Rey-Debote et Alain Rey, p123

- **Selon Le dictionnaire Larousse**, le handicap est « une infirmité physique ou mentale, acquise ou de naissance », pouvant être conçu comme un désavantage (inconvenient) qui place en position d'infériorité.

- **Dans le cadre du cours**, le handicap est une perturbation fonctionnelle durable ou partielle de la faculté concernant la perception, la pensée, le langage, la parole, les apprentissages et tout concept qui dévie toute norme typique. C'est-à-dire une infériorité que le sujet doit supporter. C'est bien entendu un désavantage, un inconvenient, une entrave et un gêne qui accompagne l'individu et qui doit, dès lors, faire partie de son vécu quotidien.

I.1.2. Contexte d'études

Le contexte d'études du handicap peut être considéré comme étant un ensemble des conditions naturelles, sociales, et culturelles dans lesquelles se situe une personne vivant avec handicap. Dans le cadre de ce cours, il s'agira du contexte scolaire, spirituel, professionnel, de la personnalité, faces aux personnes valides, et s'agissant du mariage.

1. Contexte scolaire

La cohabitation entre une personne valide et une personne vivant avec handicap n'est pas toujours convenable. De temps à autres, les personnes vivant avec handicap font l'objet de moqueries et de marginalisation. Les différents programmes scolaires ainsi que les écoles sont conçus pour des personnes valides. La mondialisation et la modernisation, nous obligent à ériger des bâtiments à plusieurs niveaux, avec beaucoup d'escaliers et des complications rendant ainsi la tâche difficile à la personne vivant avec handicap physique, surtout celle à mobilité réduite, au point que son accommodation à son état devient irréaliste. De même, les méthodes et techniques d'enseignement ne tiennent pas compte de déficiences qu'accusent certains enfants lors de leur apprentissage.

Désormais, nous pouvons constater que les handicapés physiques ont leur école propre école à part entière, des personnes dites « normales ». Cette discrimination jette de discrédit sur la personne handicapée et ne pas de nature à favoriser son équilibre psycho-social, ni à accepter la réalité de son handicap telle qu'elle se présente.

Par contre, la personne vivant avec handicap conçoit cette discrimination comme faisant suite à son incapacité mentale liée à son handicap qui ferait à ce qu'on la placerait loin des autres « plus intelligent qu'elle ». Cela ne fait qu'aggraver sa souffrance psychologique et l'exposer aux maladies mentales sévères et parfois à des structures psychopathologiques abrupts comme la névrose, la psychose, etc.

2. Contexte spirituel

Face aux multiples déceptions endogènes, de l'entourage en particulier et de la société en général, la personne avec handicap trouve refuge à l'Église. Les personnes vivant avec handicap développent un niveau très élevé de résilience. Le mécanisme de défense du moi par excellence de la personne vivant avec handicap reste la remise de sa cause à Dieu. De cette façon, Dieu est le seul à l'avoir créé ainsi et est l'unique dans sa toute puissance à pouvoir la guérir. La personne vivant avec handicap adopte ainsi une attitude de prière, se fait de plus à plus proche de Dieu et de l'Église. Adopte une vie de sanctification. On constate que beaucoup s'accompagnent de la bible, des livrets et de recueil de cantique pour les protestants ; et des bibles, chapelet, des livrets, des statuts et des photos de quelques saints de l'Église dont Marie pour les chrétiens catholiques.

Si du point de vue psychologique, ces objets revêtus des pouvoirs magico-religieux peuvent servir d'un moyen de thérapie par excellence au psychologue, surtout pour le réconfort psycho-moral car certains malades y investissent toute leur confiance, il est par contre, malheureux de constater que certains malades excellent dans leur foi au point de minimiser l'apport du médecin et du psychologue. De telles pratiques ne rendent que nulle toute thérapie envisagée par le psychologue.

3. Face aux personnes valides

Face aux personnes valides, les personnes vivant avec handicap peuvent développer un comportement d'antagonisme inconscient. Elles veulent souvent faire valoir leur cause mettant au premier plan leur handicap. Toutefois, l'estime de soi des personnes vivant avec handicap reste relativement faible car, plus la durée de leur handicap est élevée, plus l'espoir de guérir dudit handicap s'amointrie.

Ce qui pousse celles-ci à adopter un certain nombre de comportement hostile aux personnes valides et atypique. À force de perdre l'espoir de guérir, les personnes vivant avec handicap physique se font de plus à plus colériques, ne savent plus contrôler leur langage, adoptent un comportement d'antagonisme vis-à-vis des valides, etc.

4. Contexte de la personnalité

La personnalité des personnes vivant avec handicap est aussi fonction de leur vécu psycho-social. En effet, les stimuli venus de l'entourage du handicapé (social), de la structure et du fonctionnement de son moi (psychologique), sans pour autant écarter l'expérience de sa vie (vécu) peuvent servir de remparts pour dresser la personnalité robot d'une personne vivant avec le handicap.

Par ailleurs, on note que les personnes avec handicap développent une personnalité marquée par l'hostilité envers les valides, l'irritabilité, elles sont également marquées d'une religiosité accrue. Quelques-uns, mais dans une proportion relativement réduite, sont caractérisés par la somatisation et dramatisation de leur souffrance (hypocondrie) au point d'attirer instantanément l'attention et la bienfaisance des médecins, de l'entourage et des tiers.

5. S'agissant du mariage

La personne vivant avec handicap, à l'instar de tout individu, ressent le besoin d'aimer et d'être aimé. Elle a également droit au mariage à la personne de son choix et de sexe opposé ou autres. Cependant, la réalité qui est la leur n'est pas de nature à favoriser et garantir le droit et la liberté de ce choix.

Ainsi, il est rare sinon impossible de trouver un handicapé célibataire se marier à une personne de son choix. Si dans une mesure particulière les handicapés hommes, peuvent trouver avec un peu de facilité les partenaires sexuels du sexe opposé pour le mariage, qu'ils soient handicapés ou pas, il n'en est pas un pour les handicapées femmes. Bien plus, il est quasiment impossible de trouver une femme célibataire, dont le handicap est de longue durée, être épouser par un homme valide. C'est pourquoi, celles-ci sont contraintes, sous peine d'être emportées par le vent de l'usure, d'épouser tout individu qui se pointerait le premier, quelque soit sa qualité et bien souvent taré, et ce, contre leur gré et sentiment.

6. Contexte professionnel

La constitution du 18 Février 2006 confère le statut spécifique à la personne vivant avec handicap physique. L'article 49 alinéas 1 et 2 stipule : « la personne du 3^{ème} âge et la personne vivant avec handicap ont droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques, intellectuels et moraux. L'État a le devoir de promouvoir la présence des personnes avec handicap physique au sein des institutions nationales, provinciales et locales. »

Malheureusement, ce qui se fait en pratique est tout autre. Les handicapés vivent dans une promiscuité totale. Les employeurs font fi à aux handicapés et s'en prennent aux valides. L'unique raison est la compétitivité et le rendement. Ainsi, les handicapés s'adonnent aux métiers informels pour leur survie, même si le rendement desdits métiers parvient à peine à couvrir les besoins vitaux, en l'occurrence de la cordonnerie, la coupe-couture, la menuiserie, d'autres sont des forgerons et un petit nombre dans des emplois du secteur formel comme sensibilisateurs de nouveaux handicapés.

I.2. HISTORIQUE DU HANDICAP

Pouvons-nous affirmer avec certitude que le « **handicap** » concerne tout être humain dans un contexte plus large. Si tel est cas alors « **tout être humain est handicapé** ». Depuis plusieurs années déjà, L'humanité fait face à plusieurs fléaux :

- **Les catastrophes naturelles** (les tremblements de terre),
- **les épidémies et les maladies** (Sida, cholera et la maladie à virus Ebola),
- **les guerres interminables** à travers la planète,
- **La pauvreté et mal nutrition,**
- Etc.

C'est par ces fléaux qui résultent des innombrables conséquences qui laissent des **séquelles d'ordre physique** (biologique), mais aussi **d'ordre mental** créant ainsi « **une situation du handicap** » au sein de la société. Signalons tout de même que le « handicap » est un concept très ancien, qui semble difficile à appréhender, quant à ses **diverses expressions** (manifestations). Il revêt également un caractère très divergent selon **les époques et les cultures** :

- **A l'antiquité :**

→ **La mythologie grecque et romaine** : les personnes vivant avec le handicap étaient sensées mourir par **des traitements dégradants en fonction de l'atteinte** ; ceux-ci faisaient une distinction entre *difformité* et *maladie sans incidence physique*. De plus, le sort réservé aux enfants dont le handicap n'était pas visible, c'est-à-dire pour les enfants atteints de troubles mentaux, n'était pas le même que pour les enfants atteint d'un handicap physique. Sur décision des responsables de la cité, les enfants difformes étaient alors acheminés hors de la cité pour être exposés, c'est-à-dire qu'ils étaient emmenés hors de la ville, et on les laissait mourir, pas tués directement, mais on les laissait au bon vouloir des dieux⁷. **C'est le cas d'Œdipe qui fut né avec un pied difforme.**

→ **Chez les juifs, dans la religion hébraïque** : le responsable religieux interdisait à l'individu souffrant **d'infirmité** de s'approcher des lieux de culte. C'est le cas de « caste sacerdotale » où les fils des prêtres nés infirmes étaient interdits de culte.

⁷ Rapport semestriel du handicap international, 2017, p 13

- A cette même époque, dans la plupart des cultures asiatiques, africaines et autres considéraient une « situation du handicap » comme **une impureté et souillure du corps (le handicap visible : difformité) et une possession démoniaque (le handicap : l'épilepsie).**
- **En Europe antique :** toute personne naissant ou atteint du handicap visible ou invisible **devait directement être tué** lui rendant service et lui évitant ainsi les **humiliations et les difficultés** liées à son handicap.
 - **Au moyen âge :**
- Pendant cette période, la notion du handicap sera maintenant assimilée dans la catégorie **des indigents** (voleurs, vagabonds, pauvres, prostituées, etc.)
 - **A l'époque moderne :**
- Cette époque quant à elle, est marquée par la notion **d'invalidité** et de **marginalité** des personnes vivant avec handicap cependant il y a **une nette rupture** de cette mentalité antique, grâce à l'applicabilité des grands domaines de la science tels que **la biologie, la médecine** et même **la philosophie.**
- Cependant tout au début du XXème siècle, la tendance est plutôt **d'éliminer par tout le moyen y compris la stérilisation des personnes portant le gène du handicap physique : c'est l'eugénisme.** Les États-Unis ont été le premier pays à mettre en place un programme officiel de **stérilisations contraintes**, Le programme visait d'abord les **retardés mentaux et personnes sujettes à des troubles psychiques.** De plus, certains États visaient aussi les sourds, les aveugles, les épileptiques et les victimes de malformations congénitales ».
 - **A l'époque contemporaine :**
- Cette période est caractérisée par **la prise en charge du handicap léger par l'établissement de test Binet-Simon** (aussi appelé le test de l'échelle métrique de l'intelligence) et **les classes de perfectionnement.** C'est le cas des centres et écoles pour handicapés.

I.3. LES CAUSES DU HANDICAP

Une cause est tout simplement une raison ou l'origine de quelque chose. Les causes du handicap sont nombreuses. Toutefois, nous les catégoriserons en deux grandes familles à savoir :

- Les causes physiques ;
- Les causes psychophysiologiques ;

I.3.1. LES CAUSES PHYSIQUES

Les causes physiques sont des apparences visibles des conditions survenues ou éléments qui permettent de déterminer l'origine et sert de fondement pour affirmer de la présence et/ou de l'absence du handicap. On distingue 3 types des causes physiques du handicap :

1. Les accidents

Un accident est un événement généralement non **souhaité**, **aléatoire** et **fortuit**, qui apparaît ponctuellement dans le temps et dans l'espace, à la suite d'une ou de plusieurs causes qui entraînent les dommages vis-à-vis des personnes, des biens ou de l'environnement. Parmi les accidents graves nous pouvons citer :

- **Les accidents du travail** : ce sont des accidents survenus par le fait ou à l'occasion du travail.
- **Les accidents de la vie quotidienne** : ce sont des accidents qui peuvent surgir n'importe où, dans la vie humaine.
- **Les accidents de la route** : ce sont des accidents qui ont lieu sur les réseaux routiers, en train, un engin roulant (*automobile, moto, vélo*) ou toute autre chose ou personne et qui engendre les blessures humaines ou des dégâts matériels.

2. Les maladies génétiques

Une maladie génétique est une maladie due à une ou plusieurs anomalies sur un ou plusieurs chromosomes (*c'est un élément microscopique constitué des molécules d'ADN et des protéines*) qui entraîne un défaut de fonctionnement des certaines cellules de l'organisme. Les maladies génétiques sont classées en fonction de **leurs gènes** (*c'est une unité de base héréditaire qui, en principe, prédétermine un trait précis de la force d'un organisme vivant*) responsable de l'anomalie. S'il est situé sur la paire de chromosomes sexuels, la maladie est dite « **gonosomale** » (*qui détermine le sexe de la personne*). C'est par exemple encore de la maladie dite hémophilie (*une anomalie constitutionnelle de la coagulation sanguine en rapport avec un déficit d'un facteur de la coagulation*).

Bref, toutes **les maladies génétiques** ne sont pas **héréditaires**. En revanche, toutes **les maladies héréditaires** sont selon toute logiques génétiques (*les maladies génétiques ne sont pas héréditaires, car la mutation génétique portée par un gamète n'est pas nécessairement sur le gène du jeune homme de l'émetteur*).

3°) Les maladies chroniques

Ce sont des maladies qui nécessitent une prise en charge sur une période des plusieurs années, voir des plusieurs décennies. Ce sont les maladies qui affectent fortement la vie sociale, familiale, professionnelle quotidienne de ceux qui en souffrent. C'est par exemple : **le diabète, insuffisance rénales, le cancer, les ulcères d'estomac (maux), les maladies respiratoires ; les maladies digestives.**

Cependant, cinq (5) critères définissent si une maladie est chronique ou de longue durée :

- La présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive ;
- Une ancienneté de plusieurs mois et l'impact de la maladie quotidienne ;
- La dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personne ;
- Besoin des soins médicaux ou paramédicaux ;
- Besoin psychologique, d'éducation et d'adaptation.

Mise à part ces trois grandes causes des handicaps, nous pouvons également avoir des causes telles que :

1. Les causes extérieures à la conception de l'embryon :

- Les infections chroniques (blennorragie, syphilis, tuberculose) ;
- Les intoxications chroniques (alcoolisme, tabagisme, cocaïnisme,...) ;
- Les troubles nutritifs (diabète, cancer, psychopathie, carence en vitamine).

2. Les causes agissantes au moment de la conception :

- L'alcoolisme aigue, hérédité, la consanguinité, la disproportion d'âge entre les parents.

3. Les causes pendant la grossesse :

- Les émotions, les traumatismes abdominaux (*douleurs aigues*) et les tentatives d'avortement, les affections aigues, la malaria, la fièvre typhoïde, les infections chroniques et les processus congénitaux.

4. Les causes agissantes pendant la naissance :

- Les traumatismes obstétricaux (césarienne), asphyxie (manque d'oxygène), usage d'anesthésie pendant l'accouchement.

5. Les causes postérieures à la naissance :

Ce sont les causes d'ordre médical (encéphalite), les causes d'ordre social (misère et sous alimentation, les causes d'ordre moral et affectif (frustration, carence et manque).

NB : Pour une bonne rééducation, il faut voir la volonté quand le patient d'adhérer à la prise en charge... La première frustration de la vie d'un enfant est lorsqu'on met au monde tôt, très vite, trop jeune. Cela occasionne une inadaptation sociale, familiale.

I.3. TYPOLOGIE DES HANDICAPS

Il existe de trois grands types de handicap, à savoir :

- Le handicap physique ;
- Le handicap mental ;
- Le handicap physio-mental.

I.3.1. LE HANDICAP PHYSIQUE

Un handicap physique est un trouble physique ou organique qui capable d'affecter la motricité (*perte d'une partie ou de la totalité de la capacité des mouvements*) et les actes de la vie quotidienne, comme par exemple les maladies respiratoires ou l'épilepsie. Un handicap physique est caractérisé par la limitation des certaines fonctions physiologiques (physiques) d'un individu. Ce sont alors des troubles organiques et les maladies chroniques. Dans le handicap physique, nous pouvons également distinguer quelques grands types de handicap, notamment :

1) **Le handicap moteur** : il recouvre l'ensemble de troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et inférieurs (difficulté pour se déplacer, changer une position, prendre et manipuler un objet et même effectuer certains gestes). Pour tout prendre, le handicap moteur est souvent dû à une atteinte grave des appareils locomoteurs (muscles, articulation, squelette et le système nerveux (cerveau, moelle épinière, nerf) qui finissent dans bien des cas par des guérisons avec séquelles. Certains handicaps moteurs sont **d'origine cérébrale** et peuvent également provoquer des difficultés pour s'exprimer sans altérations de **capacités intellectuelles**. Parmi les handicaps moteurs les plus connus, nous pouvons également distinguer deux grands types :

- **Le handicap moteur léger** : le rhumatisme et l'arthrose ;
- **Le handicap moteur lourd** : **l'hémiplégie** (trouble cognitif important du à des crises épileptiques affectant la moitié droite ou gauche), **la paraplégie** (paralysie des membres inférieurs), **la tétraplégie** (paralysie des quatre membres, inférieurs et supérieurs), **athétosique** (mouvements involontaires exacerbés par l'émotion).

- **le handicap moteur cérébral** : ce sont des lésions survenues durant la période périnatale. Cette catégorie de handicap constitue un état pathologique non évolutif et non héréditaire comportant divers entités neurologiques. Aussi appelé **Infirmité motrice cérébrale (IMC)**, leurs causes peuvent être liées aux **traumatismes, hypoxie périnatale** (*diminution de la concentration d'oxygène dans le sang*), et la **prématurité**.

2) **Le handicap sensoriel** : il recouvre l'ensemble des troubles qui se rapporte aux organes des sens et aux structures nerveuses ... les handicaps sensoriels comportent deux aspects : **Visuel et Auditif**.

a) Handicap visuel

Le handicap visuel correspond à l'inexistence ou la perte à des degrés variables de **l'acuité visuelle**. Elle concerne les **personnes aveugles**, mais aussi à la majorité des **personnes malvoyantes**. Elle se manifeste d'une personne à une autre par des capacités réduites à voir, à lire, à écrire ou à se déplacer. Les causes du handicap visuel peuvent être des maladies comme **la cataracte** (*opacification d'une lentille interne*) ou le **glaucome** (*élévation de la pression intraoculaire touchant les nerfs optiques et pouvant altérer le champ visuel conduisant jusqu'à la cécité*) ou encore **héréditaire**. **L'amblyopie** (*diminution sensible de l'acuité visuelle sans lésion de l'œil*) et **la cécité** (*fait d'être aveugle*) sont les deux grandes formes couramment rencontrées de handicap visuel. Cependant, **une personne Daltonienne** (*trouble héréditaire de la vision des couleurs notamment du rouge et du vert*) ne présentant aucune de ces deux questions ne peut pas être considérée comme handicapée visuelle⁸. En effet, son tare ne limite aucunement son interaction sociale et ne porte à rien préjudice sur son vécu. D'où son exclusion pure et simple du groupe des personnes handicapées.

b) Handicap auditif

Il correspond à l'inexistence ou à la perte, à des degrés variables des **l'acuité auditive**, dès la naissance ou au cours de la vie. Il se manifeste au niveau de la communication par **une limitation de capacité à entendre, à comprendre, à parler et à se faire comprendre**. Il va de la **presby-acousie** (*diminution importante de l'acuité auditive*), à **la surdité** (*perte de l'audition*). Il se caractérise par une perte partielle ou totale du sens de l'ouï.

⁸ De Landsheer, l'éducation et la formation, PUF, Paris, 1988, P 501

Les causes de la surdité peuvent être **génétique, virales** ou **parasitaire** (*pendant la grossesse*), dû à des maladies comme **la méningite, la dépendance aux médicaments** ou par un **traumatisme sonore**. Les personnes sourdes utilisent soit le **langage de signes**, soit la **technique de l'oralisation** (*capacité à s'exprimer verbalement associé au langage parlé complété*).

3) Le handicap Invalidant

Aussi appelé « **les maladies chroniques et invalidantes** », Ce sont les maladies de la catégorie respiratoire, digestives, parasitaires, infectieuses (hémophilie, diabète, cancer, asthme, ulcère ...). Le handicap invalidant peut être **momentané (aigu)**, **permanents (chronique)** ou **évolutifs (dégénératif)**. Ils peuvent causer une **fatigabilité accrue**, une **limitation à la capacité de se déplacer** ou à **supporter l'effort physique**.

Les causes de cette maladie peuvent être **l'accumulation des produits biologiques** ou **des toxines** et **l'absence prolongée d'une substance biologique** qui entraîne alors la **dégénérescence progressive** des organes concernés.

A cette liste nous pouvons également ajouter **les maladies dégénératives** (ce sont des maladies génétiques au cours desquelles un ou plusieurs organes sont progressivement dégradés. Les maladies dégénératives sont des maladies particulièrement difficiles pour le patient et son entourage, parce que les symptômes évoluent mais surement vers un handicap. En voici quelques maladies dégénératives :

- 1) **La myopathie** : elle regroupe l'ensemble des maladies neuromusculaires qui se caractérisent par une **dégénérescence** du tissu musculaire. La myopathie peut être d'origine **génétique** ou **métabolique** ou alors d'origine **acquise** (dû à une **intoxication** ou à une **inflammation**) ou tout simplement d'origine **congénitale** (présente dès la naissance). Sur le plan moteur, le trouble dégénérative peuvent aller d'une **difficulté à marcher** vers l'utilisation permanente d'un **fauteuil électrique**. Il peut y avoir également un **manque de mobilité faciale** entraînant des **troubles de la parole**, de **difficulté à déglutir** et à **s'alimenter**. Les problèmes moteurs sont souvent accompagnés des **difficultés respiratoires**, des **troubles du rythme cardiaque** et d'un **ralentissement de la croissance du squelette**. L'évolution de la myopathie peut se stabiliser de manière **ponctuelle** ou **définitive**.

- 2) **La mucoviscidose** : la mucoviscidose est une maladie qui touche plusieurs organes, principalement les voies digestives et respiratoires. Cette maladie est génétique, c'est-à-dire qu'elle est due à la présence des gènes défectueux dont les des deux parents sont porteurs. La maladie peut s'exprimer différemment chez les patients. Certains sont plus touchés au niveau des poumons et d'autres au niveau de l'appareil digestif.
- 3) **La maladie d'Alzheimer** : c'est une maladie qui engendre un déclin progressif des facultés cognitives et de la mémoire. Peu à peu une destruction des cellules nerveuses se produit dans les régions du cerveau liées à la mémoire et au langage. Avec le temps la personne atteinte a de plus en plus des difficultés à mémoriser les événements, à reconnaître les objets et les images ; à se rappeler la signification des mots et à exercer son jugement. D'une façon générale, les symptômes apparaissent après 65 ans et la prévalence de la maladie augmente fortement avec l'âge. Cependant, « contrairement aux idées reçues, la maladie d'Alzheimer n'est pas une conséquence normale du vieillissement. Celui qui en souffre ne peut pas en guérir pour la prise en charge. Il faut seulement le préparer à la mort⁹ ».
- 4) **La sclérose en plaque** : c'est une maladie qui touche le système nerveux central, en particulier, le cerveau, le nerf optique et la moelle épinière. Elle altère la transmission des afflux nerveux et peut se manifester par des symptômes très variés : engourdissement d'un membre, troubles de la vision, sensation des décharges électriques dans un membre, troubles des mouvements¹⁰. Le plus souvent la sclérose en plaque évolue par des poussées au cours desquels les symptômes réapparaissent ou des nouveaux symptômes surviennent. Au bout des quelques années, les poussées laissent des séquelles (*symptômes permanents*) qui peuvent devenir très invalidants.

Cette maladie peut, en effet, porter atteinte à des nombreuses fonctions : le contrôle des mouvements, la perception sensorielle, la mémoire, la parole. Elle se caractérise par des réactions d'inflammations, qui entraînent par endroit, la destruction de la myéline (*gaine qui entoure les fibres nerveuses*).

⁹ Ortega J (1975), Accepter les parties mal-aimées de son corps, Paris : éd de minuit, p 52

¹⁰ Julian Melgosa (2011), Un esprit positif : Guide pratique pour affronter les réalités quotidiennes, éd éditorial safeliz, Madrid, Espagne, p113

I.3.2. LE HANDICAP MENTAL

L'OMS définit l'handicap mental, comme une **déficience (insuffisance) intellectuelle**. Elle poursuit en ajoutant que, le handicap mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence ou niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et de performance sociale. Les causes du handicap mental sont multiples :

- **A la conception** (maladies génétiques, », incompatibilité sanguine, aberrations chromosomiques « trisomie, syndrome de x fragile ...) ;
- **Pendant la grossesse** (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool,...) ;
- **A la naissance** (souffrance cérébrale du nouveau né, prématurité,...) ;
- **Après la naissance** (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents, asphyxie,...).

Le handicap mental peut être subdivisé en trois grandes catégories :

1. **Le retard mental** : Il correspond à une déficience des fonctions intellectuelles et se définit également par un quotient intellectuel (Q I) < 69. On le détermine aussi par le calcul du Q.I. qui est le rapport entre l'âge mental et l'âge réel :

$$Q. I. = \frac{AM}{AR} \times 100$$

Selon l'OMS, nous pouvons distinguer quatre degrés de retard :

- **Le retard léger** : ce sont des personnes connaissant des difficultés scolaires et sociales, mais capables de s'intégrer à la société de façon autonome à l'âge adulte ;
- **Le retard moyen** : ce sont des personnes connaissant dans l'enfance des retards de développement important, mais de bonnes capacités de communication et une dépendance partielle avec nécessité de soutien important des différents niveaux pour s'intégrer à la société ;
- **Le retard grave** : ce sont des personnes ayant besoin d'un soutien prolongé ;
- **Le retard profond** : ce sont des personnes ayant peu de capacités à communiquer, à se déplacer et à prendre soins d'elles-mêmes.

2. Les maladies mentales (handicaps psychiques)

C'est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou les comportements d'une personne de façon suffisamment fonctionnelle pour rendre son intégration Ou pour lui causer la souffrance. Le handicap psychique résulte le plus souvent d'une maladie de la pensée ou de la personnalité. Il peut se manifester par une difficulté à concentrer son attention par l'angoisse ou des pensées obsessionnelles qui empêchent d'accomplir une tâche alors que la personne a toutes les compétences requises. C'est le **cas de la dépression, névrose, schizophrénie, trouble bipolaire, trouble obsessionnel-compulsif, trouble phobique,...**

3. Le handicap cognitif (trouble de l'attention, de mémoire)

Il est la conséquence des disfonctionnements des fonctions cognitives (*lire, parler, mémoriser et comprendre*). C'est par exemple le trouble de l'attention, de la mémoire, du langage, des identifications perceptives (gnosies) et des gestes (praxies), à mobiliser ses capacités. On regroupe six catégories des troubles cognitifs :

1. *La dyslexie ou la dysorthographe* : ce sont des troubles spécifiques de l'acquisition du langage écrit.
2. *La dysphasie* : ce sont des troubles spécifiques du développement du langage oral.
3. *La dyspraxie* : ce sont des troubles spécifiques du développement moteur et des fonctions vidéo-spatiales. Ici les gestes peuvent ne pas correspondre avec les mots.
4. *Le trouble d'attention (sans hyperactivité)* : ce sont des troubles spécifiques du développement des processus attentionnels ou des fonctions exécutifs.
5. *Le trouble spécifique du développement de processus mnésique* : exemple : les gens qui prononcent des gros mots non compris.
6. *La dyscalculie* : ce sont des troubles spécifiques des activités mnésiques. Ce sont des troubles d'apprentissage du calcul lié à une difficulté d'utilisation du système symbolique.

I.3.3. LE HANDICAP PHYSICO-MENTAL

Ce sont des handicaps psychosomatiques et somato-psychologiques. Cette catégorie d'handicap est la combinaison des troubles physiques associés aux troubles mentaux pouvant se manifester simultanément chez le patient. On distingue trois grandes catégories de handicaps physico-mentaux notamment :

1. **Le pluri-handicap** : est l'association d'atteinte motrice et sensorielle de même degré et qui ne permet pas de déceler l'une plutôt que l'autre à déficience principale. C'est par exemple la **surdi-cécité** (*sourd-aveugle*) qui tient une place particulièrement dans ce type d'handicap. Dans cette même catégorie, il arrive qu'on diagnostique une déficience, mais dans la majeure partie du cas, il est difficile de véritablement la déterminer, causant ainsi de problème de prise en charge. Il peut aussi s'agir des personnes présentant une surdité associé à des troubles du langage ou bien d'une surdité associée à une cécité ou alors d'un handicap sensoriel à un handicap Ou d'une déficience mentale et sensorielle.
2. **Le polyhandicap** : c'est un handicap grave à expression multiple dans lequel une déficience motrice associée à des même causes entraînant une restriction externe de l'autonomie. Souvent les personnes polyhandicap souffrent aussi d'insuffisance respiratoire chronique, du trouble nutritionnel, de trouble de l'élimination et de fragilité cutané. Les personnes polyhandicapées ne peuvent rien faire par elles-mêmes, elles ont besoin **de l'assistance constante d'une tierce personne pour tous les actes de la vie quotidienne**, c'est-à-dire elles ne marchent pas, elles ne parlent pas et donc elles ne communiquent pas. Et dans la moitié de cas, elles sont sujettes à des crises d'épilepsie, parfois même elles ne peuvent pas avaler les aliments, elles sont alimentées par sonde gastrique. Cependant, les personnes polyhandicapées comprennent sûrement beaucoup plus des choses qu'elles ne peuvent en dire et il ne pas toujours facile de saisir ce qu'elles voudraient exprimer. Le polyhandicap est du à différentes causes, subdivisé de la manière suivante : 30 % des causes inconnues ; 15 % des causes périnatale (souffrance obstétricale par rapport aux souffrances foetales) dysmaturité ou grande maturité ; 5 % des causes post-natales (traumatisme, arrêt cardiaque) ; 50 % des causes prénatales (malformation, les AVC prénataux, embryopathies qui sont des causes que subit l'utérus dont lacyptomégalovirus et le VIH).
3. **Le surhandicap (aggravation des réactions d'agir à cause d'un handicap)** : Il est généralement compris comme l'aggravation d'un handicap existant par les difficultés relationnelles, qui provoquent d'autant plus graves qu'ils surviennent notamment en cas d'handicap congénital et opérant (altérant) gravement le développement psychique de l'enfant ajoutant des déficiences psychiques et intellectuelles aux déficiences d'origine (sensoriel, moteur ou intellectuel).

CHAPITRE II. LA PSYCHOPATHOLOGIE ET LES INADAPTATIONS

La psychopathologie plonge ses racines dans l'antiquité : philosophes grecs et médecins arabes travaillaient déjà à comprendre le fonctionnement mental et rendre la médecine plus objective, plus scientifique. Si cette ambition fut oubliée lors des périodes d'obscurantisme religieux en Occident, la volonté d'une médecine raisonnée ressuscita lors de la Renaissance ... Sur ces bases se construisit la psychiatrie, puis ce qui allait devenir un peu plus tard, la « *psychopathologie* ». Cette discipline *étudie les troubles mentaux*, une définition à la fois simple et complexe : normal et pathologique se chevauchent, et le trouble mental est un concept dont les limites sont plutôt floues.

II.1. NOTIONS SUR LA PSYCHOPATHOLOGIE

Bien que la discipline « Psychopathologie » soit récente, l'étude de la maladie mentale, ou du trouble mental, remonte à l'antiquité ; se sont succédées plusieurs conceptions, pour certaines magiques ou maléfiques, tandis que d'autres correspondent à l'ébauche d'une étude scientifique et rationnelle de la maladie. Dans ce cours, nous essayerons de parler de quelques conceptions :

II.1.1. CONCEPTIONS MEDICO-PHILOSOPHIQUE DE LA MALADIE DANS L'ANTIQUITE GRECQUE

Les conceptions de la maladie mentale se rapportant à la philosophie et la médecine de l'antiquité grecque, ont servi de modèle à la médecine pendant très longtemps. De 460 à 375 avant Jésus-Christ, Hippocrate fut un des premiers à renier les conceptions magiques de la maladie, et à intégrer l'idée d'une médecine scientifique. C'est à lui que l'on doit notamment la première classification connue des maladies dans l'histoire occidentale. Réfutant toute explication surnaturelle de la maladie, il présente l'idée d'une médecine rationnelle basée sur l'observation, la description et le raisonnement, mais fait cependant appel à la philosophie pour rendre compte des passions humaines, afin de trouver certaines explications que les moyens techniques de l'époque ne permettaient pas de mettre à jour.

Selon sa vision, le système humain est considéré comme un équilibre entre les différentes humeurs qui constituent l'individu, la maladie étant une rupture de cet équilibre. Sa théorie des humeurs indique que le corps humain contient du sang, du phlegme, de la bile jaune et de la bile noire. A chacune de ces humeurs correspond un des quatre "tempéraments" humain : sanguin, lymphatique, bilieux et mélancolique. La santé est vue comme l'équilibre de ces 4 humeurs : S'il y a une prédominance de l'une, il convient de rétablir l'équilibre dans le but de soigner.

Hippocrate explique ainsi de manière pseudo scientifique certaines maladies comme la mélancolie, due selon lui à un excès de bile noire (« melas kole »). Cette médico-philosophie permet tout de même d'opérer un changement radical des représentations que l'on se faisait de troubles mentaux : alors qu'avant lui, par exemple, l'épilepsie était considérée comme une maladie sacrée due aux dieux, elle est pour lui une sécrétion excessive de bile jaune qui envahit le cerveau (Il est donc un des premiers également, à faire un lien avec le cerveau) et cause la crise épileptique. Cependant, il reste sur une conception surnaturelle concernant certaines maladies, dont l'hystérie : selon lui, l'utérus des femmes migre vers le haut est cela provoque l'hystérie.

II.1.2. CONCEPTIONS DE LA FOLIE DANS LE MOYEN-AGE.

Il s'agit d'une période obscure pour la représentation des troubles mentaux... La médecine s'appuie moins sur la rationalité et l'observation, mais accorde plus de place à l'esprit, on parle de conception métaphysique. Plusieurs points de vue ont en fait coexisté, en particulier une théorie de la folie dans laquelle celle-ci est largement tolérée, puis une autre dans laquelle, au contraire, elle est largement réprimée : Avant le 11ème siècle, les malades étaient parfois considérés comme des prophètes, ou considéré comme malades, mais pris en charge par les familles. Point de vue qui se détériora avec les abus religieux.

En référence aux croyances religieuses, celui qui est malade est possédé par le diable, le traitement doit donc être d'ordre religieux, avec des confessions, des repentirs publics,... Il n'existe pas d'établissement asilaire avant l'an 1000, et ceux que l'on nomme les fous vivent dans la communauté avec le soutien et l'assistance du groupe familial et social.

Dans la deuxième partie du moyen âge, on va assimiler la folie à la sorcellerie : les fous vont être les premiers à brûler sur le bûcher. Le contexte social, économique et politique de l'époque, désastreux, s'ajoute : la grande peste noire de 1348 fait des milliers de victimes et ébranle ainsi l'autorité des voies divines et humaines. C'est le temps des hérésies : il y a un sentiment général de peur ; pour réprimer les désordres croissants, l'église va autoriser et lancer l'inquisition (pape Innocent III) dès 1499, qui va lutter contre toutes les formes "d'hérésie" par des enquêtes systématiques, très peu rigoureuses, et souvent arbitraires. Cela débouche finalement sur une chasse aux sorcières, l'Europe se couvre de bûchers pour les déviants et les malades mentaux.

Il y'a à cette époque en occident une conception démoniaque de la maladie: toute maladie inconnue est attribuée au diable, reliée à une sexualité débridée et perverse. La femme est ainsi considérée comme une porte d'ouverture du diable. Celles que l'on nommait sorcières étaient probablement seulement des guérisseuses traditionnelles : bien mal leur en est pris, l'inquisition leur fit subir des supplices et des tortures jusqu'à en obtenir un aveu forcé. Face aux extravagances des conceptions moyen-âgeuses de la maladie mentale, qui avaient couvert les études grecques et arabes, de nouvelles conceptions plus "scientifiques" firent leur apparition dans la période de la Renaissance, dans un courant global de rejet des conceptions mystiques.

II.1.3. LA RENAISSANCE

Jean Weyer, né en 1515, critiqua ouvertement mais subtilement cette inquisition arbitraire, notamment, par la publication d'un ouvrage du nom de : « *De l'imposture du Diable* ». Il s'imposa aux évêques en douceur, feignant de croire encore à l'existence du Diable. Mais il dénonça les conduites obscurantistes, pensant que les « *sorcières* » n'étaient que de pauvres malades mentales qu'il fallait soigner en tant que telles. Il demandait notamment à chaque procès en sorcellerie, une expertise médicale ; en cela, il fut le précurseur de l'expertise psychiatrique. Selon lui, l'aspect magique des maladies mentales était surtout lié à l'utilisation de drogues et de plantes hallucinogènes. Il marque le début d'une renaissance, qui prendra son essor à partir du 17ème, époque à laquelle les conceptions métaphysiques sont peu à peu abandonnées au profit d'une vraie médecine.

Les découvertes médicales se multiplient alors, on se base davantage sur les descriptions sémiologiques. Jusqu'au milieu du 18ème, l'étude de la folie n'est pas séparée de celle des autres maladies. Il y eut déjà à cette époque une tentative de classification des maladies mentales. Aux 16,17 et 18ème siècles, des établissements asilaires furent créés, mais n'avaient pas vocation de soigner les "fous", seulement de les enfermer : ces fous étaient considérés comme des personnes dangereuses, de même que tous les marginaux (vagabonds, oisifs...). Tous étaient enchaînés. C'est dans ce contexte que va apparaître la clinique psychiatrique.

II.1.4. NAISSANCE DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Elle est marquée par l'œuvre de Philippe Pinel (1745-1824), nommé en 1793, médecin chef à l'hôpital Bicêtre ; il est important à plusieurs niveaux. Très imprégné des conceptions médico-philosophiques, il publie un premier traité sur l'aliénation mentale en 1800, dans lequel il décrit un grand nombre de maladies mentales : les névroses, l'hypochondrie, les manies, la mélancolie, la démence, les pathologies liées à la frayeur, à l'angoisse... C'est le précurseur de la notion de névrose traumatique (équivalent à l'état de stress post-traumatique : pathologies que l'on peut observer à la suite d'évènements graves ou dramatiques). Pinel l'a décrit à partir de l'observation des soldats des guerres napoléoniennes, en décrivant ces paralysies mentales qui seraient selon lui dues à la peur.

La volonté de description et de méthodologie signent la naissance de la clinique psychiatrique, à la suite de ces études sur la folie : s'intéressant à ceux que l'on nomme « *fous* », il analyse les comportements et en déduit qu'il y'a chez ses malades, toujours, une part de folie et une part de raison. Par exemple, dans le délire passionnel, le sujet interprète les éléments de la réalité à sa manière, le délire ne touche que cette vie affective. La naissance de la clinique psychiatrique est ainsi marquée par le geste symbolique, dans un asile, d'enlever les chaînes des malades. Autre personnage important, Jean Esquirol, élève de Pinel, soutient sa thèse de médecine en 1805. Il est le premier à introduire la notion de traitement, en particulier le traitement moral des aliénés. Le traitement thérapeutique est selon lui dans un 1er temps l'asile, mais c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales. Ainsi, l'asile n'est plus une prison mais un lieu de soins. Certaines dérives s'opérèrent toutefois, le pays se couvrant d'établissements appliquant le traitement moral avec le nom d'asile, sous des formes parfois peu ressemblantes au cadre thérapeutique d'Esquirol.

Une loi de 1838 régit les modalités d'internement, chaque département est tenu d'avoir un asile d'aliénés. L'autorité publique exerce la direction de ces établissements publics, mais également la surveillance des établissements privés. Dans ce cadre, tous les internements sont soumis à une réglementation précise. La psychiatrie naît alors comme branche à part entière de la médecine. Les constructions d'établissements psychiatriques se font nombreuses dans plusieurs pays.

II.1.5. QUELQUES CONCEPTIONS TRADITIONNELLES

Les conceptions les plus anciennes de la folie sont des théories de type magique, présentes dès le début de l'humanité, avant l'arrivée des religions monothéistes et avant la naissance de la médecine. Ces conceptions ont été et sont toujours présentes, et jouent un rôle intégrateur dans de nombreuses cultures, mais également un rôle thérapeutique, bien que de nombreux professionnels rejettent ces conceptions surnaturelles. Par exemple, dans les sociétés d'Amérique du sud, Asie, Afrique... les malades font souvent appel à des guérisseurs ou des shamans. On retrouve plus près de nous, aux marges de la médecine officielle, toutes sortes de voyantes, médiums ou guérisseurs. Il peut être au moins utile de les connaître, afin de ne pas se laisser surprendre le cas échéant...

- Dans les pourtours méditerranéens, une conception traditionnelle de la maladie est le « *Mal de Ojo* » ou « *mauvais œil* ». Les enfants sont surtout touchés, les symptômes sont : sommeil agité, pleurs sans raison apparente, fièvre, diarrhée,... (*Notons que cela ressemble grandement à une forte gastroentérite*). On explique traditionnellement dans cette culture, cette maladie, par le fait que l'enfant est trop beau et que plusieurs personnes le regarderaient avec envie et même jalousie. Ces mauvais yeux provoqueraient alors la maladie... Certains parents jugeant leur enfant trop beau, vont même jusqu'à le cacher.
- Dans le sud des USA, pour certaines populations d'origine africaine et européenne, une des conceptions magiques récurrentes est le « *Rootwork* » : les personnes qui en souffrent ont tous les symptômes là aussi de la gastroentérite (*avec vomissements, nausées,...*) mais la maladie est attribuée à un sortilège. On fait alors appel à un guérisseur traditionnel pour "sauver" le malheureux maudit. Cette même population croit à un état de transe dans lequel ils communiquent avec l'âme des morts. Pendant ces états, ils peuvent changer de personnalité. Ces phénomènes ne sont pas considérés comme pathologiques.

- Le *Susto* est la peur de la perte de l'âme. On trouve cette croyance en Amérique du sud, surtout chez les indiens Quechuas. Les symptômes en sont d'intenses fatigues psychiques, physiques, le sujet se replie sur lui-même,... cela ressemble fort à la dépression, le sujet a de fréquents cauchemars, des crises d'épouvante la nuit autant que le jour, il va même jusqu'à en pousser des cris, comme dans un état de stress post-traumatique. Les indiens pensent qu'un événement traumatisant a pu faire fuir son âme, et cela est attribué à la terre mère qui organise la vie.
- Le *Zar* est une conception que l'on peut trouver dans l'est de l'Afrique (Éthiopie, Somalie, Soudan, Egypte,...) mais qui a aussi existé en Europe. Il représente la possession d'un individu par des esprits, le malade peut avoir des comportements agités, tantôt maniaques, tantôt dépressifs comme dans la Psychose maniaco-dépressive. Les sujets tentent de s'adresser aux possesseurs, la maladie n'est pas considérée comme telle.

Le but de ces explications est de proposer un système de causalité, dont une des caractéristiques est que la cause est toujours externe. Bien que ces conceptions magiques entrent en contradiction avec les schémas classiques de la médecine officielle, elles peuvent avoir un réel intérêt et une efficacité relative. Trouver des causes externes à une maladie mentale n'est certes pas un fait inconnu de la médecine classique pour laquelle il arrive de chercher les causes d'une maladie dans un événement externe, par exemple, un événement traumatique.

Une deuxième caractéristique est que la conception magique offre une cause surnaturelle : l'origine des troubles est liée à des divinités, de mythiques esprits, génies ou démons. Par exemple, pour le « *Zar* », c'est un esprit hostile qui a pris possession d'un individu. Il n'y a pas de distinction entre les troubles psychiques et physiques, c'est juste considéré comme un malheur, pas comme une vraie maladie, qui touche non seulement l'individu, mais sa famille et son groupe social. Cela représente une force d'intégration non négligeable : le traitement est traditionnel, l'individu ne le supporte pas seul, mais son groupe et sa famille sont tous concernés. Parfois, il y a de véritables rituels de guérison, et tout ceci peut avoir un fort impact sur la souffrance de la personne concernée.

Les conceptions traditionnelles ne sont pas moins illogiques dans leurs approches, que certaines théories dites scientifiques : elles réalisent 4 opérations, et définissent ainsi :

- la maladie (symptômes,...) ;
- ses mécanismes (comment cela est arrivé et s'est développé,...) ;
- l'agent de la maladie (quel est le vecteur responsable) ;
- les origines de la maladie (pourquoi c'est arrivé)

En marge d'une culture résolument scientifique, on trouve en occident de nombreux exemples de médecines se trouvant à mi chemin de ces conceptions : magnétiseurs, exorcistes, guérisseurs... de nombreux témoignages affirment l'existence d'un réel pouvoir de plusieurs d'entre eux. Bien que les approches philosophiques ou religieuses, ou surnaturelles, de ces conceptions restent au jugement de chacun, la science, plutôt que de rejeter ces conceptions, a pu les étudier et émettre certaines hypothèses, sommes toutes assez intuitives. Les relations entre bien être et système immunitaire sont connus. L'effet placebo est également incontournable. Par ces effets, les conceptions surnaturelles peuvent aider le patient, ce qui est le but avant toute chose.

Bref, La psychopathologie a connu également une évolution au fil du temps. Ainsi, nous pouvons subdiviser cette évolution en quatre (4) périodes de l'histoire :

- **Le Moyen Age et la notion de folie** : c'est l'époque du diabolisme, le mauvais esprit s'est emparé de l'esprit du " fou " (et non du malade) : Esquirol, Pinel.
- **Le début du 19ème siècle et l'aliénation mentale** : l'aliéné n'a rien à voir avec la normalité, lorsqu'un homme est aliéné momentanément ; il ne fait plus partie des hommes « normaux ». Il y a toujours l'idée d'une crise s'emparant de la psyché et lorsque la crise est finie, l'aliéné redevient normal : Charcot.
- **Le milieu du 19ème siècle et le développement de la médecine** : il apparaît la notion de maladie mentale où l'on va rechercher une cause anatomique sans la trouver.
- **Fin du 19ème et la structure psychopathologique (qui remplace la maladie mentale)** : cette idée est présente chez De Clerambault. En psychiatrie, on part de l'idée qu'il y a un noyau générateur et invariable de la maladie et il y a une multiplicité de formes de symptômes (Bleuler). Cette structure comprend l'idée qu'il y a une maladie latente (le noyau) et une maladie expressive.

II.2. DEFINITION

La psychopathologie¹¹ est une étude scientifique et clinique des troubles psychiques par la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse, c'est-à-dire que la psychopathologie est une *approche visant une compréhension raisonnée de la souffrance psychique*. La psychopathologie pose le problème de la définition et la description des troubles et de la différence de la normale et le pathologique. Elle s'intéresse sur les critères diagnostiques des troubles et sur leur classification. Elle tente surtout de comprendre les facteurs influençant ou causant *les troubles, les mécanismes de mise en place et le développement des troubles*, surtout ce qui permet de *proposer le traitement et d'évaluer le pronostic*. Il existe actuellement deux grandes classifications internationales des troubles mentaux pour les personnes de tout âge notamment :

- Le CIM-10 (Classification Internationale des Maladies), publié par l'OMS.
- Le DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles de comportement), publié par APA.

La psychopathologie, contrairement à d'autres disciplines de la psychologie, tente de faire la distinction entre *le normal et le pathologique*. Et quand bien même les deux parties sont parfois difficiles à définir, la psychologie de l'enfant et de l'adolescent donne un éclaircissement de ce qui est pathologique. Voici les critères ci-après de la psychopathologie de l'enfant faisant la distinction entre le normal et le pathologique :

- Excès ou insuffisance du comportement évalué par comparaison aux enfants du même âge.
- Enfreintes (transgression) aux normes familiales, culturelles et sociales.
- Retard ou décalage développemental et comportemental entravant le développement de compétences affectives, sociales et instrumentales.
- Entrave au fonctionnement adaptatif, comportement perturbant le cours habituel du développement et entraînant une souffrance pour l'enfant.

Etant donné que ces critères en pratique ne suffisent pas pour définir ce qui est pathologique, c'est la raison pour laquelle la psychopathologie recourt également pour diagnostiquer les pathologies, à : *des entretiens, des examens ou tests médicaux ou psychologiques et à des échelles du comportement* qui évaluent non seulement la catégorie pathologique, mais également sa nature précise et son intensité.

¹¹ Pour Freud, la psychopathologie se résume par le concept de **névrose** et de **psychose** qui sont les plus opérants dans la classification pathologique.

II.1.3. LA STRUCTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE

La **structure** désigne les invariances au sein des transformations, lesquelles sont déterminées par l'organisation fonctionnelle d'éléments qui ne peuvent être changé sans effet des uns sur les autres. La structure pathologique fait appel à deux aspects:

- **L'organisation psychique** désigne les processus psychiques dans leur dynamique, mouvement, évolution. Elle est susceptible d'évoluer dans un sens ou l'autre. En psychiatrie la notion de structure est une notion pathologique (*exemple de la schizophrénie*) alors qu'en psychanalyse la structure peut très bien renvoyer à la normalité ; par exemple on va référer pour la structure pathologique de l'adulte au prototype infantile. Les mécanismes et le fonctionnement psychique normaux et pathologique sont les mêmes, la seule différence se trouve dans la quantité.
- **Le pronostic** est le devenir de la maladie. Bergeret et Lacan sont des auteurs qui résonnent en termes de structure. Il y a une structure de la personnalité de base qui reste toute la vie. La structure, on ne la voit pas ; ce qui en résulte c'est la personnalité ou le caractère (*c'est une adaptation à la réalité*). Quand le symptôme apparaît, c'est qu'il y a une adaptation au monde et à la réalité. On ne peut parler de structure qu'à l'adolescence.

Il existe 4 grandes structures psychopathologiques :

- La structure névrotique (les névroses) ;
- La structure psychotique (les psychoses) ;
- La structure narcissique (le narcissisme)
- Les astructurations.

II.1.3.1. LA STRUCTURE NEVROTIQUE

La structure névrotique est un état psychique dans lequel les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique qui trouve ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constitue un compromis entre le désir et la défense. Ainsi, nous pouvons définir concrètement la névrose comme étant « **une maladie de la personnalité caractérisée par des conflits intrapsychiques qui transforme la relation du sujet à son environnement social en développant des symptômes spécifiques en lien avec les manifestations de son angoisse¹²** ». Cette définition met l'accent sur 4 éléments décisifs qui se retrouvent dans toutes les névroses :

- 1) **la notion de maladie de la personnalité** qui est en fait un trouble psychique moins grave que la psychose. Les troubles psychiques du névrosé sont subjectifs.
- 2) **La dimension du conflit intérieur**, qui caractérise le fonctionnement psychique du névrosé. Ce conflit intérieur¹³ caractérise le fonctionnement psychique du névrosé du névrosé. Enfin, la spécificité du symptôme mis en avant par le névrosé répond à une angoisse particulière.
- 3) **Des symptômes¹⁴** qui sont des traits d'union entre le sujet et le monde, en relation ambivalente avec une peur intensive.
- 4) **l'angoisse**, qui se caractérise par une grande inquiétude et profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague.

La structure névrotique fait autant appel à deux principes fondamentaux :

- **La fixation** est un attachement privilégié à d'anciens modes de satisfaction pulsionnelle (qui devrait être dépassé).
- **La régression** (retour en arrière) : comportement que le sujet adopte inadapté au développement du sujet.

¹² Ménéchal, 1999

¹³ Le champ de gravité des névroses se définit de façon différentielle par rapport aux autres champs de la psychopathologie à la fois par le degré de gravité, par l'organisation interne à laquelle elle conduit pour le sujet névrosé et par la relation que celui-ci entretient avec l'environnement. La névrose dénote la présence d'une situation permanente de conflit s'opposant à l'équilibre du sujet et source de souffrance. Elle témoigne d'une solution pour faire face aux difficultés que rencontre le sujet dans sa relation au monde extérieur. Ses effets se traduisent par des expressions.

¹⁴ Repérer un symptôme névrotique chez un patient ne suffit pas, il va falloir faire une approche sémiologique et repérer la signification du symptôme en fonction de l'organisation de la personnalité.

Outre, *Dans l'organisation névrotique*, il y a une différenciation du moi qui peut s'adapter aux exigences de la réalité mais il y a échec des défenses habituelles du moi qui vont se traduire par de l'angoisse et par un compromis qui vise à supprimer l'angoisse qui est le symptôme névrotique. Il va satisfaire le conflit de manière substitutive tout en se pliant aux exigences du moi.

Il y a ensuite un développement pulsionnel qui a atteint le stade dit **génital** (*les différents stades du développement : oral, anal, phallique, latence, génital*). Le conflit est **intra psychique**, entre le sexuel (le ça) et le moi et le Surmoi. Les conflits sont toujours liés au désir sexuel infantile issu du complexe d'Oedipe. Le conflit est de nature sexuelle, inapprivoisable à l'éventuelle matérialité d'un incident, référé aux transmutations de l'évolution libidinale. Le conflit est structurellement œdipien. L'angoisse dans les névroses est celle de castration. Les défenses utilisées par le moi dans les organisations névrotiques sont le refoulement. L'existence du refoulement est partiellement mise en échec et donc il y a installation d'autres défenses. **Le conflit névrotique se situe entre le surmoi et les pulsions sexuelles.**

B. GENESE ET EVOLUTION DE LA STRUCTURE NEVROTIQUE

Le Moi est organisé autour **du génital et de l'Oedipe**. Le conflit sexuel de la névrose se situe au niveau génital de L'Oedipe, entre le Moi et les pulsions. Le conflit chez le garçon découle de la rivalité œdipienne avec le père dans le projet de conquête de la mère. Ce projet est abandonné en fonction à la fois des sentiments tendres existants vis à vis du père et de la crainte de rétorsion de ce dernier qui prend la forme de ce que l'on appelle l'angoisse de castration. Chez la fille, la position n'est pas exactement identique en raison du changement d'objet (des soins maternels à l'amour du père) et de la castration anatomique.

Le refoulement des représentations pulsionnelles domine les autres défenses. La libido objectale se trouve en cause et le processus secondaire conserve un rôle efficace respectant la notion de réalité :

1. Au départ, la sexualité infantile est indifférenciée et peu organisée (*indifférenciation somato-psychique*).
2. Evolution précœdipienne banale jusqu'au moment du conflit œdipien (fin du stade anal, stade phallique). Pas de fixations pré-génitales importantes. La névrose naît, s'acquiert durant la première enfance bien que les symptômes puissent être plus tardifs.

3. Si trop fortes fixations ou régressions à ces deux stades, pré-organisation du Moi selon un système relationnel et défensif de mode névrotique. Et certaines modifications du Moi demeurent comme des cicatrices. Le type d'*angoisse* caractérisant la névrose est *l'angoisse de castration*. Elle concerne la conception symbolique de la castration qui permet de réguler psychiquement le constat de la différence des sexes (avoir ou non un pénis) ainsi que la loi paternelle qui sépare la mère de l'enfant (triangulation), la castration symbolisant ici l'ensemble des interdits incontournables (interdits fondant la différenciation des sexes, des générations, des individus, interdit de l'inceste) qui font barrage à la pulsion. La *relation d'objet* est dite *génitale*. L'objet garde une position proximale, tout en existant en propre.
4. Au moment de la période de latence, il y a un arrêt de l'évolution structurelle. Une période de normalité fait suite, processus qui est sans doute facilité par la latence physiologique.
5. Au moment de l'adolescence, reprise de l'évolution et organisation du moi névrotique. La névrose deviendra réellement manifeste par l'effet retardé des traumatismes, conflits internes ou externes au moment de la puberté. Le Moi peut même être amené à se détériorer et recourir à des systèmes défensifs et relationnels plus archaïques dépassant la simple économie pulsions-Surmoi au profit d'une mise en question plus ou moins sérieuse de la réalité et s'organiser sur un mode psychotique si les traumatismes, conflits internes ou externes au moment de la puberté sont trop intenses.
6. Cependant, dans la majorité des cas, à l'âge adulte, le Moi névrotique pré-organisé demeure dans le cadre névrotique et tend à s'organiser de façon définitive selon la structure névrotique

C. LES SIGNES CLINIQUES DE LA NEVROSE

La proximité de la névrose et de la normalité rend difficile une systématisation de ses signes cliniques. Six éléments sont toutefois présents dans chaque tableau névrotique :

1. **des difficultés relationnelles** : le motif de la consultation du névrosé peut être une plainte contre sa hiérarchie professionnelle, problèmes familiaux, de couple, de relations à ses enfants, à ses amis ou aux autres. Maltraité, incompris, brimé, intimidé, inhibé, ..., le névrosé témoigne d'une vive sensibilité à la relation aux autres dont il ne peut admettre les inévitables

variations. Cette sensibilité en fait un être difficile à vivre, ce qui tend à objectiver des propres sentiments. Il est en conflit avec son environnement qui le perçoit « caractériel », d'humeur instable et intolérant. Ses traits de caractère sont dissimulés derrière une couverture sociale protectrice : son humeur agressive est transformée en provocation, en séduction, en causticité ou en ironie. Il peut aussi choisir l'indifférence, le retrait ou l'indécision. Il peut manifester des attitudes de rivalité : goût pour la compétitivité professionnelle valorisée socialement, jalousie pathologique, ... Il peut aussi vivre sur le mode du retrait de la compétition, avec l'asthénie comme symptôme. Constamment fatigué, le névrosé se trouve cette excuse pour gérer son rapport problématique aux autres.

2. la survenue inopinée de moments d'angoisse : Elle se manifeste comme un état affectif marqué par un sentiment d'insécurité et une extrême sensibilité à l'environnement de traduisant par un état émotionnel d'intensité variable, dépendant des caractéristiques propres de chaque individu. Elle se traduit par un triple composant¹⁵ :

- **une composante émotionnelle et corporelle** : le corps réagit face à une situation anxiogène qu'elle soit mentalisée ou extériorisée - troubles neuro-végétatifs par exemple (tachycardie, sueurs, rougissement, tremblements, ...)
- **une composante cognitive (ce qui est pensé)** : les ruminations, les pensées parasites, les scénarios catastrophes (cela va être catastrophique, je vais devenir fou, je vais mourir,...).
- **Une composante comportementale** (*comment le sujet réagit face à ces situations*) : inhibition de l'action, fuite, évitement, recherche de réassurance, obsessionnalisation de rituels de répétition et de vérification.

3. le développement de symptômes particuliers : certains névrosés développent des symptômes témoignant d'une tension s'exerçant prioritairement entre les processus de pensée et le monde environnant qui aboutit à la mise en retrait apparente du corps. Les symptômes rendent compte soit d'un surinvestissement du monde extérieur sur le processus autonome de pensée (pensées extérieures, obsédantes par exemple) soit d'une tentative pour échapper à l'emprise de l'environnement sur leurs pensées (rituels) ; c'est le cas de la **névrose obsessionnelle**. D'autres mettent l'accent sur un accordage problématique entre leur vécu corporel et l'environnement avec un

¹⁵ Besanson, 1993

désinvestissement corrélatif du processus de pensée. Les symptômes témoignent de l'envahissement de l'extérieur sur le corps propre du sujet ou d'une forte mise en avant du corps dans le contact avec le monde extérieur ; c'est le cas **de la *névrose hystérique***. D'autres encore reportent sur le monde extérieur des difficultés interne corps-psychisme désignant dans les objets de ce monde par exemple, la nature de leur angoisse - cf. *névrose phobique*. D'autres enfin, privilégieront des symptômes témoignant d'une régulation plus difficile au plan interne entre corps et psychisme, au terme de laquelle le monde extérieur est disqualifié dans son rôle de soutien. L'angoisse prévaut ici donnant sa fonction principale à la névrose, c'est le cas **de la *névrose d'angoisse***.

4. **Un sentiment subjectif de mal être** : qui met le névrosé en décalage par rapport à certaines situations sociales et qui le conduit parfois à des attitudes interprétatives par rapport au monde extérieur. Ce mal être est en relation avec l'angoisse vécue par le sujet quand sa propre représentation dans les situations sociales est en jeu (solitude, vie de couple, groupe, foule).
5. **la perception d'une conflictualité interne** : souvent hésitant, versatile, le névrosé peut se figer dans une rigidité absolue, l'une et l'autre représentant la difficulté qu'il rencontre à mettre en débat son jugement avec celui d'autrui. Le névrosé est toujours intérieurement partagé et en souffre. Il témoigne de sa difficulté à vivre les contradictions internes qui l'assaillent, de même que celles qu'il perçoit souvent parce qu'il les recherche chez autrui. Il en résulte une personnalité fragile, ce qui rend indispensable l'élaboration de mécanismes de défense.
6. **la conscience de difficultés sexuelles** : chez le névrosé, la sexualité parasite la personnalité qui ne peut plus trouver les aménagements habituels que le sujet normal est contraint d'organiser avec elle. L'inhibition du désir sexuel par exemple est marquée par l'impuissance chez l'homme ou les troubles de l'éjaculation (en particulier éjaculation précoce), par la frigidité chez la femme. L'excès fantasmatique peut également représenter un signe névrotique lorsque la satisfaction sexuelle avec le partenaire ne peut être obtenue qu'au prix d'une construction par le sujet de scénarios impliquant d'autres personnes.

D. LE DIAGNOSTIC DE LA NEVROSE

La notion de diagnostic est controversée en psychopathologie et plus encore dans la névrose. Le névrosé n'est pas malade au sens classique du terme, en ce sens que sa guérison ne consiste pas à isoler et à traiter sa maladie afin de retrouver l'intégrité du sujet. S'il est malade, c'est dans sa subjectivité même et le diagnostic porte moins sur la névrose que sur le névrosé lui-même. Il n'est pas possible d'isoler un fonctionnement psychique d'un fonctionnement organique en opérant un simple diagnostic sur des mécanismes mentaux. Il n'est pas possible de traiter la pathologie névrotique en isolant un dysfonctionnement des mécanismes cérébraux ou de leurs constituants aux plans mécanique, biochimique, ou génétique. Compte tenu de la polarisation de ce champ névrotique sur certaines problématiques typiques parfaitement repérables, la relative stabilité de ces différentes formes, leur différence notable avec les conduites humaines de la normalité, la spécificité de certaines expressions névrotiques de la subjectivité et de la relation à la sexualité, la réalité de la souffrance psychique du névrosé, la sensibilité thérapeutique de l'ensemble du champ à ses approches relationnelles, on peut poser un diagnostic de névrose sous un certain nombre de réserves ; notamment par ces 3 éléments du diagnostic :

- 1) des problèmes répétitifs et anciens mettant en jeu sa relation aux autres ;
- 2) la présence de symptômes corporels ou psychiques qui demeurent mystérieux dans leur nature et dont le sujet considère qu'il ne peut se passer;
- 3) les troubles de la sexualité. Ces éléments doivent être validés dans les entretiens par la perception que le clinicien se fait de la situation qui lui est apportée : le contact rend compte de la qualité de la relation aux autres et de ses difficultés la description des symptômes témoigne de l'angoisse qui leur est liée. Le tact avec lequel sont abordés les troubles sexuels rend compte de leur caractère névrotique. La *souffrance* du sujet doit être perceptible (reconnaissance de la souffrance psychique par le sujet lui-même) ainsi que la reconnaissance du caractère singulier des symptômes.

Le diagnostic de névrose ne saurait être établi que par un professionnel psychiatre ou psychologue compte tenu de l'importance des éléments contre transférentiels qu'il implique. Il ne saurait être immédiat. Il a toujours un statut d'hypothèse car il peut se voir invalider par la survenue d'un délire ou d'autres symptômes psychotiques. La névrose peut servir dans ce cas de mécanisme de défense contre la psychose. La névrose de l'enfant doit faire l'objet d'une approche diagnostique particulière tenant compte de la différence de niveau de communication entre l'adulte et l'enfant, dans l'inachèvement psycho-sexuel.

E. LES MECANISMES DE DEFENSE DE LA NEVROSE

Un mécanisme de défense de la névrose est un enchaînement des opérations propres à une fonction psychique (processus) assurant une protection du sujet névrosé. Les principaux mécanismes de défense de la névrose sont :

1. **Le refoulement** : C'est une opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations psychiques d'origine pulsionnelle. Le refoulement¹⁶ est une mise à l'écart paradoxale de l'expérience que le sujet protège autant qu'il tente de s'en séparer. **Exemple : refoulement de désirs incestueux pour le père non acceptables au niveau conscient.** Le *retour du refoulé* conduit les contenus inconscients à réapparaître en permanence à la surface sous une forme plus ou moins reconnaissable.
2. **Le déplacement** : L'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses. Il est surtout utilisé pour la névrose obsessionnelle et la névrose phobique. Outre, c'est une opération caractéristique du processus primaire par laquelle une quantité d'affects se détache de la représentation inconsciente à laquelle est liée et va se lier à une autre qui n'a avec la précédente que des liens d'association peu intenses ou même occasionnels.
3. **La condensation** : c'est un mécanisme (processus) par lequel une représentation inconsciente concentre les éléments d'une série d'autres représentations pour en former qu'une seule.
4. **la conversion** : c'est un processus de formation des symptômes par lequel une quantité d'énergie psychique est supposé passer dans le corps sous des formes somatiques diverses (paralysie, douleurs, anesthésies). La conversion qualifie « le saut du corps psychique dans l'innervation somatique » particulièrement spectaculaire dans l'hystérie. Il s'agit de la transposition du conflit psychique dans des symptômes somatiques, moteurs ou sensitifs. Elle offre une alternative au déplacement en utilisant le corps comme support des représentations.

¹⁶ Dans *Délires et Rêves dans la Gradiva de Jensens*, Freud utilise l'apologue de l'ascète qui essayant de chasser la tentation par l'image du crucifix voit apparaître à la place du crucifié l'image d'une femme nue... : « c'est dans et derrière le refoulant que le refoulé obtient finalement la victoire ».

5. **L'extériorisation** : c'est un processus de déplacer conflit interne en dehors de l'inconscience. vivre une tension inacceptable en l'état en utilisant le support d'autrui. Dans la névrose phobique, la menace issue du conflit interne se déplace sur un objet ou une situation extérieure.
6. **L'isolation** : c'est un mécanisme de l'élimination de l'affect lié à une représentation (souvenir, idée, pensée) conflictuelle alors que la représentation reste consciente ou séparation entre deux pensées ou deux comportements qui sont liés, leur relation ne pouvant être reconnue sans angoisse par la personne. Exemple : l'amour platonique (idéal ou passion pure) où le sentiment amoureux est écarté de sa composante sexuelle.
7. **L'annulation** : c'est un processus psychologique par lequel un sujet névrosé essaie d'effacer, d'invalider un comportement en produisant immédiatement après un comportement de signification directement opposée. Outre, l'annulation permet au névrosé de faire en sorte d'annihiler un événement, une action, un souhait porteur de conflits grâce à la toute puissance d'une action ou d'un souhait ultérieur, censés avoir un effet de destruction rétroactive.
8. **La formation réactionnelle** : Le névrosé met en œuvre une attitude opposée à son désir et développe un contre symptôme pour combattre une motion repoussée (excessive politesse pour contrer une agressivité violente, générosité contre avarice foncière, conduites contra-phobiques, ...). Exemple : l'obsession de la saleté tente de masquer l'intérêt pour les productions anales.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la névrose comme :

- **la projection**, c'est un processus qui consiste à attribuer à autrui un sentiment éprouvé par soi-même mais que l'on refuse souvent.
- **le refuge dans la rêverie** (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique).
- **la sublimation**, c'est la transformation des pulsions internes en des sentiments socialement valorisés.

- **la régression** (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique, et des états-limites) : c'est un processus de l'organisation libidinale du sujet névrosé qui, confronté à des frustrations intolérables, fait retour pour s'en protéger et pour retrouver une satisfaction.
- **la rationalisation** (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), c'est une justification logique et consciente d'une conduite qui relève de motivations inconscientes.
- **l'introjection**, c'est un processus qui consiste à transformer sur un mode fantasmatique les objets extérieurs et leurs qualités inhérentes dans diverses instances de l'appareil psychique.
- **l'intellectualisation**, c'est un processus par lequel un sujet névrosé substitue à la formulation spontanée de certaines représentations de ses conflits et fantasmes un discours théorique afin d'en neutraliser les effets.
- **la dénégation**, c'est un processus qui consiste à prendre conscience intellectuellement d'une partie du refoulé tout en maintenant dans l'inconscient l'affect qui lui lié.
- **l'ascétisme**, effort visant à la perfection spirituelle par une discipline constante de la vie. Outre, c'est une manière de vivre de quelqu'un qui s'impose certaines privations.
- **l'activisme** (qui peut aussi être un mécanisme de défense psychotique), c'est une attitude morale qui insiste sur la nécessité de la vie et de l'action et sur les compromissions nécessaires avec des principes trop stricts.
- **l'idéalisation**, c'est un processus psychanalytique par lequel l'objet du désir se trouve investi par le sujet névrosé de qualités qu'il ne possède pas objectivement.
- **la dévalorisation**, action de se déprécier ou déprécier quelqu'un

Cette liste n'est pas exhaustive, on peut encore citer les mécanismes de défense tels que : l'anticipation, l'altruisme, l'affirmation de soi, affiliation, le retournement contre soi-même, l'identification à l'agresseur, l'humour, et la mise à l'écart,

F. LES DIFFERENTS TYPES DE LA NEVROSE

Il existe 3 grands types de la névrose :

1. La névrose d'angoisse (NA)

Elle comporte dans sa description classique l'association de :

- **Les crises d'angoisse**, survenant sans cause déclenchante apparente et associant des **manifestations psychiques** (*appréhension intense voire panique, avec risque de raptus suicidaire*), **comportementales** (agitation ou sidération) et **somatiques**. Ces dernières peuvent concerner toutes les fonctions physiologiques (*fonctions cardio-vasculaires oppression thoracique, palpitations, digestives-spasmes et gastro-intestinaux par exemple, respiratoires - sensation d'étouffement, hyperventilation, génito-urinaires - douleurs abdomino-pelviennes, inhibition sexuelle,..., neuromusculaires et sensorielles (crampes, tremblements, céphalées, manifestation neuro-végétatives)*).
- **Les manifestations d'anxiété chronique** (tension intérieure chronique, attitude de doute, sentiment d'insécurité durables, appréhension permanente, ...).
- **Les conduites d'évitement de type agoraphobique**, parfois de caractère invalidant.

La caractéristique de cette névrose est l'anxiété. Les difficultés de maturation infantile et les situations frustrantes avec crainte d'abandon ou de séparation s'y retrouvent comme génératrices d'un fond particulier d'insécurité et même de névrose d'abandon. Aussi le sujet est-il dépendant d'une sécurité extérieure qui, n'existait pas, réactive les craintes, le malaise et engendre l'angoisse avec même des remises en question de l'existence. Les maladies physiques, les frustrations sexuelles et les tensions créées par un mauvais épanouissement de la libido et de la culpabilité sont autant de sources déclenchantes. A côté de cela, le sujet en situation de compétition, inhibé, immature, dépendant réagit sous forme anxieuse et par des somatisations. Il existe une sorte de perplexité anxieuse, une attente, le sujet est mal à l'aise, craint pour lui et pour son devenir. Installation a eu lieu vers l'âge de 20 ans ou plus avec une nette prédominance féminine.

Le cours évolutif de la névrose d'angoisse peut être marqué par la survenue d'états dépressifs, une alcoolisation ou une pharmacodépendance aux tranquillisants, une organisation hypocondriaque ou agoraphobique. L'évolution vers une forme névrotique plus structurée s'opère par extériorisation de la source de l'angoisse (la névrose phobique) ou par déplacement vers des mécanismes de défense plus élaborés (la névrose hystérique ou obsessionnelle).

Le traitement de la névrose d'angoisse associe la chimiothérapie (benzodiazépines, antidépresseurs pour prévenir la récurrence d'attaque de panique), les méthodes de relaxation et des techniques comportementales (en cas d'agoraphobie associée).

2. La névrose hystérique (NH)

Cette manifestation est absente du DSM parce qu'il s'axe sur la description au bénéfice de troubles somatoformes et de simulation. Les grandes crises à la Charcot sont rares aujourd'hui et remplacés par des manifestations équivalentes qui tiennent compte de l'évolution de la médecine et du monde en général. Elle évolue donc en fonction de l'environnement puisqu'elle utilise une stratégie d'identification, elle résiste à toute organisation sémiologique rigide et trouve son unité psychopathologique dans son aptitude au changement trahie par les symptômes corporels pour le sujet. La névrose hystérique comporte deux grandes catégories de symptômes :

- **Somatiques ou de conversion** : concernent essentiellement les fonctions de la vie de relations, ne comportent pas de lésions organiques sous-jacentes et sont réversibles bien qu'ils puissent donner lieu à des séquelles invalidantes. Ils sont interprétés dans la théorie psychanalytique comme la mise en scène, à travers le corps de fantasmes inconscients liés aux avatars de la sexualité infantile et au conflit oedipien. Les symptômes sont manifeste par :
 - **les troubles de la motricité et du tonus** sont représentés actuellement par de « banales crises de nerfs » (de l'épisode d'agitation à des crises tétaniformes). On observe des tremblements, certains hoquets, des toux spasmodiques, des dysphagies (« boule dans la gorge »), certaines formes d'asthénie ou de faiblesse musculaire, des troubles de la station debout et de la marche, des contractures, des pseudo-paralysies, des spasmes sphinctériens, des crampes (crampe de l'écrivain)...

- **les troubles sensitifs** (hyperesthésies ou algies diverses, douleurs abdominales pelviennes, céphalées, douleurs mictionnelles, prurits ano-vulvaires, dysménorrhées, ...)
- **les troubles neuro-végétatifs** (gastro-intestinaux, cardio-respiratoires et gynécologiques).
- **Psychiques** (dits intermittents à cause de leur caractère transitoire) *ou dissociatifs* (reposant sur une altération soudaine et brève des fonctions d'intégration de la conscience). On distingue :
 - **l'amnésie psychogène** (incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels importants) souvent lacunaire ou sélective dont le mécanisme est analogue à celui de l'amnésie infantile avec des difficultés de concentration et l'inhibition intellectuelle.
 - **fugue psychogène** (départ soudain du domicile ou du travail avec impossibilité de se souvenir du passé et parfois adoption d'une nouvelle identité).
 - **personnalité multiple** (coexistence chez un même individu de 2 ou plusieurs personnalités distinctes, chacune d'elle prédominant à des moments déterminés).
 - **la persistance d'accès de somnambulisme chez l'adulte.**
 - **certaines formes de dépersonnalisation.**

Les symptômes hystériques sont vécus avec un certain détachement ou peuvent être présentés avec une dramatisation d'apparence factice. Ils sont sensibles à la suggestion produit sur des spectateurs éventuels, renforcés par la survenue de bénéfices secondaires (captation ou indulgence de l'entourage, évitement d'une situation conflictuelle).

Les premiers symptômes de la névrose hystérique apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La prédominance de la névrose hystérique chez la femme est loin d'être assurée. Les femmes seraient plus sujettes à la boule œsophagienne ou à l'apparition de troubles somatiques variés. Les hommes sont plus exposés à des symptômes concernant les sphères intellectuelles et sexuelles, à des troubles des conduites (alcoolisme, toxicomanie, délinquance) et à des manifestations morbides déclenchées par des accidents de travail ou de la circulation.

Certaines formes d'hystérie évoluent avec l'âge vers une organisation hypocondriaque mais aussi vers une plus grande vulnérabilité organique de type psychosomatique. D'autres s'améliorent avec l'âge. Le risque dépressif devant toute situation d'insécurité affective est constant. Le traitement de la névrose hystérique suppose l'adoption de règles élémentaires destinées à éviter une médicalisation excessive ou le recours privilégié à l'expression des conflits par le corps, voire l'instauration d'une relation de séduction réciproque dans laquelle le médecin risque de se voir disqualifié ou d'être débordé par une revendication affective envahissante. Les approches corporelles (relaxation) et surtout psychothérapeutiques peuvent permettre d'espérer des améliorations durables reposant sur un certain remaniement des défenses psychiques. Une prise en charge psychanalytique peut être entravée en raison d'une résistance par le transfert et de la fragilité narcissique responsable d'un risque dépressif difficile à évaluer.

3. La névrose phobique (NP)

La phobie est définie comme une crainte angoissante déclenchée par un objet, une situation ou une personne, n'ayant pas en eux-mêmes de caractère objectivement dangereux. Une telle crainte entraîne un comportement d'évitement permettant de contrôler l'émergence anxieuse au prix d'une restriction plus ou moins importante des activités sociales ou des relations interpersonnelles. Les symptômes phobiques sont caractérisés par des situations phobogènes et les conduites phobiques dont les principales sont l'évitement, la réassurance, la fuite en avant, ... Le caractère phobique rassemble un ensemble de traits de caractère dont la timidité, l'hyperémotivité, l'inhibition notamment sexuelle, l'état d'alerte constant, la passivité, l'immaturité, ...

Au plan étiologique, la théorie analytique met l'accent sur une régression des pulsions partielles investies lors des apprentissages de l'enfant. Les théories comportementales soulignent l'impuissance du sujet à dépasser un apprentissage erroné. L'une et l'autre reconnaissent les bénéfices secondaires que tire le sujet de cette situation. La névrose phobique est souvent stable au prix de conduites parasites dissimulées, mais elle peut évoluer vers des formes plus structurées. Elle permet la fixation de rituels de rassurement (recherche d'un objet contra-phobique) qui perdent leur caractère énigmatique pour devenir le support d'une régression plus archaïque à des conduites répétitives. Certaines névroses centrées sur la perception corporelle peuvent évoluer vers la psychose. L'hystérie dilue les phobies en généralisant les conduites contra-phobiques dans le tableau hystérophobique marqué par l'identification. Plusieurs tableaux cliniques sont caractérisés par des mécanismes et un profil évolutif différents :

- 1) **l'agoraphobie** : peur de sortir dans les lieux publics (rues, magasins, moyens de transport, ...) par crainte d'être victime d'un malaise subit sans pouvoir aisément s'échapper ou sans être assuré de trouver du secours. Des accès d'angoisse ou des attaques de panique peuvent avoir précédé ce trouble. Elle se manifeste souvent après 20 ans, avec une prévalence féminine et peut se compliquer d'une dépendance alcoolique ou médicamenteuse aux tranquillisants.
- 2) **les phobies sociales** : peur persistante des situations dans lesquelles l'individu pourrait être observé par autrui ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante - peur de parler en public, de rougir, ... Elles apparaissent à la puberté, peuvent entraîner un handicap professionnel et être combattues par un recours à des substances toxiques.
- 3) **les phobies simples** : souvent des peurs infantiles persistant à l'âge adulte (peur du noir, de l'eau, de l'hôpital, ...).

Le traitement est dominé par l'application de techniques comportementales (désensibilisation systématique, immersion) indiquées particulièrement dans l'agoraphobie avec attaques de paniques mais aussi dans certaines phobies sociales ou phobies simples. Traitement antidépresseur au long cours pour l'agoraphobie. Benzodiazépines et bêta-bloquants sont utiles pour atténuer l'anxiété de fond et l'hyperémotivité. L'indication des psychothérapies d'inspiration psychanalytiques est réservée aux états phobiques les plus structurés.

4. La névrose obsessionnelle (NO)

La névrose obsessionnelle est caractérisée par la survenue de symptômes obsessionnels ou compulsifs souvent multiples et à caractère extensif en l'absence de symptômes psychopathologiques d'une autre nature. *L'obsession* consiste en l'intrusion chez un sujet dont la conscience reste claire, d'une idée ou d'une représentation, ressentie par le patient lui-même comme étrangère à sa volonté, absurde ou répréhensible et engendrant une lutte anxieuse destinée à l'écarter. On distingue:

- 1) **les obsessions idéatives** : doutes religieux, scrupules moraux ;
- 2) **les obsessions phobiques** : crainte de la saleté, des microbes, de la maladie ouvrant entraîner un évitement du contact.
- 3) **les obsessions impulsives** : crainte de commettre un acte absurde, ridicule ou surtout préjudiciable pour soi-même ou pour autrui.

La **compulsion** est un besoin incoercible d'accomplir un acte absurde, ridicule ou gênant, malgré les efforts effectués par le sujet pour y résister. L'obsessionnel essaie généralement de contrôler les obsessions ou les compulsions grâce à des rituels plus ou moins complexes ou à des vérifications prenant à leur tour un caractère obsédant. Les symptômes obsessionnels sont souvent maintenus secrets et source de honte. Ils s'inscrivent dans une pensée magique ou tout souhait prend la valeur d'un acte accompli et réclame une pensée ou un acte contraire pour en annuler la portée. Les symptômes morbides apparaissent à la fin de l'adolescence, sur une personnalité de type psychasthénique (introspection, scrupules, sentiment d'incomplétude), obsessionnelle-compulsive (doutes, retenue émotionnelle, perfectionnisme, vérifications), ou encore un caractère dit « anal » (ordre, parcimonie, entêtement).

Au plan étiologique, on retrouve l'opposition traditionnelle entre interprétation psychanalytique et comportementalo-cognitive. Si la première met l'accent sur une fixation au stade anal (sadique-anal) au travers de formations réactionnelles à valeur adaptative ou bien une séduction vécue activement, la seconde privilégie une erreur dans le déroulement des processus cognitifs. Ces deux points de vue n'étant pas contradictoires.

Les symptômes obsessionnels doivent être distingués de l'idée fixe et de l'idée délirante, des pensées imposées de l'automatisme mental, des phobies (où la crainte anxieuse est toujours déclenchée par une situation ou un objet électif) et des impulsions (actes réalisés de manière impérieuse, sans lutte anxieuse préalable). Les *tics* ont souvent un caractère compulsif. Les symptômes obsessionnels sont fréquents en dehors de la névrose obsessionnelle et se rencontrent dans d'autres névroses structurées mais aussi dans les états dépressifs pseudo-névrotiques et formes résiduelles.

Les mécanismes de défense de la névrose obsessionnelle sont multiples : *annulation rétroactive, annulation, formation réactionnelle*. La thérapie est controversée, le transfert dans la cure analytique des obsessionnels étant contrecarré par la hantise du changement et la force des mécanismes de défense. Dans les cas graves, une thérapie médicamenteuse vise à réduire l'anxiété ou à combattre les obsessions (anxiolytiques, antidépresseurs ou neuroleptiques spécifiques en cas de rituels envahissants). Les thérapies cognitivo-comportementales font le choix de privilégier la disparition du symptôme pathogène en étudiant les séquences comportementales par une analyse fonctionnelle parfois étayée sur des dispositifs d'auto-observation. Le soutien psychologique représente également une indication classique.

G. AUTRES TROUBLES NEVROTQUES

1. L'hypocondrie

C'est un souci exagéré concernant l'état de santé personnelle aboutissant à la crainte ou à la conviction d'être atteint d'une maladie, psychique ou surtout physique, plus ou moins grave. Il s'agit d'un trouble imaginaire reposant sur une interprétation erronée des perceptions corporelles, sans lésion objectivable. Le symptôme hypocondriaque est peu sensible au rassurement, rebelle à la thérapeutique, souvent associé à la revendication voire à un sentiment de préjudice. Des préoccupations hypocondriaques sont fréquentes dans le cadre de la névrose obsessionnelle, peuvent s'installer au cours de l'évolution d'une névrose d'angoisse en particulier dans les suites d'attaques paniques. L'hypocondrie peut annoncer une dépression ou en représente une forme masquée.

2. la dépersonnalisation

Elle associe des troubles de la conscience de soi (sentiment de désamination, perturbation du sentiment d'identité) ; des troubles de la conscience du corps (sentiment de transformation, de dévitalisation, de non-appartenance) ; une déréalisation (sentiment de non familiarité, d'étrangeté, distorsion du temps et de l'espace). Il s'agit d'un syndrome prenant la forme d'accès aigus, accompagnant des crises d'angoisse ou émaillant l'évolution de la névrose obsessionnelle ou une pathologie de la personnalité psychasthénique. Elle est caractérisée par la persistance d'une critique plus ou moins partielle du symptôme qui ne s'accompagne pas de troubles perceptifs proprement dits, ni d'idées délirantes et qui est vécue comme étranger au reste de la personnalité.

3. Inhibition névrotique

Le symptôme rencontré dans les états névrotiques. Il s'agit d'une limitation active d'une fonction physiologique appartenant aux domaines intellectuel (attention, concentration, mémoire, raisonnement, capacité à élaborer mentalement les conflits), moteur (spontanéité motrice, initiative comportementale, capacité à entreprendre des actions nouvelles, à régir concrètement dans une situation de frustration ou face à une agression), instinctuel (sexualité, sommeil, alimentation) et affectif (capacité à ressentir et à extérioriser des sentiments tendres ou hostiles). Parfois associée à d'autres symptômes névrotiques notamment à des phobies, elle peut résumer le tableau clinique de celles-ci. Elle doit être distinguée de l'inhibition psychomotrice des déprimés et de l'apragmatisme des schizophrènes.

4. Psychasthénie et neurasthénie

Ce sont des entités névrotiques autonomes en l'occurrence :

- **Psychasthénie** : c'est un dérèglement fonctionnel de la personnalité, qui se traduit par une difficulté et une appréhension à agir, avec une conscience douloureuse du trouble névrotique.
- **Neurasthénie** : C'est un état de fatigabilité physique et psychique extrême de certains états dépressifs, certains états anxieux de nature névrotique, certaines manifestations réactionnelles et situationnelles d'allure névrotique).

5. Etats situationnels et réactionnels d'expression névrotique

Ils sont caractérisés par la survenue de troubles de l'idéation, de l'humeur ou des conduites à la suite d'événements déclenchants traumatiques ou éprouvants C'est le cas de la névrose traumatique à la suite de situations extrêmes ayant mis le sujet en danger et comportant une reviviscence répétitive de la scène traumatique sous forme de rêves angoissants ou de réminiscences obsédantes. Une irritabilité émotionnelle, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des conduites phobiques et des préoccupations hypocondriaques sont fréquemment associées.

Ces troubles peuvent être annonciateurs d'une pathologie psychosomatique. L'approche thérapeutique implique une intervention précoce et repose sur une prescription de psychotropes adaptés aux symptômes cibles, sur l'encouragement de la verbalisation des effets induits par la situation traumatique, et sur des techniques comportementales dans les cas comportant des manifestations de type phobique.

II.1.3.2. LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE

A. Définition et classifications

La structure psychotique est un état psychique caractérisé par une altération profonde de la conscience du sujet (troubles graves de l'identité) et de son rapport à la réalité¹⁷. Cette altération (transformation) entraîne une modification profonde et durable **de l'identité et de la personnalité**. Le sujet psychotique ne raisonne pas dans le même registre que le sujet « normal », il ne reconnaît pas **les mêmes échelles de jugement, les mêmes modalités d'approche du monde, les mêmes codes sociaux et les mêmes logiques de pensée**. Du fait de sa gravité, la psychose nécessite généralement une prise en charge intensive et parfois l'exigence d'hospitalisation du patient. Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) les psychoses sont regroupées dans la rubrique des psychoses et états psychotiques. On trouve : les psychoses maniaques et dépressives ; les schizophrénies chroniques, les délires chroniques, les psychoses alcooliques. Par contre, dans le DSM, on trouve : les troubles schizophréniques, paranoïdes, les troubles psychotiques non classés ailleurs.

B. GENESE ET EVOLUTION DE LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE

1. La lignée psychotique est marquée au stade oral ou dans la première partie du stade anal par des frustrations précoces tirant leur origine du pôle maternel. L'organisation du Moi n'a pas atteint le stade objectal et ses stratifications (orale, anale, phallique) permettant d'accéder aux aspects essentiels de la structuration objectale et surtout œdipienne. C'est la progression maturante de ses structurations successives et leur achèvement dans la primauté du génital qui manquent chez le psychotique. Les expériences vécues de l'éprouvé anal ou génital sont présentes mais ce sont les phases de structuration anale ou génitale qui sont mal définies chez lui.
2. Le moi ayant subi d'importantes fixations ou régressions à ce niveau se réorganise selon le mode psychotique. Le type d'*angoisse* de la psychose est une *angoisse de morcellement* et/ou de mort (au sens d'éclatement). La *relation d'objet* est *fusionnelle, symbiotique à la mère*. Elle se révèle incomplète et ne peut concevoir a séparation de cette partie d'elle (le fœtus, puis le bébé), ni physiquement, ni psychiquement. Le père est souvent effacé, « absent » physiquement et psychiquement. Les principaux *mécanismes de défense* sont : *déni, identification projective, dédoublement du moi, clivage (clivage du moi, de l'objet)*.

¹⁷ Besançon, 1993

3. Au moment de la période de latence, il y a un arrêt de l'évolution structurelle (comme pour la névrose). Au moment de l'adolescence, dans la majorité des cas, le Moi se réorganise sur le mode psychotique va poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il se trouve déjà suffisamment engagé. Il s'organisera ensuite de façon définitive, sous forme de structure psychotique véritable et stable. Cependant, le sujet garde une petite chance de voir l'axe d'évolution quitter la lignée psychotique (pas encore totalement fixée) pour aller rejoindre la lignée névrotique.

C. LES PRINCIPAUX MECANISMES DE DEFENSE DE LA STRUCTURE PSYCHOTIQUE

1. **Le déni** : c'est une action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi. (différent de la dénégation où la formulation de la perception vécue comme dangereuse ou douloureuse peut être formulée). **Exemple: déni de la maladie.**
2. **L'identification projective** : est un fantasme dans lequel le sujet imagine s'introduire partiellement ou en totalité à l'intérieur de l'autre, tentant ainsi de se débarrasser de sentiments de pulsions ressenties comme indésirables et cherchant de cette façon à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne. Le sujet expulse sur l'objet tout le mauvais de lui-même, de telle sorte que l'objet se voit déprécié par le sujet qui le rejette et développe à l'inverse une représentation idéalisée de lui-même (toute puissance, omnipotence).
3. **le clivage** : c'est une action de séparation, de division du moi (clivage du moi) ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible. **Exemple : la mère écrasante à la fois objet de nécessité vitale pour le sujet (d'où une dépendance étouffante à la mère) et objet de haine immense (qu'il faut absolument masquer pour survivre). « Elle me fait peur. Je crois que je la déteste » dit le sujet.**
4. **Le dédoublement du moi** : Il agit contre l'angoisse de morcellement et de mort. Il correspond aux reliquats d'une étape où les relations primitives à la mère s'avéraient insuffisantes pour faire échapper le « Moi » de l'enfant à son organisation primitive fragile. Organisation dans laquelle le « Moi » se montre difficile à se constituer de façon autonome que facile à dissocier.

Il existe de nombreux autres mécanismes de défense de la psychose comme :

- Le retrait apathique,
- le refuge dans la rêverie,
- la dissociation,
- le niveau de désaveu, le niveau de distorsion majeure de l'image,
- la rêverie autistique,
- la distorsion psychotique,
- la projection délirante...

D. LES DIFFERENTES CATEGORIES DES PSYCHOSES

1. LES PSYCHOSES AIGUËS

A. Les psychoses délirantes aiguës ou bouffées délirantes

Le terme de bouffée délirante caractérise un état (transitoire) délirant d'installation brutale, à la symptomatologie riche et polymorphe, dont l'évolution est rapidement et spontanément résolutive, avec retour à l'état antérieur. Le délire s'installe d'emblée en quelques heures parfois précédé par des phases d'inquiétude vague alternant avec des états d'exaltation, des moments d'anxiété, d'insomnie. Le délire est polymorphe et variable d'un moment à l'autre, dans ses thèmes (toute puissance, filiation, persécution, influence) et ses mécanismes (hallucinations psychiques sans sensorialité : représentations de bruits, de paroles, odeurs, visions, mouvements, transformations de la pensée (elle fait écho, est devinée ou est imposé)... ; hallucinations psycho-sensorielles : visuelles, auditives, gustatives, olfactives, cénesthésiques¹⁸, kinesthésiques¹⁹). Il est immédiatement vécu avec une conviction totale et s'accompagne de fluctuations thymiques intenses, de l'euphorie à l'angoisse et la tristesse.

Les expériences de dépersonnalisation et de déréalisation sont fréquentes : transformations morphologiques, modification de la perception du monde, du temps, de l'espace, ... Le vécu a un aspect oniroïde : état de rêve délirant, ineffable, énigmatique et magique, coexistant de façon flottante avec le maintien de la perception du réel. Les troubles de l'humeur sont fréquents (exaltation affective tantôt mélancolique -avec abattement, tristesse, idée de mort ; tantôt illuminée et triomphante : expansivité, agitation ; tantôt anxieuse). Leur parenté avec les psychoses maniaco-dépressives est indéniable. Le comportement se caractérise par :

¹⁸ Transformation dans son corps.

¹⁹ Hallucinations de mouvements.

- un risque majeur de passage à l'acte agressif ou suicidaire avec risque d'actions médico-légales (vols, fugues, conduites dangereuses, agressions, ...) ;
- l'importance de la quête affective ;
- la recherche d'un rôle, d'un personnage, dans un discours souvent œdipien.

L'évolution à court terme se fait en quelques jours ou quelques semaines vers la guérison. La persistance du délire au-delà de ce délai doit faire récuser le diagnostic de bouffée délirante et faire craindre une évolution schizophrénique chronique ou vers une psychose maniacodépressive. Le traitement nécessite une hospitalisation. L'obtention rapide d'une sédation du délire et des troubles affectifs relève d'un traitement par les neuroleptiques incisifs (anti-délirants) et sédatifs (pour réduire l'angoisse et l'agitation). Souvent on a recours à la sismothérapie en raison de son efficacité et de sa rapidité d'action.

B. Les psychoses puerpérales

Le cours de la grossesse s'accompagne souvent de manifestations de type névrotique liées à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Il est rare qu'une schizophrénie débute pendant la grossesse. Les suites à court terme d'un accouchement sot souvent marqués par une phase dépressive banale et transitoire (**post-partum blue** : rumination accompagnée de troubles du sommeil sous forme d'insomnie avec cauchemars et agitation nocturne) qui peut cependant être parfois annonciatrice d'une psychose puerpérale survenant entre le 5ème et 25ème jour.

Cette dernière réalise un tableau confusionnel avec vécu oniroïde généralement centré sur l'enfant (**la naissance récente peut être niée : l'enfant n'est pas encore né ou n'a jamais existé ou n'est pas du sexe déclaré à l'état civil ; ou vécu sur un mode persécutoire : il va mourir, risque d'être tué ou enlevé**) et oscillations thymiques (abattement dépressif, stupeur, angoisse intense). Elle nécessite un traitement neuroleptique d'urgence en milieu spécialisé avec si possible une hospitalisation conjointe de l'enfant. Son pronostic est variable : bon au prix parfois de nouveaux épisodes puerpéraux ou plus préoccupant annonçant une schizophrénie ou une PMD. Une dépression peut également s'installer dans les mois qui suivent l'accouchement, avec une évolution parfois traînante lorsqu'elle survient sur une personnalité de type hystérique.

2. LES PSYCHOSES CHRONIQUES

A. La schizophrénie

Elle est caractérisée par l'association de trois troubles principaux : **la dissociation de la personnalité, le délire paranoïde et l'autisme**. Les modes d'entrée dans la schizophrénie peuvent être plus ou moins lents et progressifs ou brutaux.

La dissociation ou discordance traduit une scission qui s'opère dans la conscience et la personnalité du sujet. Elle se traduit à plusieurs niveaux :

- **Intellectuel** : déficit de l'attention, des facultés de concentration, troubles/altérations du cours de la pensée (illogique, subjective, symbolique, bizarre, incohérente, floue, abstraite sans lien avec le réel) : le flux idéique s'interrompt fréquemment, rationalisme morbide (construction de théories absurdes et abstraites). Discordance dans le mode d'expression verbale (mutisme, logorrhée, ...). Détournement du sens des mots, néologismes, symbolisme hermétique.
- **Affectif** : ambivalence affective (affects violents et paradoxaux tantôt intenses, tantôt hostiles), la relation fusionnelle à la mère est au centre des troubles affectifs. La régression affective se révèle dans ses pulsions archaïques orales (boulimies, suçotement, tabagisme forcené, balancements) et anales (stéréotypies obsessionnelles, incurie, ...) et dans la sexualité (auto-érotisme, exhibitions sexuelles, tentatives de réaliser des fantasmes œdipiens soit par l'inceste, soit par le déplacement sur des tiers, homosexualité, automutilations sexuelles parfois.
- **Comportemental** : apragmatisme, absence d'initiatives, indécision (actes volitionnels (de volonté), motricité corporelle) d'où des attitudes figées, raides. Attitudes contradictoires (expressions paradoxales simultanées mimiques discordantes par rapport aux situations, des gestes contraires à l'intention supposée, ...). Manifestations de type catatonique : négativisme, repli hostile, ironie défensive, refus de tendre la main, des stéréotypies (répétition de gestes, de mots). Passages à l'acte impulsifs et immotivés (suicide, automutilations, agression, meurtre, ...).

Le délire paranoïde est un délire flou, variable, non systématisé, changeant dans le temps, incommunicable dont les thèmes multiples sont dominés par des idées de persécution, d'influence, d'atteinte corporelle (transformation, maladie, empoisonnement, ...), thèmes religieux et surnaturels (possession, mission, réincarnation), protection, mégalomanie (omnipotence, idéalisme, richesse, ...), identité (filiation, possession). Tous les mécanismes délirants peuvent coexister : hallucinations, imagination, illusions, interprétations. **L'autisme** caractérise la rupture de la vie mentale du sujet avec le monde extérieur, le repliement sur lui-même et la reconstitution d'un monde intérieur hermétique à autrui.

A₁. Les formes cliniques de la schizophrénie

Il existe différentes formes de la schizophrénie : la schizophrénie simple, l'hébéphrénie, l'hébéphrénie catatonique, l'héboïdophrénie, la schizophrénie paranoïde, les schizophrénies pseudo-névrotiques, les psychoses schizo-affectives.

- **La schizophrénie simple** : Elle s'installe progressivement à partir des traits de caractère schizoïdes qui vont s'accroître. Elle se caractérise par :
 - une accentuation de l'inhibition ;
 - le désinvestissement professionnel et social ;
 - l'isolement ;
 - une indifférence et un appauvrissement affectifs et des troubles comportementaux. Il n'y a pas forcément de délire ou troubles de la pensée.
- **L'hébéphrénie** : Elle débute à l'adolescence de façon insidieuse et progressive. Elle se caractérise par :
 - des troubles de concentration intellectuelle responsables d'une baisse du rendement scolaire ou professionnel ;
 - des troubles affectifs et du caractère entraînant un repli social, une apathie et une indifférence hostile à l'entourage ;
 - la perte progressive des intérêts, l'inertie et l'aboulie ;
 - des actes impulsifs ou engouements parascientifiques, ésotériques ou religieux à caractère symbolique et abstrait ;
 - le recours à l'alcool et aux drogues.

- **L'hébéphrénie catatonique** : La discordance psychomotrice (catatonie) est au premier plan. Inertie, stupeur, apragmatisme, maniérisme, négativisme et stéréotypies. Décharges impulsives verbales ou agies. Quelquefois accès cataleptique : sujet figé dans une raideur plastique, se protégeant de tout contact avec le monde pour tenter de maîtriser des angoisses délirantes terrifiantes.
- **La schizophrénie paranoïde** : la forme la plus complète de la schizophrénie avec le délire et la dissociation. Elle apparaît plus tardivement que l'hébéphrénie souvent au décours d'un ou de plusieurs accès délirants aigus incomplètement résolutifs.
- **L'hébédoïdophrénie** : Elle débute chez le sujet jeune par des troubles d'allure psychopathique et perverse qui prennent un aspect de plus en plus discordant (la non-motivation des impulsions, inaffectivité, comportements paradoxaux et bizarres, retrait, ...). Des épisodes délirants peuvent surgir. Elle se caractérise par des troubles du comportement (**conduites anti-sociales, délinquance, instabilité, impulsivité**).

A₂. Les formes frontières de la schizophrénie

- **La Schizophrénie pseudo-névrotique** : Les troubles d'allure névrotique sont infiltrés par un processus dissociatif discret. Des phases délirantes sont possibles. Le rapport à la réalité et les capacités d'adaptation sont mieux conservées que dans les formes schizophréniques franches. Les phobies (phobies sociales) et les obsessions sont fréquentes. Les manifestations de l'hystérie peuvent aussi s'observer dans la schizophrénie.
- **Les psychoses schizo-affectives ou schizophrénies dysthymiques** : Elles sont à la frontière entre la S et la psychose maniaco-dépressive (PMD) avec association de troubles mélancoliques et maniaques et de symptômes schizophréniques. Les troubles schizophréniques sont perceptibles pendant les périodes de normothymie. Durant certaines périodes les symptômes dysthymiques et dissociatifs sont très atténués. Elles peuvent évoluer vers la désagrégation psychotique ou des schizophrénies franches. L'évolution de la schizophrénie reste difficile à systématiser (évolutions oscillantes, par poussée et rémissions). Elle peut s'améliorer après plusieurs années. Le traitement d'une affection aussi hétérogène dans ses manifestations, son

évolution et ses facteurs pathogènes ne saurait être codifié. Il repose sur l'utilisation thérapeutique du milieu, sur des traitements biologiques (neuroleptiques, tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur) et la thérapie individuelle (psychanalyse ou psychothérapies d'inspiration psychanalytique), thérapie cognitivo-comportementale) ou collective (psychothérapies analytiques de groupe, psychothérapie institutionnelle, thérapie familiale, socio-thérapie).

B. Les Psychoses délirantes chroniques

Ces psychoses sont caractérisées par des idées délirantes permanentes auxquelles le sujet adhère de façon inébranlable, tout en gardant une perception conforme à la réalité. Elles surviennent vers 40-50 ans. Il n'y a pas d'évolution déficitaire. Le sujet vit dans la réalité et conserve ses capacités d'adaptation, mis à part le secteur délirant de sa pensée. On distingue trois grands types de délires chroniques : **les délires chroniques systématisés ou délires paranoïaques ou paranoïa** ; **les psychoses hallucinatoires chroniques** et **les paraphrénies**.

B1. Les délires chroniques systématisés

Aussi appelés « **délires paranoïaques ou paranoïa** » Ils sont caractérisés par des idées délirantes permanentes qui font l'essentiel du tableau clinique. Le délire paranoïaque apparaît souvent brutalement mais précédé par une période d'angoisse, de perplexité qui va déboucher sur un syndrome de dépersonnalisation et d'étrangeté qui ouvre sur le vécu persécutoire. On a souvent décrit la personnalité prémorbide comme une personnalité pathologique où dominant la méfiance, l'orgueil, la surestimation de soi, l'intransigeance, la susceptibilité, l'agressivité défensive et la rigidité psychique (masquant un sentiment profond d'insuffisance) et la fausseté du jugement (recours constant à des explications et des déductions pseudo-logiques aux bases affectives et erronées). De telles personnalités dites paranoïaques sont cependant loin de constituer le substrat de tous les délires paranoïaques et ceux-ci peuvent survenir sur des personnalités très diverses, pathologiques ou non.

LES DIFFERENTS TYPES DE DELIRES PARANOÏAQUES

- **Le délire d'interprétation** : construction progressive d'un système cohérent par un jeu d'interprétation (raisonnement faux à partir de perceptions exactes). A partir d'une croyance de base, à tonalité persécutoire (préjudice, malveillance) : on en veut à ses biens, à sa santé, à sa vie, parce qu'on est jaloux de lui, qu'on a un secret à cacher, une faute à se reprocher. L'histoire prend vite l'allure d'un roman policier ou d'espionnage avec parfois un aspect si plausible et si logique que l'entourage peut y croire. Le sujet interprète toute la réalité : chaque objet, événement recèle un secret qu'il faut décrypter, dans un réseau d'interprétations ou de preuves. **Exemple** : « on lui en veut, on le surveille, il a bien compris que le sourire du voisin, l'accueil réservé d'un collègue, qui fait partie du complot ...

- **Le délire de relation ou délire de référence** : Le délire se développe souvent à la suite d'événements pénibles, d'échecs, de frustrations, de rejets ou de culpabilité. Un environnement hostile et méprisant, l'isolement social ou culturel, la transplantation sont également des facteurs favorisants. Le sujet rumine douloureusement des impressions de brimades ou de mépris, il développe des idées de référence (rapporter à des faits ou des événements banaux, le sujet pense que tout ce qui se passe autour de lui le concerne) qui deviennent vite des certitudes. **Exemple** : on fait des allusions désobligeantes à son propos, on se moque de lui, on rit de ses maladresses, on parle de lui dans son dos. C'est une conjuration du mépris visant la dignité de la personne, de la part de son milieu de travail, de ses proches.

- **Les délires passionnels (érotomaniaques et de jalousie)** : Délires très systématisés concernant un secteur de la vie mentale, du système relationnel, des champs d'intérêts du sujet. Les mécanismes délirants sont dominés par l'interprétation et l'intuition. Le délire s'installe à partir d'une brusque intuition venant éclairer une période de doutes et d'interrogations dans le domaine affectif. A partir de ce postulat, toute une série d'interprétations va construire la trame du délire. La participation de l'affectivité au délire est toujours importante. Elle entraîne une conviction totale, inaccessible à la logique comme aux données de la réalité.

- **Le délire de jalousie** : Le sujet a l'intuition délirante d'être trompé, sans motif précis. Il met toute son énergie à la recherche de preuves, d'indices qui alimentent des événements minimes que le jaloux jugera significatifs : le regard d'un passant, un coup de téléphone, une allusion à la radio. Pendant des mois, le jaloux ruminera de façon obsédante ses soupçons et ses doutes qui se transformeront peu à peu en certitudes. Il cherchera les preuves de l'infidélité du conjoint en le surveillant sans cesse, en le suivant dans la rue, en scrutant son courrier, en examinant son linge. Les gestes les plus banaux sont interprétés comme autant de preuves ; les amis ou les beaux-parents sont des complices, le passé est même reconstruit en fonction du délire. Le conjoint se trouvera vite soumis à une pression difficile qu'il s'y soumette ou se révolte ne changera rien au délire. L'évolution de celui-ci est très tenace, elle va connaître des atténuations et des paroxysmes teintés de revendications vindicatives, de moments dépressifs (avec quelquefois des tentatives de suicide) ou des passages à l'acte agressifs envers le conjoint ou le rival supposé. L'alcoolisme chronique est souvent associé au délire de jalousie.
- **Le délire érotomane** : illusion délirante d'être aimé par un personnage souvent prestigieux (vedette de cinéma, homme politique, patron d'entreprise, médecin, ... Elle affecte surtout les femmes. La révélation repose sur un fait anodin : une parole insignifiante, un regard dans la foule ou un détail vestimentaire entraînant une certitude (« **il m'aime** ») qui va ensuite se renforcer de tout un jeu d'interprétations toujours orientées dans le sens de la position passionnelle (« **s'il me parle, c'est bien parce qu'il m'aime, s'il se tait s'est pour ménager ma pudeur, donc, il m'aime**»). Le sujet vit une longue phase d'espoir, faite d'attente et de poursuite, de lettres, d'appels téléphoniques, de cadeaux. Si l'objet de cette quête exprime clairement son indifférence ou son hostilité, la certitude d'être aimé n'en est pas entamée (**il ne veut pas que les autres le sachent, il doit cacher son amour par obligation professionnelle ; il est marié mais il va bientôt divorcer pour moi**). Avec le temps, à l'espoir succède une phase de dépit puis de rancune où les sollicitations deviennent des injures ou des menaces avec risque de passage à l'acte contre la personne aimée ou son conjoint.

B₂. Les psychoses hallucinatoires chroniques

Ce sont des apparitions soudaines (mais tardive entre 30 et 50 ans) d'un syndrome hallucinatoire qui constitue l'essentiel de la symptomatologie : climat d'inquiétude et de perplexité s'accompagnant de phénomènes cénesthésiques pénibles et vagues et de phénomènes mentaux particuliers : automatisme mental²⁰ ; hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, auditives, visuelles, olfactives, gustatives, cénesthésiques et kinesthésiques aboutissant à un délire d'influence à tonalité persécutoire. Les thèmes délirants sont variés : grandeur, puissance, mission à effectuer...

B₃. Les paraphrénies

Ces sont des délires chroniques où les mécanismes imaginatifs prédominent sur les autres phénomènes délirants, dont les thèmes du délire sont grandioses et fantastiques*. Début lent et progressif entre 30 et 45 ans, s'exprimant de façon discrète par des bizarreries de conduites et un certain retrait affectif. Le délire n'envahit pas totalement la vie psychique du sujet : la pensée délirante coexiste avec une pensée « normale », le sujet reste capable d'effectuer les opérations mentales adaptées à la plupart des circonstances concrètes de la vie. Le délire est en marge de la réalité quotidienne avec laquelle il interfère peu. Les paraphrénies présentent 2 formes de délires :

- **La forme imaginative** : fabulation progressive qui s'enrichit des apports de la réalité extérieure : lectures, conversations, événements d'actualité ou faits historiques rajoutés au délire. Thèmes délirants avec des idées de puissance, de richesse ou de filiation. **Exemple : le sujet élabore son arbre généalogique, montre les actes de propriétés de ses provinces, à des titres nobiliaires singuliers, attend la réalisation de son destin romanesque en transigeant le quotidien avec les artifices de sa fiction.**
- **La forme fantastique** : hallucinations riches, complexes et floues entremêlant des phénomènes auditifs (**voix célestes, musique des étoiles**), un automatisme mental (**les extra-terrestres téléguident ses sensations**) et des hallucinations corporelles (**son cœur en diamant se prolonge dans le rayon vert**). Elles sont exprimées et interprétées sur le mode d'un imaginaire tout-puissant libéré de toute référence à la réalité. Thèmes délirants (contes de fée, récits de science-fiction).

²⁰ Le sujet exprime le sentiment d'avoir perdu le contrôle de sa vie psychique et les limites de sa personne. Il a l'impression que sa pensée est devancée ou devinée, volée et répétée en écho par une voix étrangère à lui-même, parasitée par une autre pensée. Ses actes sont énoncés, commentés, critiqués. Il a le sentiment d'être soumis à une influence extérieure. La pensée devient auditive et perçue comme une réalité objective extérieure.

Le traitement : chimiothérapie (neuroleptiques), antidépresseurs dans les troubles de l'humeur (délires de relation et passionnels). L'hospitalisation est nécessaire pour contrôler les poussées aiguës mais réduite (n dehors des périodes de danger) pour permettre une réinsertion effective dans le milieu social et familial, l'essentiel des soins devant être ambulatoire. La psychothérapie de soutien prenant en compte des conflits sous-jacents au délire et les difficultés propres du sujet dans la réalité facilitera certains réaménagements relationnels et pourra aider le sujet à affronter certaines situations conflictuelles.

3. LES PSYCHOSES AFFECTIVES

1. La psychose maniaco-dépressive (PMD)

Elle fait alterner dans sa forme complète ou bipolaire des accès dépressifs ou mélancoliques et des accès maniaques séparés par des intervalles libres de toute manifestation thymique ou psychotique. Premier accès vers 30 ans. La fréquence des épisodes est variable. Evolution aiguë : durée 6 à 8 mois. La fin de l'accès aigu peut se produire brutalement de quelques heures à quelques jours, avec risque d'inversion de l'humeur (passage à une phase d'excitation). Le risque suicidaire est constant tout au long de l'évolution et élevée au moment de la levée de l'inhibition. La PMD présente un état évolutif vers la chronicité lorsque :

- le sujet plus âgé ;
- l'accès nombreux ;
- la répétition des thèmes délirants ;
- l'accès successifs rebelles à la thérapeutique anti-dépressive ;
- la détérioration intellectuelle associée.

La psychose maniaco-dépressive présente deux grandes manifestations cliniques :

- **Les accès mélancoliques** : apparaissent à la suite d'un conflit familial, d'un deuil, d'un surmenage ou d'une affection somatique. Ces épisodes semblent survenir plus souvent chez la femme, à l'automne et à l'hiver. Début brutal (tentative de suicide par exemple) qui surprend l'entourage par sa soudaineté. Le début est insidieux marqué par le développement progressif des troubles dépressifs. Le rendement intellectuel baisse et un ralentissement psychomoteur apparaît. Les signes cliniques sont : **humeur triste avec douleur morale intense, inhibition psychomotrice avec ralentissement, perturbations neuro-végétatives** (troubles du sommeil, digestifs, amaigrissement, ...), **idéation délirante à thèmes mélancoliques** (indignité, incurabilité, damnation, ruine,...) et **par des idées de suicide prégnantes.**

- **Les accès maniaques** : Début brutal après des chocs émotionnels, des conflits affectifs, des difficultés professionnelles, des affections somatiques, deuil récent. Les signes cliniques sont : **hyperactivité inhabituelle et insomnie** ; **excitation psychique avec accélération des processus intellectuels**, fuite des idées, discours diffluent, passages du coq à l'âne, perturbations majeures de l'attention et de la concentration ; **excitation motrice plus ou moins importante avec hyperactivité souvent improductive, troubles des conduites sociales, démarches intempestives, déambulations nocturnes et matinales** ; **hyperthymie expansive** (c'est-à-dire euphorie morbide accompagnée d'une labilité thymique extrême : le patient passe du rire aux larmes, d'une attitude familière à une ironie agressive, d'un sentiment d'élation et de toute puissance à des attitudes provocantes ou hostiles) ; **des troubles de la vie instinctuelle constitués par une insomnie rebelle sans sensation de fatigue, par une restriction de l'appétit avec déshydratation fréquente et par une hypersexualité avec ou sans hypergénéésie.**

Ces états maniaques s'accompagnent d'idées mégalomaniaques quasi délirantes avec projets grandioses, sentiments de grandeur, de richesse et d'infailibilité, intuitions prophétiques, certitudes de découverte scientifique fondamentale. Thèmes érotiques ou idées délirantes de filiation, voire idées de persécution avec revendication. Les mécanismes sont le plus souvent imaginatifs.

Le traitement : chimiothérapie après les bilans cliniques et biologiques (antidépresseurs, neuroleptiques). L'hospitalisation est souvent nécessaire (en fonction de l'évaluation de la gravité de l'état dépressif ou maniaque et des risques encourus par le patient). La psychothérapie constitue une thérapie complémentaire dont les effets sont souvent appréciables.

4. TROUBLES PSYCHOTIQUES SECONDAIRES A DES AFFECTIONS ORGANIQUES

Ces sont des troubles de l'identité et du contact dus à une atteinte organique des supports biologiques de la vie de relation. Les mécanismes pathogènes complexes sont encore mal connus. Les principales étiologies : - endocriniennes (thyroïdiennes) ; - alcooliques (cf. délires alcooliques chroniques, psychose polynévritique de Korsakoff, démences alcooliques) ; - syphilitique (paralysie générale) ; - encéphalitique ; post-traumatique (traumatismes crâniens) ; - démentielle sénile (troubles psychotiques de la maladie d'Alzheimer).

II.1.3.3. LES ASTRUCTURATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

Les astructurations psychopathologiques peuvent être considérées comme un ensemble déformé des caractères solidaires. Elles se présentent le plus souvent comme des « **états limites** » du sujet et provoquent chez ce dernier, le sentiment d'appartenir à un manque.

Les astructurations psychopathologiques sont caractérisées par un « **état discohésif** », c'est-à-dire tous les sujets ne présentent pas les mêmes symptômes sur la même maladie... le sujet astructuré est en permanence à cours des stratégies pouvant l'aider à se sentir mieux. Toutefois, il est conscient que quelque part, la situation ne va pas mais il ne sait pas tout de même, ce qui lui dérange et il fait alors recours à des objets d'excitation (sexe, bière, etc.). Parmi les cas les plus usuels des astructurations psychopathologiques, on peut citer :

- Les états limites (Borderline) ;
- La dépression ;
- Les addictions (toxicomanie et troubles des conduites alimentaires) ;
- Les névroses caractérisées par l'angoisse (voir dans les structures névrotiques).

1. LES ETATS LIMITES

Ce sont des troubles de la personnalité « **borderline : cas limite** », issu de l'expression de la psychiatrie, qui désigne un type d'organisation de la personnalité frontière entre l'organisation névrotique et l'organisation psychotique.

Le sujet limite est caractérisé par l'**angoisse de perte d'objet** et se traduit par une insécurité interne constante et les attitudes de mise à l'épreuve de l'entourage incessantes. Parmi les mécanismes du sujet limite, on retrouve le passage à l'**acte** (par l'automutilation, des conduites addictives et les tentatives de suicide) comme **décharge de l'angoisse...** cela peut s'expliquer par une impulsivité marquée **des émotions extrêmes**, des **relations interpersonnelles inadéquates** et même **par l'image de soi disproportionnée**. Cependant, comme il n'est toujours pas évident de détecter les symptômes de cette maladie, vu le genre de personnalité, ainsi, les symptômes visibles peuvent être :

- Les émotions négatives ;
- Les violences et conflits envers autrui ;
- Incapacité à l'adhérence au monde extérieur ;
- Instabilité ;
- Stress de rivalité ;
- Isolement avec risque de suicide, mutilation et la prise des substances ;
- Pas d'honneur ;
- Ils ne savent pas réagir aux stimulations sociales bienveillantes ;
- Trouble de l'identité (pauvreté, culturel, manque de position dans la société) ;

Bref, le plus grand problème avec les états limites, est que le sujet limite présente des difficultés liées aux émotions qui sont en permanence négatives.

2. LA DEPRESSION

La dépression aussi appelée « dépression caractérisée », « dépression clinique ou majeure », est un trouble mental caractérisé par des épisodes de baisse d'humeur (tristesse) accompagné d'une faible d'estime de soi et d'une perte de plaisir ou d'intérêt dans les activités habituellement ressenties comme agréables par l'individu. Par ailleurs, la dépression est un **trouble de l'humeur**. Le terme « dépression » est souvent ambigu, il est en effet utilisé dans le langage courant pour décrire d'autres troubles d'humeurs moins significatifs. La dépression est une condition handicapante.

Le *DSM-5* reconnaît davantage cinq sous-types de la dépression appelés « déterminants », en fonction de leur durée, leur sévérité et également la présence de symptômes psychotiques :

- **La mélancolie** est caractérisée par une perte de plaisir dans (presque) toutes les activités, une incapacité à réagir aux stimuli liés au plaisir, une baisse d'humeur plus marquée que lors d'un deuil ou la perte d'un proche, une aggravation des symptômes dans la matinée, un réveil de bonne heure, un retard psychomoteur, une perte excessive de poids (à ne pas confondre avec l'anorexie) ou un sentiment excessif de culpabilité.

- **La dépression atypique** est caractérisée par une humeur réactive (anhédonie paradoxale) et positive, un gain de poids important ou un appétit plus prononcé (plaisir de manger), un sommeil excessif ou hypersomnie, une sensation de lourdeur dans certaines parties du corps et une mauvaise adaptation sociale marquée par une hypersensibilité au rejet interpersonnel.
- **La dépression catatonique** est une forme rare et grave de dépression impliquant des troubles dans le comportement moteur et d'autres symptômes. Dans ce cas, le patient est muet, voire léthargique, peut rester immobile ou faire des mouvements étranges et sans but. Les symptômes catatoniques surviennent également chez les patients schizophrènes, lors d'épisodes maniaques, ou peuvent être causés par le syndrome malin des neuroleptiques. Une cause non psychiatrique doit être éliminée en priorité.
- **La dépression post-partum, *ou trouble mental et du comportement léger associé à la grossesse non classé ailleurs***, désigne une intense dépression, soutenue et souvent handicapante, qui survient chez les jeunes mères après avoir donné naissance. L'incidence de la dépression post-partum s'élève entre 10 et 15 % chez les jeunes mères. Le *DSM-5* note que pour diagnostiquer la dépression post-partum, les symptômes surviennent dans le mois après la naissance. Il est possible que la dépression post-partum puisse durer plus de trois mois.
- **La dépression saisonnière** est une forme de dépression durant laquelle des épisodes dépressifs surviennent à l'arrivée de l'automne ou de l'hiver et disparaissent à l'arrivée du printemps. Le diagnostic ne peut être posé que lorsqu'au moins deux épisodes sont survenus pendant les deux mois les plus froids de l'année mais aucun épisode pendant les autres mois de l'année, ceci pendant une période de deux ans ou plus.

3. LES ADDICTIONS

L'**addiction**, ou *dépendance*, ou **assuétude**²¹, est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépissible de faire ou de consommer quelque chose en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire. Le sujet se livre à son addiction (par exemple : utilisation d'une drogue, ou participation à un jeu d'argent), malgré la conscience aiguë qu'il a le plus souvent d'abus et de perte de sa liberté d'action, ou de leur éventualité. **En psychanalyse**, le terme d'addiction est utilisé de manière plus large dans la mesure où il relève plus d'une attitude intrapsychique, d'un mécanisme, plutôt que des moyens pour y satisfaire. Des mécanismes parallèles peuvent intervenir dans les déterminants comme celui d'une anorexie mentale.

Une addiction se manifeste par un phénomène de manque lorsqu'on est privé d'un besoin non vital (exemples de besoins vitaux : nourriture, sommeil...). Cette addiction est dite grave si son sevrage entraîne de la violence ou de l'agressivité. Les problèmes engendrés par une addiction peuvent être d'ordre physique, psychologique, relationnel, familial et social. La dégradation progressive et continue à tous ces niveaux rend souvent le retour à une vie libre de plus en plus problématique. Il existe deux types de dépendance :

1. **La dépendance physique** : C'est un état dans lequel, passé une certaine dose, l'organisme nécessite la présence d'un produit développant des troubles physiques parfois graves en cas de manque (non-présence du produit dans l'organisme), l'ensemble de ces troubles constituant appelé le syndrome de sevrage. La dépendance physique résulte des mécanismes d'adaptation de l'organisme à une consommation prolongée et peut s'accompagner d'une accoutumance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter les doses pour éprouver un même effet.
2. **la dépendance psychique** : la dépendance psychique, qui se subdivise en deux sous-groupes :
 - **la dépendance psychologique** désir insistant et persistant de consommer qui peut parfois se traduire par des manifestations psychosomatiques (véritables douleurs physiques sans cause physiologique). La dépendance psychologique est bien plus liée aux caractéristiques des individus (états affectifs, styles de vie) qu'au produit lui-même. Des exemples de dépendance psychologique très répandues sont la dépendance au travail, à l'activité physique ou intellectuelle, qui peut parfois aboutir au surmenage.
 - **la dépendance comportementale** correspond à des stimulations générées par les habitudes ou l'environnement, facteur de rechute.

²¹ Le terme d'**assuétude** a un sens similaire sans toutefois être aussi négatif (assuétude au chocolat mais dépendance à la cocaïne).

II.1.3.4. LA STRUCTURE NARCISSIQUE

Par définition, une structure narcissique peut être considérée comme un sentiment d'amour excessif portée à l'image de soi. C'est aussi un trouble de la personnalité dans lequel un sujet se manifeste par le besoin excessif d'être admirée et par un manque d'empathie (sympathie, reconnaissance, ...). Les symptômes apparaissent au début de l'âge adulte. Le sujet narcissique recherche en lui-même et s'attache peu au jugement des autres et est très focalisé sur ses **problèmes personnels, de puissance et de prestige**. Ce trouble est étroitement lié à l'**égocentrisme**.

Le conflit ici, est intra psychique avec un narcissisme malade donc on ne peut considérer qu'il y a quand même des fantasmes inconscients. Le conflit se trouve entre le moi et le Surmoi (intérieurisé et non pas projeter à l'extérieur comme dans la psychose) : on a un moi fragile mais qui garde un rapport avec la réalité. Le narcissisme est un terme récemment créé par les analystes américains Kernberg et Kohut, qui se caractérise par :

- Un besoin de se mettre en avant ;
- Une vulnérabilité et un défaut de l'estime de soi d'où un besoin immense d'être admiré mais une adaptation sociale relativement correct bien que l'échec soit mal toléré et provoque de la colère ;
- Les défenses mises en place consistent en ce que ces patients se donnent une vision d'eux même grandiose. Ils manquent absolument d'empathie et ne savent pas apprécier la détresse d'autrui.

Le mot « Narcissisme », dérivé d'un personnage de la mythologie antique « NARCISSE » dont l'histoire est racontée dans « les métamorphoses d'ovide (339-510) », Narcisse amoureux de sa propre image, se mira de trop près de l'eau de la rivière et s'y noya. ... Freud en 1914, fonde le terme « **Narcissisme** », pour désigner « **l'amour de soi** », qui constitue une phase normale de la constitution de la personnalité de l'enfant. Ce dernier va alors distinguer deux types de Narcissisme :

- 1) **Le narcissisme primaire** : où l'enfant se considère comme objet d'amour avant de se porter vers un objet extérieur.
- 2) **Le narcissisme secondaire** : où le sujet narcissique se retourne vers lui-même déçu de ne pas avoir obtenu la satisfaction de son désir extérieur.

Dans la psychologie clinique, on considère le « narcissisme » comme un trouble se manifestant dans l'environnement social par des symptômes comportementaux caractéristiques qui permettent le diagnostic indépendamment du processus de la cure analytique de l'histoire intime du patient. La classification des maladies mentales, classifie le narcissisme du groupe B c'est-à-dire que c'est un trouble de la personnalité d'un sentiment excessif d'importance personnelle (**excentrique, immature, passif agressif et psychoneurotique**). Le trouble narcissique présente 5 principaux Signes cliniques:

- Le sujet présente un sens de sa propre importance (par exemple, la surestimation de ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir accompli quelque chose en rapport) ;
- Le sujet est absorbé par des fantasmes de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté, de perfection et d'amour idéal ;
- Le sujet pense être « spécial » et « unique » et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;
- Le sujet montre un besoin excessif d'être admiré ou d'être craint et célèbre, s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;
- Le sujet exploite les autres dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins (messages, chantages, violence verbale ...).

Chez le sujet narcissique, il y a aussi manque d'empathie : il n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins des autres. L'étiologie de cette maladie est encore assez peu connue. Toutefois, certaines causes sont admises comme pouvant être à l'origine des troubles à savoir :

- Caractère hypersensible à la naissance ;
- Etre utilisé par ses parents comme moyen de réguler leur propre estime de soi ;
- Maltraitance émotionnelle sévère durant l'enfance ;
- N'avoir pas été flatté pour les qualités personnelles par son entourage ;
- Mauvaise estime de soi durant l'enfance ;
- Absence de soutien réel de la part de l'entourage et rancœur à leur égard ;
- Avoir appris des comportements manipulateurs de ses parents ;
- Les troubles narcissiques peuvent aussi résulter d'un sentiment d'inadaptation et de défectuosité personnelle.

Les sujets narcissiques ont souvent besoin de **contrôles important**, une **tendance à la critique** et **l'égoïsme**. Ils **acceptent difficilement les avis des autres** et n'ont pas **conscience des besoins des autres**. Ils se sentent communément **rejetés ; humiliés et menacés**. Pour s'en protéger, ces personnes utilisent souvent **le dédain, la résistance à toute forme critique réelle ou imaginaire...** et afin d'éviter de telles situations, certaines personnes narcissiques abandonnent **toute vie sociale** et peuvent **feindre la modestie ou l'humilité**. Cependant, dans le cas, du sentiment d'absence d'admiration, d'adulation et d'affirmation, le sujet narcissique peut aussi manifester des désirs d'être craint et d'être célèbre.

Même si les individus souffrant du trouble narcissique sont souvent **ambitieux** et **réussissent**, leur inaptitude à supporter **les déboires, les désaccords et les critiques**, ainsi que leur **manque d'empathie**, rendent les collaborations professionnelles très difficiles. Bref, ils sont très **hautains, arrogant et insensible** mais aussi **hypervigilant** et facilement **blessé**. Parmi les structures narcissiques, on peut citer :

1. LA MELANCOLIE

La mélancolie est un état de tristesse vague, de dégoût de la vie et de la propension (souvenir du passé) habituelle au pessimisme... La mélancolie est reconnaissable par les caractéristiques dominantes suivantes :

- L'inspiration à la tristesse ;
- Une douleur morale (tristesse très vague) ;
- Un ralentissement psychomoteur ;
- Des angoisses de séparation ;
- Les auto-reproches ;
- Les auto-évaluations ;
- Le dégoût de la vie ;
- Des idées de suicide.

Il existe deux formes cliniques de la mélancolie à savoir :

- **Les formes dites « délirantes »** : où dominant les thèmes de la culpabilité, ruines, indignité, où le sujet mélancolique imagine qu'on va le punir, le tuer et de ce fait, il va vouloir le faire avant qu'on le fasse. C'est le cas de suicide.

- **Les formes dites « stuporeuses »** : (avec stupeur) : où dominent la douleur morale très intense, rareté des mouvements, mutisme, indifférences apparente aux stimulations s'accompagnant d'une baisse de la vigilance (ici, l'ordre est de mettre fin à son existence).

Dans ces deux formes de la mélancolie, on y retrouve souvent **l'anorexie** (*diminution ou arrêt de l'alimentation par perte d'appétit ou refus de se nourrir*) et les **troubles du sommeil**. Ici, le sujet est souvent **figé** (embarrassé) et **une tonalité monotone de très fortes culpabilités**.

Par ailleurs, la mélancolie est une fragilité narcissique importante (malmener au niveau de leur identité) et se manifeste toujours par des angoisses de séparation et des abandons très importants. Il est autant probable de tomber dans une confusion entre la « **dépression** » et la « **mélancolie** » qui conduisent à la douleur morale ; voilà pourquoi certains psychologues ont dit dans le deux cas de la mélancolie, il y a d'abord **l'état dépressif** et **l'état mélancolique** ... Retenons que, le sujet mélancolique souffre psychiquement au point qu'il ne peut pas s'empêcher de se tuer (suicide), cet état mélancolique conduit vers la mort. Dans un état mélancolique, il y a une vie fantasmatique très riche. On retrouve souvent des traces dans **la littérature, la poésie et peinture** ainsi que les **sentiments de création**.

2. LA MANIE

La manie, du grec « anien : folie, démence ou état de fureur ou égarement » est un état mental caractérisé par des degrés d'humeur, d'irritation ou d'énergie anormalement élevées. La manie constitue l'une des phases du trouble bipolaire et est dans un sens, l'opposé de la dépression. Il ne faut pas confondre, **l'état maniaque** avec **des traits obsessionnels** (c'est par exemple, l'obsession du ménage et de la propreté)... un épisode maniaque est caractérisé par une modification **de l'humeur** et **de la survenue de certains symptômes**.

Dans la manie, tous les symptômes ne sont pas bien évidemment présents à la fois chez le même sujet car la manie peut être considérée comme une dépression inversée, dans le sens où elle est une accélération c'est-à-dire **une intensification des pensées et des émotions** (tout est plus fort, plus vif, plus intenses, y compris la douleur morale et la tristesse généralisée, ce qui peut parfois amener à des confusions diagnostiques). Des symptômes typiques de la manie sont :

- Une excitation et exaltation trop fortes ;
- Un ressenti des pressions intérieures d'infériorité ;
- Une humeur « élevée » et une grande irritabilité ;
- Des activités sans repos et de l'agitation improductive (la personne commence plusieurs choses et ne les terminent pas) ;
- Diminution de la pudeur (perte de gêne) ;
- Accélération de la pensée (difficultés de concentration, etc.) ;
- Un besoin important de parler (logorrhée) et une parole abondante ;
- Une assurance excessive ;
- Une réduction du besoin de dormir ;
- Sentiment altruiste (hyper empathie) ;
- Hypersensibilité affective (émotions vives) et sensorielles ;
- Labilité émotionnelle (passer facilement du rire aux larmes) ;
- Négligence de l'alimentation ou de l'hygiène.

Retenons que, la plupart de temps, le sujet maniaque présente des comportements étrangers aux caractères d'un malade, qui pendant une phase, il ne réalise pas qu'il est malade se sentant « parfaitement bien » et le plus souvent ce qui rend le traitement difficile.

3. LES PERVERSIONS

Les perversions désignent dans un sens général, l'inclination à des conduites considérées comme « déviantes » par rapport aux règles et croyances morales d'une société. C'est un trouble de la conduite, qui pousse le sujet à **l'immoralité** ou à **des choses amORAles** comme déviantes. Selon FREUD, il situe les perversions dans deux contextes à savoir : dans **la sexualité** et dans **la psychogénétique de fixation et de régression**. Dans les perversions, il y a d'abord l'existence des pulsions qui visent la satisfaction « polymorphe » ou « détournée » c'est-à-dire un but autre que génital.

Un sujet pervers devient alors l'expression de la pulsion d'emprise, et elle se manifeste dans la relation à l'objet. Ainsi, **le fondement psychique de la maladie est le déni de la différence**. Le sujet pervers est essentiellement défini comme une façon organisée de se défendre de toute douleur et contradiction interne et de les expulser pour éviter de souffrir et ignorant le besoin et désir de l'autre. Les perversions se caractérisent par des **déconstructions psychiques et la reconstruction du plaisir**, donc, la capacité à se mettre à l'abri de ses conflits internes.

Dans les perversions, le sujet est le fruit d'un déni qui échoue psychiquement, ici, la fonction de la perversion est double, dans le sens où elle assure **l'immunité des conflits psychiques et de valoriser les douleurs du deuil interne**. C'est par exemple, un pervers considère qu'un mensonge réussi, compte comme une vérité.

4. LA PSYCHOPATHIES

Les psychopathies sont des états de déséquilibres psychologiques caractérisées par des tendances asociales sans déficit intellectuel ni atteinte psychotique. Elles se caractérisent par l'auto-plaisir du sujet en ne considérant pas ses actions comme asociales ou anti-sociales. Le psychopathe (ou sujet atteint de la psychopathie) est un déviant caractériel qui présente un comportement antisocial, dénué de toute culpabilité. Il est instable, impulsif et son comportement asocial affecte essentiellement son entourage proche.

Actuellement, on qualifie de psychopathe, tout malade qui ne fait pas la différence entre le « bien » et le « mal », qui est très égoцентриque et correspondant à un âge affectif d'un très jeune enfant. **Les désirs** d'un psychopathe sont **des pulsions** auxquelles, il ne saurait résister, ce qui le fait passer à l'acte en manifestant le plus souvent des conduites antisociales. Les psychopathes sont en majeure partie, des personnes adultes ayant **une carence affective et une forte insatisfaction** mais ayant trouvé **les moyens de les extériorisés par des actes délirants**.

II.2. GENERALITES SUR LES INADAPTATIONS

II.2.1. DEFINITION ET CONTEXTE D'ETUDES

Les inadaptations désignent l'absence de bonne intégration et de relation adaptée et harmonieuse avec le milieu (scolaire, sociale, professionnel, ...) où vit un individu. Autrement dit, c'est un manque ou un défaut d'adaptation qui rend impossible pour un sujet d'assurer son rôle normal dans la société.

Le sujet inadapté est en manque d'ajustement à quelque chose, c'est par exemple, l'inadaptation à la vie réelle. La plupart du temps, l'être humain étant limité de part **sa nature** et **son contexte socio-économique** se révèle incapable **de supporter** ou de **surmonter les exigences de la vie**, ce qui le pousse vers **les déviances** ou **des situations inadaptées**.

Selon LAFON, Quand on parle de l'inadaptation, il s'agit notamment d'une réponse de la société à un handicap. Sous ce même angle, l'inadaptation peut alors être considérée comme une déficience (*privation, insuffisance*) individuelle ou immédiate déterminée par l'environnement. Cette appréhension fait résulter 3 critères :

- Un état d'un sujet non-conforme de ce qui ordinaire (ce qui ne répond pas aux normes élaborées par la société) ;
- C'est un défaut de rapport harmonieux et équilibré entre le milieu et l'individu ;
- Une rupture (déséquilibre) de rapport entre l'individu et le milieu.

Sommairement, une inadaptation est un état qui compromet l'intégration de l'individu dans la communauté active et qui appelle des mesures médicales, sociales, éducatives différentes de celles prévues pour un sujet qualifié de normal ou adapté.

L'origine d'une inadaptation peut être variante, cela peut être **une maladie** ou **une déficience**, **une exclusion sociale** ou **une mauvaise orientation**. Les causes de l'inadaptation peuvent être également de trois ordres :

1. **Ordre physique** : nous pouvons avoir des inadaptations de naissance, à la suite d'un accident, d'une maladie, de vieillissement.
2. **Ordre mental** : les inadaptations mentales sont liées au développement cognitif, psychomoteur et affectif.
3. **Ordre social** : les inadaptations sociales incluent la dépendance aux drogues, les maladies mentales, les tendances suicidaires, les délinquants adultes, les suicidaires, les alcooliques, les marginaux et les asociaux.

II.2.2. TYPOLOGIE DES INADAPTATIONS

De ce fait, nous distinguerons 4 grandes catégories d'inadaptations à savoir : familiale, sociale, scolaire et professionnelle.

1. LES INADAPTATIONS FAMILIALES

Les inadaptations familiales désignent un défaut ou un vide ou encore un manque de s'intégrer dans la famille. Dans l'inadaptation familiale²², il faut essayer de faire comprendre aux parents de parler de la situation à leurs enfants, surtout leur faire découvrir leur vie. Certains enfants ne se sentent pas chez eux à cause de la manière de vivre de leurs parents.

Les enfants ont besoin de voir leurs parents de leur côté. Les enfants ont besoin qu'on les encourage et les soutienne : c'est par exemple dans la plupart de cas, Quand l'enfant échoue à l'école, cela veut dire qu'il a besoin de t'attirer l'attention de ses parent, (*venir à la proclamation, l'aider à faire ses devoirs, lui offrir des cadeaux, ...*); l'enfant peut également développer une forme de délinquance pour attirer l'attention de ses parents trop occuper à vaquer à leurs occupations. Et même si certaines activités des parents sont compréhensibles, le Moi réel de l'enfant peut comprendre la situation cependant le Moi non-réel ne comprendrais pas la situation. Pour tout trouble de l'enfant, comprenons que l'enfant veut attirer l'attention de ses parents, bien que cela se produise comme des actes parfois involontaires et inconscients chez ce dernier.

2. LES INADAPTATIONS SOCIALES

Les inadaptations sociales désignent un défaut ou un manque d'intégration dans la vie sociale²³ ou d'assumer son rôle normal dans la société. C'est donc une situation dans laquelle, une personne est exclue du groupe dominant c'est-à-dire du groupe composé d'individus qui considèrent posséder les caractéristiques reconnues comme étant « la norme » de leur groupe. Ainsi, le déséquilibre entre les exigences du milieu et les caractéristiques ou type d'attitudes d'une personne ou d'un groupe conduit à des phénomènes de rejet qui sont une véritable exclusion. Du point de vue social, on peut citer des faits tels que :

²² La mère est la mieux située pour comprendre les causes des inadaptations, étant donné que tout ce qu'elle vit pendant la grossesse (premières années : 0-2ans), lorsqu'on ne sait pas répondre aux besoins des enfants. Tout ce que nous avons vécu dans l'enfance, se répercute sur l'adolescence. Pour bien comprendre celle-ci, il faut essayer de recourir à leur petite enfance. Pour s'en sortir, il faut partager sa part et la part des parents pour sortir de l'inadaptation. Il faut chercher à être responsable de ses actes.

²³ Freud nous dit que tout problème social est lié à la sexualité de chaque individu

- *L'exclusion* : rejet d'une personne par d'autres à cause de ses croyances religieuses, son comportement, son appartenance, ...
- La pauvreté : lorsqu'une personne présente une disparité des ressources, elle est souvent considérée comme une personne inadaptée.
- *L'âge* : c'est aussi un autre facteur qui favorise l'inadaptation à cause de la fragilité généralisée du corps.
- *L'espace* : les barrières architecturales que posent les problèmes de la conception d'un urbanisme dans lequel l'accessibilité des personnes devient presque impossible favorise tout de même l'inadaptation de ce milieu.
- la croissance des exigences et besoins sociaux ;
- l'ambiguïté et la complexité des phénomènes sociales ;
- l'organisation et la validation transformatrice du modèle de vie et environnemental ;

... sont autant des facteurs pouvant faciliter la non-intégration de l'individu dans le contexte social.

Les inadaptations sociales incluent également :

- les drogués ;
- les malades mentaux ;
- les suicidaires ;
- les alcooliques ;
- les marginaux et asociaux.

3. LES INADAPTATIONS SCOLAIRES

Le concept « inadaptation scolaire » fait appel à un état d'un apprenant qui ne peut s'accommoder à une vie scolaire, éducative et applicative... C'est le manque d'intégration à la vie scolaire. L'inadaptation scolaire regroupe tous les états psychiques et somatiques s'opposant totalement ou partiellement à l'apprentissage scolaire et responsables des discordances entre les capacités intellectuelles et le rendement, qui peuvent se traduire par :

- L'échec partiel ;
- Le redoublement scolaire ;
- L'abandon scolaire ;
- Le non-respect du règlement ou exigences scolaires ;

- Les difficultés de s'adapter aux méthodes et au contenu de l'enseignement ;
- Les difficultés de rapport entre l'apprenant et autres partenaires scolaires (condisciples, maîtres) et autres adultes œuvrant dans le milieu scolaire.

Ainsi, l'inadaptation scolaire peut consister aux déséquilibres de l'apprenant vis-à-vis des apprentissages scolaires ou encore déséquilibrés des exigences scolaires des méthodes aux apprenants. On peut citer les faits tels que :

- des dispositions légales inadaptées ;
- l'attitude de surprotection des certains parents ;
- l'organisation pédagogique trop rigide et rigoureuse ;
- les compétences des enseignants et le caractère ingrat de leur tâche ;
- le flottement croissant des méthodes et les procédés d'enseignement inadéquats ;
- les classes pléthoriques ;

L'unique exigence ou critère d'être considéré comme adapté à la scolarité, c'est la **réussite d'acquisition des compétences dans un programme fixé par la répartition horaire auquel l'apprenant doit se soumettre**. Par contre, si ce dernier n'y arrive pas, il est par conséquent jugé inadapté scolaire et doit nécessairement refaire le niveau c'est-à-dire échoué. Toutefois, il est important de savoir que les conséquences de l'échec peuvent être :

- le préjudice progressif de l'apprenant (dépersonnalisation) ;
- le blocage intellectuel ;
- délinquance et l'abandon.

Retenons également que toute inadaptation scolaire n'est pas nécessairement liée aux **insuffisances psychologiques**, il y a aussi **le contexte socio-culturel et historique du milieu de formation et de l'apprenant**. En définitif, l'inadaptation scolaire se résume à travers quelques paramètres proposés par les spécialistes, qui, selon eux, seraient bénéfiquement efficaces à savoir :

- la notation de l'échec scolaire ;
- l'abandon scolaire ;
- l'insuffisance intellectuelle ;
- etc.

4. LES INADAPTATIONS PROFESSIONNELLES

Les inadaptations professionnelles sont des manques d'adaptation d'une personne œuvrant d'un milieu professionnel ou dans son milieu de travail. Le sujet est incapable de s'assimiler aux normes et aux règles de son milieu de travail... Le milieu professionnel est un milieu très stressant et la transformation de notre mode de vie quotidienne, sont autant des éléments le rendant de plus en plus angoissant.

Ainsi, pour qu'une personne soit appelée « **professionnel** » il lui faudra se caractériser par **la qualité d'un travail ayant une expérience adéquate et une capacité à assurer un engagement envers la société et à répondre à ses attentes.** Du point de vue professionnel, des faits tels que :

- L'organisation et la transformation du génie et les talents divers ;
- Les conditions du travail ;
- Les différents modes de motivations ;
- Les exigences croissantes des besoins ;
- La diversité culturelle et éducationnelle.

... sont autant des facteurs pouvant freiner l'intégration de l'être humain dans son milieu professionnel.

NB : les inadaptations étant une limitation et un déséquilibre entre l'individu et son environnement, elle est le facteur qui favorise la déficience. Cette déficience conduit également à une incapacité et cette incapacité conduit de même aux désavantages.

II.3. LES DEFICIENCES

Par définition, la déficience (synonyme : infirmité) est toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, anatomique ou physiologique. Autrement, c'est le rapport de fonctionnement d'un organe ou d'un système évalué en rapport au fonctionnement habituel de cet organe. Parmi les 2 grandes déficiences existantes, nous pouvons citer :

- 1) **La déficience intellectuelle :** c'est la base de toute déficience et elle concerne l'intelligence, la mémoire, la pensée, bref, elle concerne les facultés cognitives) ;
- 2) **La déficience psychique** (conscience, perception, émotion, comportement) ;

A cette liste, nous pouvons également ajouter les autres déficiences telles que :

- La déficience du langage et de la parole ;
- La déficience auditive et visuelle ;
- La déficience des organes internes (digestif, cardio-vasculaire) ;
- La déficience du squelette et de l'appareil de soutien ;
- La déficience esthétique ;
- La déficience des fonctions générales et sensibles.

II.3.1. DEFICIENCE INTELLECTUELLE

La déficience intellectuelle se réfère à un niveau de fonctionnement cognitif global, significativement inférieur à la moyenne et accompagné d'une réduction de capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. Elle se manifeste pendant la période de développement avant l'âge de 18 ans. Le terme « **handicap mental** » ou « **retard mental** » sont également utilisés pour qualifier la **déficience intellectuelle**.

Du point de vue développement cognitif, nous disons que la déficience intellectuelle est un niveau de fonctionnement cognitif significativement inférieur à la moyenne, puisque les attitudes intellectuelles testées sont déficientes en comparaison avec celles de la majorité des individus du même âge et de même culture. Par les aptitudes intellectuelles, nous sous-entendons, **la compréhension, l'analyse des situations rencontrées, l'intégration, l'interprétation et le stockage des informations, qui permettent de généraliser, de manier les concepts, de synthétiser, de transférer les apprentissages, et même de mémoriser**. Ce qui peut se traduire par la formule ci-après :

$$Q. I = \frac{AM}{AR} \times 100$$

Ainsi, pour calculer le Q.I., il s'avère important de considérer les facteurs comparatifs tels que : la culture, l'âge, la langue parlée, l'éducation, la nutrition,... Ses aptitudes sont nécessaires pour pouvoir **lire, écrire, calculer, s'orienter, et résoudre les problèmes quotidiens**. Dans ce cas, la mesure du fonctionnement cognitif devient le « *Quotient Intellectuel* », car il correspond au résultat qu'obtient une personne à de tests d'intelligence. C'est pourquoi il se situe entre 90 et 100. Il signifie tout simplement que, l'individu qui obtient ce résultat est **capable de résoudre le même problème que la majorité des individus du même âge et de la même culture**. L'autre condition pour parler de déficience intellectuelle est la présence des limitations des habiletés adaptatives dans plusieurs domaines suivants : **communication, soins personnels, compétences domestiques, habiletés sociales, utilisation des ressources communautaires, santé et sécurité, aptitudes scolaires fonctionnelles, loisirs et travail**.

Dans ce cas alors, diverses échelles d'évaluation existent pour évaluer le fonctionnement adaptatif qui se base sur l'observation de la personne par ses proches (famille, éducateur, ...). A noter également que, les personnes avec déficience intellectuelle ont donc **des difficultés cognitives et d'adaptation sociale**. Il en résulte aussi **des difficultés de concentration face à plusieurs stimulations** aussi **qu'une lenteur de réaction**.

Dans la déficience intellectuelle, la gestion particulière est caractérisée par la **sensibilité émotionnelle**, c'est-à-dire que les mécanismes cognitifs sont limités et la personne fonctionne plus par son **côté émotionnel**. C'est alors qu'il réagit au moment présent en fonction **de ce qu'il ressent**. A travers le **contact relationnel**, elle **enregistre une variation émotionnelle** et capte ainsi **nos satisfactions**, mais aussi **notre impatience, notre agressivité, notre mépris** ou **notre fatigue** sans pouvoir comprendre ce qui se passe **en réalité**. Parmi les cas graves appartenant à cette catégorie, on peut citer :

- L'idiotie ou l'idiot ;
- L'imbécillité ou l'imbécile ;
- La débilité ou le débile.

A. L'IDIOTIE

L'idiotie est le degré le plus profond d'une déficience mentale. Selon Alfred Binet, un idiot est **un sujet qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables**, c'est-à-dire qu'il ne présente aucun trouble de l'audition ni aucun trouble des organes phonatoires, qui expliquerait cette pseudo-aphasie (trouble du langage). Cette manifestation est entièrement due à une déficience intellectuelle puisque un enfant normal de 2 ans sait comprendre déjà la parole d'autrui et se faire comprendre par autrui pour ses besoins simples. Par contre, l'enfant idiot est incapable de tel type de comportement. L'idiotie est un trouble qui s'exprime sur 3 différents plans à savoir :

- **le plan physique**, le sujet idiot présente des anomalies physiques tels que : retard de croissance physique, malformation organique et anomalie physiologique.
- **le plan cognitif**, un sujet idiot présente un quotient intellectuel (Q.I.) variant entre 0-25 ou 30 selon le type de classification, vu l'âge mental limite d'un sujet et inférieur à 3 ans et son développement mental s'arrête lorsqu'il a l'âge chronologique de 6 à 8 ans. Un enfant idiot est incapable de s'exprimer utilement par le langage et incapable d'effectuer les tâches qu'on lui demande et ainsi non éducatif.

- **le plan social**, un enfant idiot ne peut pas subvenir à ses besoins pour se protéger des dangers ordinaires. Son apprentissage, son émotivité, son initiative sont du niveau de la petite enfance.

B. IMBÉCILITÉ

Selon toujours **Alfred Binet**, un imbécile est tout enfant qui n'arrive pas à **communiquer par écrit avec ses semblables**, c'est-à-dire qui ne peut exprimer sa pensée par l'écriture, ni lire cette écriture ou encore l'imprimer pour exactement comprendre ce qu'il lit alors qu'aucun trouble de la vision ou aucune paralysie du bras, n'expliquerait la non-acquisition de cette forme du langage. Le sujet imbécile ne maîtrise pas la « **symbolisation** » et l'« **abstraction** ». Ce qui explique son incapacité de réaliser tout apprentissage sollicitant les symboles comme l'écriture et la lecture. Cette déficience intellectuelle se manifeste également sous différents plans :

- **le plan cognitif**, le sujet imbécile a un quotient intellectuel (Q.I.) variant entre 25 et 50. Il a également une prédominance de la sensori-motricité et des actes concrets. Il sait s'exprimer verbalement, toutefois, il dispose des idées très pauvres, il a des difficultés à exercer les autres fonctions mentales vue le problème de symbolisation et d'abstraction, qui le caractérise. Son développement mental est en général limité vers 10 ou 12 ans avec un âge mental allant de 3 à 7 ans.
- **le plan caractériel (comportemental)**, le sujet imbécile est stupide, moins agressif et contrariant. Sa personnalité est caractérisée par une dépendance presque totale.
- **le plan social**, le sujet ne peut pas prendre soins de lui-même ; d'où lui apprendre à subvenir à ses besoins personnels et à se protéger contre les dangers, sa maturité sociale est ordinairement atteinte jusqu'en 15 ans avec l'âge social variant entre 4 à 9 ans. Le sujet imbécile ne tire pas profit de l'enseignement ordinaire et ne peut acquérir que les habilités professionnelles **des grands dessinateurs**. Il présente également l'avantage **d'être semi-éducable**.

C. DEBILE MENTAL

Alfred Binet et Théodore Simon, considèrent un sujet débile, comme tout enfant qui sait communiquer avec ses semblables par la parole et par écrit, mais qui montre un retard scolaire de 2 ans d'âge en-dessous de 9ans d'âges et de 3 ans au-dessus de 9 ans (*cependant, je pense en connivence avec certains psychologues modernes américains que le retard mental pourrait plutôt être considéré dans l'intervalle allant de 5ans au-delà pour toute tranche d'âge à cause du décalage interculturelle²⁴*) dans le cours de ses études sans que ce retard soit dû à l'insuffisance de la scolarité. Ainsi, On va alors distinguer 4 types de débilité mentale :

- Débilité légère : dont le Q.I. est de ± 50 et 75 ;
- Débilité moyenne : dont le Q.I. varie entre 50 et 65 ;
- Débilité profonde : Q.I. entre 30 et 50 ;
- Débilité grave : Q.I. ≤ 30 .

Chez un sujet débile, on trouve **des troubles de jugement, de suggestibilité, une difficulté d'adaptation à des situations nouvelles**, présentent parfois une bonne mémoire et une attention satisfaisante. La débilité mentale se manifeste également sur plusieurs plans à savoir :

- **le plan social**, le sujet débile léger est méconnu par l'entourage, car son infériorité intellectuelle est assez légère.
- **le plan physique**, un sujet débile présente des anomalies physiques ou psychomotrices, qui passent inaperçues.
- **le plan cognitif**, il passe par un arrêt momentanément de son développement intellectuel.

II.4. LES INCAPACITES

L'incapacité est toute réduction résultant d'une déficience partielle ou totale de la prédisposition d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Nous pouvons en citer 4 types d'incapacités :

- 1) **L'incapacité comportementale** : c'est toute réduction de la manière d'être, d'agir ou de réagir des êtres humains face à la réalité. C'est donc une perte de la manière dont une personne fonctionne, marche et évolue dans certaines circonstances.

²⁴ Cette opinion n'engage que moi-même et c'est une opinion issue de mes recherches de maîtrise en psychologie clinique et Développement humain (UCLy) de 2014, qui obtiendra approbation dans le colloque de la 5^{ème} édition APA.

- 2) **L'incapacité communicationnelle** : c'est un état de quelqu'un qui n'est pas capable de transmettre ou d'être en rapport de compréhension avec autrui. C'est donc une réduction de la mise en relation et conversation entre deux entités.
- 3) **L'incapacité locomotive** : c'est une situation d'un individu qui n'est pas à mesure de changer ou de se déplacer en vertu de ses facultés propres (articulation, squelette, muscles). Exemple la catatonie (c'est un syndrome psychomoteur qui associe des perturbations végétatives et endocriniennes des stéréotypies au niveau des gestes et du langage).
- 4) **Les maladresses** : c'est un état d'un individu qui présente le défaut d'adresse. C'est donc le caractère d'une personne maladroit de ses gestes (actes) et de ses réactions (défaut d'habileté, de savoir-faire dans la conduite et dans les actions...).

II.5. LES DESAVANTAGES

C'est un préjudice (atteinte) résultant d'une déficience ou impossibilité qui interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs sociaux et culturels. Nous pouvons également citer les désavantages tels que :

- **Désavantages d'orientation** : c'est une atteinte portée à la manière dont quelque chose ou quelqu'un est disposé par rapport à déterminer sa position (direction prise par une activité).
- **Désavantage d'indépendance physique** : c'est un état d'inconvénient de quelqu'un qui n'est pas tributaire (qui ne dépend pas) des personnes sur le plan physique.
- **Désavantage de mobilité** : c'est un état d'inconvénient propre de ce qui est susceptible des mouvements et de forme.
- **Désavantage d'occupation** : c'est un état empêchant de s'établir ou de se saisir, soit momentanément, soit d'une manière fixe.
- **Désavantage d'intégration sociale** : c'est un inconvénient d'une quantité finie d'impossibilité et de limitation d'interagir avec la vie sociale. C'est donc un rattachement à une même unité de la vie sociale.

II.6. LES METHODES DE DEPISTAGE

Après avoir survolé les différentes conceptions de l'inadaptation de différents individus, il nous est maintenant important de savoir comment identifier un sujet inadapté par des voies et moyens fiables de l'évolution de la science. C'est ainsi que les **méthodes de dépistage** s'avèrent des moyens incontournables pouvant aider les psychologues, les psychiatres et autres, à décrire les différentes circonstances liées aux inadaptations en particulier et à l'handicap en général.

Subséquemment, Par la « **méthode** », nous sous-entendons, une marche rationnelle pour arriver à la connaissance ou à la démonstration d'une vérité ou d'un fait. Par ailleurs, le « **dépistage** » est un ensemble d'examens et des tests effectués chez une personne pour évaluer son état d'équilibre par rapport à certains faits. De ce fait, Les méthodes de dépistage les plus usuelles sont :

- Les consultations et les entretiens psychologiques ;
- Les examens médicaux ;
- Les méthodes d'examens psychométriques ;
- L'observation et ;
- les méthodes cliniques.

Les méthodes citées ci-haut sont celles les plus couramment utilisées dans le **dépistage de déviation psychiques** et leur emploi **exige une attention particulière** de celui qui en utilise, c'est-à-dire qu'elles exigent des soins particuliers pour éviter les erreurs **d'enregistrement et d'interprétation**.

II.6. 1. LES CONSULTATIONS ET LES ENTRETIENS PSYCHOLOGIQUES

Les consultations et les entretiens psychologiques peuvent partir de plusieurs directions. Généralement des **patients eux-mêmes, des responsables et des proches patients et de l'entourage directe et indirecte du patient**. D'une façon générale, les consultations et les entretiens psychologiques doivent être effectués par le psychologue qualifié en collaboration avec les facteurs cités ci-haut (patient, responsable, entourage si nécessaire).

Par « **consultation** », nous sous-entendons *une écoute des doléances des personnes concernées auprès d'un psychologue, psychanalyste, psychiatre ou un médecin qualifié, en vue d'un avis autorisé sur un trouble donné*. Par contre, les **entretiens psychologiques**, sont un *rapport oral, en tête en tête, entre deux personnes dont l'une transmet à l'autre des informations sur un sujet prédéterminé*. C'est donc une **discussion orientée**.

Bref, il n'est pas toujours facile d'obtenir des renseignements du patient lui-même, car celui-ci peut devenir timide et calme. **D'où la déformation des faits.** A ce moment, la tâche du psychologue ou du spécialiste est d'inspirer confiance au patient et lui faire preuve d'empathie et de sympathie ou alors d'amitié (en jouant son rôle inversement).

II.6.2. LES EXAMENS MEDICAUX

Cette démarche a pour but d'établir un bilan médical de l'individu. Il mettra en évidence des obstacles physiologiques et biologiques qui s'oppose au développement normal de l'individu, mais aussi il mettra en exergue certaines perturbations organiques demeurées jusque là latentes. Ici, le médecin spécialiste apportera des soins appropriés pour qu'un psychologue et rééducateur agissent efficacement en faveur de la réintégration socioculturelle et professionnelle de l'individu.

L'examen médical est une approche qui permet de compléter le dossier du sujet et constitue une méthode complémentaire, car le travail de dépistage d'une inadaptation ou handicap comme de sa rééducation est une tâche qui se fait en équipe et c'est un effort interdisciplinaire qui est recommandé... L'examen médical dans ce cas, consistera alors concrètement pour le médecin spécialiste de procéder à **l'analyse de l'état général de la santé de l'individu ou diagnostique de l'infection**, qui perturbe la croissance de l'individu aux accidents connus et à **la connaissance des mesures prophylactiques** (ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension de la maladie).

D'une façon générale, l'examen médical devient important, car les spécialistes psychologues mettent en évidence certains **symptômes physiologiques** suivant **leur degré, formes et nombre** ensemble avec les **symptômes psychologiques** pour compléter et enrichir le dossier du patient.

II.6.3. LES EXAMENS PSYCHOMETRIQUES

Les examens psychométriques ont pour but, d'établir le bilan psychique du sujet, c'est-à-dire faire apparaître l'équipement personnel dont dispose le sujet (*ensemble de particularités du sujet*). Ce bilan consiste en **des ressources intellectuelles, à l'affectivité et à son caractère** (ici, il est question des tests psychologiques qui demandent l'emploi par un psychologue ; ou psychiatre, d'user plusieurs types d'évaluations en fonction de la question que pose la consultation et les entretiens psychologiques).

Remarquons tout de même que, cet examen diffère selon l'individu en place, un enfant, un adulte parce que les matériels psychométriques exigés pour aider le psychologue à établir **un profil psychologique valable** diffère selon qu'il s'agit de l'enfant ou de l'adulte. Pour l'enfant par exemple les matériels utilisés se composent de :

- **Tests psychomoteurs** : ceux-ci permettent d'examiner le comportement psychomoteur du sujet et les éventuelles faiblesses à observer.
- **Tests d'efficience** : ce sont des tests d'intelligence, d'aptitude, de mémoire et d'attention.
- **Tests d'acquisition** : ceux-ci concernent les enfants scolarisés afin de situer le niveau de l'enfant sur le plan de l'écriture, calcul et d'autres (connaissances scolaires).
- **Tests de la personnalité** : les tests projectifs pour le diagnostic caractériel du sujet dont nous pouvons citer les questionnaires de Berger et de Roger Les tests de MUCCHIELLI.
- **Tests de créativité** : ces tests permettent de mesurer la production divergente du sujet.

Par contre, **pour un adulte**, le psychologue clinicien ou le psychiatre utilisera les **tests projectifs** et aussi les **tests d'efficience** pour analyser la désorientation mentale ou mettre en évidence la fatigue intellectuelle de ce dernier. En définitive, les **examens psychométriques** recherchent les **valeurs du sujet** sur lesquelles reposent sa **vie mentale** et **affective** aussi bien que les **limites du comportement du sujet**.

II.6.4. L'OBSERVATION

L'observation est une sélection, provocation enregistrement, et un codage de l'ensemble des comportements et de l'environnement qui s'appliquent aux faits de la nature. Autrement dit, c'est le fait de déceler les éléments remarquables au moyen des procédés d'investigation appropriée pour établir des hypothèses sur les relations pouvant exister. Sur le plan psychologique, on distingue :

- **L'observation occasionnelle** : est celle qui n'obéit à aucune règle. Elle se réalise surtout à tout moment et peut résulter d'une découverte accidentelle. On parle aussi de **l'observation spontanée** (c'est lorsque certains faits de la nature se livrent à l'observateur sans qu'il les ait provoqués).

- **L'observation systématique** : c'est celle qui constate un fait ou le comportement des individus dans leur vie quotidienne et remarque une certaine constance (ténacité) des faits parmi lesquels, il fait une sélection.
- **L'observation clinique** : elle se fait dans le domaine de l'environnement fixé par le chercheur. Ce genre d'observation coïncide avec l'expérience dit, observation expérimentale.

Dans le cadre de cette méthode, certains faits doivent reposer sur une base scientifique reconnue à toute observation psychologique. Ainsi, elle doit remplir certaines exigences qui sont des principes d'une bonne observation scientifique :

- ✘ **L'objectivité** : elle renvoie à la description de même caractéristique de l'objet dans le temps et dans l'espace ;
- ✘ **La collégialité et l'interdisciplinarité** : elle doit recourir à plusieurs chercheurs de diverses spécialités, notamment les psychologues, les sociologues, les médecins ou même les assistants sociaux.
- ✘ **Un caractère dynamique, analytique et synthétique.**

→ **Par dynamisme**, nous faisons allusion au fait que l'observateur doit avoir à l'esprit que la personnalité de l'observé est mur et éviter les conclusions en terme statique de façon à immobiliser le sujet dans le présent.

→ **Par analyse**, nous voulons dire que l'observateur doit s'intéresser à plusieurs aspects de la personnalité. En d'autres termes, il lui faudrait décomposer toutes les dimensions de la personnalité.

→ **Par synthèse**, nous entendons que l'observateur décèle l'essentiel de l'accessoire et évite tout émiettement de la personnalité du sujet.

II.6.5. LA METHODE CLINIQUE

La méthode clinique consiste à observer directement l'objet à étudier et à suivre pas à pas, tout à notant toutes ses modifications et ses évolutions. C'est une méthode empirique où il n'y a aucun intermédiaire entre l'observateur et ce qu'il étudie. Autrement dit, dans **la méthode clinique**, l'observateur essaie de coller à la réalité propre de l'objet étudié, c'est-à-dire c'est l'objet étudié qui fixe ce dont il va parler et les termes abordés sont spontanés à l'objet lui-même.

CHAPITRE TROISIEME : LA REEDUCATION ET LA POST-CURE

III.1. GENERALITE SUR LA REEDUCATION

Selon LAFON, la rééducation au sens restreint et psychologique du terme est un « *ensemble des moyens pour assurer une éducation renouvelée et adaptée à un individu qui a perdu totalement ou partiellement le bénéfice d'une première éducation* » (développement donné méthodiquement à une faculté déterminée). Autrement dit, la rééducation, « *il s'agit d'une éducation, selon les méthodes différentes, lorsque les moyens courants ne donnent pas des résultats escomptés* », (c'est par exemple : le cas de la rééducation du trouble du langage).

Au sens large et général du terme, la rééducation est un ensemble de moyens, des méthodes et des enseignements en faveur de l'enfance inadaptée, celle dont le comportement est incompatible avec une vie en société (**c'est donc une correction de l'éducation qui a échoué**). C'est le cas des enfants délinquants, des déficients mentaux, ...

Dans tous le cas, la rééducation fait penser à un ensemble de cas, mobilisés pour corriger une altération ou perte physique et psychologique de l'individu. Ainsi, lorsqu'il s'agit **d'un déficient physique**, l'action de la rééducation consistera à l'aider à **surmonter cet obstacle et à vivre heureux malgré le handicap**.

Le but primordial de la rééducation est **d'assurer la réinsertion du sujet dans toute la mesure du possible dans une société normale**, c'est-à-dire amener l'individu à contourner son handicap, de manière à lui rendre au maximum les capacités d'acquérir les actes en vue **d'une utilité sociale et d'un équilibre psychologique...** Ainsi, la rééducation, est alors conçue comme une prise en charge d'un individu déficient qui a besoin d'une aide psychologique générale pour son intégration dans un milieu de vie.

III.2. TYPES DE REEDUCATION

Il y a lieu de signaler que le type de rééducation est en fonction de type de problèmes posés par le handicap et les inadaptations. Parmi ces types, nous pouvons citer :

III.2.1. LA REEDUCATION PSYCHOLOGIQUE

Elle s'adresse aux individus caractérisés par des inadaptations sociales, scolaires et professionnelles. Elle vise notamment le traitement de l'individu sous diverses formes à l'aide des procédés psychiques, psychothérapeutiques et médico-physiologiques.

- Par **procédés psychiques**, nous sous-entendons, l'apprentissage d'un travail à exécuter (la suggestion, la méditation).
- Par **procédés psychothérapeutiques**, nous sous-entendons, la réparation des problèmes à la base de l'inadaptation du sujet à l'aide du mécanisme psychologique. Ici on met en évidence les problèmes qui ont été à la base de l'inadaptation et essayer de les contourner par des prises en charge appropriées et des accompagnements spécialisés.
- Par **procédés médico-physiologiques**, nous sous-entendons, le cas où le sujet peut présenter les perturbations qui sollicitent un traitement médical, lorsque l'organisme présente des altérations. Et à ce traitement médical, on ajoute un traitement psychologique par des entretiens²⁵.

III.2.2. LA REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

Elle concerne le retard et les troubles moteurs sous divers aspects comme, la maladresse, l'instabilité motrice, ... A ce sujet, l'action de rééducation consiste au traitement des traits affectifs, qui sont ceux de rétablir l'équilibre affectif comme la dépendance et la suggestibilité. Cette rééducation s'adresse : **aux instables avec un retard de développement moteur, aux inhibés comme les bègues, aux impulsifs avec une personnalité sans contrôle et aux agressifs.**

III.2.3. LA REEDUCATION PHYSIQUE OU DE LA MOTRICITE

Cette rééducation met l'accent sur la correction des effets de l'infirmité causée par un accident ou une maladie en faisant usage de l'appareillage pour que l'individu puisse se déplacer ou écouter (*utilisation de différentes formes de prothèses*). Dans cette rééducation, il s'agit de rééduquer les parties atteintes et développer celles non atteintes pour que l'individu arrive à se compenser. Dans cette rééducation, on y trouve plusieurs étapes :

- Les opérations chirurgicales ;
- L'orthopédie (articulation, ligament, tendon, muscles) ;
- La kinésithérapie (rééducation par mouvement).

²⁵ Pour rééduquer un individu malade, donner au cerveau des suggestions positives. Par exemple lui demander de se dire régulièrement, « je suis en bonne santé ».

Une rééducation physique ou fonctionnelle sollicite aussi un comportement de la **pédagogie et de la psychologie** en apportant une aide au sujet à surmonter son handicap et en lui inculquant **le sens de la volonté, le sens du courage, la témérité** (oser à compenser quelque chose) et **le sens de la persévérance**, c'est-à-dire de se maintenir et de maintenir aussi l'effort de continuer.

III.2.4. LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE

Elle vise à assurer aux individus une qualification professionnelle ou une réadaptation progressive du sujet à son ancien métier (*cas d'un individu ayant connu un accident de travail*). Dans ce cas, on amène un sujet dans un centre spécialisé ou atelier protégé où il apprend un métier. Cette rééducation s'adresse **aux sujets âgés, aux malades et aux divers handicaps**. La rééducation professionnelle tient compte de ce qui reste à l'individu et qui mérite d'être mis à profit dans un domaine professionnel bien précis.

III.3. LES STRATEGIES DE LA REEDUCATION

Dans cette partie, nous allons simplement essayer de parler d'une bonne préparation de comment gérer certains cas d'inadaptation. Par définition, « **une stratégie** », c'est d'abord l'art de manœuvrer. Elle peut être considérée comme une préparation de l'ensemble des opérations à diriger en vue d'aboutir à une correction de l'éducation qui a échoué.

Dans le cadre de ce cours, nous nous intéressons tout simplement à certaines stratégies appropriées, à quelques cas d'inadaptation. Ainsi nous parlerons de:

- La stratégie de la rééducation des personnes sourdes ;
- La stratégie des personnes aveugles ;
- La stratégie des handicaps moteurs cérébraux.

III.3.1. DE LA REEDUCATION DES PERSONNES SOURDES

Le perfectionnement et la connaissance médicale ont permis la rééducation de l'individu sourd. **Les possibilités d'intervention précoce** agissent à accroître les chances d'assurer à un individu mal entendant de minimiser le retard dans l'acquisition des habiletés de communication orale.

Le succès **de l'intervention précoce** réside d'une part dans l'utilisation de **l'audition résiduelle**, grâce à l'appareillage prothétique et à une éducation auditive. Et d'autre part, dans **l'entérinement intensif des parents** pour amélioration qualitativement ou quantitativement l'environnement linguistique des personnes sourdes. Tout d'abord, il sied de savoir que la rééducation auditive est **un entraînement à l'expérience auditive** dont le but est **de compenser la déficience auditive par la structuration de l'oralisation et la systématisation auditive** (ici, on fait usage des prothèses individuelles lors de l'innervation précoce en milieu familial ou des petits appareils en milieu éducatif).

Selon l'auteur HORTON, dans le programme de la guidance parentale, suggère que les parents doivent être entraînés de la manière suivante :

- A sélectionner dans l'environnement les bruits sur lesquels, il faut attirer l'attention de l'individu sourd ;
- Réagir de façon appropriée et manifeste au bruit choisi pour stimuler la réponse de l'individu sourd;
- Localiser constamment la source sonore ;
- Renforcer les réponses de l'individu aux stimuli sonores.

L'étendu de l'expérience auditive de l'individu sourd est liée **à sa capacité de déceler un signal sonore : Il s'agit d'une simple écoute passive**. D'où, il faut mettre l'individu en contact avec le stimulus sonore de la vie quotidienne et les exercices d'entraînement auditif formel et structuré doivent être pratiqués en groupe et surtout à l'âge de 3 ans. Car cette éducation a l'avantage de permettre l'accession pour une parole normale.

Dans cette stratégie, il s'avère important d'utiliser **la rééducation labio-lecture** (art de comprendre la parole par l'interprétation des mouvements articulatoires, visibles de l'interlocuteur). Ces mouvements peuvent être des **livrés** (aspect visuel d'une articulation phonatoire) ; **les expressions faciales et les gestes naturels**. Ces procédés exigent **l'attention et l'esprit des observations** des personnes sourdes pour pouvoir différencier un détail informatif et de la rapidité perceptive pour saisir globalement les étapes successives du discours. L'utilisation de ces procédés suppose:

- Une bonne connaissance de la langue qui permet de prévoir l'enchaînement schématique et morphosyntaxique ;
- Il faut également suppléer aux indices visuels fragmentaires, d'autres indices gestuaires.

III.3.2. DE LA REEDUCATION DES PERSONNES AVEUGLES

Sans doute, quand nous possédons un enfant en famille, nous nous posons toujours la question, **quelle est l'avenir de cet aveugle ?** ... Retenons seulement que si cet enfant est aidé par sa famille et l'entourage ; Il peut espérer à un avenir prospère aussi bien que les enfants normaux, comme par exemple, **se baigner, à manger par lui-même, à retrouver le chemin.** Tout en ayant une vue très mauvaise, l'aveugle développe **une capacité exceptionnelle pour pouvoir entendre et sentir.** Il nous revient de l'aider à tirer la meilleure partie pour sa vision. Cependant, Il est souvent intéressant de faire le dépistage de différents cas de la cécité. Nous pouvons citer plusieurs cas :

- On peut utiliser un objet qu'on suspend devant une personne aveugle ou une lumière à côté de lui et on voit sa réalisation;
- Les aveugles peuvent aussi acquérir les connaissances de base différentielle telles que l'écriture, le calcul, la lecture et les quotients variés...

Il existe également plusieurs tâches de rééducation pouvant être effectuées chez une personne souffrant de la cécité qui consiste à :

- Reconstituer le degré de la cécité. Autrement dit, voir la structuration spatiale et temporelle du sujet ;
- Favoriser la connaissance des volumes et des formes ;
- Favoriser la manipulation ;
- Faire apprendre à lire à ces gens.

L'apprentissage de la lecture chez les aveugles, est devenu possible en 1829 ans grâce à **LOUIS BRAIL**, qui se résume **par l'élaboration d'un système des caractères en relief et qui permet l'utilisation de la sensibilité tactile.** C'est donc « l'écriture Braille » qui permet l'utilisation de la sensibilité tactile. Mais aujourd'hui, il existe dans plusieurs langues que deux degrés de l'écriture Braille :

- **Le premier degré : « l'intégration »**, où chaque chiffre ou lettre est traduit en points ;
- **Le deuxième degré : « l'abrégé »**, c'est le modèle utilisé par l'intégrale et qui permet l'apprentissage de cette écriture.

Dès nos jours, nous pouvons aussi apprendre aux aveugles à calculer, il est enseigné avec les chiffres Brailles, communément connus sous les noms de « **Cubarythme** » (c'est un casier dans lequel sont rangés les cubes portant les chiffres Brailles et qui permet les quatre opérations (C'est par exemple, en géométrie et en géographie, où on utilise les figures).

III.3.3. DE LA REEDUCATION DES HANDICAPS MOTEURS CEREBRAUX

La rééducation peut surtout porter sur l'aspect de la kinésithérapie (*c'est une rééducation par les mouvements et la physiothérapie dans le but de renforcer, maintenir ou rétablir les capacités fonctionnelles. Bref, c'est le traitement par le mouvement*). Ici la rééducation n'est pas seulement **scolaire**, mais elle est aussi **sociale** et **professionnelle**.

Nous pouvons aider par exemple des handicaps moteurs cérébraux à **se servir de certaines parties de leurs corps**, car chercher à les guérir, apportera **trop de déception**, mais au contraire, les aider à devenir adultes, qui vivront indépendants que possible. D'où, les parents doivent aider les individus vivant avec handicap, à **se débrouiller tout seul** et, le plus important est que les parents apprennent à ne pas trop faire, à la place des individus handicapés.

III.4. LES METHODES DE LA REEDUCATION

Le dépistage d'un cas d'inadaptation se fait soit **au niveau de la famille** où les parents s'inquiètent de la conduite de leur enfant et cherchent le moyen susceptible pour le rééduquer, soit **au niveau de l'école** où les enseignants et autres éducateurs s'intéressent à savoir ce qu'ils peuvent faire d'un enfant problème, soit **le pouvoir public** peut chercher à réintégrer dans la société les personnes socialement inadaptées.

Le dépistage d'un sujet inadapté soulève aussi **un problème de placement**. Le problème de placement soulève, à son tour, le **problème d'orientation**, ce qui signifie qu'il s'agit de se questionner sur la décision du sujet à rester dans un milieu naturel ou non... Dans ce premier cas, la personne à rééduquer reste dans **sa famille** et suit de façon permanente les objections dans un contexte spécialisé. Et dans le second contexte ; le sujet à rééduquer pourra être placé dans **un placement spécialisé**. De ce fait, nous distinguerons cinq types des placements:

- **Le placement thérapeutique** : il s'adresse aux enfants, adolescents et adultes malades physiques et mentaux. Généralement ces individus sont pris en charge dans les structures spécifiques.
- **Le placement du type socio-éducatif** : c'est le cas de placement du sujet inadapté dans les groupes sociaux. On peut aussi les placer dans les maisons sociales ou on peut aussi utiliser l'adaptation dans les familles. Ce genre de placement réunit, **les caractériels, les délinquants et autres**

personnes caractérisées par des carences affectives graves (*comme les pervers*). Aussi généralement, les établissements en titre socio-éducatif s'ouvrent à l'extérieur en établissant les contacts avec les autres.

- **Le placement à titre pédagogique :** ce placement intéresse les sujets déficients ayant besoin d'une pédagogie spéciale ou des conditions institutionnelles d'apprentissage. C'est le cas des classes de perfectionnement de débilés, des établissements spéciaux des sourds et des aveugles pour apprendre à lire et à écrire...
- **Le placement à titre d'assistance :** il s'agit du placement qui concerne les individus inadaptés, qui peuvent tirer profit des méthodes psychopédagogiques mises à leur disposition. C'est le cas des déficients mentaux profonds et certains handicapés mentaux cérébraux. ... Dans ce genre placement, les déficients sont pris dans un cas systématique d'assistance, tel que **les auspices, les garderies, ou le cas des centres d'internement des vieillards.**
- **Le placement médico-psychologique :** ce placement concerne les déficients intellectuels éducatifs et semi-éducatifs. Il se réalise dans les centres médico-psychiques et médico-professionnels, qui apportent des soins et assistance médicaux aux sujets et organisent un enseignement spécial qui leurs apprennent un métier.

Ajouter à cela, nous pouvons présentement citer les différentes méthodes utilisées dans la rééducation en l'occurrence : méthodes médicales, méthodes psychothérapeutiques et méthodes pédagogiques.

III.4.1. LES METHODES MEDICALES

Ce sont des procédés qui recourent à des techniques de laboratoire et cliniques, à l'administration des médicaments, aux interventions chirurgicales, aux consolidations des fractures et aux exercices kinésithérapeutiques et orthopédiques (prothèses, béquilles, chaises roulantes, ...).

III.4.2. LES METHODES PSYCHOTHERAPEUTIQUES

Ici, il est question des mécanismes psychiques à la base des problèmes de l'inadapté et son rétablissement total. Dans cette catégorie, les psychologues ou les psychiatres, utiliseront les techniques suivantes :

- **La psychothérapie classique** : elle a pour objet de faire découvrir au sujet la source du mal qui le ronge, puisque l'émotion résultant de la connaissance de la source du mal est un moment essentiel de la cure, ensuite le psychologue mettra en œuvre le moyen de transformation psychologique du sujet grâce à des conseils moraux qui dégagent explicitement certains actes à éviter par le sujet... Dans le cadre de cette thérapie le psychologue utilisera les techniques, telles que : **l'entretien, la suggestion ou la persuasion et l'analyse psychologique.**
- **La psychanalyse** : c'est une méthode d'investigation inventée par **S. Freud**. Cette méthode est mieux indiquée par les perturbations ayant porté sur le développement normal de la libido avec une tendance de se cristalliser (concrétiser) et de durer. Cette méthode pourra alors élucider les significations symboliques inconscientes des conduites et dont le fondement se trouve dans une perception de la vie psychique.
- **La psychothérapie collective** : elle cherche à comprendre la profondeur de la vie du groupe et assure une variété rééducation affective, tout en affermissant les relations interpersonnelles.
- **Le psychodrame de MORENO** : qui consiste à faire participer le sujet à un jeu ayant trait à une situation causale de son inadaptation. Dans ce cas, il attribue au sujet un rôle à jouer et ce rôle doit être joué dans le contexte de la vie sociale réelle.
- **La psychothérapie traditionnelle d'Alder** : (*Alder disciple de S. Freud*), Dans cette psychothérapie, Alder pose le problème du sentiment d'infériorité et non de la libido. Cette thérapie place le sujet dans un processus où on lui montre comment il peut faire mieux là où il ne faisait pas assez jusque là. Ici, le travail, est de rendre au sujet **la confiance en lui-même, à son autonomie sociale et le rassurer qu'il est capable.**
- **La psychothérapie projective par écrit** (*écriture, dessin, ...*) : cette thérapie est utilisée dans l'expression de ce que le sujet ressent au plus profond de lui. Par écrit ou par dessin, le sujet parvient à exprimer certaines attitudes préalables exprimées autrement, difficilement extériorisées dans certaines situations, qui seraient à l'origine de son désir ou de son inadaptation.

- **La psychothérapie brève** : cette thérapie concerne les inadaptés sociaux, scolaires et même familiaux. Elle part de l'hypothèse selon laquelle, la plus part des problèmes de l'inadaptation chez un individu proviennent de la perturbation du système de la communication sociale et de la famille. L'objectif de la psychothérapie brève c'est d'arriver à intégrer le sujet dans son milieu de vie, en lui apprenant à exprimer ses émotions par le moyen de la parole et de la vérité.

III.4.3. LES METHODES PEDAGOGIQUES

Elles sont autant connus sous l'appellation de la « **pédagogie curative** », elle se base sur **l'action formative ou éducative** s'exerçant sur les personnes possédant des problèmes d'origine physique ou mentale afin d'améliorer leurs retards. Dans le cadre de cette méthode, le psychologue recourt à la création de la réadaptation d'une formation pouvant aider le sujet à perfectionner sa déficience. Donc, le but de cette méthode pédagogique est d'éliminer l'ignorance après une période d'inadaptation et du handicap afin de l'aider à vaquer à quelques occupations encore possible.

III.2. LA POST-CURE

Il est important de garder à l'esprit que, l'objectif ultime de tout système de rééducation est **la réhabilitation en société du sujet inadapté récupéré**. Cette réhabilitation est un indicateur qui montre réellement que le sujet a bénéficié de la rééducation ou non. Voilà pourquoi, il est important qu'une période de repos et d'observation soit accordée au sujet rééduqué, notamment connu sous le nom de la « **post-cure** ».

Par définition, la « **post-cure** » consiste en une période plus ou moins longue, qui intervient immédiatement après la rééducation. Cette période est très capitale dans la mesure où elle constitue une phase pendant laquelle le sujet inadapté reprend sa vie normale sous la surveillance de son rééducateur, afin **d'éviter la rechute ou récidive**.

Lors de la rééducation, rien n'indique la durée que prendra cette phase. De même, pendant la post-cure, il n'y a aucune **durée fixée au préalable**. Tout dépend de chaque sujet et de la façon dont la rééducation a été intégrée par ce dernier. Il est aussi à signaler que pendant la post-cure, le rééducateur doit laisser le sujet rééduquer afin d'intégrer par lui-même la nouvelle vie sociale.

De ce fait, Il est nécessaire pour la réhabilitation du sujet, d'appréhender concrètement certaines pratiques convenables et peuvent l'aider dans sa vie et dans son nouveau monde. Voilà pourquoi **une orientation professionnelle** doit être faite pendant la période de rééducation et cela doit être pris de façon **critique, élaborer et objective, en identifiant la capacité et les aptitudes du sujet**. Nous distinguons ainsi deux sortes de post-cure:

- **La post-cure directe**

Dans cette catégorie, le sujet est placé dans un système d'intégration définitive dans l'environnement immédiat du centre ou de son endroit de rééducation. Ici, le sujet est engagé dans le même endroit de sa rééducation et travaille ensemble avec ses rééducateurs, qui les suivent pour compléter la cure (rééducation).

- **La post-cure indirecte**

Elle s'effectue à un endroit plus éloigné et sans lien étroit et direct avec le centre de rééducation. Seule, la famille communique avec le centre en lui donnant des informations sur l'évolution du sujet et maintient la correspondance entre eux.

CONCLUSION

Dans ce cours, il a été question d'aborder les situations de handicaps et leurs représentations sociales, qui a posé d'emblée la question du regard porté sur les personnes atteintes de déficience, en prenant en compte la place qu'elles occupent au sein de la société ainsi les différents dispositifs de prises en charge pouvant être appliqués par certains assistants sociaux comme psychologues, psychiatres, sociologues, médecins, etc.

Il est vrai que de nos jours, la personne vivant avec handicap revendique, au travers des institutions et des associations spécialisées, une identité. Parfois rejetée et niée, parfois assistée et rapprochée de notre compassion, la personne handicapée mérite une identité statutaire légitime. La terminologie pénalisante sur les handicaps renvoie à un regard particulier qui met l'accent sur les déficits physique, sensoriel ou intellectuel, en occultant les potentialités et les aptitudes que détient encore la personne handicapée.

Signalons tout de même ; que la principale loi congolaise portant Statut, Protection et Promotion de la Personne Handicapée, exige le principe de l'intégration, de lutte contre l'exclusion et la prise en compte des handicaps, quelle que soit leur forme. Quinze ans après, qu'en est-il du vécu réel de la personne en difficulté physique, sensoriel ou mentale ? Cette loi, qui par défaut de mieux, est acceptée par les diverses et dynamiques associations de/pour personnes handicapées, demeure inapplicable par manque de décrets d'application, malgré sa promulgation. Cette apparente négligence de la personne handicapée par les autorités compétentes conduit à une certaine forme d'exclusion et de marginalisation, tout au moins sur le plan institutionnel.

Au plan social, c'est surtout l'effort individuel et la solidarité familiale qui jouent. L'Etat mène plusieurs actions spontanées en faveur des personnes en situations de handicaps sous forme de : dons et subventions aux associations, organisation des séminaires, colloques et manifestations socioculturelles, ratification des textes internationaux se rapportant au domaine du handicap. La solidarité exprimée spontanément ou reconnue par des textes sans décrets d'application ne résout pas le problème identitaire. La question de l'identité reste en effet centrale, si l'on considère que le vécu des personnes handicapées est, en partie, déterminée par les représentations du handicap au sein de la société.

Au plan sanitaire, Le traitement médical et la prise en charge des personnes en situations du handicap doivent constamment être appréciés en fonction de leurs retentissements sur la qualité de vie, ainsi tenir compte des points suivants tels que :

- Une prise en considération adéquate de la qualité de vie ; lorsqu'elle est réalisée de manière systématique à l'aide d'un instrument validé ou qu'elle part simplement de la situation revient, pour les médecins traitants et le personnel soignant, à mettre en avant le vécu subjectif du patient et, en particulier, la satisfaction qu'il retire de sa situation de vie ;
- comprendre les dimensions importantes (*de nature physique, émotionnelle, intellectuelle, spirituelle, sociale et économique*) incluses dans la qualité de vie; pondérer les divers aspects de la qualité de vie, dans l'optique du patient;
- dégager, autant que possible, chez les patients dont les possibilités de communiquer sont perturbées, le vécu subjectif du patient à l'aide d'observations objectivables ;
- prendre conscience du risque de projection de ses propres désirs et préjugés, lors de l'application légitime de l'observation, dans le but d'accéder au vécu subjectif du patient ;
- aborder de manière explicite et évaluer distinctement la qualité de vie des proches et du personnel soignant, souvent étroitement liée à celle du patient.