

Techniques d'éducation spécialisée

Problématiques d'adaptation

COURS 351-204-RK



Marie-Claude Bolduc, enseignante

Notes de cours rédigées par Lucie Rioux
Adaptées par Marie-Claude Bolduc et Isabelle Morin

Hiver 2020

TABLES DES MATIÈRES

SÉQUENCE 1

L'ADAPTATION HUMAINE

| | |
|---|----|
| 1. Les composantes de l'adaptation | 3 |
| 2. La définition de l'adaptation biopsychosociale | 5 |
| 3. La définition de l'inadaptation biopsychosociale | 5 |
| 4. Les phases du processus de l'adaptation biopsychosociale | 5 |
| 5. La genèse des difficultés d'adaptation..... | 6 |
| 6. Les principales difficultés d'adaptation..... | 14 |
| Exercices 1 à 6..... | 19 |

LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP

| | |
|---|----|
| La classification des déficiences, incapacités et handicaps (OMS 1980)..... | 29 |
| Exercices 1 à 3..... | 49 |

SÉQUENCE 2

LES DÉFICIENCES PHYSIQUES

| | |
|---|----|
| 1. Définition | 59 |
| 2. Les déficiences physiques | 59 |
| 2.1 Les déficiences motrices..... | 59 |
| 2.2 Les déficiences organiques..... | 65 |
| 2.3 Les déficiences sensorielles | 67 |
| 2.4 Les déficiences esthétiques..... | 67 |
| 3. Comment une déficience physique devient-elle un handicap?..... | 67 |
| Annexe I : La classification internationale des maladies | 69 |

LES DÉFICIENCES SENSORIELLES – LA DÉFICIENCE VISUELLE

| | |
|--|----|
| Texte : Les yeux d'un rêveur..... | 81 |
| 1. Définition | 82 |
| 2. Les causes les plus fréquentes de déficience visuelle | 84 |
| 3. Les conséquences de la déficience visuelle | 87 |

LES DÉFICIENCES SENSORIELLES – LA DÉFICIENCE AUDITIVE

| | |
|---|-----|
| Audiogramme et schéma de l'oreille..... | 93 |
| 1. Quelques statistiques..... | 95 |
| 2. Définition de la déficience auditive et de la surdité..... | 95 |
| 3. Les types de déficience auditive et leurs causes..... | 95 |
| 4. Classification des déficiences auditives..... | 97 |
| 5. Quand la situation de handicap peut-elle apparaître?..... | 98 |
| 6. Les difficultés des personnes sourdes ou malentendantes..... | 98 |
| 7. Quelques particularités..... | 100 |
| Exercices 1   5..... | 101 |

LES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

| | |
|---|-----|
| 1. Ampleur du problème des troubles mentaux chez les enfants..... | 111 |
| 2. Définition et classification des troubles mentaux..... | 111 |
| 3. Facteurs de risque et facteurs de protection..... | 120 |
| Annexe II : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent..... | 121 |
| Exercices 1   3..... | 131 |

LES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHIQUES CHEZ L'ADULTE

| | |
|--|-----|
| 1. Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques..... | 143 |
| 2. Les troubles dépressifs..... | 147 |
| 3. Les troubles bipolaires..... | 149 |
| 4. Les troubles anxieux..... | 151 |
| 5. Les troubles obsessionnels compulsifs et connexes..... | 153 |
| 6. Les troubles liés aux traumatismes et au stress..... | 154 |
| 7. Les troubles de la personnalité..... | 157 |
| 8. Les troubles neurocognitifs..... | 160 |

SÉQUENCE 3

LA DÉLINQUANCE ET LA CRIMINALITÉ

| | |
|------------------------|-----|
| 1. La délinquance..... | 167 |
| 2. La criminalité..... | 172 |
| Exercices 1   5..... | 175 |

LES DÉPENDANCES LIÉES AUX SUBSTANCES ET AU JEU

| | |
|--------------------------------|-----|
| 1. Définition..... | 185 |
| 2. Les facteurs de risque..... | 186 |
| 3. Les problèmes associés..... | 189 |

LES DÉPENDANCES LIÉES AU JEU

| | |
|---|-----|
| 1. Critères diagnostiques du jeu pathologique dans le DSM-5 | 193 |
| Exercices 1 à 5..... | 197 |

LA VIOLENCE

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 1. Définition | 207 |
| 2. L'ampleur de la violence | 208 |
| 3. La violence familiale | 208 |
| 4. La violence conjugale | 210 |

LE SUICIDE

| | |
|--|-----|
| 1. Définition | 221 |
| 2. Les facteurs d'inadaptation..... | 221 |
| 3. Les manifestations du comportement suicidaire | 223 |
| 4. Les conséquences du suicide chez les proches | 225 |

| | |
|---------------------------|-----|
| MÉDIAGRAPHIE | 229 |
|---------------------------|-----|



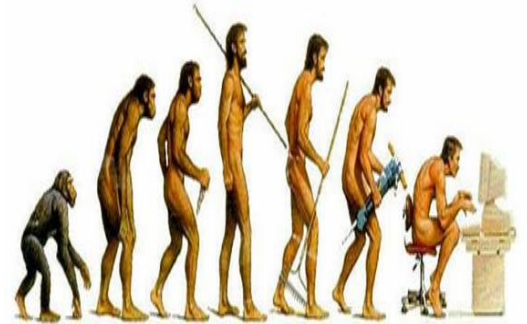
SÉQUENCE 1



L'ADAPTATION HUMAINE

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 3 à 17
- Exercices d'apprentissage et de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision sont :

- Connaître et comprendre les composantes de l'adaptation humaine reliées à l'individu et à l'environnement.
- Connaître la définition de l'adaptation et de l'inadaptation biopsychosociale.
- Connaître les trois phases de l'adaptation biopsychosociale.
- Dans la genèse des difficultés, différencier les facteurs causals et comprendre l'échelle de pondération qui mène à l'inadaptation provisoire et durable.
- Différencier les types de facteurs d'inadaptation (les sous-types des facteurs biologiques et environnementaux).
- Associer une problématique à la catégorie de difficultés d'adaptation.

Évaluation de ce thème :

| | | |
|---------|--------------------------------|-----|
| Cours 3 | Test de lecture Savant-être | 5 % |
|---------|--------------------------------|-----|

L'ADAPTATION HUMAINE

Chaque être humain est unique; il naît avec un bagage héréditaire, vit et se développe dans un environnement (sa famille, son milieu physique et social, son époque). Tout au long de son existence, l'individu cherche à s'adapter à toutes sortes de conditions, d'attentes, de difficultés. C'est sa façon de répondre à toutes les exigences de la vie et cela, quel que soit son âge.

Dans ce chapitre, nous verrons les composantes de l'adaptation pour en venir à une définition de l'adaptation biopsychosociale. Nous nous arrêterons sur une définition de l'inadaptation sociale et pour terminer, sur le processus de l'adaptation.

1. LES COMPOSANTES DE L'ADAPTATION

Il existe six composantes de l'adaptation humaine se répartissant en deux groupes : celles reliées à l'individu et celles reliées à l'environnement.

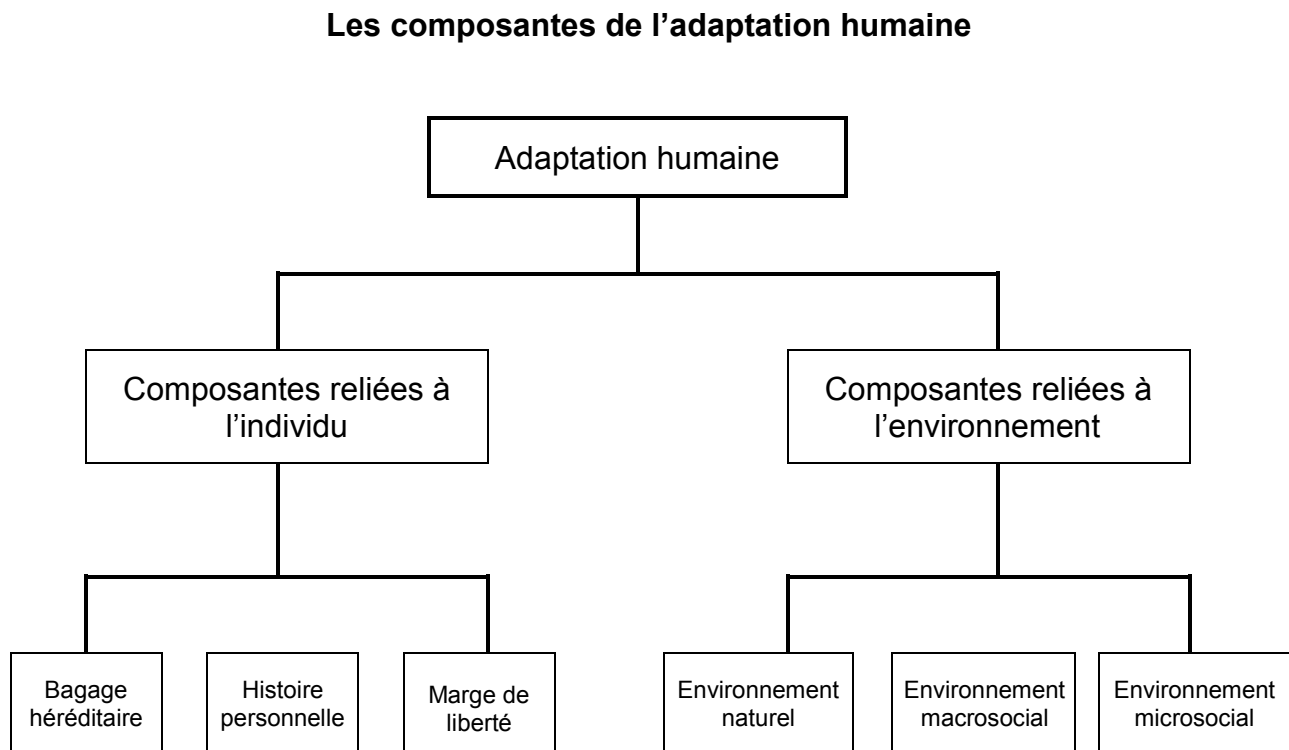


Figure 1.1

Source : TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine*, Montréal, Éditions St-Martin, 2001, p. 24.

a) Les composantes reliées à l'individu

- **Le bagage héréditaire**

Il détermine un certain nombre de caractéristiques individuelles. C'est la transmission de celles-ci d'un individu à ses descendants. C'est ce qu'on appelle « notre petit air de famille ».

- **L'histoire personnelle**

C'est l'histoire d'une personne de sa conception jusqu'au moment présent de sa vie. Elle s'écrit chaque heure, chaque jour et est constituée de tous les événements heureux ou malheureux et de toutes les décisions prises par la personne elle-même ou par un ou des membres de son entourage.

- **La marge de liberté**

Dans le sens psychologique et philosophique, elle fait référence à la liberté intérieure, au pouvoir de choisir et de s'élever au-dessus de certaines limites, de les juger et de les dépasser et à la liberté extérieure. Elle fait référence à un contexte pratique d'action et de décision.

b) Les composantes reliées à l'environnement

- **L'environnement naturel**

Tout ce qui existe dans l'environnement en dehors de l'être humain, par exemple l'air, l'eau, le bruit, etc.

Ces composantes font donc référence à toutes les transformations physiques qui ont amené l'homme à modifier son environnement (exemple : un réseau routier) et à tous les objets que nous pouvons voir et toucher et qui constituent notre environnement physique quotidien.

- **L'environnement macrosocial**

C'est un ensemble social ou une société globale qui possède ses propres conditions économiques, politiques et socioculturelles. Cela réfère aux institutions sociales, aux coutumes, à la culture, aux valeurs, aux principes, aux droits et aux lois qui régissent les comportements humains pour assurer la cohésion sociale.

- **L'environnement microsociale**

Il se réfère à l'interaction des personnes dans des groupes restreints, donc à l'entourage immédiat comme la famille, le quartier, l'école, les amis, le milieu de travail. Ce sont les groupes d'appartenance de l'être humain où il existe une proximité physique et un contact direct, et ce, à différentes étapes de sa vie.

2. LA DÉFINITION DE L'ADAPTATION BIOPSYCHOSOCIALE

Cette définition met en relation deux notions : la réalité interne (aspect psychologique) et la réalité externe (aspect social). La conduite humaine tient à la fois de la personne et de son environnement. Toute conduite est un effort d'adaptation.

L'adaptation biopsychosociale est donc définie comme « l'équilibre ou la recherche d'équilibre entre le bien-être interne et le bien-être externe dans certaines situations données ». Elle implique la présence simultanée de l'adaptation à la réalité interne et de l'adaptation à la réalité externe.

Cette définition tient compte autant de la responsabilité de l'individu que de celle de l'environnement social. Cela implique donc qu'une personne est capable de surmonter ses problèmes et ceux de sa société. Elle suppose, d'une part, que les besoins individuels doivent être satisfaits, donc que la société doit favoriser l'épanouissement de ses membres; d'autre part, l'individu doit, dans la mesure du possible, s'adapter à son environnement en le modifiant s'il le faut.

En conclusion, nous pouvons dire qu'une adaptation adéquate favorise le développement individuel et le développement collectif.



3. LA DÉFINITION DE L'INADAPTATION BIOPSYCHOSOCIALE

L'inadaptation biopsychosociale se définit comme *un déséquilibre* parce qu'il y a la présence d'une inadaptation, qu'elle soit interne ou externe. Ce déséquilibre, plus ou moins prolongé dans le temps, peut être occasionné par TROIS possibilités : ADAPTATION INTERNE ET INADAPTATION EXTERNE, INADAPTATION INTERNE ET ADAPTATION EXTERNE, ou encore, INADAPTATION INTERNE ET INADAPTATION EXTERNE.

Il y a INADAPTATION INTERNE lorsque le déséquilibre provient de conflits intrapsychiques ou de limitations fonctionnelles découlant de déficiences physiques, intellectuelles ou psychologiques (mal-être interne).

Il y a INADAPTATION EXTERNE lorsque le déséquilibre est causé par le fait que la personne ne répond pas aux attentes de l'entourage, ce qui occasionne des conflits interpersonnels, sociaux ou culturels et lorsque les conflits perdurent parce qu'une personne transgresse les lois, s'écartent des normes de comportement et menace l'équilibre microsocial ou macrosocial (mal-être externe).

4. LES PHASES DU PROCESSUS DE L'ADAPTATION BIOPSYCHOSOCIALE

Nous distinguons TROIS phases dans le processus d'adaptation : la genèse des difficultés (comment c'est arrivé...), la période d'inadaptation (ce qui m'est arrivé et ce que j'ai ressenti) et la période d'adaptation (comment j'ai réussi à m'en sortir).

a) Les facteurs d'inadaptation ou la genèse des difficultés

C'est l'ensemble des facteurs biologiques, psychodéveloppementaux et environnementaux qui sont à l'origine ou qui concourent à la formation d'un déséquilibre provisoire ou durable.

Ces mêmes facteurs n'entraînent pas toujours les mêmes conséquences chez les personnes concernées. De plus, il faut souvent considérer une combinaison de plusieurs facteurs.

b) Les difficultés rencontrées ou la période d'inadaptation

Les facteurs d'inadaptation ont des conséquences qu'on appelle difficultés d'adaptation, des problèmes ou des crises, des inadaptations provisoires ou durables. Cette période est caractérisée par un déséquilibre, une souffrance, un stress physique et psychologique vécus par la personne ou par son entourage.

c) Les cheminements adaptatifs ou la période d'adaptation

L'énergie psychique et physique de la personne et de son entourage est centrée sur la recherche d'un nouvel équilibre ou sur la limitation des conséquences négatives de l'inadaptation.

Lorsque l'inadaptation est provisoire, la période d'adaptation s'amorce graduellement dès qu'apparaissent des facteurs favorables à celle-ci.

Lorsque l'inadaptation est durable, le nouvel équilibre ne sera pas trouvé ou du moins, il sera très précaire. Le changement s'effectue très lentement et il est parsemé de périodes de tension, d'inquiétude et de doute.

5. LA GENÈSE DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION

L'inadaptation est inséparable de la vie elle-même. Tout ce qui perturbe la vie quotidienne peut, en principe, la désorganiser et placer l'existence de la personne en période plus ou moins longue et intense de déséquilibre.

a) L'échelle de pondération des facteurs causals

Ces facteurs sont considérés comme étant habituellement défavorables. Leur valeur est accordée en fonction des conséquences d'inadaptation qu'ils peuvent entraîner.

- **Les facteurs déterminants**

Ils concernent les **facteurs génétiques** héréditaires et plusieurs facteurs génétiques accidentels, mais non héréditaires.

On les appelle « **déterminismes** » quand ils sont irréversibles.

- **Les facteurs prédisposants**

Les prédispositions peuvent être d'origine **héréditaire, familiale ou socioculturelle**. Leurs conséquences sont modifiables.

On retrouve dans cette catégorie, les traits de personnalité qui sont en relation directe avec la façon de vivre au quotidien et d'entrer en relation avec l'entourage (les croyances et les attitudes). Par exemple, certaines personnes sont plutôt anxieuses, pessimistes ou méfiantes, d'autres sont plutôt optimistes, calmes et confiantes.

- **Les facteurs déclenchants**

Ils font référence aux **stresseurs biopsychosociaux** liés à l'environnement ou aux habitudes de vie d'une personne et qui contribuent à engendrer des difficultés d'adaptation. Exemples :

- *Traumatismes physiques* : accident, agression, maladie grave subite.
- *Traumatismes psychiques* :
 - **stresseurs aigus** : décès ou maladie d'une personne importante, divorce, perte d'emploi, perte financière.
 - **stresseurs chroniques** : mésentente conjugale ou familiale récurrente, tension sur le plan de travail ou social, maladie sérieuse chronique.

- **Les facteurs de maintien**

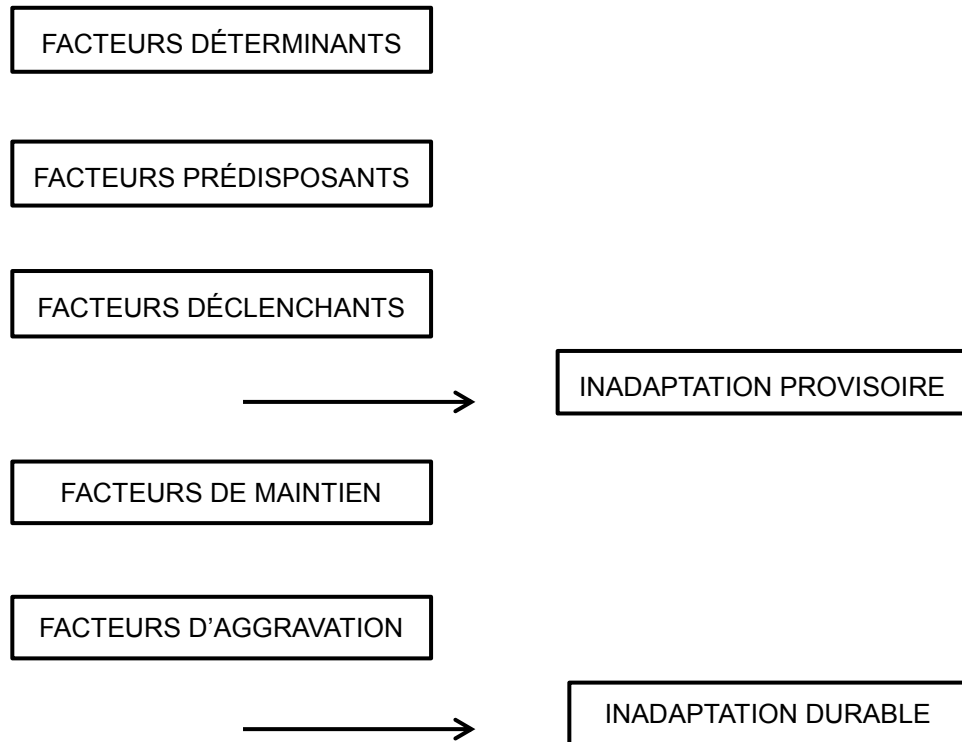
Ils contribuent à maintenir les difficultés. Habituellement ce sont les **facteurs psychodéveloppementaux, surtout les facteurs cognitifs**.

Donc, une action qui pourrait être posée ne l'est pas ou une action qu'il est préférable de ne pas poser l'est.

- **Les facteurs d'aggravation**

Ils font référence aux cercles vicieux et concernent principalement les interventions inadéquates de l'**environnement social** qui aggravent des situations déjà difficiles.

ÉCHELLE DE PONDÉRATION DES FACTEURS CAUSALS¹



¹ TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir*, Montréal, Éditions St-Martin, 2001, p. 69.

b) La typologie des facteurs d'inadaptation

Les facteurs pouvant jouer un rôle dans l'origine ou le développement de difficultés d'adaptation vécues par l'être humain peuvent être regroupés selon TROIS ordres de causalité² : les facteurs biologiques, les facteurs environnementaux et les facteurs psychodéveloppementaux.

| |
|--|
| <p>Facteurs biologiques</p> <p>Facteurs héréditaires endogènes Facteurs prénatals exogènes Facteurs périnatals exogènes Facteurs postnatals</p> |
| <p>Facteurs environnementaux</p> <p>Facteurs liés aux conditions naturelles Facteurs liés aux conditions macrosociales Facteurs liés aux conditions microsociales</p> |
| <p>Facteurs psychodéveloppementaux</p> <p>Facteurs liés aux stades de développement Facteurs liés à la motivation Facteurs cognitifs Facteurs affectifs</p> |

- **Les facteurs biologiques**

- **Les facteurs héréditaires endogènes**

Ce sont des désordres ou des maladies héréditaires qui affectent l'individu et qui sont transmis en même temps que les caractéristiques spécifiques portées par les chromosomes. Il peut s'agir d'une malformation portant sur un tissu ou sur un organe comme d'un trouble fonctionnel relatif au métabolisme. Ces facteurs sont dus à une cause interne et apparaissent au tout début du développement embryonnaire. Exemples :

- Trisomie 21
- Diabète
- Fibrose kystique
- Hémophilie

² TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2001, p. 72.

▪ Les facteurs prénatals exogènes

Même si le bagage génétique est favorable au développement de l'embryon, des obstacles environnementaux précoces peuvent entraver ce dernier. Ce sont des facteurs externes ou environnementaux qui viennent agir sur l'activité des gènes eux-mêmes, mais ne modifieront pas la structure interne des gènes et ne pourront pas être transmis héréditairement. Exemple :

- Un enfant naît sans bras parce que sa mère a absorbé un médicament dangereux pendant sa grossesse. Celui-ci ne transmettra pas cette anomalie à ses enfants.

Les facteurs qui entrent dans cette catégorie

- Les traumatismes physiques : Des accidents (chutes, agressions, coups, blessures chez la mère) pouvant nuire au développement du fœtus (organes, membres, cerveau).
- Les infections transmises par la mère : Les infections les plus connues sont les infections transmises sexuellement et la rubéole contractée dans les 10 premières semaines de grossesse.
- Les vaccinations durant la grossesse : Elles sont, en général, déconseillées; les vaccins contre la typhoïde, la diphtérie, la tuberculose, la rage, la poliomyélite et la variole sont considérés comme dangereux pendant la grossesse.
- Les drogues et les agents toxiques.
- Les médicaments : Certains médicaments sont déconseillés.
- Les éléments radioactifs : Rayons X, rayons ultraviolets et radiations nucléaires.
- L'incompatibilité sanguine.
- Les autres facteurs maternels : Mauvais état de santé général ou sous-alimentation de la mère.

▪ Les facteurs périnatals exogènes

Ce sont tous les facteurs susceptibles d'intervenir durant la période de l'accouchement. Certains de ces facteurs concernent l'enfant lui-même ou les conditions de l'accouchement. Ils entraînent, généralement, un manque d'oxygène ou divers traumatismes.

- Les caractéristiques du fœtus : La mauvaise présentation du bébé. Aussi, un bébé trop gros peut souffrir d'anoxie s'il reste bloquer dans la filière pelvigénitale.
- L'utilisation de médicaments : Certains médicaments sont utilisés pour déclencher artificiellement le travail, pour faciliter les contractions ou diminuer l'anxiété.
- L'utilisation de moyens techniques : L'utilisation des forceps et l'accouchement par césarienne.
- Le manque de soins adéquats : Conditions d'hygiène inadéquates ou équipements insuffisants.

*CES TROIS FACTEURS (HÉRÉDITAIRES, PRÉNATALS ET PÉRINATALS) SONT APPELÉS **CONGÉNITAUX** PARCE QU'ILS APPARAISSENT PENDANT LA VIE UTÉRINE ET QU'ILS SONT PRÉSENTS À LA NAISSANCE.*

- **Les facteurs postnatals**

Ce sont tous les facteurs d'inadaptation biologiques, d'ordre physique ou physiologique, qui peuvent intervenir à toutes les étapes de la vie personnelle : enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse.

Les facteurs intervenant durant les premières années de la vie

1. Les maladies infantiles : Les méningites ou toutes les maladies infantiles banales lorsqu'elles sont accompagnées de complications d'ordre encéphalique.
2. La non-vaccination : La vaccination immunise contre la plupart des maladies contagieuses telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la variole.
3. Les intoxications : Lorsque l'enfant ingurgite des produits toxiques ou des médicaments, cela peut avoir des répercussions sur sa santé.
4. Les accidents en bas âge : Les plus courants sont les électrocutions, les chutes, les blessures consécutives à des actes de violence familiale et les noyades.

Les facteurs intervenant durant les étapes ultérieures du développement

1. Les accidents de toutes sortes : De jeu, de sport, de la route et de travail peuvent entraîner des séquelles de tous genres.
2. Les radiations : Par les radiographies trop fréquentes ou excessives.
3. La surconsommation de drogues : Le tabagisme, l'alcoolisme, l'usage abusif de drogues ou de médicaments entraînent différents risques.
4. Les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), par exemple, la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès, les hépatites, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise SIDA, le virus du papillome humain (VPH), etc.

- **Les facteurs environnementaux³**

| |
|---|
| <p>Facteurs naturels et physiques</p> <p>Sources naturelles d'agression Choix de société Mouvements de population Agressions sur les récoltes par des produits chimiques Pollution de l'air et de l'eau Restructuration environnementale Production de déchets résiduels</p> |
| <p>Facteurs macrosociaux</p> <p>Augmentation de nos exigences Genre de vie moderne Attitudes collectives Désorganisation sociale Déviance sociale Mobilité culturelle Inégalités sociales Difficultés de coordination des services publics Crise des valeurs</p> |
| <p>Facteurs microsociaux</p> <ul style="list-style-type: none">▪Négligences et carences affectives en bas âge▪Violence faite aux enfants▪Milieu familial dysfonctionnel▪Carences de l'autorité parentale▪Présence d'un stresseur sévère et prolongé▪Difficultés d'intégration scolaire▪Influence négative de groupes d'appartenance▪Crises et changements de statut▪Isolement social |

Les facteurs environnementaux se divisent en TROIS grandes catégories : les facteurs liés aux conditions naturelles, les facteurs liés aux conditions macrosociales et les facteurs liés aux conditions microsociales. Nous nous arrêterons principalement sur ces dernières, car c'est au sein de cette catégorie qu'on peut retracer une influence plus tangible sur l'origine, le maintien ou l'aggravation de plusieurs inadaptations individuelles. Ces conditions renvoient aux facteurs relationnels présents dans les différents groupes d'appartenance d'une personne au cours de son histoire personnelle : sa famille, l'école, les pairs, le monde du travail.

³ TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2001.

▪ Les facteurs microsociaux

1. La négligence et les carences éducatives en bas âge : Les liens affectifs que l'enfant entretient avec son père et sa mère exercent une influence majeure sur son développement. Certaines situations peuvent entraver la formation adéquate de ces liens : départ d'un parent ou retrait de l'enfant lorsque le milieu pathogène porte atteinte à son intégrité physique et psychologique.
2. La violence faite aux enfants : Au Québec, plus de 76 000 cas d'enfants sont signalés chaque année à la Direction de la protection de la jeunesse (2011). Ceci représente 5 % de la population âgée entre 0 et 17 ans.⁴ Les types de mauvais traitements les plus répandus sont la négligence physique, les abus physiques, les abus sexuels et les carences affectives graves. L'enfant victime de violence, surtout si celle-ci est intense et s'étale sur une longue période, risque de conserver des séquelles qui peuvent compromettre son développement. Les conséquences de ces formes de violence peuvent être des dommages cérébraux, des problèmes de santé, des retards de développement et des troubles de comportement.
3. Le milieu familial dysfonctionnel : Lorsque la famille est éclatée et désorganisée, instable, elle peut avoir de la difficulté à jouer son rôle dans l'éducation des enfants. Un grand nombre de difficultés sont étroitement associées à ce facteur.
4. Les carences de l'autorité parentale : Lorsque la relation éducative est trop autoritaire, cela entraîne de la tension et des réactions agressives chez l'enfant. Par contre, des parents surprotecteurs ou trop permissifs ainsi qu'un milieu peu stimulant peuvent être aussi à l'origine de problèmes.
5. La présence d'un stresser sévère et prolongé : Lorsqu'un membre de la famille a des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie, de délinquance, une maladie chronique ou dégénérative, une déficience physique ou intellectuelle, une maladie mentale ou des tendances suicidaires, cela peut avoir des répercussions sur le reste de la famille. Donc, une maladie chronique, une déficience, le manque de l'essentiel, un sérieux traumatisme psychique et une situation d'inceste peuvent entraîner diverses difficultés d'adaptation.
6. Les difficultés d'intégration scolaire : Certaines difficultés peuvent venir du bagage insuffisant de l'élève (limitations intellectuelles ou sensorielles), du contexte socioéconomique (milieux défavorisés ou intégration des immigrants) ou de l'organisation scolaire elle-même (enseignement non adapté aux besoins de l'enfant).
7. L'influence négative des groupes d'appartenance : Lorsque ces groupes sont de nature déviante, ils manipulent des personnes plus fragiles qui veulent s'y associer. Certains groupes véhiculent une idéologie d'intolérance et de violence (exemples : groupes de motards criminalisés, sectes religieuses).

⁴ Bilan des DPJ 2011. [En ligne], [http://centrejeunessebsl.com/publication/pdf/cjbsl_rapport_de_gestion_2011_2012.pdf] (Consulté le 15 décembre 2012).

8. Les crises et les changements de statut : Parmi ceux-ci, on retrouve principalement les difficultés conjugales, les difficultés professionnelles, les mises à la retraite et les deuils.
9. L'isolement social : L'éclatement des liens familiaux et sociaux et la perte ou la séparation d'êtres chers jouent un rôle important dans la genèse des inadaptations. L'isolement frappe surtout les personnes âgées, les jeunes décrocheurs et les responsables de famille monoparentale.

- **Les facteurs psychodéveloppementaux**

Ces facteurs ne seront pas abordés dans ce cours.

6. LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION

a) **Les niveaux d'inadaptation**

- **L'inadaptation provisoire**

L'inadaptation provisoire se caractérise par un processus où un certain niveau de déséquilibre permet la mise en place d'un nouvel équilibre. Elle est habituellement de courte durée.

Aucun être humain ne peut se soustraire à certaines inadaptations sur le long parcours de la vie. Certaines personnes auront plus de facilité que d'autres à retrouver un équilibre. Un grand nombre des inadaptations provisoires sont des moments indispensables au progrès individuel et social. Elles sont donc des occasions d'épanouissement et de progression même si elles sont porteuses de stress et d'anxiété.

Selon l'interaction des conditions, la personne peut donc en arriver, soit à la maîtrise de la situation, soit à l'échec. À toute inadaptation provisoire correspond toujours la possibilité d'une période d'inadaptation durable parce que certaines personnes ont des ressources biologiques, psychologiques ou environnementales plus limitées, ce qui les rend donc plus vulnérables.

- **L'inadaptation durable**

L'inadaptation durable se caractérise par une très grande difficulté à utiliser un déséquilibre pour progresser. Un déséquilibre prolongé s'installe, soit que l'individu est plus vulnérable, soit que son entourage ne le supporte pas adéquatement. S'il y a tentative inadéquate d'adaptation ou échec des efforts d'adaptation, on parlera d'inadaptation durable.

b) Les difficultés d'adaptation⁵

Les difficultés de la vie

1. Difficultés reliées à la vie quotidienne
2. Difficultés reliées aux étapes de croissance
3. Difficultés reliées au vieillissement
4. Difficultés reliées aux maladies physiques
5. Difficultés reliées aux crises existentielles

Les problématiques spéciales

1. Difficultés reliées à la violence
2. Difficultés reliées au suicide
3. Difficultés reliées à la pauvreté
4. Difficultés reliées à l'intégration scolaire
5. Difficultés reliées au marché du travail

Les déficiences

1. Difficultés reliées aux déficiences intellectuelles
2. Difficultés reliées aux déficiences psychiques ou émotionnelles
3. Difficultés reliées aux déficiences physiques
4. Difficultés reliées aux déficiences sensorielles

Les déviations sociales

1. Difficultés reliées à la délinquance juvénile
2. Difficultés reliées à la criminalité
3. Difficultés reliées aux toxicomanies
4. Difficultés reliées à l'exclusion sociale

• **Les difficultés de la vie**

1. Les difficultés de la vie quotidienne concernent les problèmes quotidiens liés à la satisfaction des besoins physiologiques, affectifs et existentiels.
2. Les difficultés reliées aux étapes de croissance concernent les défis à relever lors de chaque période de maturation de la naissance à la mort.
3. Les difficultés reliées au vieillissement concernent les pertes graduelles de l'autonomie sur plusieurs plans qui surviennent à mesure que la personne avance en âge.
4. Les difficultés reliées aux maladies physiques qui entravent notre quotidien ou qui laissent des séquelles plus importantes.

⁵ TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2001, p. 133 à 139.

5. Les difficultés reliées aux crises existentielles qui peuvent se produire à tous les âges de la vie. Parmi celles-ci, on retrouve l'avortement, la naissance à risque, le changement de statut et de rôle, les déceptions amoureuses, la perte d'emploi, le divorce, le départ d'êtres chers, la mort et le processus de deuil.

- **Les problématiques spéciales**

1. Les problématiques reliées à la violence sont celles que subissent les victimes d'agressions de toutes sortes, quel que soit leur âge.

Enfants : Négligence, rejet affectif, abus physiques, inceste et abus sexuels

Adultes : Victimes d'actes criminels, femmes victimes de violence conjugale (physique, verbale, psychologique, économique ou sexuelle)

Personnes âgées : Victimes d'agressions physiques, financières et psychologiques

2. La problématique du suicide qui touche tous les groupes d'âge.
3. Les difficultés reliées à la pauvreté touchant principalement les chômeurs chroniques, les assistés sociaux, les immigrants, les sans-abris.
4. La problématique de l'intégration scolaire concerne surtout les jeunes ayant des troubles du comportement et des troubles de l'apprentissage à l'école, mais on la retrouve également chez les adultes.
5. Les difficultés reliées au marché du travail concernent la précarité de l'emploi, les accidents de travail et les maladies professionnelles.

- **Les déficiences**

1. La déficience intellectuelle est présente lorsque l'évaluation des fonctions cognitives révèle un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne, accompagné d'une déficience du comportement adaptatif. On parle de déficience légère, moyenne, sévère ou profonde.
2. Les déficiences psychiques ou émotionnelles concernent les troubles mentaux entraînant un dysfonctionnement comportemental et psychologique. Chez les adultes, on retrouve les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles sexuels, les troubles alimentaires, les états de stress posttraumatiques et les troubles de la personnalité. Chez les enfants et les adolescents, on peut inclure les troubles des conduites et les problèmes d'identité.
3. Les difficultés reliées aux déficiences physiques comprennent les déficiences motrices, organiques et de la parole.
4. Les difficultés sensorielles comprennent toutes les atteintes aux organes des sens : les déficiences auditives et visuelles ainsi que les déficiences olfactives, gustatives et tactiles.

- **Les déviations sociales**

1. Les difficultés reliées à la délinquance juvénile, tant la délinquance officielle que la délinquance cachée, concernent les délits contre les biens, ceux contre la personne et ceux reliés à la consommation et vente de la drogue.
2. Les difficultés reliées à la criminalité adulte concernent toutes les activités illégales d'une personne.
3. Les difficultés reliées aux toxicomanies font référence à la surconsommation de drogues, au phénomène de la dépendance physique ou psychologique. Elles incluent l'alcoolisme, l'abus des drogues et la pharmacodépendance. À une certaine époque, ces difficultés se présentaient surtout chez les adultes; aujourd'hui, les adolescents et les enfants sont de plus en plus touchés.
4. Les difficultés reliées à l'exclusion sociale font référence aux nouveaux phénomènes de marginalisation (itinérants, *squeegees*, gens de la rue).

Source : TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine : un processus biopsychosocial à découvrir*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2001.

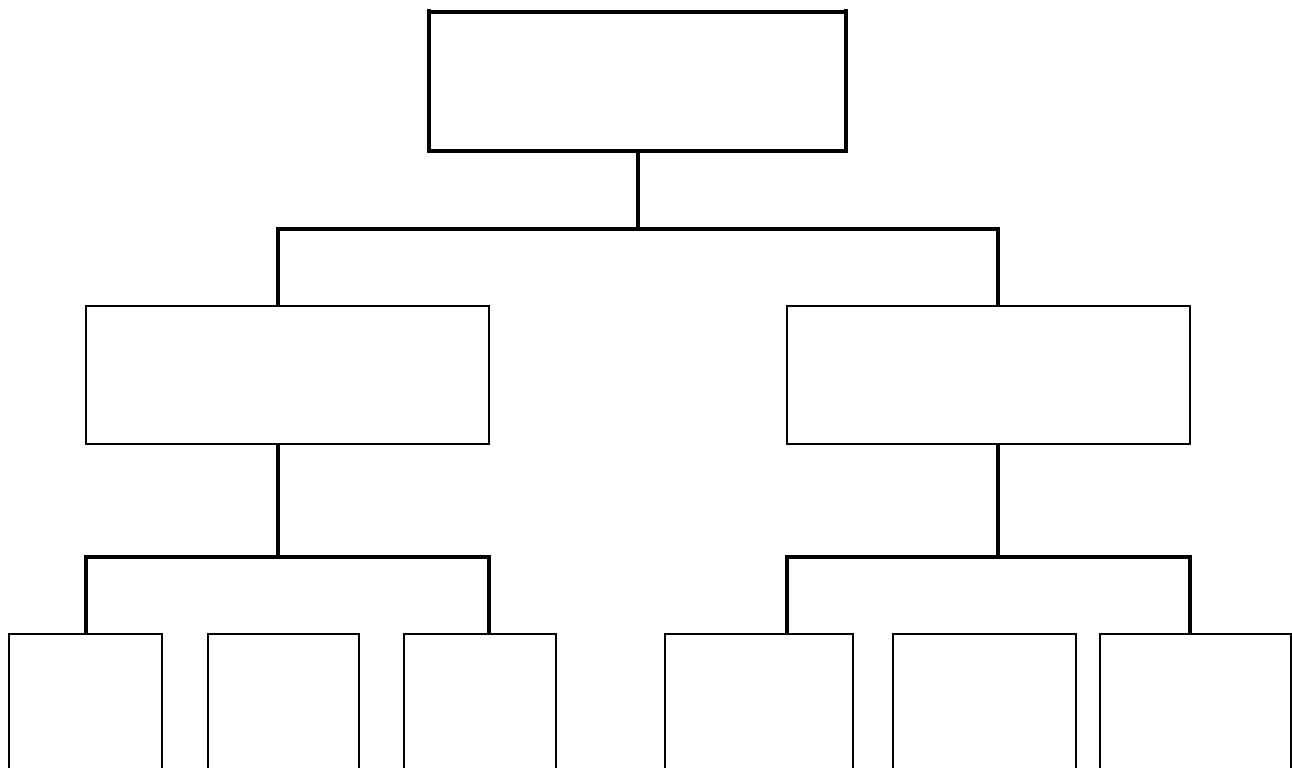
Exercice 1

ACTIVITÉ DE RÉVISION L'adaptation humaine



1. Relisez vos notes de cours, p. 1 à 17.
2. Découpez les éléments remis. Les éléments foncés sont les composantes principales, les autres sont des définitions ou exemples.
3. Sans regarder vos notes, placez et collez les éléments.
4. À l'aide d'un stylo de couleur et de vos notes de cours, inscrivez les correctifs.

Les composantes de l'adaptation humaine



Exercice 2

Adaptation, inadaptation et phases de l'adaptation

1. Sans regarder vos notes, associez avec des couleurs différentes la définition ou l'exemple à l'élément de la colonne de droite.
2. Corrigez au stylo en vous référant à vos notes de cours.
3. Ajoutez les informations supplémentaires que vous jugez nécessaires.

| | |
|--|--|
| 1. Un déséquilibre interne et/ou externe | a) Inadaptation interne |
| 2. Ce qui est à l'origine de déséquilibre | b) Adaptation biopsychosociale |
| 3. Phase de souffrance, de déséquilibre vécue par la personne ou son entourage | c) Facteurs d'inadaptation ou genèse des difficultés |
| 4. Recherche d'un nouvel équilibre | d) Inadaptation externe |
| 5. L'équilibre entre le bien-être interne et le bien-être externe | e) Cheminements adaptatifs ou période d'inadaptation |
| 6. Un manque de soutien social et financier, conflits interpersonnels | f) Difficultés rencontrées ou période d'inadaptation |
| 7. Une perte d'emploi, une dépression, une perte de confiance en soi | g) Inadaptation biopsychosociale |

Exercice 3

Complétez les phrases ci-dessous avec les mots suivants :

| | | | |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|
| <i>modifiant</i> | <i>similaire</i> | <i>effort</i> | <i>conséquences</i> |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|

1. Toute conduite est un _____ d'adaptation.
2. L'individu doit s'adapter à son environnement en le _____ s'il le faut.
3. Un même facteur n'entraîne pas toujours les mêmes _____.
4. Peu importe les difficultés, le processus d'adaptation est _____.

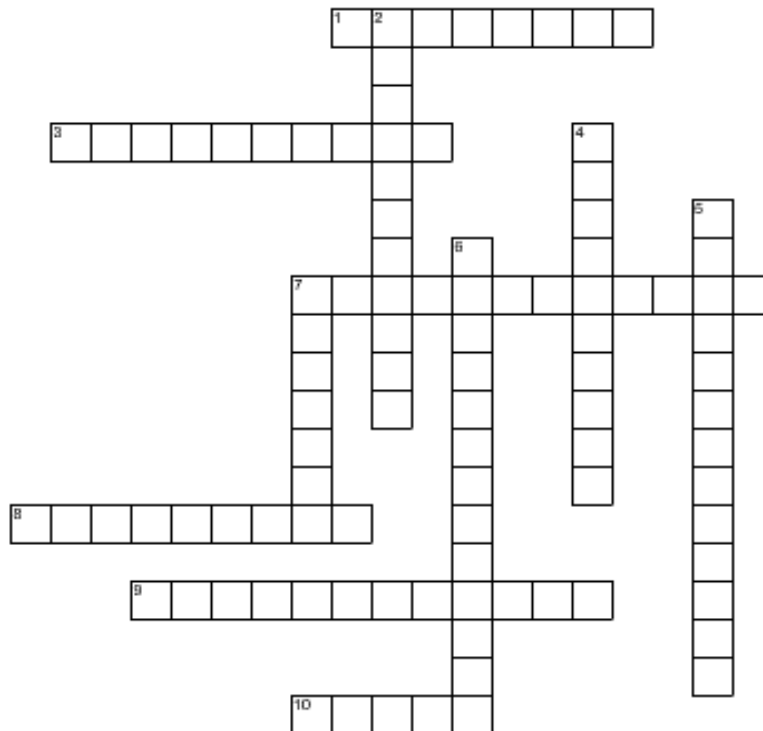
Exercice 4



Complétez les mots croisés et ajoutez ou identifiez les éléments que vous trouvez importants dans les définitions.

L'inadaptation humaine

Facteurs causals et niveaux de difficulté



Horizontal

1. Facteurs psychodéveloppementaux (individuel), surtout les facteurs cognitifs qui font en sorte que la personne demeure dans ses difficultés.
3. Inadaptation de courte durée qui permet la mise en place d'un nouvel équilibre et qui est souvent une occasion d'épanouissement et de progression même si elle est porteuse de stress et d'anxiété.
7. Facteurs génétiques héréditaires et plusieurs facteurs génétiques accidentels, mais non héréditaires.
8. Traumatismes comme les accidents, agressions ou maladie grave subite font partie de ce type de stresser.
9. Ce sont des stresser biopsychosociaux liés à l'environnement ou aux habitudes de vie d'une personne et qui contribuent à engendrer des difficultés d'adaptation.
10. Stresser subits comme un décès ou maladie d'une personne importante, un divorce ou une perte d'emploi.

Vertical

2. Facteurs qui sont représentés par les interventions inadéquates de l'environnement social (externe) qui amplifient des situations déjà difficiles.
4. Stresser de longue durée comme une mésentente conjugale ou familiale récurrente, des tensions sur le plan travail ou social, une maladie sérieuse chronique.
5. Facteurs génétiques irréversibles.
6. Facteurs qui peuvent être d'origine héréditaire, familiale ou socioculturelle, par exemple, les traits de personnalité, un problème de consommation dans la famille ou la pauvreté.
7. Une inadaptation prolongée s'installe à cause de la vulnérabilité de la personne ou entourage peu supportant ou adéquat. Il peut y avoir tentative inadéquate d'adaptation ou échec des efforts d'adaptation.

Exercice 5 : La typologie des facteurs d'inadaptation (p. 9 à 11)

| Ordre de causalité | Types | Définition ou mots-clés | Exemples |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|----------|
| Facteurs biologiques | Héréditaires endogènes* | | |
| | Prénatals exogènes* | | |
| | Périnatals exogènes* | | |
| | Postnatals | | |

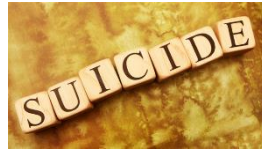
* Facteurs congénitaux (déjà présents à la naissance).

| Ordre de causalité | Types | Définition ou mots-clés | Exemples |
|---|-----------------------|-------------------------|----------|
| Facteurs environnementaux (externes) | Naturels et physiques | | |
| | Macrosociaux | | |
| | Microsociaux | | |

Exercice 6 : Les difficultés d'adaptation (p. 6 à 15)

Associez ou collez les images de la page suivante pour classer les difficultés d'adaptation. Ajoutez les catégories manquantes en écrivant des mots-clés, exemples, dessins, images, etc.

| | |
|---|--|
| <p>Les difficultés de la vie</p> | <p>Les problématiques spéciales</p> |
| <p>Les déficiences</p> | <p>Les déviations sociales</p> |



Itinérance/exclusion



Jeu pathologique



Dépression



Mort/deuil



Violence conjugale



Accident de travail



Maladie



Viellissement

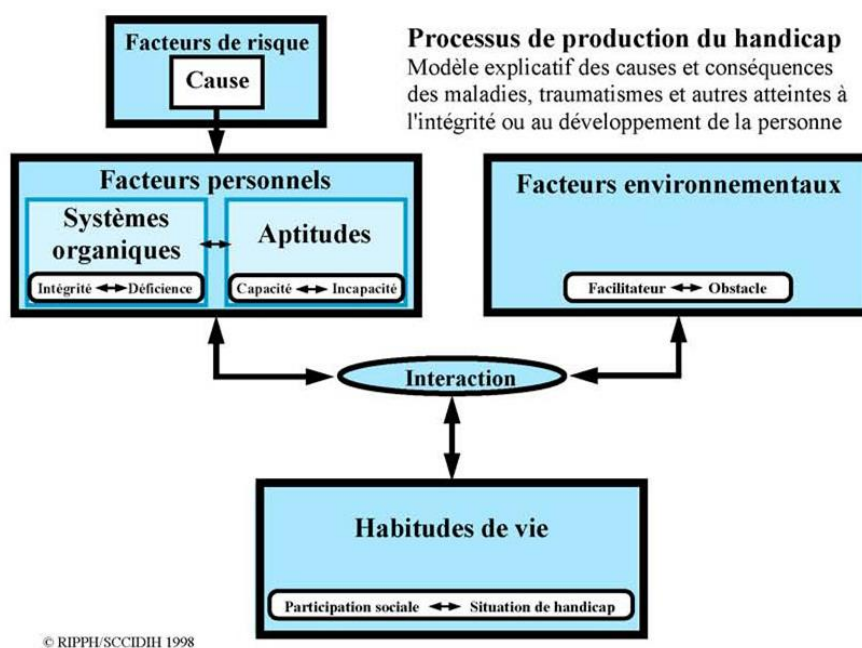


Trouble d'apprentissage

LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 29 à 48 surlignées, annotées et chaque section séparée par des onglets
- Exercices d'appropriation des concepts
- Exemple d'un cas
- Vos notes personnelles (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision sont :

- Comprendre le schéma conceptuel du processus de production du handicap.
- Différencier les catégories et les concepts importants.
- Organiser les notes afin de rendre leur utilisation efficace.

Évaluation de ce thème :

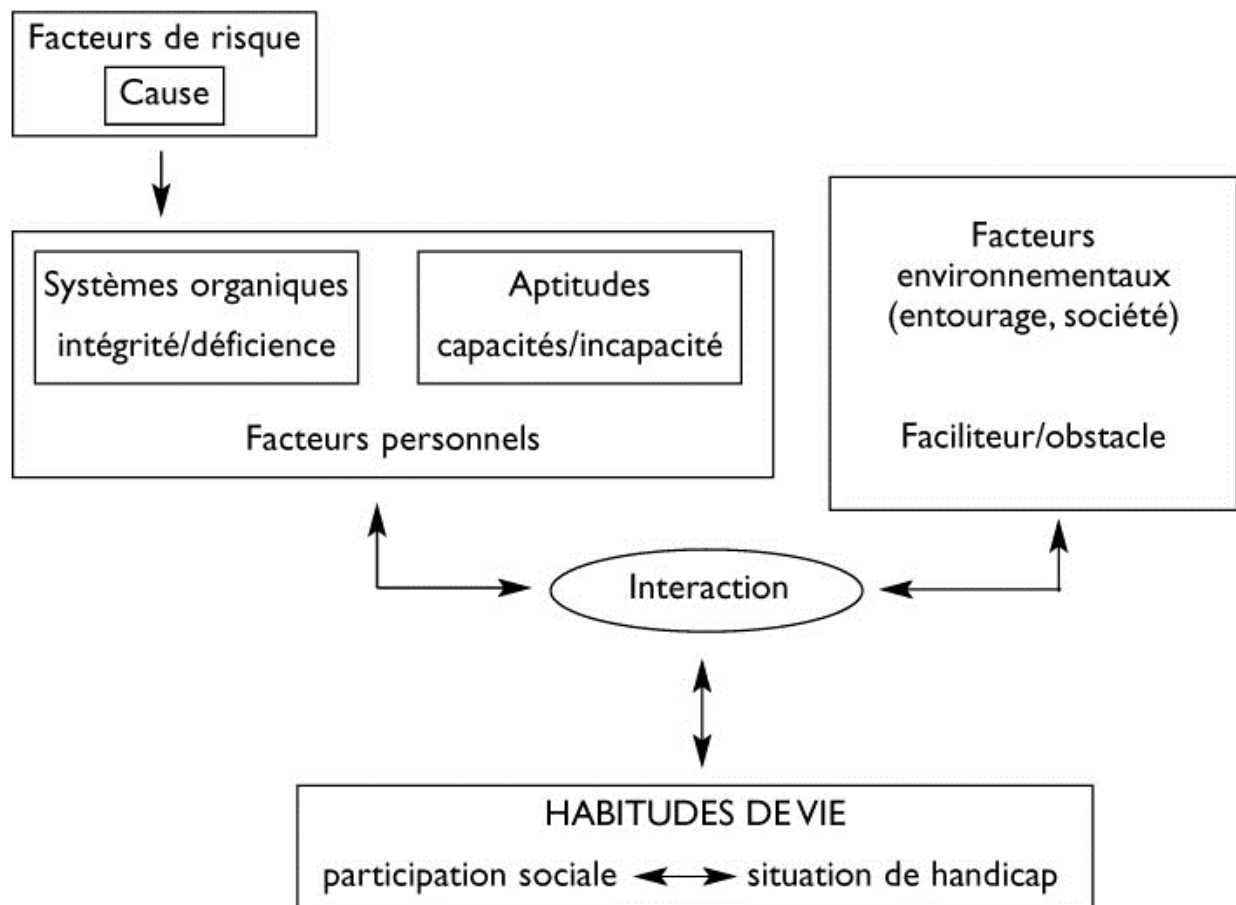
| | | |
|---------|--------------------|------|
| Cours 4 | Travail sur le PPH | 10 % |
|---------|--------------------|------|

LA CLASSIFICATION QUÉBÉCOISE DES DÉFICIENCES, INCAPACITÉS ET HANDICAPS

LE SCHÉMA CONCEPTUEL⁶

Le processus de production du handicap (PPH)⁷

Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne.



⁶ RIPPH/SCCIDIH. 1998.

⁷ FOUGEYROLLAS, Patrick et autres. *La classification du processus de production du handicap*, 2^e édition, Réseau international du PPH (RIPPH), 1998.

LES FACTEURS DE RISQUE

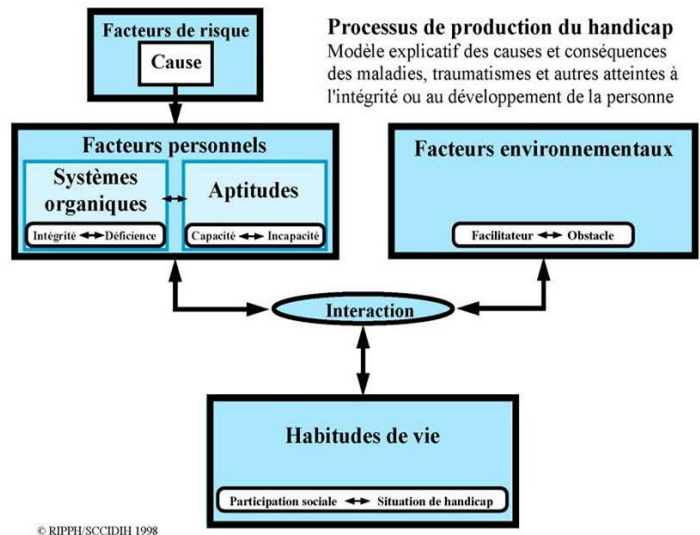
Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Cause

Une cause est un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Les grandes catégories

1. Risques biologiques
2. Risques liés à l'environnement physique
3. Risques liés à l'organisation sociale
4. Risques liés aux comportements individuels et sociaux



CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

1. RISQUES BIOLOGIQUES

Les risques liés au fonctionnement du corps d'une personne.

1.1 Risques héréditaires

Les risques liés à l'ensemble des caractères contenus dans les chromosomes et leurs gènes ainsi qu'à leur transmission tels que les tares génétiques et les accidents chromosomiques.

1.2 Risques prénataux

Les risques liés à la grossesse tels que les traumatismes, les infections transmises par la mère, les agents toxiques, l'incompatibilité sanguine, etc.

1.3 Risques périnataux

Les risques liés à la naissance tels que l'utilisation de médicaments, les caractéristiques du fœtus, le blocage du fœtus, l'utilisation de moyens techniques, des soins inadéquats, etc.

1.4 Risques infectieux

Les risques liés à la pénétration et au développement dans un organisme humain de microorganismes pathogènes tels que les bactéries, les champignons, les virus, etc.

1.5 Risques associés à l'état de santé et à la condition physique

Les risques liés à l'état physiologique et physique de la personne tels que la maladie, la forme physique, l'hypertension, le poids, les taux de cholestérol ou de glucides, etc.

1.6 Risques liés au développement

Les risques liés au développement psychique et physique de la personne tels que la croissance, le vieillissement, le développement psychomoteur, etc.

2. RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les risques liés à l'ensemble des éléments naturels et artificiels qui entourent une personne.

2.1 Risques liés à la flore et à la faune

Les risques liés à l'ensemble des espèces animales et végétales qui entourent l'être humain tels que les plantes vénéneuses, les comportements agressifs des animaux, les morsures, les piqûres d'insectes, etc.

2.2 Risques liés aux phénomènes naturels

Les risques liés à des phénomènes atmosphériques ou géologiques tels que le froid, la chaleur, la radiation solaire, les tempêtes, les orages violents, les séismes, les inondations, les glissements de terrain, l'activité volcanique, le feu, etc.

2.3 Risques liés à la géographie

Les risques liés à la disposition et aux contenus minéralogiques des espaces terrestres tels que les montagnes, les cours d'eau, etc.

2.4 Risques liés aux aménagements humains

Les risques liés à la transformation du territoire et à la création d'éléments architecturaux par l'homme tels que les bâtiments, les aménagements ruraux et urbains, les réseaux routiers, etc.

2.5 Risques liés à la salubrité

Les risques liés à la qualité des lieux occupés par l'homme tels que la qualité de l'air, du logement, la gestion des déchets, les différentes formes de pollution, etc.

2.6 Risques liés à la technologie

Les risques liés à la transformation et à l'utilisation de la matière par l'homme tels que les véhicules, les outils, les équipements, les vêtements, les produits chimiques, etc.

3. RISQUES LIÉS À L'ORGANISATION SOCIALE

Les risques liés à la structure, aux modes de fonctionnement de la société.

3.1 Risques socioéconomiques

Les risques liés aux phénomènes sociaux dans leurs relations avec les phénomènes économiques tels que la pauvreté, les richesses, l'illettrisme, la promiscuité, etc.

3.2 Risques liés à l'organisation des services

Les risques liés au fonctionnement des services à la population tels que les services de transport, gouvernementaux, sociaux, de santé, commerciaux, etc.

3.3 Risques liés aux conditions de travail

Les risques liés aux circonstances dans lesquelles est soumise une personne dans la production de son travail.

4. RISQUES LIÉS AUX COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET SOCIAUX

Les risques liés aux manières d'agir ou de réagir des individus, de leurs proches, de leurs familles ainsi que la société en général.

4.1 Risques liés aux coutumes et aux croyances

Les risques liés aux traditions, aux mœurs et aux usages.

4.2 Risques liés aux conflits

Les risques liés aux situations d'opposition entre deux personnes, groupes ou nations tels que les guerres, les conflits entre deux groupes, les conflits familiaux, etc.

4.3 Risques liés à la nutrition

Les risques liés aux comportements qui entourent l'ingestion de nourriture.

4.4 Risques liés à l'usage de substances toxiques

Les risques liés à la consommation et à l'usage de substances nocives tels que le tabac, les drogues, les médicaments, l'alcool, etc.

4.5 Risques liés à l'hygiène

Les risques liés aux comportements visant à préserver la santé.

4.6 Risques liés aux comportements d'autrui

Les risques liés aux comportements des autres tels que l'agressivité, l'exclusion, le non-respect des règles, l'alcoolisme, etc.

4.7 Risques liés aux comportements de la personne

Les risques liés aux comportements d'une personne tels que les comportements aventuriers, les comportements provocateurs, la sédentarité, l'hyperactivité, les comportements affectifs, etc.

Échelle qualitative des causes

1. Cause prédisposante

Une cause prédisposante est un facteur de risque qui influence ou favorise l'apparition d'une déficience ou d'une incapacité sans en être la cause directe.

2. Cause déclenchante

Une cause déclenchante est un facteur de risque qui provoque brusquement l'apparition d'une déficience ou d'une incapacité. Il exerce son influence généralement durant une période de temps limité.

3. Cause persistante

Une cause persistante est un facteur de risque qui entraîne l'apparition et le maintien d'une déficience ou d'une incapacité et qui exerce son influence sur une période de temps prolongée.

4. Cause aggravante

Une cause aggravante est un facteur de risque qui empire une déficience ou une incapacité déjà existante.

LES FACTEURS PERSONNELS

Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Système organique

Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.

Intégrité

L'intégrité correspond à la qualité d'un système organique inaltéré.

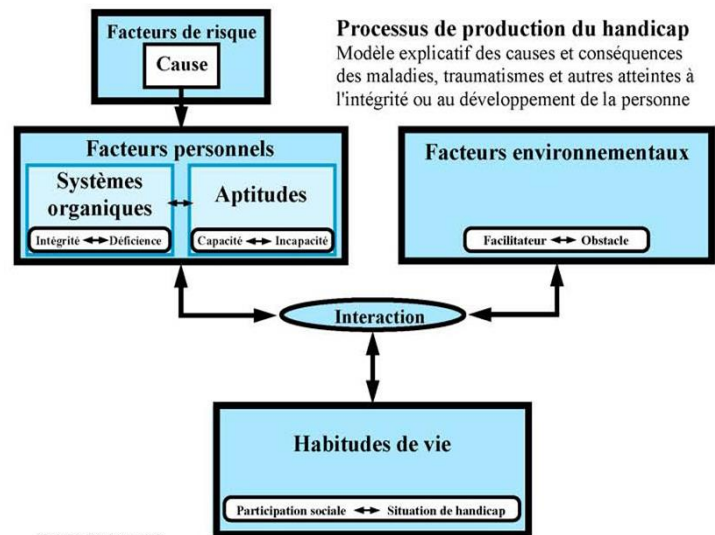
Déficiences

La déficience est la perte, la malformation ou l'anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience est le résultat d'un état pathologique objectif, observable, mesurable et pouvant faire l'objet d'un diagnostic.

Une personne peut avoir une ou plusieurs déficiences, à des degrés divers de gravité. La même déficience peut avoir différentes causes. Par exemple, une paralysie peut avoir été provoquée par un traumatisme à la moelle épinière ou par un accident vasculaire cérébral, mais la conséquence est la même; un membre est paralysé.

Les grandes catégories

1. Système nerveux
2. Système auriculaire
3. Système oculaire
4. Système digestif
5. Système respiratoire
6. Système cardiovasculaire
7. Système hématopoïétique et immunitaire
8. Système urinaire
9. Système endocrinien
10. Système reproducteur
11. Système cutané
12. Système musculaire
13. Système squelettique
14. Morphologie



CLASSIFICATION DES SYSTÈMES ORGANIQUES

1. SYSTÈME NERVEUX

- 1.1 Cerveau
- 1.2 Liquide céphalorachidien
- 1.3 Moelle épinière
- 1.4 Système nerveux périphérique
- 1.5 Système nerveux végétatif

2. SYSTÈME AURICULAIRE

- 2.1 Oreille externe
- 2.2 Oreille moyenne
- 2.3 Oreille interne

3. SYSTÈME OCULAIRE

- 3.1 Muscles oculomoteurs
- 3.2 Cornée
- 3.3 Conjonctives
- 3.4 Chambre antérieure de l'œil
- 3.5 Iris
- 3.6 Chambre postérieure de l'œil
- 3.7 Cristallin
- 3.8 Corps vitré
- 3.9 Rétine
- 3.10 Glande lacrymale
- 3.11 Canal lacrymal

4. APPAREIL DIGESTIF

- 4.1 Cavité buccale
- 4.2 Pharynx
- 4.3 Œsophage
- 4.4 Estomac
- 4.5 Intestin grêle
- 4.6 Foie et appareil vésiculaire
- 4.7 Pancréas exocrine
- 4.8 Gros intestin
- 4.9 Sphincter anal

5. SYSTÈME RESPIRATOIRE

- 5.1 Nez
- 5.2 Sinus
- 5.3 Larynx
- 5.4 Trachée
- 5.5 Poumons
- 5.6 Diaphragme

6. SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

- 6.1 Cœur
- 6.2 Système artériel
- 6.3 Système veineux

7. SYSTÈME HÉMATOPOÏÉTIQUE ET IMMUNITAIRE

- 7.1 Sang
- 7.2 Rate
- 7.3 Moelle osseuse
- 7.4 Système lymphatique

8. APPAREIL URINAIRE

- 8.1 Reins
- 8.2 Uretères
- 8.3 Vessie
- 8.4 Urètre
- 8.5 Sphincter vésical

9. SYSTÈME ENDOCRINIEN

- 9.1 Hypophyse
- 9.2 Thyroïde
- 9.3 Parathyroïdes
- 9.4 Pancréas endocrine
- 9.5 Surrénales
- 9.6 Pinéale
- 9.7 Thymus
- 9.8 Hypothalamus

10. SYSTÈME REPRODUCTEUR

- 10.1 Organes sexuels de la femme
- 10.2 Organes sexuels de l'homme

11. SYSTÈME CUTANÉ

- 11.1 Peau
- 11.2 Muqueuses
- 11.3 Parois abdominales
- 11.4 Poils
- 11.5 Ongles

12. SYSTÈME MUSCULAIRE

- 12.1 Muscles
- 12.2 Tendons

13. SYSTÈME SQUELETTIQUE

- 13.1 Cartilages
- 13.2 Os
- 13.3 Ligaments
- 13.4 Bourses séreuses
- 13.5 Articulations

14. MORPHOLOGIE

- 14.1 Taille
- 14.2 Poids

ÉCHELLES DE LOCALISATION ET DE SÉVÉRITÉ DE LA DÉFICIENCE

Localisation : corps, cou, tronc et bassin, membre supérieur, membre inférieur, droite, gauche, droite et gauche, non spécifiée, antérieur, postérieur, moyen.

Degré de sévérité de la déficience : intégrité, déficience minime, déficience moyenne, déficience importante, déficience non qualifiée.

LES APTITUDES

Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Capacité – Incapacité

La **capacité** correspond à l'expression positive d'une aptitude.

Une **incapacité** correspond au degré de réduction d'une aptitude.

Les grandes catégories

1. Aptitudes reliées aux activités intellectuelles
2. Aptitudes reliées au langage
3. Aptitudes reliées aux comportements
4. Aptitudes reliées aux sens et à la perception
5. Aptitudes reliées aux activités motrices
6. Aptitudes reliées à la respiration
7. Aptitudes reliées à la digestion
8. Aptitudes reliées à l'excrétion
9. Aptitudes reliées à la reproduction
10. Aptitudes reliées à la protection et à la résistance

CLASSIFICATION DES APTITUDES

1. APTITUDES RELIÉES AUX ACTIVITÉS INTELLECTUELLES

1.1 Conscience

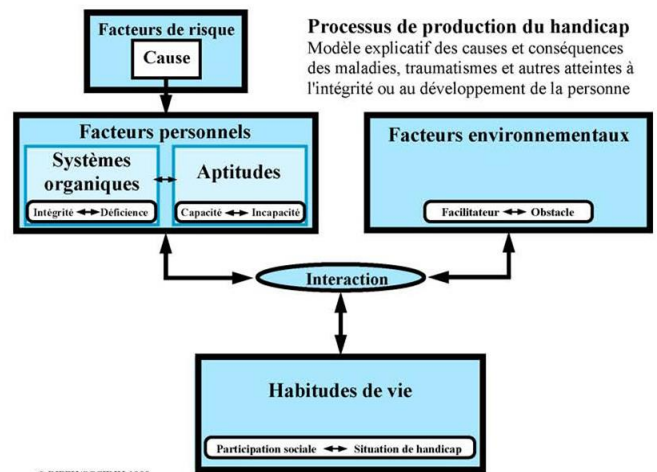
L'aptitude permettant de saisir les stimuli de l'environnement et de leur attribuer une signification : *vigilance, sommeil, attention, conscience de la réalité.*

1.2 Mnésie

L'aptitude à conserver et à se rappeler des états de conscience passés et de ce qui s'y trouve associé : *mémoire propositionnelle, mémoire procédurale.*

1.3 Pensée

L'aptitude à concevoir et à organiser des idées, concepts et représentations ainsi qu'à les utiliser : *conception, association, organisation séquentielle, catégorisation, réflexion, abstraction, analyse, synthèse, raisonnement, jugement, anticipation, calculie, créativité.*



2. APTITUDES RELIÉES AU LANGAGE

2.1 Parole

L'aptitude à produire des sons qu'ils soient soutenus ou successifs de telle sorte qu'ils constituent une chaîne articulée distincte et modulée : *articulation des sons, voix, résonance de la voix, prosodie.*

2.2 Expression

L'aptitude à émettre un message pour exprimer sa pensée ou ses sentiments : *expression non verbale, expression verbale.*

2.3 Compréhension

L'aptitude à comprendre et à intégrer un message : *compréhension de l'expression non verbale, compréhension de l'expression verbale.*

2.4 Métalinguistique

L'aptitude à réfléchir, à porter un jugement sur les différentes composantes du langage et sur ses différentes modalités d'expression et de compréhension.

3. APTITUDES RELIÉES AUX COMPORTEMENTS

3.1 Volition

L'aptitude à mobiliser ses forces personnelles pour atteindre un but : *motivation, décision, initiative, persévérance, intérêt, souplesse, patience, désir.*

3.2 Affectivité

L'aptitude à éprouver des émotions et d'autres sentiments personnels : *émotion, estime de soi, empathie, indépendance, sentiment d'appartenance.*

3.3 Conduites

L'aptitude à se diriger soi-même, à se comporter dans une circonstance déterminée : *sens des responsabilités, imitation, présentation de soi, sécurité personnelle, adaptation aux situations, sociabilité, intimité, affirmation de soi, respect des règles, compétitivité, coopération, contrôle des pulsions, contrôle des émotions, spontanéité, relaxation, écoute, planifier.*

4. APTITUDES RELIÉES AUX SENS ET À LA PERCEPTION

4.1 Fonctions intéroceptives

L'aptitude à sentir les variations qui se produisent à l'intérieur du corps : *faim, soif, satiété, douleur interne, besoin d'éliminer.*

4.2 Fonctions proprioceptives

L'aptitude à sentir la position ou le mouvement des parties du corps : *sens de la position de la tête, des membres, kinesthésie, sens de la tension musculaire, du déplacement du corps et de l'équilibre du corps.*

4.3 Fonctions extéroceptives

L'aptitude à percevoir la lumière, les couleurs et les formes : *vision, audition, goût, odorat, sens du toucher.*

5. APTITUDES RELIÉES AUX ACTIVITÉS MOTRICES

5.1 Mouvements réflexes

L'aptitude à avoir une réaction automatique, involontaire et immédiate d'une partie du corps à un stimulus : *réflexes primitifs, réflexes posturaux, réflexes de redressement, réflexes de protection, réflexe d'équilibration, réflexes médullaires extéroceptifs, réflexes médullaires proprioceptifs, réflexes pupillaires, réflexes acoustiques, réflexes auditivo-moteurs.*

5.2 Position statique posturale

L'aptitude à maintenir une position globale : *port de tête, position couchée, position assise, position à genoux, position quadrupède, position accroupie, position debout.*

5.3 Mouvements volontaires des parties du corps

L'aptitude à bouger les parties du corps : *mouvements de la face, mouvements du cou, mouvement du tronc, mouvement du bassin, mouvements des membres supérieurs, mouvements des membres inférieurs.*

5.4 Mobilité

L'aptitude à mouvoir tout le corps dans l'espace : *changement de position, locomotion.*

5.5 Activités manuelles

L'aptitude à utiliser ses mains : *tendre, prendre, relâcher, porter à sa bouche, gratter, frotter, frapper, agiter, pointer, toucher, transférer un objet d'une main à l'autre, pousser, tirer, lancer, attraper, soulever, transporter, déposer, pianoter.*

5.6 Praxies

L'aptitude à exécuter, sur ordre, des gestes orientés vers un but déterminé, les mécanismes d'exécution étant conservés : *gestes transitifs, gestes intransitifs, activités spatioconstructives.*

6. APTITUDES RELIÉES À LA RESPIRATION

- 6.1 Respirer
- 6.2 Tousser
- 6.3 Éternuer
- 6.4 Bâiller
- 6.5 Souffler
- 6.6 Moucher
- 6.7 Expectorer

7. APTITUDES RELIÉES À LA DIGESTION

- 7.1 Sucer ou téter
- 7.2 Lécher
- 7.3 Mordre
- 7.4 Saliver
- 7.5 Mâchonner
- 7.6 Mastiquer
- 7.7 Avaler
- 7.8 Déglutir
- 7.9 Digérer
- 7.10 Vomir
- 7.11 Régurgiter
- 7.12 Cracher
- 7.13 Éructer

8. APTITUDES RELIÉES À L'EXCRÉTION

- 8.1 Uriner
- 8.2 Déféquer
- 8.3 Transpirer
- 8.4 Larmoyer
- 8.5 Péter

9. APTITUDES RELIÉES À LA REPRODUCTION

- 9.1 Génitalité
- 9.2 Menstruations
- 9.3 Procréation

10. APTITUDES RELIÉES À LA PROTECTION ET À LA RÉSISTANCE

10.1 Tolérance

L'aptitude à supporter sans dommage significatif une condition de l'environnement : à la température, aux rayons ultraviolets, à la lumière, aux sons, à l'humidité, aux variations importantes de la pression barométrique, à des substances allergènes, à des substances pathogènes.

10.2 Résistance

L'aptitude de l'organisme à supporter un effort physique ou mental, un choc, une pression : *à l'effort physique ponctuel, à l'effort mental ponctuel, à l'endurance physique, l'endurance mentale, la résistance aux chocs, à la pression, à la douleur.*

ÉCHELLES DE SÉVÉRITÉ DE L'INCAPACITÉ

Degré de capacité : capable sans limites, capable avec limites, incapable, incapacité non qualifiée.

Type d'aide requis : sans aide, aide technique, aide humaine, aide non spécifiée.

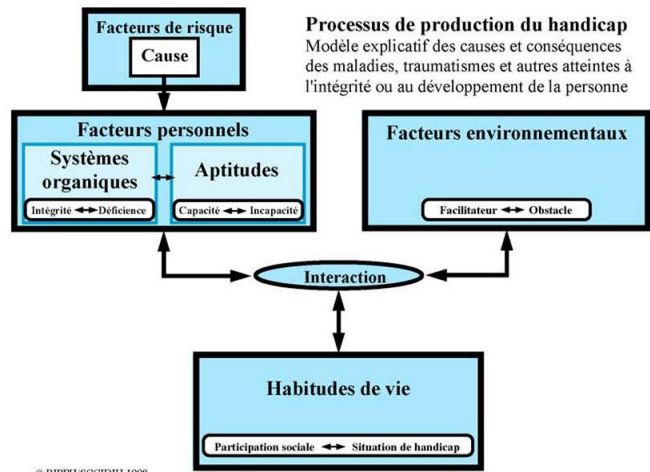
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.

Facilitateur – Obstacle

Un **facilitateur** correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

Un **obstacle** correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).



Les grandes catégories

1. FACTEURS SOCIAUX
 - 1.1 Facteurs politico-économiques
 - 1.2 Facteurs socioculturels
2. FACTEURS PHYSIQUES
 - 2.1 Nature
 - 2.2 Aménagements

CLASSIFICATION DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1. FACTEURS SOCIAUX

1.1 Facteurs politico-économiques

Les structures, les modes de fonctionnement et les services qui caractérisent les différents systèmes régissant l'organisation d'une société.

- 1.1.1 Système politique et structures gouvernementales : appareil gouvernemental, représentation et participation politique, appareil militaire.
- 1.1.2 Système juridique : appareil juridictionnel (tribunaux d'ordre judiciaire civil et pénal) appareil non juridictionnel (actes notariés, médiation, arbitrage ou autres formes d'assistance juridique).

- 1.1.3 Système économique : marché du travail, commerces, institutions financières, sécurité financière : sécurité du revenu (assurance-chômage, assistance sociale, différentes allocations, assurances-invalidité, assurances-vie, programmes de compensation des coûts liés aux incapacités, etc.), sécurité des biens (assurance auto, maison, garanties, contrats d'entretien prolongé).
- 1.1.4 Système sociosanitaire : santé publique et prévention, soins médicaux, adaptation et réadaptation, soutien social (répit dépannage, gardiennage, soutien psychosocial, soutien résidentiel, l'aide domestique, etc.).
- 1.1.5 Système éducatif : enseignement scolaire (préscolaire, primaire, secondaire, supérieur, professionnel), autres types d'enseignement.
- 1.1.6 Infrastructures publiques : transport, communications, protection civile et autres infrastructures publiques.
- 1.1.7 Organisations communautaires : organismes religieux, de loisirs, sportifs, culturels, d'entraide.

1.2 Facteurs socioculturels

Les structures et les modes de fonctionnement des relations des individus avec les autres membres de la société.

- 1.2.1 Réseau social : structure familiale; relation de voisinage, de travail, d'études, etc.; démographie.
- 1.2.2 Règles sociales : règles formelles (législations; réglementations; orientations, politiques et références), règles informelles (valeurs et attitudes, climat social).

2. FACTEURS PHYSIQUES

2.1 Nature

Les éléments biotiques et abiotiques qui entourent l'être humain et qui agissent sur lui et sur lesquels il agit en interaction.

- 2.1.1 Géographie : montagnes, plaines, cours d'eau, forêts, faune et flore, etc.
- 2.1.2 Climat : l'ensoleillement, l'air, l'humidité, la chaleur, le froid, la pluie, la neige, les saisons, l'alternance du jour et de la nuit.
- 2.1.3 Temps : les années, les mois, les semaines, les jours, les minutes, les secondes, le rythme des saisons, les mois lunaires, etc.
- 2.1.4 Bruit : intensité, durée et variété des phénomènes sonores ambiants.
- 2.1.5 Électricité et magnétisme : champs électromagnétiques, champs électriques, etc.
- 2.1.6 Luminosité : intensité, durée et variété des phénomènes lumineux.

2.2 Aménagements

Les éléments créés, transformés ou organisés par l'être humain qui influencent son environnement.

2.2.1 Architecture : édifices résidentiels, publics, industriels.

2.2.2 Aménagement du territoire : aménagements urbains, ruraux, réserves et parcs nationaux, voies de communication (voies ferroviaires, voies maritimes, aéroports, réseaux routiers interurbains, etc.), autres aménagements du territoire (barrages hydroélectriques, exploitations forestières et minières, etc.).

2.2.3 Technologie : aliments et drogues; textiles, produits chimiques; matériaux; vêtements et parures; matériel de soins; meubles; appareils électriques; appareils électroniques et de télécommunication; papeterie; outils; équipement de sports et de loisirs; véhicules.

LES HABITUDES DE VIE

Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle, etc.).

Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

Participation sociale – Situation de handicap

Une situation de **participation sociale** correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Une **situation de handicap** correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Les grandes catégories

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. Nutrition | 8. Relations interpersonnelles |
| 2. Condition corporelle | 9. Communauté |
| 3. Soins personnels | 10. Éducation |
| 4. Communication | 11. Travail |
| 5. Habitation | 12. Loisirs |
| 6. Déplacements | 13. Autres habitudes |
| 7. Responsabilités | |

CLASSIFICATION DES HABITUDES DE VIE

1. NUTRITION

1.1 Régime alimentaire

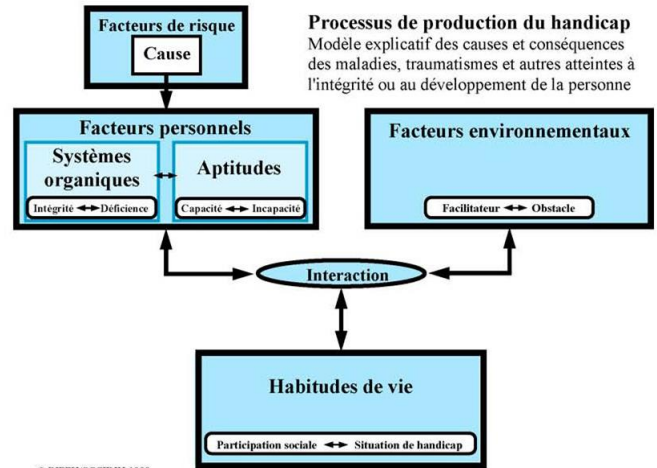
Les habitudes liées au choix de la nature, de la qualité et de la quantité des aliments constituant l'alimentation d'un individu telles que la planification des repas, l'achat de la nourriture.

1.2 Préparation des aliments

Les habitudes liées à la préparation des repas.

1.3 Prise des repas

Les habitudes liées à la prise des repas, telles que l'utilisation des accessoires pour boire et manger (les assiettes, les verres, les couteaux, les baguettes, etc.), les manières de table ainsi que la prise des repas à l'extérieur, au restaurant ou chez des amis.



2. CONDITION CORPORELLE

2.1 Repos

Les habitudes liées au sommeil et aux siestes.

2.2 Condition physique

Les habitudes liées au maintien, à l'amélioration et au recouvrement de la condition physique telles que les exercices physiques, la relaxation physique, etc.

2.3 Condition mentale

Les habitudes liées au maintien, à l'amélioration et au recouvrement de la condition mentale telles que la relaxation mentale, la réflexion, le recueillement, la méditation, la stimulation intellectuelle, etc.

3. SOINS PERSONNELS

3.1 Soins corporels

Les habitudes liées à la propreté et aux soins corporels ainsi que l'utilisation des services associés tels que se laver, se coiffer, se brosser les dents, se maquiller, aller chez le coiffeur, etc.

3.2 Hygiène excrétrice

Les habitudes reliées aux fonctions excrétrices telles que l'usage des équipements sanitaires.

3.3 Habillement

Les habitudes reliées au choix de ses vêtements et à l'habillement.

3.4 Soins de la santé

Les habitudes reliées à la prévention, au maintien et au recouvrement de la santé personnelle telles que la prise de médicament, les pansements, l'utilisation de matériel thérapeutique, les visites médicales, etc.

4. COMMUNICATION

4.1 Communication orale et corporelle

Les habitudes reliées à l'échange d'informations par la voix, les gestes, la mimique et la posture avec autrui telles que les conversations avec une personne ou en groupe.

4.2 Communication écrite

Les habitudes reliées à l'échange d'informations écrites telles que les lettres, les journaux, les livres, etc.

4.3 Télécommunication

Les habitudes reliées à l'échange d'informations à distance par des moyens électroniques ou autres telles que l'utilisation de la radio, de la télévision, de l'ordinateur, etc.

4.4 Signalisation

Les habitudes reliées à l'échange d'informations par des signaux avertisseurs tels que les signalisations des édifices publics, la signalisation routière, les systèmes d'alarme, les avertisseurs sonores, etc.

5. HABITATION

5.1 Choix et aménagement du domicile

La recherche d'un lieu de résidence adéquat (maison, appartement, centre d'hébergement, etc.).

5.2 Entretien du domicile

5.3 Usage de l'ameublement et des autres équipements domestiques

6. DÉPLACEMENTS

6.1 Déplacements restreints

Les habitudes liées aux déplacements sans moyen de transport, généralement dans un environnement immédiat.

6.2 Transports

Les habitudes liées à l'utilisation de moyens de transport d'une personne.

7. RESPONSABILITÉS

7.1 Responsabilités financières

7.2 Responsabilités civiles

7.3 Responsabilités familiales

8. RELATIONS INTERPERSONNELLES

8.1 Relations sexuelles

8.2 Relations affectives

8.3 Relations sociales

9. VIE COMMUNAUTAIRE

Exclusions : les habitudes liées à l'éducation (10), au travail (11) et aux loisirs (12).

9.1 Vie associative

Les habitudes liées à la participation d'une personne au sein d'une organisation sociale telle que les clubs sociaux, les groupes de défense des droits, les partis politiques, etc.

9.2 Vie spirituelle et pratiques religieuses

Les habitudes liées à la participation d'une personne à des pratiques religieuses ou spirituelles.

10. ÉDUCATION

Les habitudes liées au développement psychomoteur, intellectuel, social et culturel.

10.1 Éducation préscolaire

Les habitudes reliées à l'éducation pendant la petite enfance (0-5 ans).

10.2 Éducation scolaire

Les habitudes reliées à l'apprentissage scolaire de base.

10.3 Formation professionnelle

Les habitudes reliées à l'apprentissage d'un métier ou d'une profession.

10.4 Autres formations

Les habitudes reliées aux cours de formation générale.

11. TRAVAIL

11.1 Orientation professionnelle

Les habitudes reliées au choix, à l'orientation ou à la réorientation d'une carrière.

11.2 Recherche d'un emploi

11.3 Occupation rémunérée

Les habitudes reliées à l'exécution d'un travail rémunéré.

11.4 Occupation non rémunérée

Les habitudes reliées à une occupation principale non rémunérée.

12. LOISIRS

12.1 Sports et jeux

12.2 Arts et culture

12.3 Activités sociocréatives

Les habitudes reliées aux activités récréatives telles que : rencontre sociale, bingo, aller dans un bar, tourisme, assistance à des rencontres sportives ou à des événements socioculturels (festival, spectacle), visite d'amis ou de la parenté, télévision, cinéma, etc.

13. AUTRES HABITUDES

Les habitudes qui ne peuvent être classées dans les catégories précédentes.

Exercice 1

Test PPH

Identifiez les concepts en indiquant s'il y a lieu, la lettre référant à :

| | |
|--|---|
| Cause (facteurs de risque) | C |
| Déficiences (système organique) | D |
| Incapacité (aptitudes) | I |
| Obstacle (facteurs environnementaux) | O |
| Situation de handicap (habitudes de vie) | H |

Cas n° 1

Concepts

| | |
|--|--|
| a) Lors d'un accident de la route | |
| b) Anne a subi une fracture de la colonne vertébrale | |
| c) Elle ne pourra pas marcher durant les prochaines semaines | |
| d) De plus, faute d'accès à un fauteuil électrique | |
| e) Elle ne pourra occuper son emploi durant ce temps | |

Cas n° 2

| | |
|--|--|
| a) Paul ne peut utiliser l'escalier d'entrée de sa maison | |
| b) Parce qu'il ne peut pas en descendre les marches | |
| c) Ces difficultés sont apparues à la suite d'une chute | |
| d) Qui a causé un traumatisme au cervelet | |
| e) L'installation d'un ascenseur pourrait régler le problème, mais demeure trop onéreuse | |

Cas n° 3

| | |
|--|--|
| a) « On n'a jamais vu ça » dit le moniteur du camp de vacances | |
| b) « Tu penses que parce que je suis amputé des deux jambes | |
| c) Je suis incapable de nager | |
| d) Et que je ne me baignerai pas dans le lac » répondit André | |
| e) « Oui je pense ça depuis ton accident » | |

Cas n° 4

| | |
|---|--|
| a) Irène ne peut pas obtenir son permis de conduire | |
| b) Parce que la loi québécoise, contrairement à celle des États-Unis, n'accepte pas les lentilles bifocales | |
| c) Ses problèmes de vision (elle ne voit plus les détails) | |
| d) Viennent d'une longue observation d'une éclipse solaire | |
| e) Par la suite, on a constaté des anomalies à ses yeux | |

Source : cours de base, guide de formation, p. 270-271.

Cas n° 5**Concepts**

| | |
|---|--|
| a) Jean-Louis ne peut plus accomplir son travail de livreur de courrier | |
| b) Parce qu'aucun recyclage n'est prévu dans sa compagnie | |
| c) Tout cela provient d'un incendie de sa voiture | |
| d) Son poumon droit a alors été atteint irrémédiablement | |
| e) De sorte qu'il respire difficilement en situation d'effort | |

Cas n° 6

| | |
|--|--|
| a) Aucun membre de la famille de Lyne ne connaît la langue des signes québécoise | |
| b) Il lui est donc difficile de participer pleinement aux réunions familiales | |
| c) Un accident génétique constaté après sa naissance | |
| d) A montré une atteinte irréversible à l'oreille gauche | |
| e) Cette atteinte ne lui permet pas d'entendre | |

Cas n° 7

| | |
|---|--|
| a) Faute de personnel spécialisé | |
| b) Charles ne peut circuler en ville | |
| c) Des atteintes au système nerveux | |
| d) Causées par un manque d'oxygène lors de la naissance | |
| e) Entraînent des difficultés de locomotion et de langage | |

Cas n° 8

| | |
|--|--|
| a) M. Trudel est atteint de la maladie d'Alzheimer | |
| b) Il ne peut circuler en ville | |
| c) À cause de ses difficultés d'orientation | |
| d) Sa famille ne peut l'aider, parce qu'elle manque d'informations | |
| e) Concernant ce type d'atteintes au système nerveux | |

Cas n° 9

| | |
|--|--|
| a) André ne pourra terminer sa session en cours | |
| b) Il a subi un grave accident lors d'une chute | |
| c) Un œdème au cerveau est alors apparu | |
| d) Ce qui entraîne des défaillances de mémoire explicite | |
| e) Sa famille a peu de préparation pour collaborer à sa récupération | |

Cas n° 10

| | |
|--|--|
| a) Jeanne est presque complètement aveugle | |
| b) Un diabète incontrôlé durant plusieurs années | |
| c) A entraîné des dommages permanents à la rétine | |
| d) Comme elle a beaucoup de difficultés à se diriger dans son environnement | |
| e) Elle a demandé, sans succès, de l'aide financière pour adapter son logement | |

Exercice 2

Identifiez les concepts en précisant la ou les nomenclatures correspondantes.

| | |
|--|---|
| Cause (facteurs de risque) | C |
| Déficiences (système organique) | D |
| Incapacité (aptitudes) | I |
| Obstacle (facteurs environnementaux) | O |
| Situation de handicap (habitudes de vie) | H |

Cas n° 1

| | <i>Concepts</i> | <i>Nomenclatures</i> |
|--|-----------------|----------------------|
| a) Mme Cloutier a des difficultés à la marche | | |
| b) Elle ne peut fréquenter le Centre de jour | | |
| c) Parce qu'elle n'a pas de plate-forme élévatrice | | |
| d) Et que l'attente à la Société d'habitation du Québec est de 2 ans | | |

Cas n° 2

| | | |
|---|--|--|
| a) M. Paré ne peut faire face à ses obligations financières | | |
| b) Son lieu de travail non sécuritaire | | |
| c) A causé une diminution du dos | | |
| d) La CSST refuse de lui donner ses prestations | | |

Cas n° 3

| | | |
|---|--|--|
| a) Dany a des problèmes d'attention et de concentration | | |
| b) Il ne pourra continuer à fréquenter l'école | | |
| c) L'école refuse d'engager un éducateur spécialisé | | |

Cas n° 4

| | | |
|---|--|--|
| a) Francis ne peut avoir des loisirs spontanés | | |
| b) Sa région n'a pas de transport adapté | | |
| c) Et ses parents ont peur de le laisser sortir | | |

Cas n° 5

| | | |
|---|--|--|
| a) Le domicile de M. Vaillancourt n'est pas entretenu | | |
| b) Parce que sa fille est déménagée | | |
| c) Et que le CLSC n'offre plus ces services | | |

Cas n° 6**Concepts****Nomenclatures**

| | | |
|--|--|--|
| a) Mme Talbot a une diminution de l'audition | | |
| b) Mais elle ne peut plus écouter la télévision | | |
| c) Son appareil à infrarouge est défectueux | | |
| d) Et la réparation n'est plus payée par la RAMQ | | |

Cas n° 7

| | | |
|--|--|--|
| a) M. Chamberland ne peut fréquenter son association | | |
| b) Parce que son véhicule n'est pas adapté | | |
| c) Sa maladie cardiovasculaire | | |
| d) A entraîné des problèmes d'équilibre importants | | |

Cas n° 8

| | | |
|--|--|--|
| a) Claude ne pourra aller vivre en appartement | | |
| b) Il a de graves problèmes affectifs | | |
| c) Il n'est plus suivi en S.E. de psychiatrie | | |
| d) Depuis la fermeture de l'hôpital | | |
| e) Suite à une décision gouvernementale | | |

Cas n° 9

| | | |
|---|--|--|
| a) Mme Roy a chuté sur la glace | | |
| b) Occasionnant une fracture à la hanche gauche | | |
| c) Elle ne prend plus son bain | | |
| d) Les mouvements à la hanche sont diminués | | |
| e) Et les équipements adaptés non disponibles | | |

Exercice 3

Identifiez les concepts en précisant la ou les nomenclatures correspondantes.

| | |
|--|---|
| Cause (facteurs de risque) | C |
| Déficiences (système organique) | D |
| Incapacité (aptitudes) | I |
| Obstacle (facteurs environnementaux) | O |
| Situation de handicap (habitudes de vie) | H |

Affirmations

Concepts

Nomenclatures

| <i>Affirmations</i> | <i>Concepts</i> | <i>Nomenclatures</i> |
|--|-----------------|----------------------|
| 1. Il est évident que la moelle épinière est touchée | | |
| 2. Mme Soucy ne prend plus son bain depuis 3 mois | | |
| 3. Francine ne peut avoir des loisirs spontanés comme les jeunes de son âge | | |
| 4. La mort de son épouse a eu un impact important dans les activités d'Henri | | |
| 5. L'alcoolisme de M. Léonard date de plusieurs années | | |
| 6. Gabrielle fait ses transferts au bain avec difficulté et de façon non sécuritaire | | |
| 7. Cécile a une diminution importante de la vision des détails à l'œil gauche | | |
| 8. Michel roulait à 170 km/h lors de son accident de moto | | |
| 9. L'équilibre debout de Mme Tremblay est précaire | | |
| 10. J'ai peur que les gens rient de mon enfant | | |
| 11. Madame devrait être dirigée en diététique parce qu'elle éprouve des problèmes de digestion et de contrôle de la défécation | | |
| 12. Michel a un très faible contrôle de ses pulsions | | |
| 13. Depuis 6 mois, Marguerite ne peut plus prendre ses responsabilités financières seule | | |
| 14. La période d'attente de la Société d'habitation du Québec est de 18 à 24 mois pour l'adaptation domiciliaire | | |
| 15. M. Labonté a subi une perforation du tympan à l'oreille gauche | | |

Source : Cours de base, guide de formation, p. 276.

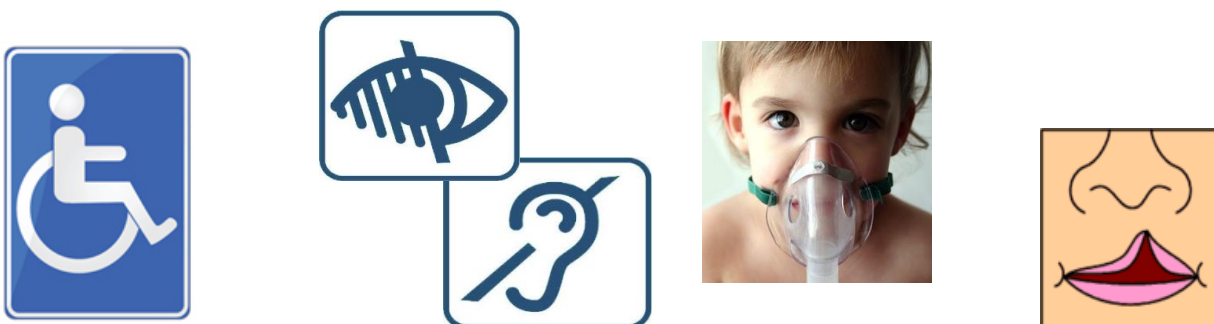


SÉQUENCE 2

LES DÉFICIENCES PHYSIQUES

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 59 à 74
- Diapositives du PowerPoint
- Schéma synthèse ou exercice d'appropriation personnel
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision et de réflexion sont :

- Connaître les quatre catégories de déficiences physiques.
- Connaître les trois types de déficiences motrices.
- Associer des maladies au type de déficience motrice et connaître des symptômes de ces maladies.
- Définir les déficiences organiques et esthétiques.
- Connaître les situations de handicap qu'une déficience physique peut entraîner.
- Réfléchir et être sensible par rapport à la problématique en lien avec le témoignage d'une personne vivant avec cette réalité.

Évaluation de ce thème :

| | | |
|-----------|---------------------------------------|------|
| Cours 4-5 | Préparation et réflexion (témoignage) | |
| Cours 7 | Savoir-être | 5 % |
| Cours 9 | Examen 1 sur les déficiences | 25 % |
| Cours 15 | Activité synthèse | 20 % |

LES DÉFICIENCES PHYSIQUES

1. DÉFINITION

Définition d'une personne ayant une déficience physique : « C'est une personne dont la déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage et de la parole entraîne ou, selon toute probabilité et de façon imminente, va entraîner des incapacités significatives et persistantes, et qui risque de vivre des situations de handicap. »

Cette définition fait référence à des personnes appartenant à tous les groupes d'âge, du nourrisson à la personne âgée.

2. LES DÉFICIENCES PHYSIQUES

2.1 Les déficiences motrices

2.1.1 Les lésions neurologiques évolutives

L'aspect évolutif des lésions implique une constante modification de l'état de la personne. L'évolution n'a pas le même rythme pour tout le monde; il peut y avoir, dans certains cas, des périodes de stabilisation assez longues.

A) La sclérose en plaques⁸

La sclérose en plaques est **une maladie neurologique auto-immune chronique du système nerveux central (cerveau, moelle épinière et nerf optique)**. On estime qu'en moyenne, 1 personne sur 1 000 en est atteinte. Au Canada, le taux serait parmi les plus élevés au monde (1/500), ce qui en fait la maladie neurologique chronique la plus répandue chez les jeunes adultes. La maladie débute généralement entre **15 et 40 ans** et fait encore inexplicablement, il y a **3 fois plus de femmes** que d'hommes atteints de sclérose en plaques.

Ses causes sont inconnues : on pense à un virus ou à un phénomène renversant le mécanisme d'immunisation qui, au lieu de s'attaquer aux virus ou aux bactéries comme d'ordinaire, se retourne contre la myéline qui recouvre le système nerveux central. Plusieurs chercheurs s'entendent pour dire que la sclérose en plaques est une maladie multifactorielle, c'est-à-dire causée par plusieurs facteurs; en fait, elle serait attribuable à trois facteurs qui doivent être réunis pour que la maladie se développe.

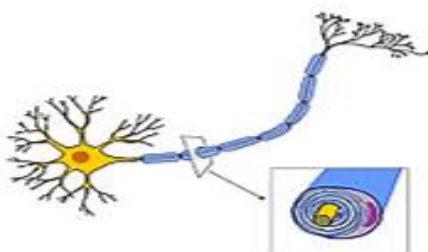
1. Facteurs génétiques (la famille d'un malade a plus de risque d'être touchée que la population générale).
2. Facteurs environnementaux (les pays tempérés sont beaucoup plus touchés que les pays tropicaux (surtout Nord de l'Europe), quelle que soit l'origine ethnique, probablement en raison d'une diminution de l'exposition aux UV et donc de la vitamine D).
3. Exposition à un virus et auto-immunité (facteur déclenchant probablement infectieux). Une infection virale contractée durant l'enfance, comme le virus de la rougeole ou le virus Epstein-Barr, pourrait être impliquée.

⁸ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES. [En ligne]. [<https://beta.scleroseenplaques.ca/>].

Ses manifestations : La maladie attaque la gaine de myéline qui entoure les fibres nerveuses du cerveau et de la moelle épinière. Le tissu nerveux se sclérose et un tissu cicatriciel durci remplace la myéline. La maladie se présente par des plaques qui se fixent à certains endroits du système nerveux; d'où le nom sclérose en plaques. La myéline est essentielle à la propagation de l'influx nerveux; donc, si la détérioration est importante et que la myéline est remplacée par du tissu cicatriciel, l'influx peut être bloqué.

Au cours d'une attaque, la gaine de myéline s'enflamme, ce qui entrave la transmission nerveuse normale et provoque des symptômes de manque de coordination, faiblesse, fourmillement, perte d'acuité des sens, double vision et troubles de la vessie.

Si l'inflammation a été forte, le tissu cicatriciel qui s'est formé empêchera la fibre nerveuse de bien fonctionner, mais s'il n'y a pas de formation de tissu cicatriciel, après la crise, la personne se rétablira normalement. Souvent, inflammation et rétablissement alternent pendant des années.



L'évolution de la sclérose en plaques est très variable. Certaines personnes ne subissent que quelques poussées et ont peu de limitations. D'autres vivent une alternance des poussées et des périodes de rémissions. Enfin, quelques personnes voient les symptômes s'aggraver de façon continue dès le début de la maladie. Jusqu'à présent, on ne peut pas la guérir, mais en atténuer les symptômes.

Les symptômes de la sclérose en plaques

Les symptômes dépendent de la localisation des plaques. Ils sont souvent déclenchés ou aggravés par une élévation de la température corporelle.

- Un engourdissement, une faiblesse dans un ou plusieurs membres;
- Une fatigue anormale;
- Des douleurs brèves, des fourmillements ou des sensations de décharges électriques, surtout provoquées par des mouvements de la tête;
- Des tremblements et une difficulté à contrôler ses mouvements;
- Des troubles de la vue (vision double, perte de vision complète ou partielle, habituellement d'un œil à la fois, douleurs lorsqu'on bouge les yeux, mouvements oculaires involontaires);
- Des troubles d'équilibre et de coordination.

Avec la progression de la maladie, surviennent parfois :

- Des spasmes ou des contractures musculaires (spasticité);
- Des difficultés d'élocution et de la déglutition (difficulté à articuler et avaler);
- Une perte de vision;
- De l'incontinence urinaire ou intestinale;
- De la dysfonction sexuelle;
- Une paralysie partielle ou totale (de n'importe quelle partie du corps);
- Une sensibilité à la chaleur (symptômes aggravés dans des endroits chauds);
- Des troubles de la mémoire et de la concentration;
- Une altération du jugement et du raisonnement;
- Des états dépressifs ou anxieux, à la fois en raison des manifestations pénibles de la maladie, mais aussi à cause des lésions cérébrales caractéristiques de la maladie et de leurs répercussions sur l'humeur.

Dans la plupart des cas, les personnes qui ont la sclérose en plaques peuvent continuer à mener la vie qu'elles menaient auparavant, mais en se ménageant. Certaines doivent avoir recours à des aides à la mobilité pour marcher et se déplacer. Les facultés intellectuelles ne sont nullement atteintes.

B) L'ataxie de Friedreich⁹

L'ataxie de Friedreich est une maladie dégénérative à évolution lente **du système nerveux et du cœur**. L'incapacité de coordonner les mouvements des muscles volontaires (ataxie) est attribuable à la mort prématurée des cellules nerveuses qui contrôlent l'équilibre et la coordination. Les symptômes de cette maladie peuvent apparaître, dans la plupart des cas, entre l'âge de cinq et de vingt ans, mais on les observe habituellement avant la puberté.

La cause : **C'est une maladie héréditaire**; plusieurs enfants d'une même famille peuvent en être affectés. Pour cela, il faut que le père et la mère soient porteurs d'une copie du gène défectueux; comme c'est un gène récessif, chaque grossesse comporte un risque de 25 % que l'enfant soit atteint. Après de nombreuses années de recherche, le gène responsable de l'ataxie de Friedreich a été découvert sur le chromosome 9. Le gène X25 ne fabriquerait pas la protéine appelée frataxine en quantité suffisante.

Ses manifestations : Cette maladie affecte les membres supérieurs et inférieurs, ainsi que la tête et le cou.

- Les troubles de la coordination motrice;
- Un affaiblissement ou une perte des réflexes;
- Une difficulté d'élocution et des tremblements;
- Des difficultés cardiaques;
- Des pertes d'équilibre fréquentes sont les principales manifestations.

⁹ ATAXIE CANADA. [En ligne], [<http://lacaf.org/>].

La sensibilité superficielle est conservée, mais il y a perte de la sensibilité profonde, ce qui provoque des difficultés à identifier des objets ou l'emplacement d'un membre lorsque la personne a les yeux fermés. L'évolution de la maladie dépend des individus. Dans les huit à dix ans après l'apparition des premiers symptômes, l'ataxie de Friedreich entraîne habituellement l'incapacité de marcher. Les personnes doivent alors se déplacer en fauteuil roulant. Les facultés intellectuelles demeurent intactes.

2.1.2 Les lésions neurologiques non évolutives

A) La paraplégie et la tétraplégie

Ce sont toutes les personnes blessées de la moelle épinière. Elles consistent en une paralysie partielle ou complète des membres et des organes situés en dessous d'une lésion de la moelle épinière (lésion médullaire).

Paraplégie : Paralysie des seuls membres inférieurs provenant d'une lésion dans une région plus basse (dorsale, lombaire ou du coccyx).

Tétraplégie : Paralysie des quatre membres (membres supérieurs, inférieurs et du tronc). Elle est causée généralement par une lésion de la moelle épinière (région cervicale).

Leurs causes : Cette lésion peut être due à un accident ou à une affection non évolutive de la moelle épinière. Le degré d'incapacité varie selon l'importance et le niveau de la lésion.

Leurs manifestations : L'arrêt de la motricité est accompagné d'une perte de sensibilité ainsi que d'une incontinence vésicale et intestinale.

Les conséquences sont les suivantes : La personne se déplacera en fauteuil roulant; elle devra pallier ses incontinences par des moyens appropriés; elle devra surveiller l'apparition de rougeurs dues à la pression constante d'une partie du corps immobilisée qui nécrosent les tissus et risquent de dégénérer en plaies de lit (escarres). Il peut y avoir des contractions musculaires involontaires (spasmes, tremblements) dans certains cas.

B) L'hémiplégie

C'est la paralysie complète ou incomplète frappant une moitié latérale du corps (le bras et la jambe du même côté) qui est accompagnée parfois de troubles de l'élocution. Une des causes les plus courantes est l'accident vasculaire cérébral (lésion cérébrale), l'une des principales causes de décès au Canada. Environ 40 000 à 50 000 personnes en sont victimes chaque année au Canada et 15 000 en meurent.

C) La paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale est un état non évolutif et non héréditaire qui résulte de la destruction de certaines cellules du cerveau. Il ne s'agit pas d'une maladie! C'est un défaut de contrôle des muscles. Elle se manifeste par des problèmes de contrôle, d'exécution et de coordination des mouvements volontaires et par l'affectation fréquente des organes de la parole, de l'ouïe et de la vue. Les personnes les plus atteintes ont une incapacité presque totale de se mouvoir, un très mauvais contrôle musculaire et une difficulté majeure à parler. La majorité des personnes qui vivent avec une paralysie cérébrale possèdent toutes leurs capacités intellectuelles.

Les causes : La paralysie cérébrale est causée par une lésion au cerveau reliée :

1. À des facteurs prénataux comme l'abus de médicaments ou des drogues pendant la grossesse et comme certains virus contractés par la mère dont le plus connu est celui de la rubéole;
2. À des facteurs périnataux comme l'anoxie suite à une complication à l'accouchement et la prématurité qui augmente le risque de complications à l'accouchement; ce sont les principales causes de la paralysie cérébrale;
3. À des facteurs postnataux comme un accident, un empoisonnement à un produit toxique, une maladie (méningite) ou de la violence (blessure accidentelle à la tête).

Donc, la paralysie cérébrale :

- n'est pas contagieuse;
- n'est pas héréditaire;
- n'est pas évolutive et ne cause pas le décès.

Par contre, la lésion au cerveau est permanente.

Les manifestations : Les conséquences varient selon la gravité de la déficience et de la localisation des lésions.

Certaines personnes vont présenter une trop grande tension musculaire (**spasticité**) qui provoque des mouvements lents et crispés; c'est la rigidité des muscles qui oppose une résistance à l'exécution des mouvements. Certaines personnes produisent des mouvements involontaires et non contrôlés, parfois continuels et saccadés, qui sont dus à des variations brusques et imprévisibles de la tension musculaire (**athétose**). Certaines personnes ont une tension musculaire réduite qui provoque des mouvements maladroits et la perturbation de l'équilibre (**ataxie**). Les personnes les plus atteintes ont une incapacité presque totale de se mouvoir, un mauvais contrôle musculaire et beaucoup de difficulté à parler. Les personnes plus légèrement atteintes vont présenter quelques hésitations dans les gestes, des mouvements saccadés et de légers spasmes.

2.1.3 Les déficiences musculo-squelettiques

A) Malformations congénitales

Ce sont les malformations du squelette ou des absences congénitales d'un organe par arrêt partiel du développement de l'embryon. Une malformation assez fréquente est le spina-bifida¹⁰ qui affecte le bas de la colonne vertébrale; elle consiste en une ouverture dorsale des vertèbres associée à une atteinte plus ou moins prononcée de la moelle épinière. Les principales conséquences sont des troubles moteurs des membres inférieurs ou une paraplégie, une hydrocéphalie, une incontinence urinaire et des troubles sphinctériens. Ces troubles sont d'intensité très variable selon le niveau de la lésion et son étendue. Lorsqu'il y a présence d'hydrocéphalie, il y a accumulation de liquide dans les ventricules de l'encéphale; le traitement habituel est la dérivation interne (valve).

B) Dystrophie musculaire¹¹

Ce terme est employé pour désigner une quarantaine de maladies génétiques qui provoquent une dégénérescence musculaire progressive autour de l'axe vertical du corps et aboutissent à une paralysie complète. Certains types de dystrophie se manifestent surtout lorsque la personne est âgée de 10 à 20 ans. Elles s'attaquent aux muscles des membres supérieurs avec déformations de la colonne vertébrale et aux muscles faciaux.

Le genre de dystrophie le plus grave et le plus répandu est la dystrophie de Duchenne.

C'est une maladie héréditaire touchant une personne sur 3500 hommes. Elle est causée par la carence d'une protéine, la dystrophine, qui joue un peu le rôle d'amortisseur entre les fibres musculaires. En l'absence de cette protéine, les fibres se détruisent peu à peu, à cause de la friction. Au Québec, 400 personnes en sont atteintes.

Elle est transmise par la mère et affecte généralement les garçons. L'identification des mères porteuses est maintenant possible grâce à un examen du sang, mais dans 30 % des cas, elle apparaît dans des familles où elle n'existait pas. Les premiers symptômes apparaissent entre 3 et 5 ans (quelques fois plus tôt). Les petits éprouvent d'abord de la difficulté à se lever du sol ou à monter les escaliers. Avec le temps, les chutes deviennent fréquentes. La maladie évolue rapidement; l'enfant atteint se retrouve en fauteuil roulant avant l'âge de 12 ans parce qu'il ne parvient plus à marcher. Il ne lui reste alors qu'une espérance de vie d'environ 10 ans. La cause du décès est l'insuffisance respiratoire, due à la faiblesse des muscles du cœur et de la respiration. On n'a pas encore les moyens de guérir cette maladie, mais certains traitements en ralentissent l'évolution.

* Des chercheurs de l'Université Laval Faculté de médecine et de la recherche du CHUQ Centre ont montré qu'il est possible de réparer le gène défectueux responsable de la dystrophie musculaire de Duchenne (ScienceDaily, 15 avril 2010).

¹⁰ ASSOCIATION DE SPINA-BIFIDA ET D'HYDROCÉPHALIE DU QUÉBEC. [En ligne], [<http://www.spina.qc.ca/>] (Consulté le 20 février 2014).

¹¹ DYSTROPHIE MUSCULAIRE CANADA. [En ligne], [<http://muscle.ca/fr/>] (Consulté le 20 février 2014).

Un certain nombre d'obstacles doivent être surmontés avant que cette approche puisse être testée chez l'homme, met en garde le Dr Tremblay. Elle doit d'abord être prouvée chez les animaux de laboratoire.

C) Déficiences osseuses

Elles sont multiples.

L'une des plus importantes est la maladie de Lobstein ou maladie des « os de verre » qui entraîne une grande fragilité osseuse et occasionne chez l'enfant des fractures répétées et presque spontanées. À la puberté, cette fragilité diminue, mais il en reste souvent des séquelles très importantes.

D) Amputations

Les causes en sont multiples. Elles peuvent être consécutives à des accidents et à des maladies vasculaires arrêtant l'apport sanguin dans un membre et qui le menace de gangrène (diabète) ou à des tumeurs.

Les conséquences sont que la personne doit s'adapter à une prothèse ou utiliser un fauteuil roulant. Par contre, lorsque la réadaptation est terminée, la personne peut mener une vie active si elle accepte sa nouvelle situation.

2.2 Les déficiences organiques

2.2.1 Le diabète

Le diabète est un trouble du métabolisme des glucides dû à une insuffisance de la sécrétion d'insuline par le pancréas et caractérisé par une hyperglycémie. Les traitements les plus connus sont un régime alimentaire approprié, la médication et les injections d'insuline.

2.2.2. L'épilepsie

L'épilepsie est un trouble cérébral dans lequel des groupes de cellules nerveuses ou neurones dans le cerveau fonctionnent anormalement. Cela se manifeste sous forme de crises violentes avec des convulsions, des spasmes musculaires et pouvant s'accompagner de pertes de conscience. Le traitement le plus connu est un médicament, le Dilantin.

2.2.3 L'hémophilie

L'hémophilie est une maladie congénitale caractérisée par une absence de coagulation du sang et dans laquelle la moindre blessure peut causer une hémorragie importante. Elle est héréditaire et transmise par la mère. Elle se manifeste principalement chez les hommes. Les traitements les plus connus sont la médication et la transfusion sanguine.

2.2.4 L'obésité¹²

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'obésité se caractérise par « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». On parle d'obésité lorsque l'indice de masse corporelle (poids en kg sur la taille en m²) de la personne égale ou dépasse 30; et d'obésité morbide s'il égale ou dépasse 40. Le tour de taille est aussi à considérer, car l'obésité abdominale augmente entre autres les risques de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'hypertension. Au Canada, selon les données les plus récentes, 25 % des gens sont obèses. Les traitements reconnus efficaces combinent l'approche nutritionnelle, l'entraînement physique, la psychothérapie, certains médicaments et la chirurgie bariatrique.

2.2.5 Le cancer¹³

Le cancer est une maladie qui prend naissance dans nos cellules. Lorsqu'il y a un dérèglement, il y a formation de masses ou de tumeurs qui s'installent dans un ou des organes. Le cancer porte le nom de la partie du corps où il prend naissance. Environ un Canadien sur deux développera un cancer au cours de sa vie¹⁴.

2.2.6 La fibrose kystique¹⁵

La fibrose kystique est la maladie génétique mortelle la plus répandue chez les enfants et les jeunes adultes canadiens. On estime au Canada 4000 cas, dont 1300 au Québec.

Au Canada, la fibrose kystique affecte en moyenne un nouveau-né sur 3600 et une personne sur 20 est porteuse de la version défectueuse du gène responsable de la maladie. Dans la plupart des cas, ces personnes ne savent pas qu'elles sont porteuses parce qu'elles n'ont pas la fibrose kystique et ne manifestent donc aucun symptôme.

Parce que les porteurs ne présentent qu'une copie du gène responsable de la fibrose kystique, ils ne développeront jamais la maladie. Mais lorsque deux porteurs d'une version défectueuse du gène responsable de la fibrose kystique ont un enfant, il y a :

- 25 % de risques que le nouveau-né soit atteint de la fibrose kystique;
- 50 % de risques que le nouveau-né ne soit pas atteint, mais porteur du gène;
- 25 % de risques que le nouveau-né ne soit ni atteint ni porteur.

C'est un désordre généralisé affectant les glandes exocrines (aide à garder clairs les poumons et les voies aériennes, en favorisant l'élimination des microbes et des particules de poussière). Le mucus devient épais et collant, ce qui nuit principalement aux systèmes respiratoire et digestif. Les bactéries s'accumulent et se multiplient dans les bronchioles ainsi obstruées, causant de graves infections récurrentes qui entraînent, à leur tour, la détérioration des tissus pulmonaires. La respiration est sifflante et un essoufflement est présent. Les problèmes pulmonaires constituent la principale cause de décès chez les personnes atteintes de fibrose kystique.

¹² PASSEPORT SANTÉ. [En ligne], [http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=obesite_pm].

¹³ SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. [En ligne], [<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/what-is-cancer/?region=qc>].

¹⁴ STATISTIQUES CANADIENNES SUR LE CANCER : Rapport spécial de 2018.

¹⁵ FIBROSE KYSTIQUE QUÉBEC. [En ligne], [<http://www.fibrosekystiquequebec.com/fr/la-fibrose-kystique/>].

Les autres symptômes peuvent être des troubles intestinaux, une perte ou prise de poids ralentie malgré un appétit parfois croissant, une sueur au goût salé et des problèmes d'infertilité. Les traitements les plus connus sont le clapping et la prise de nombreuses vitamines.

2.3 Les déficiences sensorielles

Ce sont les déficiences affectant la vue, l'ouïe et la parole :

- Les déficiences visuelles
- Les déficiences auditives
- Les déficiences de la parole

2.4 Les déficiences esthétiques

Ce sont des déficiences qui affectent l'image et l'estime de soi. Elles peuvent avoir des conséquences sur les relations sociales avec les autres gens et même les perturber.

- Les déficiences esthétiques de la tête et du tronc sont les défauts et difformités de la tête, du visage et du tronc (macrocéphalie; laideur; cicatrices).
- Les déficiences esthétiques des membres sont les défauts de différenciation de certaines parties du corps, les malformations congénitales et difformités des membres.
- Autres déficiences esthétiques (grands brûlés, etc.).

3. COMMENT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE PEUT-ELLE ENTRAÎNER UNE SITUATION DE HANDICAP?

A) La fatigabilité

Celle-ci est une conséquence directe d'une déficience motrice. Quand la personne marche avec des béquilles, une marchette ou autres appareils orthopédiques, elle fait beaucoup d'efforts. Quelques déficiences motrices comme la sclérose en plaques sont la cause directe de la fatigabilité. Par ailleurs, une personne qui présente une déficience organique se fatigue généralement plus vite et cette fatigue peut être la cause directe d'une crise.

B) Les déplacements

Les déplacements se font avec du matériel adapté, mais la plupart des personnes vont se déplacer de façon autonome lorsqu'il n'y a pas d'obstacle sur leur chemin et que les lieux sont accessibles.

C) Le positionnement

Le fait que la personne ne puisse se tenir seule ou tenir une position adéquate est une conséquence de la déficience motrice. Une mauvaise position accentue le handicap, diminue l'intérêt et le rendement au travail.

D) La manipulation

Certaines difficultés de manipulation peuvent être résolues en adaptant les instruments ou en utilisant des instruments spécialement adaptés en ergothérapie.

E) Les activités de vie quotidienne

Une dépendance dans certaines activités telles que se nourrir, se vêtir, se laver ou aller aux toilettes est un des facteurs les plus handicapants.

F) Les troubles oculomoteurs

Une bonne proportion des personnes qui ont une atteinte cérébrale présentent aussi des troubles oculomoteurs. Elles peuvent avoir de la difficulté à regarder vers le bas, à fixer un objet. Les personnes qui contrôlent mal les mouvements de la tête sont parfois affectées de mouvements involontaires du globe oculaire; cela implique qu'elles ont de la difficulté à fixer un objet ou à suivre une ligne droite des yeux. Ces troubles ont donc des conséquences sur la connaissance du corps et de sa position dans l'espace, sur les capacités de préhension, d'exploration de l'environnement, de déplacement et d'orientation.

G) Les troubles du langage

Certains troubles du langage sont en relation directe avec la déficience motrice. Les atteintes cérébrales peuvent causer des troubles de langage pouvant rendre très difficile l'expression orale.

ANNEXE I

LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

Tirée de : TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine. Un processus biopsychosocial à découvrir*, Éditions Saint-Martin, 2001, p. 145-146.

TABLEAU 3.6• CIM — CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

- **Maladies infectieuses et parasitaires**

Maladies intestinales infectieuses, tuberculose, certaines anthroponoses bactériennes, autres maladies bactériennes, infections dont le mode de transmission est essentiellement sexuel, autres maladies à spirochètes, autres maladies à chlamydia, rickettsioses, infections virales du système nerveux central, fièvres virales transmises par les arthropodes et fièvres virales hémorragiques, infections virales caractérisées par des lésions cutanéomuqueuses, hépatite virale, maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), autres maladies virales, mycoses, maladies dues à des protozoaires, helminthiases, pédiculoses, acariases et autres infections, séquelles des maladies infectieuses et bactériennes, agents d'infections bactériennes, virales et autres, maladies infectieuses, autres et non précisées.

- **Tumeurs**

Tumeurs malignes, tumeurs *in situ*, tumeurs bénignes, tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue.

- **Maladies du sang, des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire**

Anémies nutritionnelles, anémies hémolytiques, aplasies médullaires et autres anémies, anomalies de la coagulation, purpura et autres affections hémorragiques, autres maladies du sang et des organes hématopoïétiques, certaines anomalies du système immunitaire.

- **Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques**

Affections de la glande thyroïde, diabète sucré, autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne, maladies des autres glandes endocrines, malnutrition, autres carences nutritionnelles, obésité et autres excès d'apport, anomalies du métabolisme.

- **Troubles mentaux et du comportement**

Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation psychoactive, schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants, troubles de l'humeur (affectifs), troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques, troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, retard mental, troubles du développement psychologique, troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, trouble mental SAI.

- **Maladies du système nerveux**

Maladies inflammatoires du système nerveux central, affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central, syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité, autres affections dégénératives du système nerveux, maladies démyélinisantes du système nerveux central, affections épisodiques et paroxystiques, affections des nerfs et des racines et plexus nerveux, polynévrites et autres affections du système nerveux périphérique, affections musculaires et neuromusculaires, paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques, autres affections du système nerveux.

- **Maladies de l'œil et de ses annexes**

Affections de la paupière, de l'appareil lacrymal et de l'orbite, affections de la conjonctive, affections de la sclérotique et de la cornée, de l'iris et du corps ciliaire, affections du cristallin, affections de la choroïde et de la rétine, glaucome, affections du corps vitré et du globe oculaire, affections du nerf et des voies optiques, affections des muscles oculaires, des mouvements binoculaires, de l'accommodation et de la réfraction, troubles de la vision et cécité, autres affections de l'œil et de ses annexes.

- **Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde**

Maladies de l'oreille externe, maladies de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, maladies de l'oreille interne, autres affections de l'oreille.

- **Maladies de l'appareil circulatoire**

Rhumatisme articulaire aigu, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathie ischémique, affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire, autres formes de cardiopathies, maladies cérébrovasculaires, maladies des artères, artérioles et capillaires, maladie des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs, troubles autres **et** non précisés de l'appareil circulatoire.

- **Maladies de l'appareil respiratoire**

Affections aiguës des voies respiratoires supérieures, grippe et pneumopathie, autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures sans précision, autres maladies des voies respiratoires supérieures, maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, maladies du poumon dues à des agents externes, autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel, maladies suppurées et nécrotiques des voies respiratoires inférieures, autres affections de la plèvre, autres maladies de l'appareil respiratoire.

- **Maladies de l'appareil digestif**

Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires, maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum, maladies de l'appendice, hernies, entérites et colite non infectieuses, autres maladies de l'intestin, maladies du péritoine, maladies du foie, maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas, autres maladies de l'appareil digestif.

- **Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané**

Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, dermatoses bulleuses, dermatoses et eczémas, lésions papulo-squameuses, urticaire et érythème, affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané liées à une irradiation, maladies des phanères et des annexes cutanées, autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

- **Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif**

Arthropathies, affections disséminées du tissu conjonctif, dorsopathies, affections des tissus mous, ostéopathies et chondropathies, autres maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

- **Maladies de l'appareil génito-urinaire**

Glomérulopathies, maladies rénales tubulo-interstitielles, insuffisance rénale, lithiases urinaires, autres affections du rein et de l'uretère, autres maladies de l'appareil urinaire, maladies des organes génitaux de l'homme, affections du sein, affections inflammatoires des organes pelviens de la femme, affections non inflammatoires de l'appareil génital de la femme, affections de l'appareil génito-urinaire après un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classées ailleurs.

- **Grossesse, accouchement et puerpéralité**

Grossesse se terminant par un avortement, œdème, protéinurie et hypertension au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité, autres affections maternelles liées principalement à la grossesse, soins maternels liés au fœtus et à la cavité amniotique et problèmes possibles posés par l'accouchement, complications du travail et de l'accouchement, complications principalement liées à la puerpéralité, autres problèmes obstétricaux, non classés ailleurs.

- **Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale**

Fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement, anomalies liées à la durée de la gestation et à la croissance du fœtus, traumatismes obstétricaux, affections respiratoires et cardiovasculaires spécifiques de la période périnatale, infections spécifiques de la période périnatale, affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né, anomalies endocriniennes et métaboliques transitoires spécifiques du fœtus et du nouveau-né, affections de l'appareil digestif du fœtus et du nouveau-né, affections intéressant les téguments et la régulation thermique du fœtus et du nouveau-né, autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.

- **Malformations congénitales et anomalies chromosomiques**

Malformations congénitales du système nerveux, malformations congénitales de l'œil, de l'oreille, de la face et du cou, malformations congénitales de l'appareil circulatoire, malformations congénitales de l'appareil respiratoire, fente labiale et fente palatine, autres malformations congénitales de l'appareil digestif, malformations congénitales des organes génitaux, malformations congénitales de l'appareil urinaire, malformations congénitales du système ostéoarticulaire et des muscles, autres malformations congénitales, anomalies chromosomiques, non classées ailleurs.

- **Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs**

Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoires respiratoires, symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen, symptômes et signes relatifs à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéomusculaire, symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire, symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception et le comportement, symptômes et signes relatifs au langage et à la voix, symptômes et signes généraux, résultats anormaux de l'examen du sang sans diagnostic, résultats anormaux de l'examen des urines sans diagnostic, résultats anormaux de l'examen d'autres liquides, substances et tissus sans diagnostic, résultats anormaux de l'imagerie diagnostique et d'épreuves fonctionnelles sans diagnostic, causes de mortalité mal définies et inconnues.

- **Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes**

Lésions traumatiques de la tête, lésions traumatiques du cou, lésions traumatiques du thorax, lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin, lésions traumatiques de l'épaule et du bras, lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras, lésions traumatiques du poignet et de la main, lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse, lésions traumatiques du genou et de la jambe, lésions traumatiques de la cheville et du pied, lésions traumatiques de plusieurs parties du corps, lésions traumatiques de siège non précisé du tronc, membre ou autres régions du corps, effets dus à un corps étranger, brûlures et corrosions, gelures, intoxications par des médicaments et des substances biologiques, effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicale, effets de causes externes, autres et non précisées, complications de soins chirurgicaux et médicaux non classées ailleurs, séquelles de lésions traumatiques, d'empoisonnements et d'autres conséquences de causes externes, fracture fermée du rachis niveau non précisé, fracture ouverte du rachis niveau non précisé, certaines complications précoces des traumatismes non classées ailleurs.

- **Causes externes de morbidité et de mortalité**

Accidents de transport, autres causes externes de lésion traumatique accidentelle, lésions auto-infligées, agressions, événements dont l'intention n'est pas déterminée, intervention de la force publique et faits de guerre, complications de soins médicaux et chirurgicaux, séquelles de causes externes de morbidité et de mortalité, facteurs supplémentaires se rapportant aux causes de morbidité et de mortalité classées ailleurs.

- **Facteurs influençant l'état de santé et motifs de recours aux services de santé**

Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers, sujets pouvant courir un risque lié à des maladies transmissibles, sujets ayant recours aux services de santé pour des motifs liés à la reproduction, sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques, sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales, sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs, sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections.

LES DÉFICIENCES SENSORIELLES

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages p. 81 à 100
- Diapositives du PowerPoint
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision et de réflexion sont :

Déficiences visuelles

- Connaître et expliquer les trois familles de déficience visuelle.
- Distinguer l'acuité visuelle et le champ visuel.
- Faire la différence entre un fonctionnement aveugle et voyant.
- Connaître les principales causes de déficiences visuelles.
- Connaître les caractéristiques et les conséquences chez des personnes qui ont une déficience visuelle.
- Connaître les trois aides à la mobilité pour les personnes aveugles ou semi-voyantes.
- Réfléchir et être sensible par rapport à la problématique en lien avec le témoignage d'une personne vivant avec cette réalité.

Déficiences auditives

- Reconnaître les causes les plus fréquentes et les parties de l'oreille atteintes pour la déficience auditive de transmission et de perception (neurosensorielle).
- Différencier et caractériser les quatre niveaux de déficiences (légère à profonde).
- Connaître la différence entre malentendant et sourd.
- Connaître les conséquences et difficultés les plus graves pour les enfants, pour les adultes et les particularités de la déficience auditive chez la personne âgée.
- Reconnaître les particularités (acouphènes, surdité professionnelle et traumatisme sonore).

Évaluation de ce thème :

| | | |
|-----------|---------------------------------------|------|
| Cours 5-6 | Préparation et réflexion (témoignage) | |
| Cours 7 | Savant-être | 5 % |
| Cours 9 | Examen 1 | 25 % |
| Cours 15 | Activité synthèse | 20 % |



LES DÉFICIENCES SENSORIELLES

LA DÉFICIENCE VISUELLE



• : •• •• •. •• •• •• •. ••
A B C D E F G H I J
: •• •• •• •• •• •• •• ••
K L M N O P Q R S T
•• •• •• •• •• ••
U V W X Y Z

Les yeux d'un rêveur

C'était par un bel après-midi ensoleillé de printemps. J'étais assis sur un banc public dans le parc municipal et je sentais les odeurs vivifiantes qui émanaient de la végétation environnante : les fleurs de couleurs riches et vives, les arbres encore humides d'une pluie fraîche récente, l'humus abondant... C'était vraiment une très belle journée pour sortir un peu de ma vie d'intérieur toujours pareille. Cela me faisait le plus grand bien... J'avais laissé mon chien se dégourdir dans le parc, pourchasser des écureuils, courir dans tous les sens, bref le genre de choses que les chiens font lorsqu'ils sont libres. J'avais les yeux clos derrière mes lunettes de soleil afin de bien savourer le moment...

Des cris d'enfants se faisaient entendre... Des jeunes garçons jouaient à la balle ou au ballon et de petites filles à l'air ravi jouaient à la marelle. Une musique familière me vint à l'oreille; une musique joyeuse, à peine musicale. Je n'étais pas le seul à connaître cette musique, probablement la préférée de tous les enfants du quartier. C'était celle du marchand de glace, bien sûr. Les cris de joie des jeunes garçons et filles se turent un instant avant de reprendre, mais pour une autre raison... Tous couraient maintenant vers le camion aux couleurs criardes qui venait d'arrêter près du trottoir de la rue en face du parc pour s'acheter, avec les quelques sous que leurs parents leur avaient probablement donnés, une crème glacée délicieusement fraîche par ce chaud après-midi d'une vingtaine de degrés.

Un chien aboya. Une voix douce d'une femme tout aussi douce me salua. Je reconnus cette voix aussitôt; c'était celle de ma charmante voisine de palier avec qui je partageais un duplex. Au début, elle n'était qu'une étrangère, mais maintenant c'était une amie avec qui j'avais partagé joie et euphorie comme misère et désespoir.

Elle promenait son chien Cannelle.

« Bonjour », lui répondis-je.

Après avoir échangé quelques mots, elle me dit qu'elle était pressée et qu'elle devait partir. Elle conduisait Cannelle chez le vétérinaire et elle était en retard. Chère Sylvie! Elle était assez tête en l'air, mais elle restait tout de même une personne formidable.

Après son départ, je m'amusai à essayer de reconnaître les chants d'oiseaux abondants : tantôt un cardinal rouge, tantôt un merle fier... Un joggeur tout en sueur passa devant mon banc en écoutant une petite radio portable. Il paraissait épuisé d'après ses soufflements rauques.

C'était un très beau parc... Je sifflai pour attirer l'attention de mon chien, qui accourut aussitôt. L'herbe verte, les routes de terre, les arbres en fleurs, les enfants joyeux, voilà ce que j'aurais vu si je n'avais eu cet accident qui me coûta la vue. Ce qui me rend le plus triste est justement le désir inassouvi de voir à nouveau les couleurs du monde. Je me console toutefois en me disant qu'il me reste les yeux du rêve...

J'attachai la laisse à mon chien, me levai et partis...

Simon Goyette, 15 ans
20 mars 2004

LA DÉFICIENCE VISUELLE

1. DÉFINITION

De nombreuses personnes croient que la cécité implique une perte totale de la vision. Beaucoup de personnes aveugles conservent une certaine fonction visuelle leur permettant de percevoir la lumière. De plus, plusieurs personnes ayant une déficience visuelle peuvent lire des textes imprimés au moyen de lentilles correctrices ou aides techniques.

Il existe une définition légale du handicap visuel. Selon la Loi de l'Assurance maladie du Québec, est considérée handicapée visuellement « *toute personne qui après correction au moyen de lentilles ophtalmologiques appropriées, a une acuité visuelle pour chaque œil inférieur à 6/21 ou dont le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60° dans les méridiens 180° et 90° et qui, dans l'un ou l'autre cas, sont inaptes à lire, à écrire ou à circuler dans un environnement non familier.* »

Cette définition légale du handicap tient compte de l'acuité et du champ visuel.

L'acuité visuelle indique le degré de sensibilité de la vision; elle permet de voir avec précision les détails. Un œil en santé possède généralement une acuité visuelle de 6/6. Une personne ayant une déficience visuelle peut voir à 6 mètres un objet qui est habituellement perçu à 21 mètres par une personne qui a une vision intacte.

Certaines personnes possèdent une bonne acuité visuelle, mais éprouvent tout de même des problèmes avec leurs champs visuels.

Le champ visuel, c'est ce qui nous permet de voir ce qui se trouve autour de nous (l'étendue de la vision) sans bouger les yeux et qui nous aide à nous déplacer en toute facilité. Normalement, une personne ayant une vision intacte possède un champ visuel qui se situe aux alentours de 160°. Concrètement, la personne voit d'une épaule à l'autre sans bouger les yeux. Une personne ayant une déficience visuelle peut posséder un champ visuel périphérique ou central (très étroit) ou encore avoir des scotomes (ces points virtuels mouvants que l'on perçoit dans notre champ de vision) à l'intérieur du champ.

Plusieurs diagnostics peuvent causer des pertes d'acuité visuelle et/ou de champ visuel. Les principaux diagnostics à l'adulte sont la dégénérescence maculaire, le glaucome, la rétinopathie diabétique et la rétinite pigmentaire. Enfin, 46,16 % de notre clientèle adulte est atteinte de dégénérescence maculaire tandis que les autres diagnostics ont tous des pourcentages inférieurs à 10.

La plupart des personnes déficientes visuelles possèdent un résidu visuel.

Tout dépendant de l'utilisation que fait une personne déficiente visuelle de son résidu visuel, on les regroupe en deux catégories pour en arriver à une **définition fonctionnelle de la déficience visuelle** :

- Les personnes **fonctionnellement voyantes** : C'est la personne qui fait appel à son résidu visuel comme mode principal d'acquisition de connaissances. Elle utilise normalement le système graphique courant pour lire et écrire. Par contre, selon leur degré de vision, certaines personnes utilisent des aides techniques à la communication écrite. Près de 95 % des personnes déficientes visuelles sont fonctionnellement voyantes.

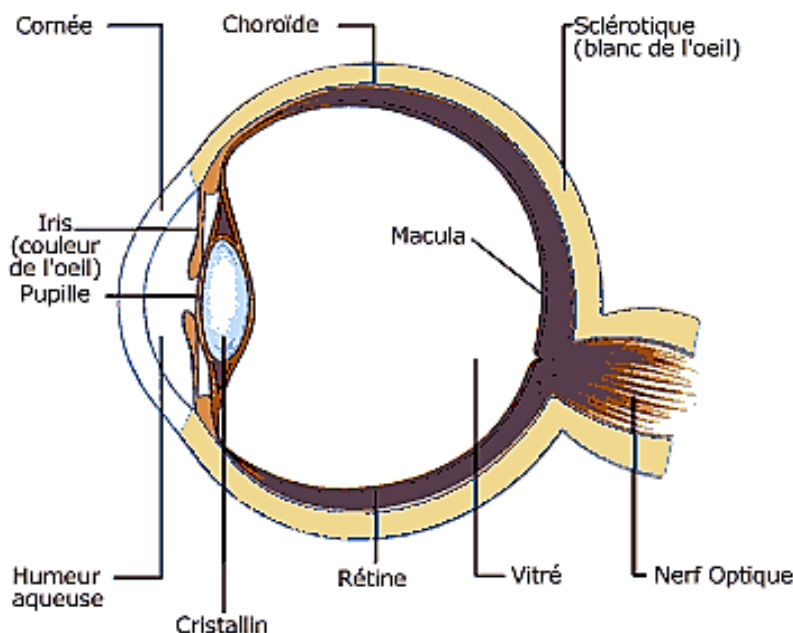
- Les personnes **fonctionnellement aveugles** : C'est la personne qui fait appel aux autres sens (particulièrement celui du toucher) comme mode principal d'acquisition de connaissances. Ce type de fonctionnement déterminera les adaptations requises ainsi que l'utilisation de certaines techniques spécialisées. Elle utilise normalement le système graphique Braille pour lire et écrire. C'est le cas de 5 % des personnes déficientes visuelles.

La nature même du problème de vision entre en ligne de compte et influence l'usage que la personne fait de son résidu visuel. Par exemple, dans certaines affections, le champ visuel, même s'il est assez large, sera brouillé par des taches gênantes. Dans d'autres cas, la fatigue influencera le degré d'acuité visuelle. Il arrive aussi que la vision soit affectée par les conditions d'éclairage.

Il faut faire aussi une distinction entre les personnes affectées d'une cécité, qui n'ont jamais vu ou qui ont perdu la vue en bas âge; ces personnes n'ont aucune référence visuelle pour se représenter mentalement les objets et leur environnement. Les apprentissages sont donc réalisés entièrement par l'intermédiaire des autres sens. Au contraire, les personnes qui ont perdu la vue au cours de leur vie en conséquence à une maladie ou les personnes dont la vue diminue fortement en vieillissant peuvent interpréter leur environnement plus facilement.

La **surdicécité** consiste en une double déficience sensorielle. Au Québec, on parlera d'une personne qui est fonctionnellement aveugle et qui utilise le braille, mais qui, en raison d'une déficience auditive, ne peut compter sur aucune aide en mode sonore pour effectuer ses activités courantes. « La combinaison de ces deux déficiences entraîne un déficit important puisqu'aucun de ces deux sens ne procure un accès fiable à l'information et à la communication. Elle entrave les capacités d'apprentissage, la réalisation des activités courantes et la participation sociale de la personne. »¹⁶

Schéma de l'œil¹⁷



¹⁶ INSTITUT UNIVERSITAIRE DE RÉADAPTATION. *La surdicécité*. [En ligne], [<http://www.irdpq.qc.ca/nos-services/readaptation/enfants-et-adolescents/surdicecite>] (Consulté le 22 janvier 2016).

¹⁷ [En ligne], [<http://ophtasurf.free.fr/oeil.htm>].

2. LES CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES DE DÉFICIENCE VISUELLE



Dégénérescence
maculaire



Cataractes



Glaucome



Rétinopathie
diabétique



Cécité totale

Illustration 1 : Maladies oculaires les plus fréquentes

Source : INCA.

Dégénérescence maculaire (vision centrale brouillée)

La dégénérescence maculaire est une maladie de l'œil provoquée par une atteinte à la macula qui mène à la perte graduelle ou soudaine de la vision centrale.

Au centre de la rétine se trouve une petite tache à peu près de la grosseur d'un pois appelée macula. De façon normale, l'œil permet de voir les plus fins détails visuels grâce à la macula. Elle traite les détails de la partie centrale de l'image reçue par le cerveau. Si, pour une raison quelconque, la macula se détériore, le centre du champ visuel est brouillé et tous les détails sont perdus. C'est ce qu'on appelle la dégénérescence de la macula.

On estime que la maladie touche un Canadien de 50 à 64 ans sur sept et cette donnée est à la hausse en raison du vieillissement de la population. En fait, ce pourcentage grimpe à un Canadien sur trois chez les plus de 75 ans. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est la principale cause de perte de vision chez les Canadiens de plus de 50 ans, mais aussi dans le monde. On estime que près de 2,1 millions de Canadiens sont atteints de DMLA. La dégénérescence maculaire peut cependant se manifester chez les jeunes.

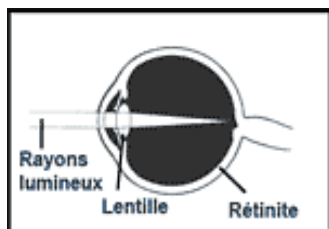
Les facteurs de risque sont l'âge, les antécédents familiaux, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension et un fort taux de cholestérol. On note également un risque plus grand chez les personnes largement exposées aux rayons UV du soleil sans protection, les personnes aux yeux pâles et les Caucasiens (personnes blanches).

Cataracte (opacification du cristallin)

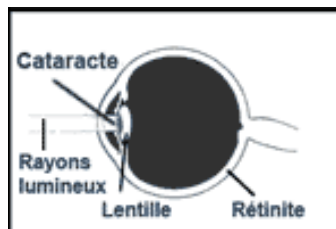
Les cataractes constituent une cause très courante de détérioration de la vision. Des progrès importants ont été réalisés dans le traitement de cette maladie ces dernières années et la plupart des personnes qui en sont atteintes peuvent maintenant espérer recouvrer la vue en totalité ou, du moins, en grande partie. Elles sont souvent reliées au processus normal de vieillissement et à l'opacification du cristallin, milieu normalement clair et transparent de l'œil. La cataracte sénile est la forme la plus courante et peut apparaître dès l'âge de 40 ans. À mesure que la cataracte se développe, la vue peut devenir trouble, floue et imprécise. Il ne s'agit ni d'une tumeur ni de la formation d'une nouvelle peau ou d'un nouveau tissu sur l'œil, mais plutôt de la formation d'une buée sur le cristallin proprement dit.

Quand la cataracte apparaît, le cristallin devient aussi opaque qu'une fenêtre givrée et la lumière ne peut être correctement transmise à la rétine, ce qui produit une image qui n'est pas claire. Il arrive souvent, cependant, qu'une partie seulement du cristallin soit atteinte, et si la vue n'est pas considérablement affaiblie, il n'est pas nécessaire d'enlever la cataracte. En revanche, si une grande partie du cristallin est opacifiée, il peut y avoir perte partielle ou totale de la vision tant que la cataracte n'est pas extraite. La cataracte congénitale est présente dès la naissance ou peu après celle-ci. La chirurgie effectuée le plus tôt possible permet de prévenir l'amblyopie (basse vision).¹⁸

Un œil normal



Un œil avec cataracte



Il y a bien des sortes de cataractes. La plupart sont causées par une modification de la composition chimique du cristallin, modification due au vieillissement, à l'hérédité, à une malformation congénitale, à une blessure à l'œil ou à certains troubles ou états pathologiques de l'œil ou de l'organisme.

Sida, VIH

Le VIH attaque le système immunitaire de l'organisme; les infections oculaires sont donc courantes chez les personnes qui en sont atteintes. Le sida peut provoquer de légers saignements et l'apparition de taches blanches sur la rétine, des infections de la rétine (dont le décollement qui entraîne une importante baisse de vision) et la maladie de Kaposi peut entraîner une tumeur qui atteindra l'œil.

Diabète

Le diabète est une maladie caractérisée par un trouble de l'assimilation du sucre (glucose) nécessaire aux besoins énergétiques de l'organisme, en général due à une sécrétion insuffisante de l'hormone appelée insuline. La maladie peut affecter plus qu'un point cinq (1.5) millions de Canadiens, dont la moitié ne soupçonnent pas sa présence. Elle fait perdre la vue à 400 Canadiens chaque année. C'est la cause la plus fréquente de déficience visuelle avant l'âge de 50 ans.

La cause la plus importante de handicap visuel chez les diabétiques est la rétinopathie diabétique, marquée par une modification des minuscules vaisseaux sanguins qui nourrissent la rétine.

¹⁸ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS D'ENFANTS HANDICAPÉS VISUELS. *La cataracte congénitale*. [En ligne], [http://www.aqpehv.qc.ca/pathologies-et-anomalies.php#Cataracte] (Consulté le 22 janvier 2016).

Corps flottants et éclairs de lumière

Les corps flottants sont des taches sombres qui se présentent sous la forme de points, de cercles, de lignes ou de toiles d'araignée et qui semblent se déplacer dans le champ visuel. Ils sont particulièrement perceptibles lorsqu'on porte le regard sur un fond peu coloré comme un ciel clair ou un mur blanc. Les corps flottants peuvent apparaître dans de multiples formes ou en différents nombres et ils semblent se déplacer quand on regarde dans différentes directions. Les éblouissements intermittents ou éclairs de lumière apparaissent lorsque la personne a l'impression de voir des lumières clignotantes, en particulier d'un côté à la fois, qui persistent même lorsque l'œil est fermé.

Glaucome

Le glaucome est une maladie qui affecte un Canadien sur cent de plus de quarante ans. C'est l'une des principales causes de la cécité. Bien qu'il soit associé avec le vieillissement, le glaucome peut se développer à tout âge, même dans la petite enfance. La cause première du glaucome demeure inconnue, mais un certain nombre de facteurs de risque ont été déterminés, notamment l'âge, l'hérédité, la myopie (difficulté à voir de loin), une maladie générale comme une attaque ou une crise cardiaque prématurée, et une élévation de la pression intraoculaire.

La plupart des types de glaucome se caractérisent par une pression intraoculaire élevée, et c'est essentiellement à cela qu'il faut s'attaquer pour enrayer la maladie. Quand il y a équilibre entre la quantité de liquide (humeur aqueuse) qui arrive dans l'œil et la quantité qui s'en échappe, la pression intraoculaire est normale. Elle s'élève lorsque l'écoulement du liquide ne peut se faire. On croit pouvoir attribuer la perte de la vision dans le glaucome à la pression intraoculaire élevée, ainsi qu'à d'autres facteurs agissant sur le nerf optique, situé à l'arrière de l'œil. La diminution graduelle de la capacité de fonctionner du nerf optique entraîne imperceptiblement et sans douleur la perte de la vision périphérique.

Rétinite pigmentaire

Le nom de rétinite pigmentaire désigne un groupe de maladies à caractère familial qui causent une baisse lente de la vision et finissent par aboutir à la cécité. La rétinite pigmentaire entraîne la destruction progressive de certaines cellules photosensibles de la rétine.

Les causes de la rétinite pigmentaire n'ont pas été clairement établies. La moitié des cas environ sont sporadiques et les autres sont attribuables à l'hérédité. En connaissant davantage les antécédents des personnes qui en souffrent, on pourra peut-être plus facilement prévoir comme la maladie évoluera, bien que cela puisse varier même d'une personne à l'autre au sein d'une même famille.

Les premiers symptômes se manifestent d'ordinaire au début de l'âge adulte, mais ils peuvent aussi apparaître à n'importe quel âge. Les deux plus courants sont l'héméralopie (l'adaptation à l'obscurité se fait très lentement) et la perte de la vision périphérique. Celle-ci rend la mobilité très difficile, car la personne n'a plus que sa vision centrale (c'est comme si elle regardait dans un tunnel).

Décollement de la rétine

C'est une affection grave qui touche généralement les personnes d'âge moyen ou avancé. Il se produit fréquemment chez les personnes myopes ou chez des personnes dont les parents ont déjà eu la maladie. Il peut aussi être causé par un coup à l'œil et il peut arriver qu'il soit héréditaire. Dans certains cas, le décollement de la rétine est causé par d'autres affections de l'œil comme des tumeurs, des inflammations graves et des complications du diabète sucré. Il n'y a pas déchirure ou perforation de la rétine dans ces cas et le traitement de la maladie qui a causé le décollement est le seul qui puisse corriger la situation. S'il n'est pas traité rapidement, le décollement de la rétine peut entraîner l'affaiblissement, voire la perte de la vision.

3. LES CONSÉQUENCES DE LA DÉFICIENCE VISUELLE

La déficience visuelle apporte certains problèmes. On parle de problèmes de mobilité et d'orientation; de difficultés scolaires, socioéconomiques et d'intégration. Elle peut perturber les activités de la vie quotidienne et domestique. Parfois, elle s'accompagne de caractéristiques physiques. Enfin, elle peut entraîner des comportements symptomatiques.

La mobilité et l'orientation

Pour une personne voyante, la vision fournit les informations nécessaires pour se déplacer et s'orienter. Donc, pour une personne déficiente visuelle, il peut y avoir certaines limites au déplacement dans l'environnement.

La majorité des personnes déficientes visuelles apprennent à se déplacer et à se mouvoir d'une manière autonome; elles n'utilisent pas d'aide à la mobilité, telle la canne blanche, lorsque leur vision résiduelle leur donne accès à suffisamment d'information. Toutefois, certaines personnes fonctionnellement voyantes, mais dont l'angle de vision est extrêmement restreint, tirent avantage de l'utilisation d'une canne blanche pour explorer le sol et éviter d'avoir sans cesse à le regarder.

Les personnes fonctionnellement aveugles doivent, quant à elles, apprendre à se déplacer grâce à des aides à la mobilité. La canne blanche constitue le moyen le plus fréquemment utilisé. Elle tient lieu de sonde et informe la personne des obstacles ou accidents de terrain qui se présentent devant elle. La personne déficiente visuelle peut également à l'occasion se servir d'une autre personne pour la guider. Quelques personnes atteintes d'une cécité utilisent le chien-guide pour se déplacer.

La lecture et l'écriture

La déficience visuelle nuit à la scolarité. Quel que soit leur âge, les personnes ayant une déficience visuelle sont moins susceptibles d'avoir fait des études postsecondaires que les personnes sans incapacités. Lorsqu'elle débute au commencement des études, la perte de vision peut avoir une grave répercussion sur le plus haut niveau de scolarité atteint; la majorité des personnes chez qui elle se manifeste ne termineront que leurs études primaires. La difficulté à lire représente un des défis les plus courants.

Des aides techniques¹⁹ existent comme les loupes, lecteurs numériques, télévisionneuses, systèmes optiques télescopiques, montures et lentilles, logiciels de synthèse vocale et de grossissement de caractères, afficheur braille ou machine à écrire braille pour ceux qui connaissent le langage.

Le revenu et le travail

Sans égard à l'âge, la majorité des personnes ayant une déficience visuelle déclarent un revenu inférieur aux autres personnes. Environ 58 % de ces personnes sont inactives sur le marché du travail, comparativement à 28 % pour la société en général. Parmi ces personnes, près des deux tiers (63 %) se disent incapables de travailler en raison de leur incapacité. D'autre part, 13 % des personnes ayant une déficience visuelle indiquent être capables de travailler, mais se considèrent comme limitées quant au genre ou à la quantité de travail qu'elles pourraient faire en raison de leur état. La majorité des gens en emploi se retrouvent dans des milieux reliés à la déficience visuelle. On en retrouve très peu dans le secteur régulier du travail.

Les activités de la vie quotidienne et domestique

Près de 60 % des adultes ayant une déficience visuelle ont besoin d'aide pour faire leurs gros travaux ménagers, 45 % d'entre eux ont besoin d'aide pour magasiner, et environ 30 % nécessitent un peu d'aide pour préparer leurs repas ainsi que voir à leurs finances personnelles. Dans son quotidien, la personne peut également avoir recours à différentes aides comme une montre braille, une assiette, un pèse-personne, un réveille-matin et un ruban à mesurer adaptés. Ce sont les centres de réadaptation qui peuvent accompagner la personne dans ces adaptations.

Les caractéristiques physiques de certains troubles visuels

Certaines personnes déficientes visuelles passent parfaitement inaperçues au sein de leur groupe. Certaines portent des lentilles cornéennes et se déplacent avec aisance, sans aide particulière. Cependant, d'autres personnes présentent des particularités physiques évidentes comme par exemple, les yeux constamment en mouvement ou une démarche hésitante.

Exemples : Le strabisme se traduit par une déviation de l'un ou des deux yeux. Le glaucome s'accompagne souvent d'écoulement de liquide dans la région des paupières; l'œil paraît plus gros ou légèrement hors de son orbite.

Les comportements symptomatiques

Certaines personnes déficientes visuelles adoptent un ensemble de comportements ou font des gestes qui agacent les autres.

Ces manifestations se développent à la manière d'habitudes nerveuses (« tics ») chez certaines personnes. Elles peuvent toucher constamment leurs globes oculaires; elles le font dans le but d'exercer une stimulation mécanique de l'œil ou du nerf optique.

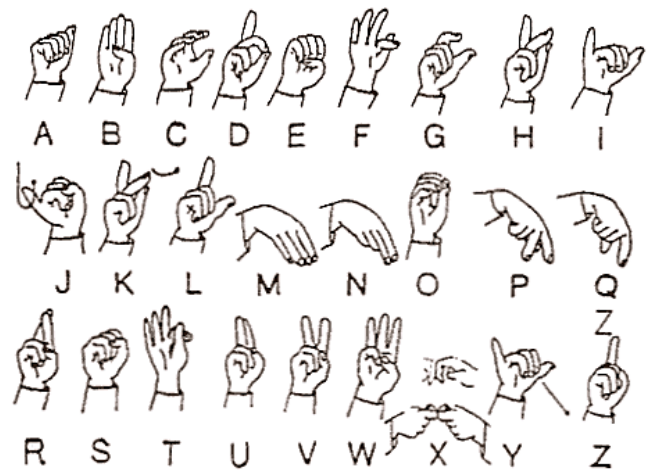
¹⁹ INSTITUT UNIVERSITAIRE DE RÉADAPTATION. [En ligne], [<http://www.irdpq.qc.ca/nos-services/aides-techniques-et-equipement/aides-visuelles>].

Les personnes aveugles affirment que cette pression sur l'œil augmente temporairement l'acuité visuelle, favorise la perception des couleurs ou provoque des sensations lumineuses. En plus de ces stimulations au niveau de l'œil, d'autres gestes d'auto-excitation peuvent apparaître chez certains enfants ou adolescents, surtout.

Certains peuvent se manipuler l'oreille pour obtenir des sensations sonores, se pincer, se gratter ou manipuler les cheveux. Toutes ces sensations relèvent des autres sens. Certains enfants adoptent des comportements qui relèvent des sensations kinesthésiques; par exemple, ils se balancent avant-arrière dans un mouvement de bercement ou ils se balancent la tête en dessinant un 8. Lorsque les intervenants leur font prendre conscience de ces comportements dérangeants, le jeune va en venir à bien se contrôler et les comportements vont disparaître.

Certains comportements relèvent aussi de la posture et de la physionomie. Certaines personnes vont marcher le dos cambré vers l'arrière ou vers l'avant. Elles peuvent se tenir la tête penchée. Elles peuvent ne pas diriger le visage vers leur interlocuteur ou s'approcher la tête trop près du visage de l'interlocuteur. Certaines personnes peuvent aussi ne pas démontrer d'expression dans le visage ou sourire de manière forcée. Ces comportements apparaissent plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte.

Certains enfants ou adolescents en fonctionnement aveugle vont adopter un comportement qu'on appelle le verbalisme. Ils ont tendance à répéter ce qu'ils entendent; mais, en même temps, l'image mentale peut être déformée quant à la réalité. Donc, ils ont appris à nommer les choses sans réellement avoir eu une expérience directe avec elles.

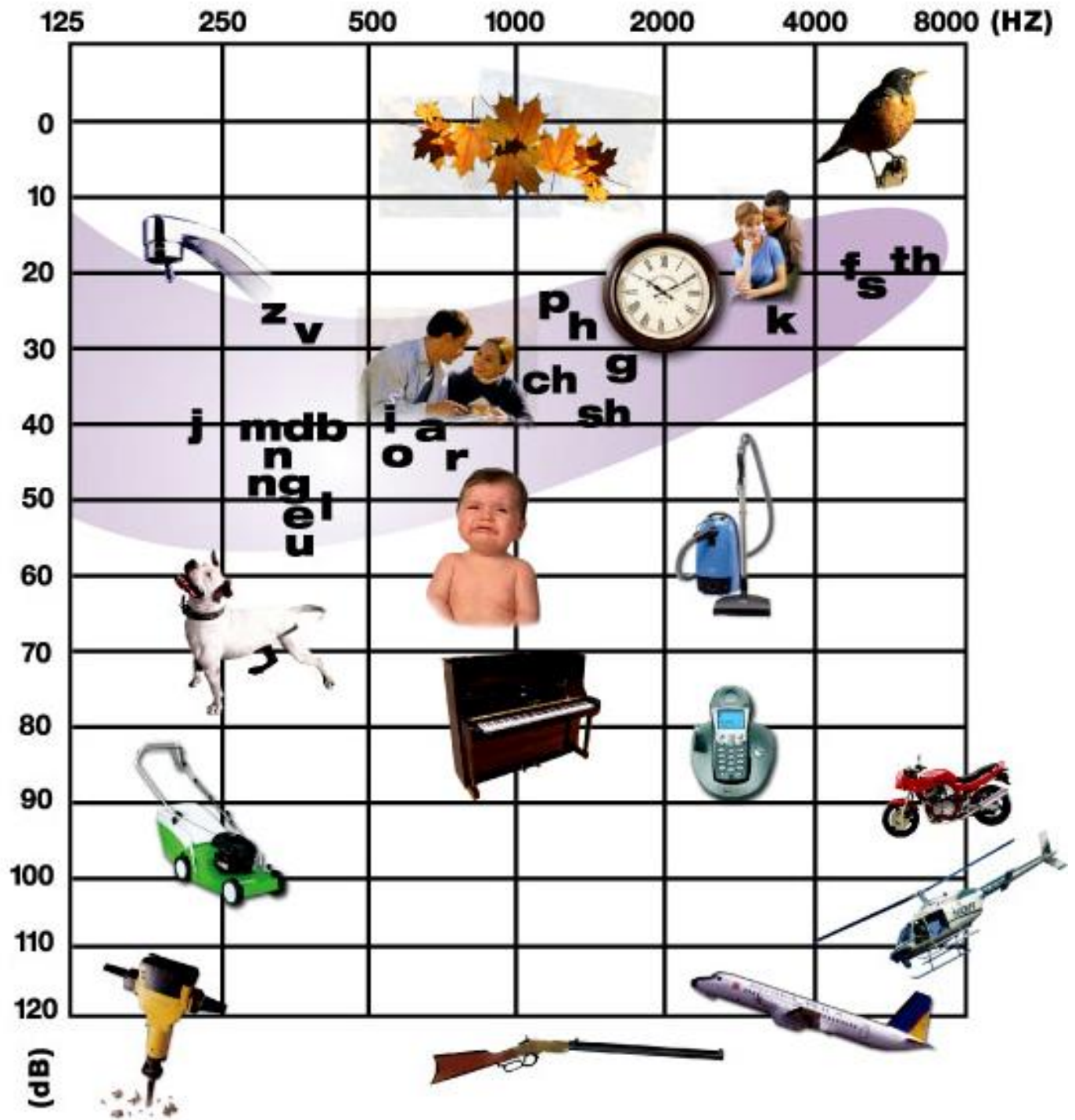


LES DÉFICIENCES SENSORIELLES

LA DÉFICIENCE AUDITIVE

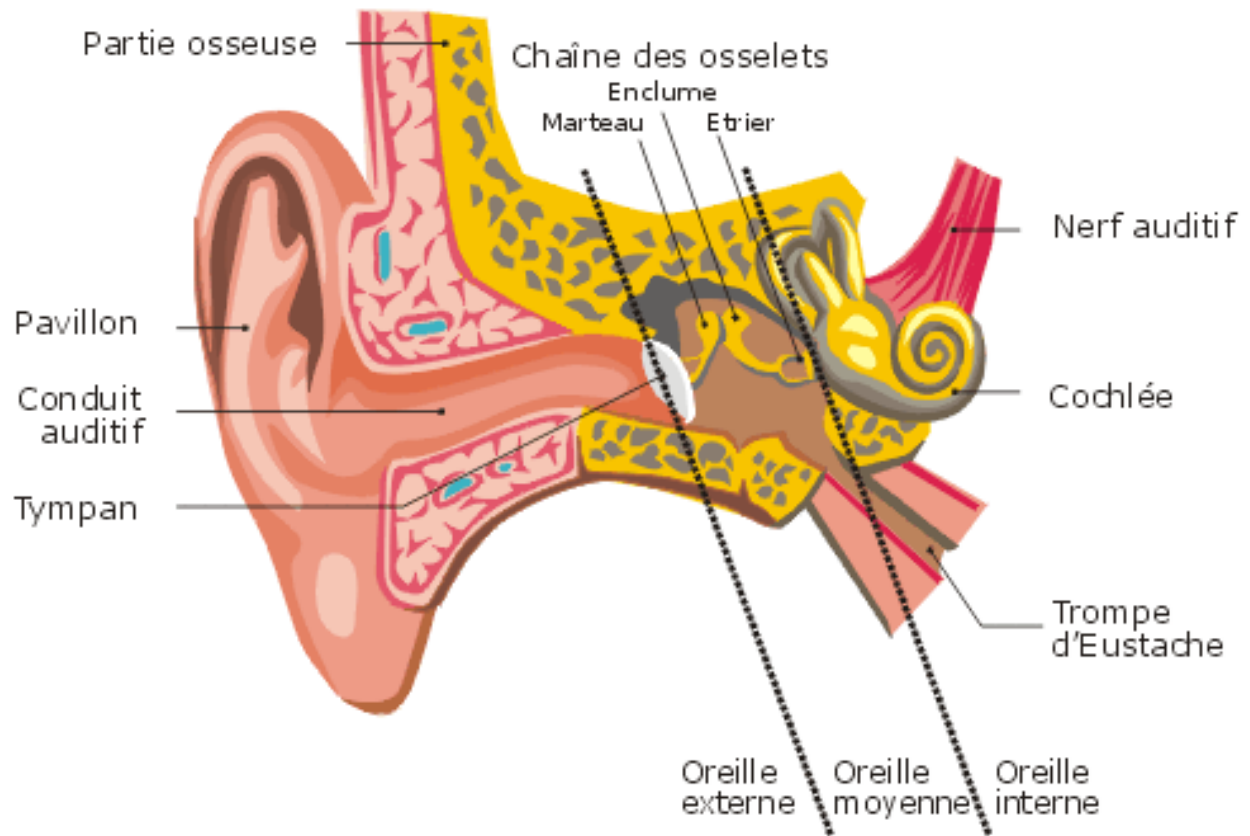


AUDIOGRAMME



Source : *Voix-Acoustique physiologique*, [En ligne], [<http://courzadetphysique.e-monsite.com/pages/ts-spe/le-son/tp/voix-acoustique-physiologique.html>] (Consulté le 29 janvier 2013).

SCHÉMA DE L'OREILLE



Source : *Anatomie et fonctionnement de l'oreille*, [En ligne], [<http://audition.free.fr/main3.htm>] (Consulté le 29 janvier 2013).

LA DÉFICIENCE AUDITIVE

1. QUELQUES STATISTIQUES

Au Québec :

- A) Plus 770 000 personnes seraient atteintes de déficience auditive (10 % de la population);
- B) Près de 1 % de la population est atteinte de surdité profonde;
- C) Un bébé sur 1 000 naît sourd;
- D) Environ 50 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent avec une déficience auditive;
- E) Un enfant sur 10 présente des problèmes auditifs sérieux à un moment donné de sa vie;
- F) Près de 500 000 travailleurs québécois sont exposés à des bruits industriels (surdité professionnelle).

2. DÉFINITION DE LA DÉFICIENCE AUDITIVE ET DE LA SURDITÉ

Le terme général de déficience auditive désigne une perte auditive unilatérale ou bilatérale. Il existe différents niveaux de déficience auditive :

- A) Par déficience auditive, on désigne la perte complète ou partielle de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles. L'altération peut être légère, modérée, sévère ou profonde.
- B) Par surdité, on désigne la perte complète de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles.

3. LES TYPES DE DÉFICIENCE AUDITIVE ET LEURS CAUSES

Deux fonctions sont bien distinctes dans l'appareil auditif : la transmission des ondes sonores et leur transformation en un message.

- A) **La déficience auditive de transmission** : Ce sont les organes chargés de retransmettre les vibrations acoustiques qui sont déficients, donc l'oreille externe et surtout l'oreille moyenne (voir schéma de l'oreille, p. 94).

Les causes

Chez l'enfant

- **Les otites** : Elles sont responsables des trois quarts des déficiences auditives chez l'enfant. Habituellement, les otites aiguës guérissent sans laisser de traces, mais il faut craindre les otites mal guéries, celles qui traînent et deviennent chroniques, car une infection qui dure dans la caisse du tympan va laisser des séquelles, abîmer cette fine membrane ou la délicate chaîne d'osselets.
- **L'infection** : Ce trouble peut faire suite à une banale rhinopharyngite. L'enfant a l'impression d'avoir l'oreille bouchée. Parfois, il entend des bourdonnements. Mais, il est surtout gêné par sa propre voix, il a l'impression qu'elle résonne fort à l'intérieur de son oreille. Toute infection peut entraîner des dégâts à l'endroit où elle se trouve.

- Les malformations : Certaines sont évidentes, comme l'absence de pavillon ou de conduit auditif; d'autres touchent l'oreille interne. Elles peuvent être héréditaires ou bien être le fait d'une maladie survenue au cours de la grossesse, par exemple, la rubéole ou la toxoplasmose.

Chez l'adulte

- Les infections : Certaines infections peuvent altérer l'audition chez les adultes comme chez les enfants. L'otospongiose est une atteinte relativement fréquente qui touche les femmes deux fois plus souvent que les hommes. Le trouble se porte sur l'os, qui sécrète une masse spongieuse qui emprisonne l'étrier et l'empêche de bouger librement. L'atteinte s'installe peu à peu. L'otospongiose peut évoluer vers une surdité sévère ou profonde. Une fois sur deux, on retrouve d'autres cas dans la famille. On pense que c'est l'infection dont aurait vraisemblablement souffert Beethoven.

B) **La déficience auditive de perception, ou neurosensorielle** : C'est celle qui se situe au niveau de l'oreille interne, du nerf auditif et des voies auditives centrales. Des lésions osseuses lui sont parfois associées; la cochlée et les voies nerveuses ne jouent pas ou jouent de façon incomplète leur rôle qui est de transformer les vibrations sonores en influx nerveux (voir schéma de l'oreille, p. 94).

Les causes

Chez l'enfant

- L'hérédité.
- Les infections dont la mère a pu souffrir pendant la grossesse, dont la rubéole qui est une cause fréquente des surdités sévères et la toxoplasmose.
- Au moment de la naissance, l'oreille et l'ensemble de l'appareil auditif du bébé peuvent subir un traumatisme grave ou une anoxie. La prématurité peut aussi être une cause de déficience auditive. Lorsque surgit une difficulté au moment de la naissance, deux fois plus de bébés sont déficients auditifs.
- Les méningites.
- Dans la moitié des cas de déficience auditive chez l'enfant, on ne retrouve aujourd'hui aucune cause.

Chez l'adulte

- La surdité brusque : Elle survient très brutalement, en quelques minutes, chez l'adulte qui jusqu'alors ne souffrait d'aucun trouble.
- La surdité évolutive du jeune : Elle touche un adulte en pleine activité. Elle s'installe progressivement, mais sûrement. En quelques mois ou années, elle produit une atteinte profonde bilatérale. Son origine est le plus souvent génétique.
- Certaines tumeurs qui surviennent sur le trajet des voies de l'audition.
- La maladie de Ménière : Elle est due à une pression trop importante dans les liquides de l'oreille interne et de l'organe de l'équilibre. La personne souffre d'une baisse d'audition, mais aussi, surtout, de vertiges et de sifflements. La surdité subsistera si les crises sont fréquentes et longues.
- La cause la plus fréquente est dorénavant le traumatisme acoustique provoqué par des surstimulations sonores.

4. CLASSIFICATION DES DÉFICIENCES AUDITIVES

L'audition est normale quand la perte est inférieure à 20 dB. Il n'y a aucun inconvénient dans la vie courante.

- La déficience auditive légère

La perte est de 20 à 40 dB.

La parole est perçue, mais certaines syllabes peuvent échapper au malentendant. Il ne comprend pas certains mots. Il n'entend pas non plus les secrets. Son environnement est déjà appauvri puisque les sons et les bruissements ne lui parviennent pas.

- La déficience auditive moyenne

La perte est de 40 à 70 dB.

Seule la parole forte est perçue. Une prothèse auditive est nécessaire. Déjà, les personnes atteintes s'aident en lisant sur les lèvres. La perte auditive de 50 dB constitue un seuil important : c'est à ce niveau que la personne commence à avoir de la difficulté avec l'autocontrôle de la voix. Donc, la personne peut avoir de la difficulté à entendre et à contrôler sa propre voix.

- La déficience auditive sévère

La perte est de 70 à 90 dB.

Seule la voix puissante est perçue. La gêne est très importante. Appareillage (système F.M., prothèses auditives, implant cochléaire), lecture labiale et rééducation (langage des signes) sont indispensables à la vie sociale.

- La déficience auditive profonde

La perte est de 90 dB et plus.

L'enfant qui naît ainsi ou qui le devient très tôt ne parlera pas en l'absence d'une rééducation appropriée.

Dans le langage courant, il est convenu d'appeler sourds ceux qui n'entendent pratiquement pas la parole. Le seuil de la perte est alors de 65 à 70 dB et plus. Ces personnes sont atteintes de déficiences sévères et profondes. Pour aucun enfant ni aucun adulte, on ne doit jamais parler de sourds-muets. Toutes les autres qui présentent de troubles plus légers, des déficiences moyennes ou légères sont appelées personnes malentendantes.

5. QUAND LA SITUATION DE HANDICAP PEUT-ELLE APPARAÎTRE?

On distingue trois situations différentes :

- Celle des enfants qui sont nés sourds ou qui le sont devenus très tôt.
- Celle des adultes qui sont devenus sourds ou malentendants à la suite d'une maladie ou d'un accident.
- Celle des personnes âgées pour lesquelles l'atteinte de l'audition s'ajoute à des difficultés reliées au vieillissement.

6. LES DIFFICULTÉS DES PERSONNES SOURDES OU MALENTENDANTES

La déficience auditive n'altère aucunement l'intelligence.

Chez l'enfant

- Réception et émission de la langue parlée : Le bébé gazouille dès six à huit semaines. Tous les bébés babillent; ils s'exercent. L'enfant qui entend peut intégrer ce jeu dans une relation. Pour l'enfant sourd, cette gymnastique ne sert à rien; il abandonne. Le jasi s'éteint donc vers dix mois au lieu de céder la place à la parole comme chez l'enfant entendant. C'est une des conséquences les plus graves de la déficience auditive : la difficulté à apprendre une langue que l'on n'entend pas, à la comprendre et à la parler.

L'atteinte du langage oral, comme les altérations de la couleur de la voix, varie selon l'importance de la perte auditive et le moment de son apparition. Plus la surdité est précoce, plus les conséquences sont grandes. L'enfant atteint dès sa conception ou pendant sa croissance dans l'utérus n'aura jamais entendu des mots ou des phrases. Il aura des difficultés majeures. Celui qui est touché plus tard, alors qu'il a déjà commencé l'apprentissage du langage, sera moins handicapé. Savoir lire sera un outil de communication très important. D'autres, atteints d'une perte auditive moyenne ou légère survenue plus tardivement, n'auront qu'un simple retard du langage ou des difficultés à lire et à écrire.

- Isolement et agressivité : La déficience auditive est un handicap majeur parce qu'elle isole et enferme, surtout dans notre société où le langage est le moyen de communication privilégié. L'enfant déficient auditif est fréquemment violent, agressif ou colérique comme s'il enrageait de ne pouvoir se faire comprendre. Il ne peut participer pleinement à la vie de ses proches et il en souffre. Il manifeste donc sa présence autrement. Incapable de s'exprimer verbalement, il lui arrive de crier pour signaler sa présence et tenter bruyamment de se faire « entendre ». Comme il est souvent à l'écart, l'enfant ayant une déficience auditive pourra avoir tendance à croire que l'on parle et se moque de lui. Ces impressions aggraveront sa souffrance et ses réactions agressives.
- Inquiétude : L'enfant ayant une déficience auditive est privé des informations fournies par l'oreille, organe de la vigilance. Il est inquiet et tendu. Il cherche avec ses yeux des informations que son audition ne lui donne pas; il est peu attentif et mal concentré sur une action. Il peut paraître distrait.
- Maladresse et brusquerie : L'oreille est un radar. Elle aide à construire l'espace comme elle structure le temps. Dans l'élaboration de ses gestes, l'enfant ayant une déficience auditive, surtout si son déficit est profond, pourra avoir quelques difficultés, mais il se débrouille grâce aux informations que lui donnent ses yeux.

- Les difficultés d'apprentissage : Les troubles de la parole et du langage peuvent être la cause de difficultés dans les matières scolaires qui font appel à l'abstraction et à l'élaboration des concepts. Dans l'apprentissage de la langue, le vocabulaire est souvent limité; l'enfant peut avoir de la difficulté avec le changement de sens des mots ou avec les mots semblables. Souvent, la lecture est une activité fastidieuse. L'enfant avec une déficience auditive profonde arrive rarement à s'exprimer avec aisance et spontanéité.

Chez l'adulte

On pourrait croire que tout est plus facile pour l'adulte qui sait déjà parler, qui a ses références et sa vie bien construites. Ce n'est pas le cas. Voici quelques réactions de l'adulte face à l'apparition de la déficience auditive.

- Le déni : La personne qui devient sourde ou malentendante s'accroche à ce qu'elle faisait et ce qu'elle était. Comme la plupart du temps elle lit sur les lèvres, elle peut donner le change. Les « devenus sourds » refusent souvent leur handicap; ils ne l'avouent ni aux autres ni à eux-mêmes. Certains vont même jusqu'à refuser l'appareil auditif qui pourrait les aider. Ils vont même jusqu'à rêver à de nouvelles technologies qui leur redonneraient leur audition.
- Les changements dans la vie : La vie familiale est perturbée. Il n'est pas rare que des couples se séparent quand survient le handicap. Cette solitude s'étend aux amis; les relations amicales se détériorent aussi. Comme il est difficile de suivre une conversation, il faut faire répéter. Les autres n'en ont pas l'habitude et croient que c'est de l'inattention. Il est très difficile pour une personne malentendante de suivre les conversations.

La vie professionnelle est perturbée. Plusieurs cherchent à nier leur atteinte pour conserver leur travail. Il existe tellement d'emplois qu'une personne déficiente auditive ne peut plus faire : tous les métiers qui demandent à être en contact avec le public ou qui impliquent la communication verbale. Souvent, la personne doit abandonner son métier et son cadre de travail, acquérir une nouvelle qualification plus compatible avec ses difficultés.

Les activités sociales et culturelles sont aussi plus difficiles : écouter la télévision, aller au concert, au cinéma ou à un spectacle de théâtre.

- Les changements de la personnalité : La personne déficiente auditive est souvent triste et mélancolique. Elle se sent exclue de tous les côtés : de sa famille, de ses amis et de ses collègues de travail. Le monde des entendants se ferme à elle et le monde des sourds de naissance ne l'accueille pas pour autant. On dit souvent des personnes qui sont devenues sourdes qu'elles se retirent de tout ce qu'elles ne peuvent plus partager. En même temps, on les dit curieuses, car elles doivent sans cesse demander parce qu'elles n'ont plus un accès direct aux informations. Elles n'entendent ni la radio ni la télévision; elles n'ont pas perçu quelqu'un qui vient d'entrer dans la pièce. Si elles paraissent curieuses, c'est qu'elles doivent demander continuellement ce qu'elles parvenaient à saisir sans effort auparavant. Elles se sentent dépendantes de leur entourage.

Les personnes sourdes et malentendantes sont souvent perçues comme paresseuses ou manquant de volonté alors qu'elles doivent constamment demeurer concentrées pour percevoir ce qu'elles n'entendent plus. La personne déficiente auditive est plus fatiguée que paresseuse. Quand on n'entend pas bien, on devient facilement soupçonneux, ombrageux et susceptible.

Chez la personne âgée

La perte auditive est bien réelle pour chaque personne lorsqu'elle avance en âge. La presbyacousie est l'atteinte de l'audition spécifique à la personne âgée.

- Les manifestations de la presbyacousie : Elle commence habituellement par une gêne dans le bruit. La personne a de la difficulté à suivre une conversation. Souvent, l'entourage ou la famille remarque un changement de comportement et s'en plaint. La personne âgée met le son de la radio ou de la télévision trop fort. Parfois, les proches s'irritent, car la personne ne saisit pas ce qu'on lui dit : « elle fait tout de travers ».
- L'évolution de la presbyacousie : Au début, elle est accompagnée de bourdonnements d'oreilles et de sensations de déséquilibre. Lorsque la perte auditive arrive, les bourdonnements disparaissent. Celle-ci survient en deux temps : jusqu'à 65 ans, les sons aigus sont les plus atteints. Ensuite, après 70 ans, toutes les fréquences sont également touchées. La presbyacousie n'épargne personne, même si elle n'est pas d'égale intensité chez tout le monde. Souvent, au fil des ans, tandis que son audition baissait, la personne a installé des mécanismes de compensation. Elle connaît des mots depuis si longtemps qu'elle les reconnaît même quand son oreille lui joue des tours. Mais elle est vraiment gênée dans les ambiances sonores.
- Les conséquences : La personne qui souffre d'une baisse d'audition, on l'a déjà dit, risque de se sentir isolée. C'est encore plus vrai pour la personne âgée. La déficience auditive arrive alors à un bien mauvais moment, celui où on doit réviser sa place dans la société et modifier sa façon de vivre. Elle devient donc une contrainte supplémentaire à la difficulté de vieillir.

7. QUELQUES PARTICULARITÉS

- Les bourdonnements d'oreilles, ou acouphènes : Ce sont des bruits perçus par la personne en l'absence de toute stimulation acoustique extérieure; ce sont des sons que la personne entend alors qu'ils n'existent pas (ce ne sont pas des hallucinations). Ils traduisent une lésion obstructive de l'oreille externe ou une lésion de l'oreille moyenne. L'oreille est pleine de bourdonnements, de sifflements et de sonorités étranges. Les acouphènes sont très fréquents lors des pertes auditives qui surviennent chez le jeune adulte. Ils peuvent être, en eux-mêmes, un réel handicap.
- Les atteintes professionnelles : Elles se manifestent au début par une simple fatigue auditive chez les travailleurs qui sont exposés continuellement au bruit. La baisse d'audition passe alors inaperçue. Bien souvent, à ce moment, l'ouvrier ne se plaint pas du bruit, mais de fatigue. Puis la gêne survient bientôt; le travailleur perçoit moins bien ceux qui lui parlent au loin ou qui articulent mal. S'il reste exposé au bruit, sa déficience s'aggrave. Ce n'est pas le cas s'il quitte l'ambiance trop bruyante. Sinon, l'atteinte devient sévère ou profonde. Elle est alors définitive. Ces surdités professionnelles lèsent également les deux oreilles.
- Les traumatismes sonores : Il est assez simple de savoir si le bruit que l'on écoute est trop fort; on ressent une impression d'oreille bouchée. Par exemple une exposition à des musiques trop fortes.

Exercice 1

LA DÉFICIENCE VISUELLE

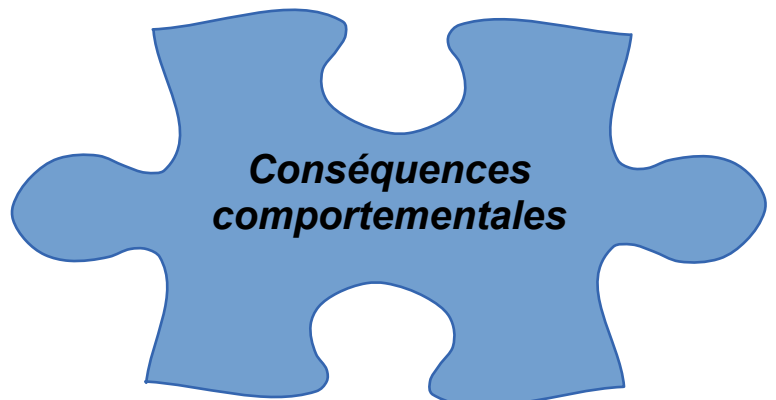
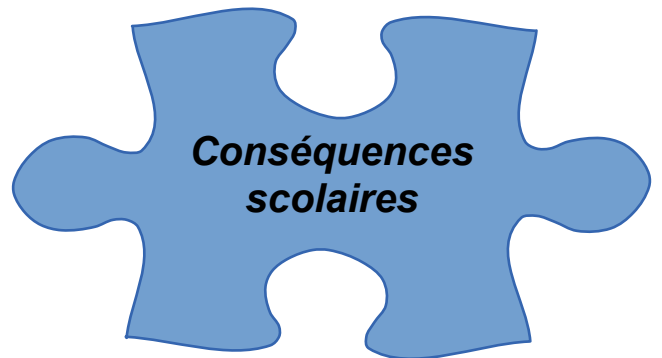
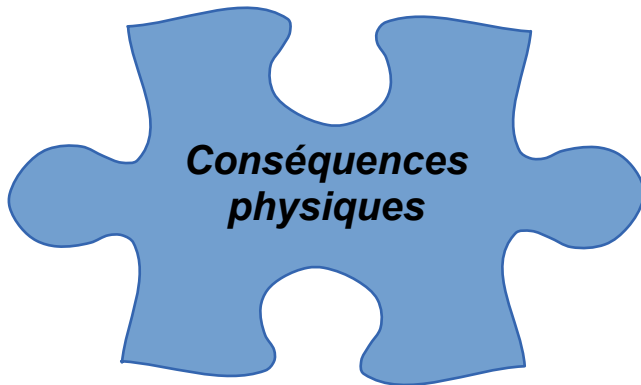
Qui suis-je? Placez ou écrivez la définition correspondante.

| | |
|---|--|
| Acuité visuelle | |
| Champ visuel | |
| Résidu visuel | |
| Personne fonctionnellement voyante | |
| Personne fonctionnellement aveugle | |
| Avoir une vision floue | |
| Avoir un champ visuel réduit | |
| Cécité | |

| | |
|--|--|
| Dégénérescence maculaire | |
| Cataractes | |
| VIH/SIDA | |
| Diabète | |
| Corps flottants et éclairs de lumière | |
| Glaucome | |
| Rétinite pigmentaire | |
| Décollement de la rétine | |

Exercice 2

Écrivez à côté des catégories les caractéristiques générales ou conséquences possibles chez les personnes ayant une déficience visuelle.



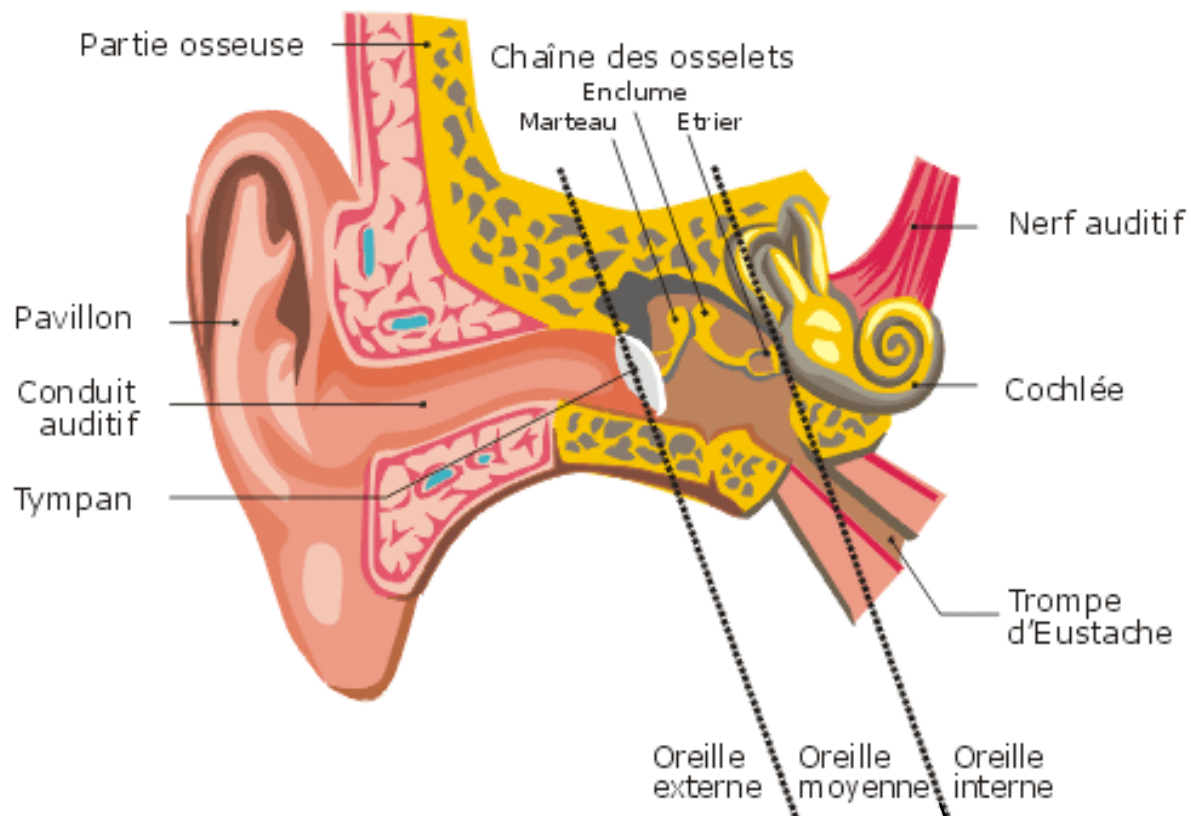
Exercice 3

SCHÉMA DE L'OREILLE

Types de déficiences, causes principales et statistiques

Placez les éléments suivants selon :

- | | |
|---|--|
| A) Déficience auditive de perception ou neurosensorielle | D) Les principales causes sont les <u>méningites</u> , la rubéole contractée pendant la grossesse, tumeurs |
| B) Chez l'enfant, les otites sont responsables du $\frac{3}{4}$ des déficiences auditives | E) Déficience auditive de transmission |
| C) Autres causes : infections, malformations | F) Dans 50 % des cas enfants : aucune cause trouvée |



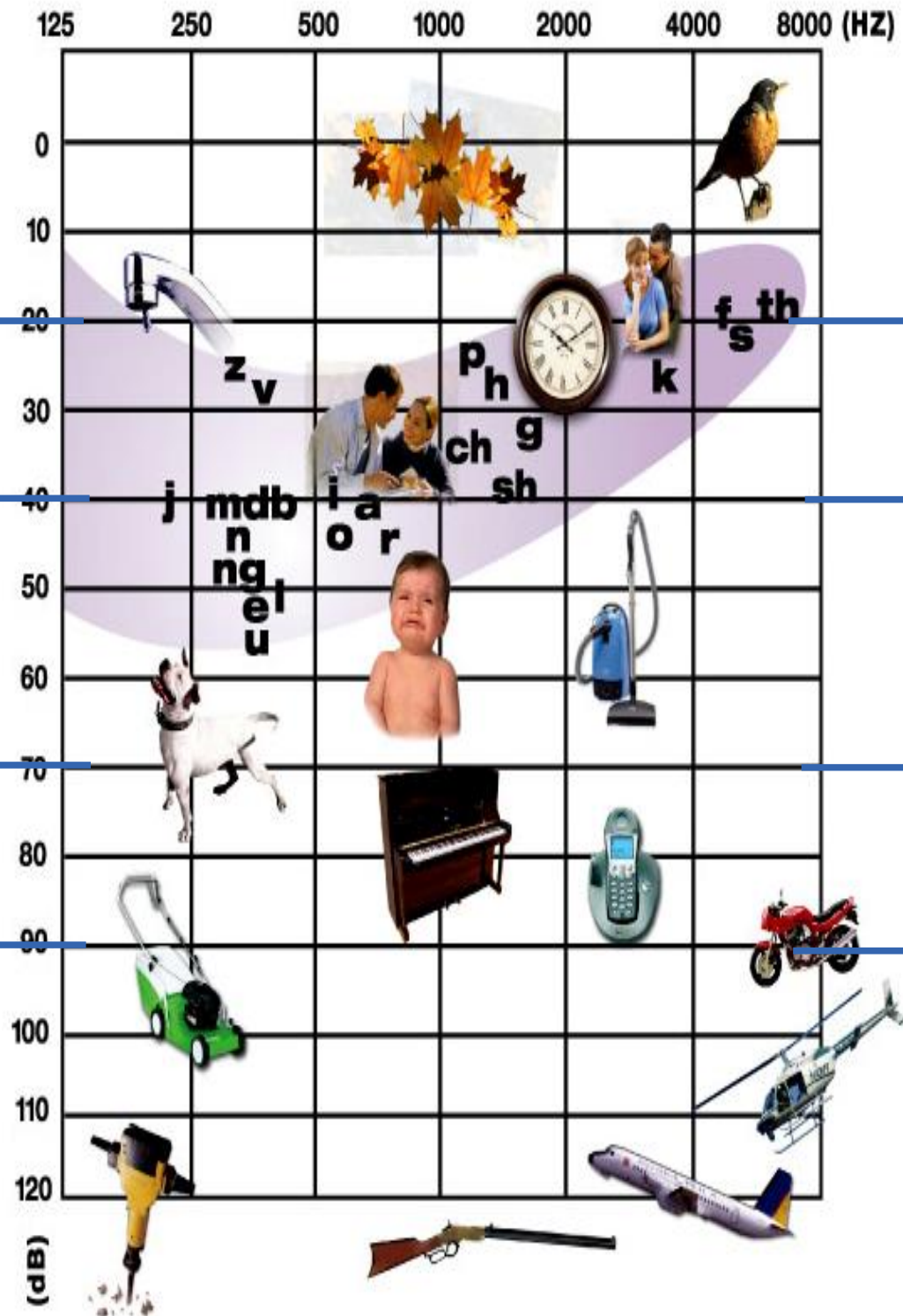
Éléments qui touchent l'oreille externe et moyenne:

Exercice 4

AUDIOGRAMME

Ajoutez les éléments essentiels autour de l'audiogramme.

Personnes considérées comme malentendantes ou sourdes – Classifications de la déficience (légère à profonde) – Perte auditive en décibels – Manifestations



Exercice 5

DIFFICULTÉS DES PERSONNES SOURDES OU MALENTENDANTES

Écrivez les difficultés vécues selon le groupe d'âge.

Chez l'enfant



Chez l'adulte



Chez la personne âgée



LES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil pages 111 à 129
- Diapositives du PowerPoint
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision sont :

- Comprendre et différencier les troubles émotionnels.
- Associer les troubles émotionnels à un des quatre registres de symptômes.
- Associer une situation à un des troubles émotionnels (reconnaître les signes principaux).
- Connaître des problèmes associés aux troubles d'apprentissage.
- Expliquer l'ampleur du problème des troubles mentaux (prévalence, différence gars-fille).
- Connaître les facteurs de risque et de protection des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents.



Évaluation de ce thème :

| | | |
|----------|------------------------------|------|
| Cours 7 | Savant-être | 5 % |
| Cours 9 | Examen 1 sur les déficiences | 25 % |
| Cours 15 | Activité synthèse | 20 % |

LES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

1. AMPLEUR DU PROBLÈME DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES ENFANTS

La prévalence des troubles mentaux chez les jeunes de 5 à 18 ans varie de 17,6 % à 26 % selon les enquêtes épidémiologiques. Au Québec, elle se situe à 19,9 % d'après les réponses des parents et à 15,8 % d'après les réponses des jeunes. Les garçons de 6 à 11 ans présentent plus de troubles à prédominance de symptômes comportementaux que les filles du même groupe d'âge. Les filles de 12 à 14 ans présentent plus de troubles anxieux et dépressifs que les garçons de ce groupe d'âge. Tous les troubles mentaux n'entraînent pas nécessairement des problèmes d'adaptation à la maison, à l'école ou avec les amis.

Quant aux enfants d'âge préscolaire, la classification des troubles mentaux s'avère plus difficile. Les rares études réalisées aux États-Unis et en Angleterre ont ciblé des problèmes de développement et de comportement. Elles ont démontré une prévalence d'environ 20 % de ces problèmes à l'âge de 3 ans. En somme, les troubles mentaux touchent environ **un jeune sur cinq**, que ce soit chez les enfants d'âge scolaire ou les enfants d'âge préscolaire.

2. DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES TROUBLES MENTAUX

Les déficiences psychiques ou émotionnelles concernent les troubles mentaux. Ces troubles se définissent comme des manifestations de dysfonctionnements biologiques, neurologiques ou psychologiques. Ceux-ci se traduisent par des symptômes **émotionnels, cognitifs, comportementaux** et **somatiques**.

Chaque trouble mental se définit par un ensemble de symptômes subjectifs ou objectifs selon les critères diagnostiques de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version française (DSM-5* de l'American Psychiatric Association, 2015). Il existe aussi une classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent qui est présentée en annexe de ce texte.

Dans le livre *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* du Dr André Gagnon (2001), les troubles mentaux sont présentés en quatre registres symptomatiques et ont été adaptés à partir du DSM-5.

- a) Registre à prédominance des symptômes émotionnels;
- b) Registre à prédominance des symptômes comportementaux;
- c) Registre à prédominance des symptômes somatiques;
- d) Registre à prédominance des symptômes cognitifs, émotionnels, comportementaux et somatiques.

REGROUPEMENT DES TROUBLES MENTAUX SELON LES CATÉGORIES DE SYMPTÔMES

Premier registre symptomatique : prédominance des symptômes émotionnels

- Troubles anxieux
 - Trouble panique
 - Agoraphobie
 - Phobie spécifique
 - Anxiété sociale (phobie sociale)
 - Anxiété généralisée
 - Anxiété de séparation
 - Mutisme sélectif
- Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés
 - Trouble obsessionnel compulsif
 - Obsession d'une dysmorphie corporelle
- Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress
 - Trouble de stress posttraumatique
 - Trouble réactionnel de l'attachement
- Troubles dépressifs
 - Épisode dépressif majeur



Deuxième registre symptomatique : prédominance des symptômes comportementaux

- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité
- Trouble d'opposition avec provocation
- Trouble des conduites
- Trouble explosif intermittent

Troisième registre symptomatique : prédominance des symptômes somatiques

- Troubles de l'élimination (sphinctériens)
 - Encoprésie
 - Énurésie
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
 - Anorexie mentale
 - Boulimie
 - Hyperphagie compulsive
 - Pica
- Tics
 - Syndrome Gilles de la Tourette
 - Tics provisoires

Quatrième registre symptomatique : prédominance des symptômes cognitifs, émotionnels, comportementaux et somatiques.

- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
 - Psychose
- Troubles bipolaires
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Troubles du spectre de l'autisme
 - Déficiences intellectuelles (déficience intellectuelle et retard global de développement)
 - Trouble spécifique des apprentissages
- Troubles de la communication
 - Trouble du langage
 - Trouble de la communication sociale

Tableau inspiré du livre *Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* du Dr André Gagnon (2001), p. 4 et adapté à partir du DSM-5, version française (2015).

Premier registre symptomatique : prédominance émotionnelle

Trouble panique : Ce trouble anxieux se caractérise par des attaques de panique, c'est-à-dire des périodes brèves, mais intenses de malaise avec des manifestations physiques (palpitations, sensations d'étranglement, peur de mourir). Ces manifestations suscitent beaucoup d'anxiété et sont parfois associées à de l'agoraphobie.

Agoraphobie : Crainte marquée pour la personne de se retrouver dans des lieux d'où il pourrait être difficile de s'échapper. Les peurs ou l'anxiété doivent se retrouver dans deux situations ou plus (transports en commun, endroits ouverts, endroits clos, file d'attente ou foule, être seul à l'extérieur du domicile).

Phobie spécifique : Ce trouble anxieux se caractérise par une peur ou une anxiété persistante et excessive d'un objet ou d'une situation (noirceur, hauteurs, animal, injection) suscitant une angoisse que le jeune ne peut contrôler. Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement. Les activités du jeune sont perturbées. Les symptômes durent pendant une période d'au moins six mois.

Anxiété sociale (phobie sociale) : Ce trouble anxieux se caractérise par une peur persistante et intense de situations sociales durant lesquelles le jeune est en contact avec des personnes non familières et craint d'agir de façon embarrassante. Les activités du jeune sont perturbées de façon



importante, il évitera les situations qui lui causent la peur ou l'anxiété, il peut y avoir des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement. L'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec des adultes. Les symptômes durent au moins six mois ou plus. Si la peur est limitée aux situations de performances ou de parler en public (anxiété sociale de performance), l'enfant n'évitera pas les situations sans performance.

Anxiété généralisée : La caractéristique essentielle de ce trouble est une anxiété et des soucis excessifs au sujet d'événements ou d'activités (performances scolaires, compétitions sportives, etc.) s'accompagnant de symptômes de tension, d'agitation, de fatigabilité, d'irritabilité ou des perturbations du sommeil et entraînant une souffrance significative ou une altération du fonctionnement habituel du jeune. Un seul de ces symptômes est requis pour l'enfant et doit durer six mois et plus.

Anxiété de séparation : Ce trouble se caractérise par une peur ou une anxiété excessive et inappropriée lorsque l'enfant doit se séparer ou est séparé des personnes auxquelles il est attaché. Il peut avoir peur qu'un événement malheureux (se retrouver perdu, être kidnappé, avoir un accident, tomber malade) le sépare d'une de ses figures d'attachement, il peut refuser de sortir ou de dormir en dehors de la maison. Il peut y avoir des cauchemars répétés à thème de séparation, des plaintes somatiques répétées et une détresse excessive et récurrente lors des séparations. La durée de ce trouble est d'au moins quatre semaines.



Mutisme sélectif : Il se caractérise par l'incapacité régulière d'un enfant à parler dans des situations sociales spécifiques (exemple : à l'école), alors qu'il parle normalement dans d'autres contextes. Le trouble dure au moins un mois (pas seulement le premier mois d'école) et interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle de la personne ou avec la communication sociale.

Trouble obsessionnel compulsif : Ce trouble se caractérise par l'existence d'obsessions ou de compulsions. Les **obsessions** se définissent comme des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes (frapper une personne, se blesser, etc.) et inappropriées qui entraînent



une anxiété importante. Ces obsessions sont considérées comme intrusives et inopportunes. Les **compulsions** se définissent comme des comportements (se laver les mains, vérifier constamment quelque chose, etc.) ou des actes mentaux répétitifs (compter, répéter des mots dans sa tête, etc.) destinés à diminuer la détresse ou à empêcher une situation redoutée. La durée des obsessions ou des compulsions dépasse une heure par jour ou interfère de façon significative avec les activités habituelles du jeune.

Obsession d'une dysmorphie corporelle : Débutant généralement à l'adolescence, le sujet est préoccupé par une ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans son apparence physique qui ne sont pas apparents ou qui semblent mineurs pour les autres. La personne peut manifester des comportements répétitifs (vérification dans le miroir, toilettage excessif, excoaration de la peau, recherche de rassurement) ou des actes mentaux (comparaison de son apparence avec celle d'autrui). Les préoccupations entraînent une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants et durent en moyenne entre 3 et 8 heures par jour et il est difficile d'y résister ou de les contrôler.

Trouble de stress posttraumatique : Ce trouble survient à la suite de l'exposition à un événement menaçant l'intégrité physique du jeune ou d'un de ses proches. L'événement a suscité une peur intense ou un sentiment d'impuissance et est revécu sous forme de souvenirs répétitifs, de cauchemars ou de sentiment de détresse lors d'une exposition à des situations ou à des objets évoquant cet événement. Ce trouble s'accompagne de symptômes comme de l'irritabilité, des difficultés de concentration, des troubles de sommeil, des sursauts exagérés ou de l'hypervigilance et d'une altération du fonctionnement habituel du jeune (relations avec parents, fratrie, amis, aidants, rendement scolaire). Les symptômes durent plus d'un mois. Chez les enfants de moins de 6 ans, les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et des aspects de l'événement peuvent s'exprimer à travers des reconstitutions dans le jeu. Pour les rêves répétitifs, il peut être impossible de vérifier si le contenu effrayant est lié à l'événement traumatique.

Trouble réactionnel de l'attachement : Des contextes (plusieurs ruptures affectives en bas âge ou négligences sévères) ne permettant pas un attachement sécurisant sont souvent à l'origine de ce trouble, par exemple, négligences sociales, manques de soins adéquats, violence familiale, abandon, changements fréquents d'adultes preneurs de soins. Ce trouble se caractérise par un comportement inhibé vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant (cherche ou répond peu au réconfort en situation de détresse) et à une perturbation sociale et émotionnelle persistante qui se manifeste par une diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui, un refus de dépendre de l'adulte ou au contraire de lui plaire, peu importe qui il est, une absence de réactions manifestes lors de séparation, une sociabilité sans discernement, des relations superficielles avec les autres, une mise en échec des bons moments, une réaction envers toutes limites ou exigences comme une attaque ou une critique, des apprentissages difficiles et des relations conflictuelles avec les pairs. Le jeune peut vivre des épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes.

Épisode dépressif majeur : La caractéristique essentielle de ce trouble est soit une humeur dépressive ou irritable, soit une perte d'intérêt ou de plaisir. Les autres symptômes incluent des troubles de sommeil ou d'alimentation, des sentiments de dévalorisation, des idées ou tentatives de suicide. Les symptômes induisent une souffrance significative ou une altération du fonctionnement général. La durée du trouble est d'au moins deux semaines.



Deuxième registre symptomatique : prédominance des symptômes comportementaux

Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : Ce trouble neurodéveloppemental se manifeste par des symptômes d'*inattention* (le jeune n'écoute pas, organise mal ses tâches, est distrait, etc.), des symptômes d'*hyperactivité* (le jeune s'agite, a de la difficulté à rester assis, etc.) et des symptômes d'*impulsivité* (le jeune est incapable d'attendre son tour, interrompt constamment les autres, etc.). Ces manifestations se révèlent anormales pour le niveau de développement de l'enfant, entraînent une altération du comportement général et durent au moins six mois. Ces symptômes sont présents avant l'âge de 12 ans.

Trouble oppositionnel avec provocation : Ce trouble se caractérise par un ensemble de comportements de refus et d'opposition avec hostilité et provocation et une humeur colérique et irritable (le jeune fait des colères, refuse d'obéir, embête souvent les autres volontairement, argumente, s'oppose, défie l'autorité, fait porter le blâme de ses erreurs ou mauvaises conduites sur les autres, est susceptible, fâché et plein de ressentiment, etc.). Ces comportements sont beaucoup plus fréquents que chez les autres enfants du même âge, engendrent une altération du comportement général et une détresse qui durent au moins six mois.



Troubles des conduites : Ce trouble comporte des conduites répétitives et persistantes au cours desquelles sont bafoués les droits fondamentaux des autres, les normes ou les règles sociales correspondant à l'âge du sujet (agressions envers des personnes ou des animaux, destruction des biens matériels, fraudes ou vols, violations graves des règles établies, etc.). Ces conduites durent au moins douze mois.

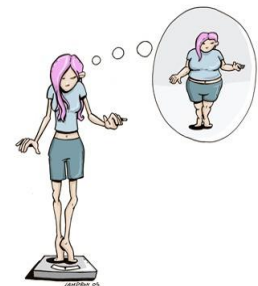
Trouble explosif intermittent : Ce trouble s'adresse aux jeunes de plus de 6 ans et se définit par des épisodes récurrents de comportements explosifs découlant d'une incapacité à maîtriser des impulsions agressives. Elle se manifeste soit par de l'agressivité verbale ou physique envers des biens matériels, animaux ou autre personne sans intention de détruire ou blesser ou soit par trois accès explosifs où des biens ont été détruits ou personnes blessées en douze mois. Les accès agressifs ne sont pas prémédités, ils sont impulsifs ou dus à une colère.

Troisième registre symptomatique : prédominance des symptômes somatiques

Encoprésie : Ce trouble se caractérise par des émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés (dans les vêtements, sur le sol) au moins une fois par semaine pendant trois mois chez des enfants de 4 ans et plus. L'enfant est souvent honteux et peut éviter les situations embarrassantes, par exemple, la colonie de vacances ou l'école.

Énurésie : Ce trouble se caractérise par des mictions répétées au lit ou dans les vêtements chez des enfants de 5 ans et plus, que ce soit involontaire ou délibéré. Ce comportement survient deux fois par semaine et plus pendant au moins trois mois; pour qu'il soit significatif, il doit y avoir présence de détresse et d'altération du fonctionnement social, scolaire ou autres domaines importants.

Anorexie mentale : Ce trouble alimentaire se caractérise par un refus de maintenir le poids corporel au-dessus d'un poids normal pour l'âge et la taille, avec une peur intense de prendre du poids et une altération de la perception du corps. Ce trouble peut entraîner une absence des règles (aménorrhée).



Boulimie : Ce trouble alimentaire se caractérise par des crises récurrentes au cours desquelles est absorbée en peu de temps une grande quantité de nourriture, avec le sentiment de perdre le contrôle sur le comportement alimentaire. Il existe des comportements compensatoires inappropriés visant à empêcher la prise de poids (vomissements provoqués, prise de laxatifs, etc.). Les symptômes durent trois mois et plus et se présentent au moins une fois par semaine. L'estime de soi est grandement influencée par le poids et la forme corporelle.

Hyperphagie compulsive : Ce trouble alimentaire se caractérise par l'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture lors d'une seule occasion, accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle chez l'individu, mais la personne ne présente pas de comportements compensatoires. La personne peut manger plus rapidement que la normale et en grandes quantités en l'absence de la sensation physique de faim, manger jusqu'à une distension abdominale, manger seule parce qu'elle est gênée de ce qu'elle mange et elle peut se sentir dégoûtée d'elle-même, déprimée et très coupable après avoir mangé. Ce trouble est régulièrement associé à un surpoids ou à l'obésité. Les crises se présentent au minimum une fois par semaine pendant trois mois consécutifs et une détresse importante est observée.

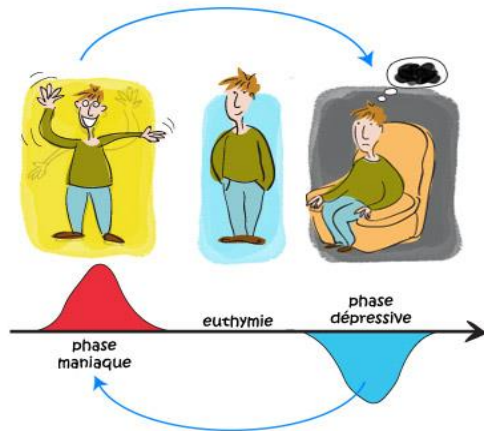
Pica : Ce trouble se définit par l'ingestion répétée de substances non nutritives et non comestibles (papier, savon, tissu, cheveux, métal, cailloux, ficelle, craie, cendre, glace, terre, mégots de cigarettes, verre...) pendant une période d'un mois. Ces substances ne correspondent pas à une pratique acceptable selon l'âge de développement et la culture.

Syndrome de Gilles de la Tourette : Ce trouble moteur neurodéveloppemental se caractérise par des tics moteurs et vocaux multiples, c'est-à-dire des mouvements (clignement des yeux, haussement des épaules, extension des extrémités, imitation de mouvements d'une autre personne, etc.) ou vocalisations (raclement de la gorge, reniflement, grognement, répétition de mots, etc.) survenant de façon soudaine, rapide, récurrente et non rythmique. Ces tics se manifestent presque tous les jours pendant plus d'une année. Le début du syndrome est avant l'âge de 18 ans.

Tics provisoires : Ce trouble se caractérise par des tics moteurs ou verbaux uniques ou multiples qui surviennent presque tous les jours pendant au moins quatre semaines, mais qui ne durent pas plus de douze mois consécutifs.

Quatrième registre symptomatique : symptômes cognitifs, émotionnels, comportementaux et somatiques

Psychose : La psychose toxique (effets de la consommation d'une substance) est la plus observée chez les adolescents de 15 à 30 ans. Elle consiste en une perte de contact temporaire avec la réalité. Les symptômes précoces incluent des modifications de l'humeur, des habitudes de sommeil et de l'appétit, une perte d'énergie ou de motivation, l'isolement, de la difficulté à se concentrer, des pertes de mémoire, des problèmes au travail ou à l'école. Les symptômes spécifiques incluent des perturbations de la perception et hallucinations (entendre des voix ou voir des choses qui n'existent pas), avoir des croyances et jugements bizarres ou clairement injustifiés, des délires (croire que l'on est persécuté, sans en posséder la moindre preuve, ou encore s'imaginer que l'on peut lire dans nos pensées). La pensée est désorganisée (s'exprimer d'une manière confuse) ou adopter un comportement bizarre. La psychose peut être traitée, mais peut aussi être associée à d'autres troubles mentaux comme la schizophrénie et autres troubles psychotiques, le trouble bipolaire ou la dépression psychotique.



Trouble bipolaire I : Ce trouble se caractérise par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes maniaques ou d'épisodes mixtes. L'épisode maniaque se définit par une perturbation de l'humeur se manifestant par des idées de grandeur, une réduction du besoin de sommeil, un engagement dans de multiples activités ou d'autres symptômes pouvant être psychotiques. Les symptômes durent au moins une semaine et entraînent une altération marquée du fonctionnement général. L'hospitalisation peut être nécessaire. L'épisode mixte se définit par une perturbation de l'humeur au cours de laquelle sont présents à la fois les symptômes d'un épisode maniaque et ceux d'un épisode dépressif majeur. Ceux-ci durent au moins une semaine. Une

attention particulière est nécessaire pour établir un diagnostic. Le trouble se diagnostique davantage à partir de 18 ans, car les enfants du même âge peuvent se situer à des stades différents en ce qui concerne le développement, ce qui rend difficile de déterminer avec précision ce qui est « normal » ou « attendu » en fonction de l'âge. Chaque enfant doit être évalué en fonction de son comportement habituel.

Trouble bipolaire II : Ce trouble se caractérise par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque. L'épisode hypomaniaque se définit par une perturbation de l'humeur se traduisant par des symptômes similaires à l'épisode maniaque. La durée est d'au moins quatre jours. Il n'y a pas d'altération marquée du comportement.

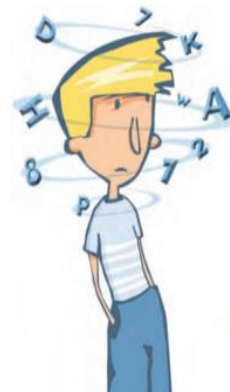
Trouble du spectre de l'autisme : Ce trouble neurodéveloppemental à caractère chronique se manifeste par des difficultés persistantes sur le plan de la *communication et des interactions sociales* (manque de réciprocité socioémotionnelle, déficit dans la communication non verbale, difficulté à développer, maintenir et comprendre les relations sociales). On retrouve aussi des comportements stéréotypés, des intérêts restreints ou des rituels et une hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou activités inhabituelles. Le niveau de sévérité est variable selon le besoin de soutien.



Déficience intellectuelle (trouble du développement intellectuel) : Ce trouble est caractérisé par une atteinte du fonctionnement intellectuel (raisonnement, résolution de problèmes, planification, pensée abstraite, jugement, apprentissage scolaire et apprentissage par l'expérience) et du comportement adaptatif (indépendance personnelle, aptitudes sociales et interpersonnelles, autonomie, etc.) dans des environnements comme la maison, l'école, le travail ou la collectivité. Le déficit intellectuel et adaptatif débute durant la période développementale. Le niveau de sévérité (léger, moyen, grave ou profond) devra être défini sous la base du fonctionnement adaptatif. On met donc l'accent sur les besoins de soutien pour l'établir.

Retard global de développement : Ce diagnostic est réservé aux enfants de moins de 5 ans lorsque la sévérité ne peut être évaluée de façon fiable durant l'enfance. L'enfant présente un retard développemental dans plusieurs sphères du fonctionnement intellectuel. Ce diagnostic s'applique à des enfants qui ne sont pas en mesure ou qui sont jeunes pour passer des évaluations standardisées du fonctionnement intellectuel. Une réévaluation après une certaine période est nécessaire pour cette catégorie.

Trouble spécifique des apprentissages : Ce trouble a une origine neurodéveloppementale et se caractérise par des difficultés d'apprentissage et d'utilisation des habiletés académiques (déficits surtout dans les domaines académiques majeurs : lecture (dyslexie), expression écrite (dysorthographe) et calcul (dyscalculie)) qui persistent depuis au moins 6 mois malgré des interventions spécifiques. Ces difficultés pourraient être une inefficacité ou une lenteur dans la lecture de mots; des difficultés à comprendre le sens de ce qui est lu; des difficultés d'orthographe; des difficultés d'expression écrite; des difficultés à comprendre le sens du nombre, les faits mathématiques ou le calcul ou des difficultés de raisonnement mathématique. À long terme, les troubles d'apprentissage sont associés à d'autres problématiques comme de mauvais rendements scolaires, le décrochage scolaire, la diminution de l'estime de soi, l'anxiété, la dépression et la rébellion, d'autres troubles neurodéveloppementaux dont le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, la délinquance, les dépendances aux substances ainsi que les troubles des conduites.



Trouble du langage : Ce trouble de la communication peut se représenter par des difficultés persistantes dans l'acquisition et l'utilisation du langage. Les atteintes langagières peuvent se retrouver sur le **plan expressif ou réceptif**, à l'oral ou à l'écrit, avec des niveaux de sévérité variables dans les différentes sphères. Il peut se représenter par un vocabulaire réduit, des structures de phrases limitées, des lacunes dans le discours. Les habiletés langagières sont significativement en dessous des attentes pour l'âge et occasionnent des limitations fonctionnelles sur le plan de la communication, de la participation sociale, des résultats académiques et de la performance au travail. Ce trouble apparaît dans la petite enfance et la validité du diagnostic est plus certaine après l'âge de 4 ans.

Trouble de la communication sociale : Ce trouble se manifeste par des difficultés persistantes dans l'utilisation sociale de la communication (verbale et non verbale). La personne démontrera des difficultés à utiliser de façon appropriée la communication comme saluer les gens, les remercier. Elle pourra aussi avoir de la difficulté à s'ajuster au contexte et à son interlocuteur, à respecter son tour de parole ou à comprendre des formules implicites et le langage abstrait (humour, métaphore, double sens). Les difficultés entraînent des limitations fonctionnelles (communication, participation sociale, dans les relations sociales, réussite scolaire ou au travail).

3. FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS DE PROTECTION DES TROUBLES MENTAUX

Les facteurs de risque

Caractéristiques du jeune : **L'âge et le sexe** exercent une influence importante sur la prévalence et la nature des troubles mentaux. Le déficit de l'attention/hyperactivité est plus fréquent chez les garçons de 6 à 11 ans que chez les adolescents alors que ceux-ci présentent plus souvent des troubles de l'opposition et de la conduite que les filles. À l'adolescence, les filles présentent plus fréquemment des troubles anxieux et dépressifs et des troubles de conduite alimentaire que les garçons. La schizophrénie débute plus tardivement chez les filles que chez les garçons.

Certains auteurs rapportent une relation entre un tempérament difficile et les troubles mentaux. La présence d'événements stressants se révèle associée aux troubles mentaux. La majorité des études démontrent que le retard scolaire est associé à l'hyperactivité, au trouble de l'opposition et aux troubles de la conduite.

Caractéristiques de la famille : Les variables familiales les plus souvent associées aux troubles mentaux sont la **monoparentalité, les troubles mentaux des parents et le dysfonctionnement de la famille**. La monoparentalité augmente la probabilité du trouble oppositionnel avec provocation, des troubles de la conduite et de la dépression chez les adolescents. L'association entre la psychopathologie des parents et les troubles mentaux des jeunes est bien établie. Des antécédents de traitement psychiatrique ou la présence de troubles anxieux ou dépressifs chez les parents se révèlent associés à des troubles mentaux chez les jeunes. Il y aurait aussi un lien entre le dysfonctionnement de la famille et les troubles de la conduite ainsi que la dépression. C'est souvent la **combinaison de plusieurs de ces facteurs** qui entre en jeu dans le développement des troubles mentaux.

Caractéristiques du milieu socioéconomique : Le statut socioéconomique se mesure à l'aide du niveau de scolarité des parents, de leur occupation, métier ou profession et du revenu familial. Un statut socioéconomique inférieur est associé aux troubles mentaux. L'influence serait cependant indirecte et passerait par le **stress parental et la relation parent-enfant**. Un **milieu défavorisé** serait associé à l'angoisse de séparation, au trouble oppositionnel avec provocation, aux troubles de la conduite et au déficit de l'attention/concentration.

Études génétiques : La transmission des maladies mentales graves telles les schizophrénies et les troubles bipolaires comporterait une **composante biologique**. Ainsi, la probabilité pour les enfants de souffrir de schizophrénie est de 10 à 15 % si un des deux parents présente la maladie. Le même constat est fait pour les troubles bipolaires.

Les facteurs de protection

Les facteurs de protection sont souvent définis par l'absence de facteurs de risque. Les facteurs de protection peuvent se diviser, comme les facteurs de risque, selon les caractéristiques de l'enfant, de la famille et du milieu social. Les caractéristiques individuelles le plus souvent mentionnées dans la littérature sont **un quotient intellectuel élevé, un tempérament facile, une bonne estime de soi et une relation gratifiante avec au moins un des deux parents**. Les caractéristiques familiales relevées sont la **cohésion et l'harmonie**. Enfin, **un réseau de soutien adéquat et l'accessibilité des services de santé** constituent des caractéristiques souvent rapportées pour le milieu social.

ANNEXE II

CLASSIFICATION FRANÇAISE DES TROUBLES MENTAUX DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Tirée de : TREMBLAY, Monique. *L'adaptation humaine*, Éditions St-Martin 2001, pages 157 à 159.

AXE 1
CATÉGORIES CLINIQUES DE BASE

1. PSYCHOSES

- 1.00 Autisme infantile précoce type Kanner
- 1.01 Autres formes de l'autisme infantile
- 1.02 Psychoses précoces déficitaires
- 1.03 Dysharmonies psychotiques
- 1.04 Psychoses de type schizophrénique survenant dans l'enfance
- 1.05 Psychoses de type schizophrénique débutant à l'adolescence
- 1.06 Psychoses dysthymiques
- 1.07 Psychoses aiguës
- 1.08 Autres
- 1.09 Non spécifiée

2. TROUBLES NÉVROTIQUES

Possibilité d'associer deux syndromes individualisés par les sous-catégories 2.00 à 2.08; dans chaque cas, ne retenir que le 2^e chiffre de la numération de chaque sous-catégorie, par exemple : les troubles névrotiques à dominante phobo-obsessionnelle seront codés 2.23.

- 2.00 Troubles névrotiques évolutifs à dominante anxieuse
- 2.01 Troubles névrotiques évolutifs à dominante hystérique
- 2.02 Troubles névrotiques évolutifs à dominante phobique
- 2.03 Troubles névrotiques évolutifs à dominante obsessionnelle
- 2.04 Troubles névrotiques évolutifs avec prédominance des inhibitions
- 2.05 Dépression névrotique
- 2.06 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité
- 2.07 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales
- 2.08 Autres
- 2.09 Non spécifiés

3. PATHOLOGIES DE LA PERSONNALITÉ (HORS NÉVROSES ET PSYCHOSES)

- 3.00 Troubles de la personnalité et/ou comportement pris dans une dysharmonie évolutive
- 3.01 Pathologie narcissique et/ou anaclitique, dépressions chroniques, abandonnisme
- 3.02 Organisations de type caractériel ou psychopathique
- 3.03 Organisations de type pervers
- 3.04 Troubles de l'identité sexuelle
- 3.05 Autres
- 3.06 Non spécifiées

4. TROUBLES RÉACTIONNELS

Classer ici les troubles définis par l'apparition récente, le lien avec une cause précise, l'intégrité de la personnalité. Ne peuvent être maintenus dans ce cadre que les troubles qui répondent favorablement à une intervention thérapeutique précocement instaurée.

- 4.00 Dépression réactionnelle
- 4.01 Manifestations réactionnelles diverses (quel que soit le mode d'expression mental, comportemental, scolaire, social)
- 4.09 Non spécifiées

5. DÉFICIENCES MENTALES

Arriérations, déficits mentales, démences.

Ne classer ici comme catégorie principale que les formes où la déficience mentale constitue l'élément central. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2 ou 3 d'après la nature de la pathologie dominante, la déficience mentale n'apparaissant que comme catégorie complémentaire.

Indiquez à la fois la catégorie de la déficience et le niveau mental (selon les classes de Q.I. utilisées par l'OMS). Une déficience harmonique avec le quotient intellectuel à 40 sera codée 5.15.

| <i>Quotient intellectuel</i> | <i>Catégorie</i> |
|------------------------------|---|
| 5.0x | 50-695. x 5 Déficience harmonique |
| 5.1x | 35-495. x 6 Déficience dysharmonique |
| 5.2x | 20-345. x 7 Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur |
| 5.3x | < 205. x 8 Démence |
| 5.4x | Non spécifié5. x 9 Non spécifiée |

6. TROUBLES DES FONCTIONS INSTRUMENTALES

Ne classer ici comme catégorie principale que les troubles des fonctions instrumentales ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques I à 5.

Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles instrumentaux que comme catégorie complémentaire.

- 6.00 Retard du langage
- 6.01 Troubles isolés de l'articulation
- 6.02 Troubles complexes du langage oral
- 6.03 Troubles lexicographiques
- 6.04 Dyscalculie
- 6.05 Troubles du raisonnement
- 6.06 Bégaiement, achoppement
- 6.07 Mutisme électif
- 6.08 Hyperkinésie, instabilités psychomotrices
- 6.09 Hyperkinésie associée à des mouvements stéréotypés
- 6.10 Retard psychomoteur
- 6.11 Autres troubles psychomoteurs

- 6.12 Tics isolés
- 6.13 Maladie de Gilles de la Tourette
- 6.14 Intrication de troubles psychomoteurs et du langage
- 6.15 Autres
- 6.19 Non spécifiés

7. TROUBLES LIÉS À L'USAGE DE DROGUE ET D'ALCOOL

Ne classer ici comme catégorie principale que les formes où la conduite toxicomaniaque est au premier plan, quelle que puisse être la pathologie sous-jacente. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2, 3, 4 d'après la nature de la pathologie dominante, la toxicomanie n'apparaissant que comme catégorie complémentaire. Identifiez à la fois l'usage et le produit utilisé. L'usage occasionnel de cocaïne sera codé 7.16.

| Usage | Produit utilisé |
|-------------------|---|
| 7-0x Continu | 7.x0 Alcool |
| 7.1x Occasionnel | 7.x1 Tabac |
| 7.2x En rémission | 7.x2 Hypnotiques et tranquillisants |
| 7.3x En sevrage | 7.x3 En sevrage 7.x3 morphiniques |
| 7.9x Non spécifié | 7.x4 Cannabis |
| | 7.x5 Hallucinogènes |
| | 7.x6 Psychostimulants dont amphétamines, cocaïne, caféine |
| | 7.x7 Solvants |
| | 7.x8 Polytoxicomanie |
| | 7.x9 Autres produits et non spécifiés |

13. TROUBLES À EXPRESSION SOMATIQUE ET/OU COMPORTEMENTALE

Ne classer ici comme catégorie principale que les troubles à expression somatique et/ou comportementale ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5. Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles à expression somatique et/ou comportementale que comme catégorie complémentaire.

- 8.00 Affections psychosomatiques
- 8.01 Troubles psychofonctionnels
- 8.02 Anorexie mentale
- 8.03 Boulimie sans obésité
- 8.04 Boulimie avec obésité
- 8.05 Autres troubles des conduites alimentaires
- 8.06 Énulésie
- 8.07 Encoprésie
- 8.08 Troubles du sommeil

- 8.09 Tentative de suicide
- 8.10 Troubles isolés du comportement
- 8.11 Retard de croissance psychogène
- 8.12 Autres
- 8.19 Non spécifiés

14. VARIATIONS DE LA NORMALE

- 9.00 Angoisse, rituels, peurs
- 9.01 Moments dépressifs
- 9.02 Conduites d'opposition
- 9.03 Conduites d'isolement
- 9.04 Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes
- 9.05 Retards ou régressions transitoires
- 9.06 Aspects originaux de la personnalité
- 9.08 Autres
- 9.09 Non spécifiés

AXE II

FACTEURS ASSOCIÉS OU ANTÉRIEURS ÉVENTUELLEMENT ÉTIOLOGIQUES

A) FACTEURS ORGANIQUES (retenir si besoin plusieurs numéros de code)

10. PAS DE FACTEURS ORGANIQUES RECONNUS

11. FACTEURS ANTÉNATALS D'ORIGINE MATERNELLE

- 11.0 Atteinte infectieuse ou parasitaire (rubéole, cytomégalie, herpès, toxoplasmose, listériose syphilis, etc.)
- 11.1 Atteinte toxique (médicaments, alcool, drogues, irradiation)
- 11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle (diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère, etc.)
- 11.3 Autres

12. FACTEURS PÉRINATAUX

- 12.0 Prématurité, dysmaturité
- 12.1 Souffrance cérébrale périnatale
- 12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle
- 12.3 Autres

13. ATTEINTES CÉRÉBRALES POSTNATALES

- 13.0 Atteinte cérébrale postnatale d'origine infectieuse (virale, bactérienne) **ou** parasitaire
- 13.1 Atteinte cérébrale postnatale d'origine toxique
- 13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral
- 13.3 Tumeurs cérébrales
- 13.4 Autres

14. MALADIES D'ORIGINE GÉNÉTIQUE ET CONGÉNITALE

- 14.0 Trisomie 21 ou mongolisme
- 14.1 Autre maladie liée à une anomalie chromosomique autosomique
- 14.2 Maladie liée à une maladie chromosomique gonosomique (syndrome du chromosome X fragile, dysgénésies gonadiques, etc.)
- 14.3 Phénylcétonurie
- 14.4 Autres maladies métaboliques
- 14.5 Hypothyroïdies congénitales
- 14.6 Neuro-ectodermoses congénitales (sclérose tubéreuse de Bourneville, etc.)
- 14.7 Malformations cérébrales congénitales (micro ou macrocéphalie, encéphalocèle, hydrocéphalie)
- 14.8 Autres

15. INFIRMITÉS ET AFFECTIONS SOMATIQUES INVALIDANTES

- 15.0 Déficits sensoriels
- 15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale (IMC)
- 15.2 Atteinte neurologique d'origine non cérébrale
- 15.3 Affections musculaires (myopathie, etc.)
- 15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales (spina bifida, pseudohermaphrodisme, etc.)
- 13.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale
- 15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis (SIDA)
- 15.7 Hémophilie
- 15.8 Maladie somatique à long cours (hémopathie chronique autre, cancer, diabète, cardiopathie, affection bronchopulmonaire, mucoviscidose, affection rénale, métabolique ou endocrinienne.
- 15.9 Autres

16. CONVULSIONS ET ÉPILEPSIE

- 16.0 Épilepsie idiopathique
- 16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive et épilepsies sévères (syndrome de West, de Lennox-Gastaut)
- 16.2 Autres épilepsies symptomatiques
- 16.3 Manifestations convulsives non épileptiques
- 16.4 Autres

17. ANTÉCÉDENTS DE MALADIES SOMATIQUES DANS L'ENFANCE

18. AUTRES

19. PAS DE RÉPONSE POSSIBLE PAR DÉFAUT D'INFORMATION

B) FACTEURS ET CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT (retenir si besoin plusieurs numéros de code)

20. PAS DE FACTEUR D'ENVIRONNEMENT À RETENIR

21. TROUBLES MENTAUX OU PERTURBATIONS PSYCHOLOGIQUES AVÉRÉS DANS LA FAMILLE

- 21.0 Psychose puerpérale
- 21.1 Dépression maternelle dans la période postnatale
- 21.2 Dysfonctionnement interactif précoce
- 21.3 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année
- 21.4 Autre trouble important des relations précoces
- 21.5 Troubles mentaux d'un ou des parents (autres que classables en 21.0 ou 21.1)
- 21.6 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille
- 21.7 Alcoolisme ou toxicomanie parentale
- 21.8 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial
- 21.9 Autres

22. CARENCES AFFECTIVES, ÉDUCATIVES, SOCIALES, CULTURELLES

- 22.0 Carences affectives précoces
- 22.1 Carences affectives ultérieures
- 22.2 Carences socioéducatives
- 22.3 Autres

23. MAUVAIS TRAITEMENTS ET NÉGLIGENCES GRAVES

- 23.0 Sévices et violences physiques
- 23.1 Négligences sévères
- 23.2 Abus sexuels
- 23.3 Autres

24. ÉVÉNEMENTS ENTRAÎNANT LA RUPTURE DES LIENS AFFECTIFS

- 24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant
- 24.1 Rupture itérative des modes de garde
- 24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents
- 24.3 Décès d'un ou des parents
- 24.4 Décès d'un ou des grands-parents
- 24.5 Décès dans la fratrie
- 24.6 Abandon parental
- 24.7 Autre

25. CONTEXTE SOCIOFAMILIAL PARTICULIER

- 25.0 Gémellité
- 25.1 Enfant actuellement placé
- 25.2 Enfant adopté
- 25.3 Enfant de parents divorcés
- 25.4 Enfant élevé par les grands-parents
- 25.3 Famille monoparentale
- 25.6 Famille immigrée ou transplantée
- 25.7 Maladie organique grave d'un parent
- 25.8 Milieu sociofamilial très défavorisé
- 25.9 Autre

26. ENFANT NÉ PAR PROCRÉATION ARTIFICIELLE

28. AUTRES

29. PAS DE RÉPONSE POSSIBLE PAR DÉFAUT D'INFORMATION

Source : MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Présentation générale et mode d'utilisation*, Première édition, Paris 1990, p. 13-26.

Exercice 1

MISES EN SITUATION

Recueil, p. 111 à 119

Identifiez le trouble correspondant aux manifestations décrites dans les mises en situation, soulignez les mots-clés et ajoutez d'autres informations au besoin.

Prédominance de symptômes émotionnels

1. Claudie est en secondaire 1, elle vient de changer d'école et ne connaît personne. Elle sait qu'elle devra faire un exposé oral prochainement. Habituellement, Claudie réussit bien ce qu'elle entreprend lorsque c'est écrit, mais lorsqu'elle se sent observée, elle perd tous ses moyens. Elle a peur d'oublier ce qu'elle doit dire, de bafouiller et d'avoir l'air stupide. Elle est pétrifiée et a l'estomac noué. Le simple fait d'y penser l'empêche d'étudier et la fait transpirer au point qu'elle ne veut pas parler aux autres.



-
2. Nicolas, 4 ans, va à la garderie de son quartier. Depuis cinq semaines, à chaque fois que ses parents le laissent avec les éducatrices, il pleure pendant au moins une heure et il est inconsolable. Il réagit à un point tel qu'il peut frapper les objets ou les autres personnes. Souvent, il se jette sur le sol et refuse totalement d'entendre quoi que ce soit.

-
3. Geneviève, 17 ans, est très préoccupée. Elle étudie au cégep pour se rendre à l'université en pharmacie. La période d'examens approche et plus le temps avance, plus elle a de la difficulté à gérer son stress. Elle est très stressée, car elle anticipe un échec. Elle ne mange presque plus et elle a perdu du poids. Elle est fatiguée tout le temps et ne veut plus voir ses amis. Elle étudie sans arrêt, mais ne semble pas y arriver. Geneviève n'a pourtant jamais échoué à un examen, mais la seule idée qu'elle pourrait échouer la rend malade. Depuis qu'elle est jeune, les parents de Geneviève comptent sur le fait qu'elle fasse de hautes études comme son père et Geneviève ne voudrait surtout pas les décevoir.

-
4. Jacob a 5 ans. Lorsqu'il va à la maternelle, il refuse de parler alors qu'à la maison il arrive à s'exprimer.

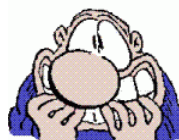


5. Jeanne a 13 ans. Elle est mal dans sa peau. Depuis un mois, elle se sent toujours triste et n'a plus envie de faire quoi que ce soit. Il lui arrive d'être irritable, il est vrai qu'elle dort très peu et a peu d'appétit. Elle ne cesse de se dévaloriser et mentionne souvent qu'elle ne sait pas pourquoi elle est en vie.
-



6. Julia, 16 ans, travaille dans un restaurant quelques heures par semaine. Un soir, son patron lui demande de prolonger son quart de travail. Julia accepte volontiers. Durant son retour à la maison en fin de soirée, Julia est agressée par un inconnu qui l'entraîne dans une ruelle à la sortie du métro. Elle nomme qu'elle a eu peur de mourir, qu'elle s'est sentie complètement impuissante et qu'elle s'est figée sur place. Elle ajoute que depuis l'événement survenu il y a deux mois, elle fait souvent des cauchemars en plus d'avoir des *flash-back* de cette soirée. Elle se met facilement en colère, elle a de la difficulté à dormir et à se concentrer. Elle a également du mal à ressentir de l'amour pour son copain avec qui elle est en couple depuis deux ans. Lorsqu'on lui parle de l'agression, elle change rapidement de sujet. Elle n'a pas repris le métro depuis. Elle se dit que si elle avait refusé de faire des heures supplémentaires, elle n'aurait jamais vécu cette agression. De plus, elle se trouve lâche et faible parce qu'elle n'a rien fait pour se défendre.
-

7. Jérôme s'évanouit à la vue des aiguilles. Il est terrifié à l'idée de recevoir le vaccin contre la méningite. Il refuse d'y aller.
-



8. Sébastien est âgé de 14 ans. Alors qu'il se rend à la polyvalente en autobus, il ressent soudainement un intense malaise. Il est surpris par une sensation d'étourdissement extrême, des bouffées de chaleur et une forte nausée. Son cœur se met à battre très rapidement, et sa respiration est difficile. Il ne comprend pas ce qui lui arrive. Ne se sentant pas bien, il n'a pas envie de se rendre à l'école pour aller à ses cours, il décide donc de sortir de l'autobus et de retourner chez lui en taxi pour se reposer. Arrivé à la maison, Sébastien se sent fatigué, mais soulagé. Le lendemain, il est craintif à l'idée de se déplacer en autobus et de ressentir les mêmes sensations désagréables. Sébastien songe à prendre un taxi pour se rendre à l'école, se disant que, s'il ressent un malaise, il obtiendra plus facilement de l'aide.
-

9. Coralie est une enfant de 8 ans. Depuis quelques mois, elle ne veut plus jouer avec son petit frère ni avec ses amis. Elle a peur d'être contaminée en touchant leurs jouets. De plus, elle se sent mal lorsqu'elle doit faire des arts plastiques. Elle ne supporte pas l'idée d'avoir les mains sales. Elle demande à aller se laver les mains plusieurs fois par jour. Si elle ne peut se laver les mains, elle s'agite et ne parvient plus à travailler.
-



10. Marilie a 14 ans, elle a été adoptée lorsqu'elle avait 2 ans. Elle voit bien les efforts de ses parents adoptifs pour qu'elle soit bien, mais elle ne peut s'empêcher d'être réactive, de les contredire et de s'opposer à leur amour. Elle ne comprend pas pourquoi sa mère biologique l'a abandonnée. Elle est méfiante envers les adultes et est souvent en conflit avec les autres jeunes de son âge. De toute façon, elle se dit qu'elle ne peut faire confiance qu'à elle-même et qu'elle s'arrangera toute seule.
-

Prédominance de symptômes comportementaux

11. Jason a 12 ans. En classe, il ne cesse de se lever et de bouger sans arrêt. Il coupe souvent la parole et ne réfléchit pas avant de parler, ce qui l'amène à vivre des conflits avec ses pairs. Lorsque l'enseignante parle, il ne peut s'empêcher de rêvasser ou de faire autre chose.
-

12. Martin a 16 ans. Avec ses amis, ils se rejoignent souvent au parc près de chez lui pour faire des graffitis et briser les bancs. La semaine dernière, ils se sont bien amusés; ils ont terrorisé un élève plus jeune en le taxant.
-



13. Plusieurs fois par semaine, Jimmy fait des crises de colère. Il est irritable et n'arrive pas à contrôler ses comportements. Ses parents tout comme l'enseignante ont observé ces comportements perturbateurs.
-

14. Brandon a une humeur colérique. En classe, il refuse de travailler, parle en même temps que l'enseignant, argumente, refuse d'obéir et défie son autorité. Lorsqu'on le réprimande, il fait des crises de colère et insulte la personne.
-

Prédominance de symptômes somatiques

15. Alicia vit une séparation depuis quelques mois. Il lui arrive de « manger ses émotions » comme elle le dit. Durant ces crises, elle perd le contrôle d'elle-même, elle avale le plus de nourriture possible. Par la suite toutefois, elle se sent très coupable et cherche à éliminer ce qu'elle a ingurgité. Il lui arrive de se faire vomir ou de prendre des laxatifs sans compter les heures qu'elle passe à courir après ces crises.
-



16. Les amis de Jeannot le trouvent parfois bizarre. Jeannot fait souvent des sons et des mouvements en classe alors que tout est silencieux. Parfois même, il dit des mots sans que le contexte soit approprié. Quand il est nerveux, il cligne des yeux rapidement en faisant un son de gorge, puis ses épaules se lèvent.
-



17. Josée, 15 ans, fait du balai depuis qu'elle 5 ans et voudrait en faire son métier. Elle est très exigeante envers elle-même et elle est obsédée par son poids. Elle se trouve encore trop grosse pour bien performer. Elle surveille tout ce qu'elle ingurgite et elle fait quotidiennement plusieurs heures d'entraînement.
-

18. Annabelle a de la difficulté à gérer toutes les émotions intenses qu'elle vit. Dernièrement, elle a avoué qu'elle faisait régulièrement des crises où elle mangeait de façon incontrôlable tout ce qui lui passait sous la main. Elle a un problème de surpoids.
-

19. Magalie a 6 ans. Depuis la séparation de ses parents, il y a 2 ans, il lui arrive plusieurs fois par semaine d'uriner au lit et même à l'école dans ses vêtements.
-



Prédominance de symptômes cognitifs, émotionnels, comportementaux et somatiques

20. Jérémie déteste l'école, surtout le français. Il dit que lorsqu'il lit, les syllabes se mélangent et les mots changent de place. Il comprend difficilement le sens des mots, car il décode très lentement ce qu'il lit. Sans parler de l'écriture où il n'arrive pas à retenir les règles de grammaire.
-

21. Keven a dû être hospitalisé. Hier soir, il a consommé de la méthamphétamine et de l'ecstasy. Ses amis ont eu très peur pour lui, car Keven est devenu très agressif. Il croyait que ses amis étaient des démons venus le tuer. Il disait entendre une voix qui lui demandait de les éliminer et a essayé de les agresser. Il a totalement perdu le contact avec la réalité. Avant cet épisode, il avait déjà commencé à changer, car il consomme de temps en temps. Il dormait et mangeait moins, avait des difficultés à se concentrer et à se rappeler de certains événements.
-



22. Mathieu est un enfant de 6 ans. Mathieu adore les dinosaures. Il ne parle que de cela et si sa nourriture n'est pas en forme de dinosaure, il refuse même de la manger. Il a de la difficulté à interagir avec les autres et évite les contacts. À l'école, il a peu d'amis, car il ne comprend pas ce que ses amis font et ce qu'ils disent. Il préfère jouer seul avec ses livres et ses jouets.

23. Carl arrive à parler, toutefois il a de la difficulté à articuler correctement et cela l'empêche de se faire comprendre. Certains sons sont tellement difficiles à entendre que les gens se sentent mal à l'aise et continuent les mots à sa place.



24. Marie-Noëlle a 17 ans. Elle vient d'être hospitalisée, car elle était en crise suicidaire. Dans les derniers mois, elle avait pourtant tellement d'énergie, elle dormait peu et avait de grands projets. Elle s'est achetée une voiture neuve, un nouveau iPad, des vêtements et elle a même décidé de partir en voyage. Il y a une semaine, elle est tombée. Plus d'énergie, plus le goût de faire quoi que ce soit, des dettes importantes... Le retour à la réalité fut très difficile. Elle voulait en finir, donc elle a dû être hospitalisée pour sa sécurité et pour rétablir son état.

Exercice 2 (recueil, p. 111 à 119)

**SYNTHÈSE DES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES ET PSYCHIQUES
CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

Inscrivez les troubles, les critères et autres caractéristiques importantes pour chacun d'eux.

| <i>Registre à prédominance de symptômes émotionnels</i> | | |
|---|--|--|
| Troubles mentaux | Critères | Autres caractéristiques importantes |
| Trouble panique | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble anxieux • Présence attaques de panique = malaise intense et bref, avec manifestions physiques (palpitations, sensations d'étranglement, peur de mourir...) • Suscite ++ anxiété | <ul style="list-style-type: none"> • Souvent associé à l'agoraphobie |
| Agoraphobie | <ul style="list-style-type: none"> • Crainte marquée lorsque dans des lieux où il pourrait être difficile de s'échapper | <ul style="list-style-type: none"> • 2 situations ou plus (transports en commun, endroits ouverts ou clos, file d'attente ou foule, être seul à l'extérieur du domicile) |
| Phobie spécifique | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Troubles mentaux | Critères | Autres caractéristiques importantes |
|-------------------------|-----------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

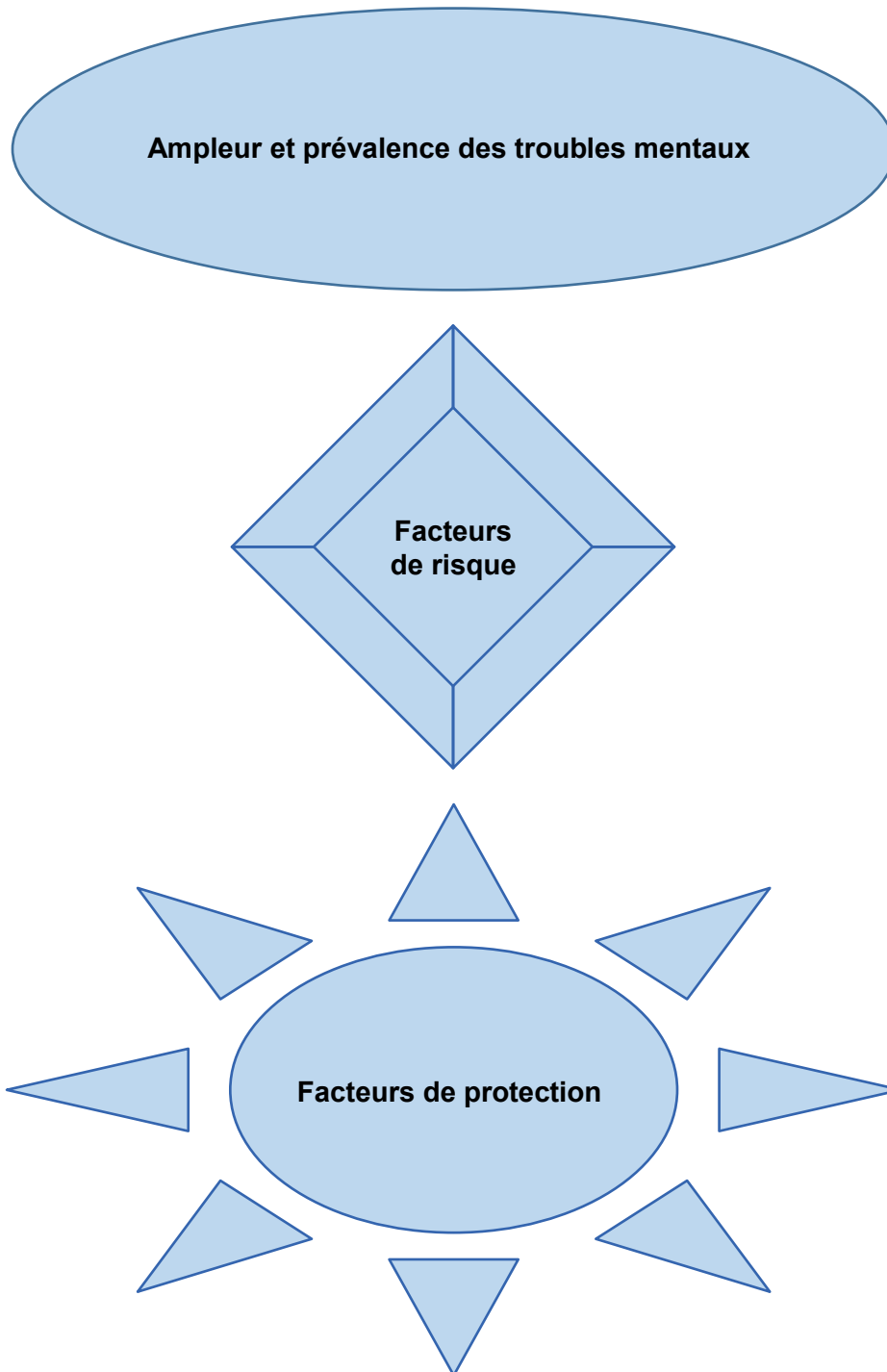
| <i>Registre à prédominance de symptômes comportementaux</i> | | |
|--|-----------------|--|
| Troubles mentaux | Critères | Autres caractéristiques importantes |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Registre à prédominance de symptômes somatiques | | |
|--|-----------------|--|
| Troubles mentaux | Critères | Autres caractéristiques importantes |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Registre à prédominance de symptômes cognitifs, émotionnels, comportementaux et somatiques | | |
|---|-----------------|--|
| Troubles mentaux | Critères | Autres caractéristiques importantes |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Exercice 3

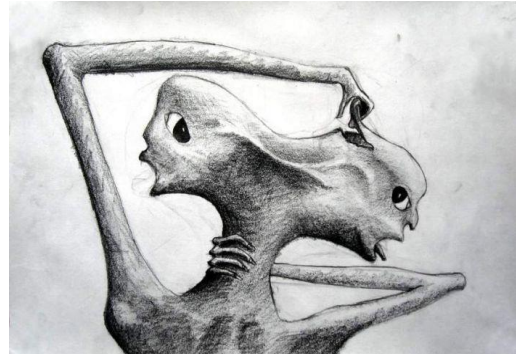
Ajoutez les mots-clés importants.



LES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHIQUES CHEZ L'ADULTE

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 143 à 161
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision sont :

- Connaître les symptômes associés aux différentes maladies et troubles mentaux chez les adultes (ceux qui sont représentés par les lettres de A à N).
- Être capable de les décrire en nommant des caractéristiques ou une définition représentative du trouble.
- Associer une situation à un trouble ou une maladie.

Évaluation de ce thème :

| | | |
|----------|------------------------------|------|
| Cours 7 | Savant-être | 5 % |
| Cours 9 | Examen 1 sur les déficiences | 25 % |
| Cours 15 | Activité synthèse | 20 % |

LES DÉFICIENCES ÉMOTIONNELLES OU PSYCHIQUES CHEZ L'ADULTE

Au Québec, la classification des troubles mentaux se fonde sur les critères établis dans la 5^e édition du **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association** (DSM-5, 2013).

Les syndromes cliniques présentés dans ce chapitre sont principalement tirés de ce manuel (version française, 2015). Certaines informations sont aussi tirées du volume suivant : LALONDE, AUBUT, GRUNBERG et collaborateurs. *Psychiatrie clinique : Une approche biopsychosociale*, tomes I et II, Gaétan Morin éditeur, 1999.

Pour chaque trouble mental, une courte description clinique sera faite à partir de la définition, des causes, des critères diagnostiques et des symptômes associés.

Les troubles qui sont présentés sont :

- Les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Les troubles dépressifs
- Les troubles bipolaires
- Les troubles anxieux
- Les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés
- Les troubles liés à un traumatisme ou à des facteurs de stress
- Les troubles de la personnalité
- Les troubles neurocognitifs

1. LE SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET AUTRES TROUBLES PSYCHOTIQUES CONNEXES

Voici deux troubles importants dans cette catégorie : **le trouble délirant et la schizophrénie**

a) Le trouble délirant

Le terme *paranoïa* existe depuis l'Antiquité, où il désignait alors la folie en général. Ce terme emprunté au grec signifie « pensée à côté » ou « connaissance altérée ». Autrefois nommé « trouble paranoïde » ou « psychose paranoïde », on utilise maintenant le terme trouble délirant. Ce trouble se caractérise par la présence d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes persistant pendant un mois ou plus. Il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement.

- **Définition du délire** : Le symptôme principal de ce trouble consiste dans un délire relativement plausible, présenté de façon claire par un patient cohérent et parfois convaincant. Le délire est donc une « croyance figée qui ne change pas face à des évidences qui la contredisent. [...] Les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont invraisemblables et incompréhensibles pour des personnes d'une même culture et qu'elles ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie. »²⁰

²⁰ Source : DSM-5, 2015, p. 103.

- Critères diagnostiques : Le délire du trouble délirant n'est pas bizarre, contrairement à celui de la schizophrénie. Il peut survenir des hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou olfactives, mais elles ne sont pas envahissantes. Le délire est teinté par la culture d'un individu : un Blanc américain se sentira surveillé par un système électronique, la police ou la pègre, tandis qu'un Haïtien aura plus souvent l'impression d'être menacé par les esprits et un Esquimau d'être attaqué par un ours blanc. Le délire présente un aspect irréaliste.

Symptômes associés

- L'hypervigilance : La personne adopte une attitude exploratrice et devient très attentive aux indices qui confirment sa perception délirante. Les faits observés sont réels; c'est son interprétation qui est erronée. Elle note les dates et les événements qui correspondent à sa vision paranoïde alors que sa mémoire des événements non significatifs est plutôt médiocre. Elle peut adopter un comportement procédurier et quérulent, par exemple en envoyant des centaines de lettres de réclamations aux autorités gouvernementales.
- L'interprétation personnelle : La personne interprète ses observations dans un sens univoque qui confirme sa théorie délirante et refuse d'envisager d'autres explications. Elle s'obstine et devient soupçonneuse si on cherche à la contredire.
- La méfiance : Toujours sur ses gardes, la personne a tendance à s'isoler et à répondre de façon évasive ou irritée quand on la questionne sur les thèmes de ses délires. Sérieuse, renfrognée, hypersensible aux critiques, elle n'a aucun sens de l'humour et peut devenir menaçante. Si la personne perçoit des provocations, elle peut répliquer par la défensive, la crainte, l'arrogance ou l'agressivité. Elle peut entretenir du ressentiment, de l'hostilité et même de la haine envers les individus qui la contrarient. Il n'est pas rare d'observer des colères marquées et des comportements violents.
- Les hallucinations auditives, visuelles, tactiles ou olfactives : Elles sont rares dans le trouble délirant par comparaison avec la schizophrénie où elles constituent un symptôme caractéristique. Quand elles existent, elles concordent avec le délire, par exemple, la sensation d'être infesté par des insectes dans un délire d'infestation, de les ressentir ou de les voir.
- Un affect dépressif : Comme c'est épuisant de vivre dans un tel climat de tension, certaines personnes ont tendance à pleurer quand elles trouvent quelqu'un de réceptif à leur souffrance.

Principaux types de délire en fonction du thème délirant

- Délire à type de persécution : Victime d'un complot, être trompé, espionné, poursuivi, empoisonné ou drogué, harcelé ou entravé dans leurs projets à long terme.
- Délire à type érotomaniaque : Porte sur le prétendu amour qu'une personne leur manifeste, habituellement une personne très importante; par exemple, un chanteur, un acteur, un politicien ou un supérieur hiérarchique. L'idée délirante se rapporte habituellement à un amour romantique et à une union spirituelle plutôt qu'à une attirance sexuelle.

- Délire à type mégalomaniac : Surestimation de sa valeur, de son pouvoir, de ses talents, de son identité, de son savoir ou d'une relation spéciale que la personne entretient avec une divinité ou une personne célèbre.
- Délire à type de jalousie : Conviction que leur conjointe ou conjoint est infidèle.
- Délire à type somatique : Implique des sensations ou fonctions corporelles, la personne est convaincue d'être porteuse d'une maladie ou d'un défaut physique; par exemple, elle croit que des insectes se promènent sous sa peau ou que des parasites habitent son corps ou encore qu'une odeur nauséabonde se dégage de la peau, de la bouche ou des organes digestifs ou sexuels).

b) La schizophrénie

Critères diagnostiques

- Symptômes caractéristiques : Idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs. Deux de ces symptômes ou plus sont nécessaires pour diagnostiquer la maladie et être significativement présents dans une période d'un mois. De plus, un des trois premiers symptômes doit être présent.
- Dysfonctionnement social, professionnel ou d'hygiène personnelle.
- Durée d'au moins six mois des perturbations incluant au moins un mois de symptômes caractéristiques.

Symptômes

On parle des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie.

Symptômes positifs : Ce sont les manifestations productives, facilement observables, de la phase aiguë qu'on appelle aussi la *décompensation psychotique*.

- Les hallucinations : Le plus souvent, elles sont auditives; fréquentes et élaborées. Certaines personnes peuvent entendre constamment des voix. Celles-ci consistent en une voix qui commente le comportement ou les pensées de la personne ou en deux voix qui conversent ensemble. Les hallucinations peuvent aussi être visuelles et se rapportent à la vision de personnages distincts ou flous, réels ou mystiques : un oncle, le diable, un visage grimaçant, etc. Elles peuvent aussi être olfactives ou kinesthésiques (sens du toucher).
- Les idées délirantes : Souvent, le délire est considéré comme *bizarre*, invraisemblable.
 - Les **idées délirantes de référence** : La personne acquiert la conviction que certains gestes, commentaires ou éléments de l'environnement la visent personnellement, par exemple qu'un animateur de la télévision lui parle directement.

- Les **idées délirantes de persécution** : La personne croit qu'un individu, une organisation ou un groupe veut l'agresser, la harceler (paranoïa). La personne peut croire par exemple qu'elle a été enlevée par des extraterrestres et qu'ils continuent de la surveiller, qu'elle est en danger.
- Les **idées délirantes mégalomaniaques** : La personne croit à tort avoir des capacités, richesses ou renommées exceptionnelles, par exemple, elle se prend pour le Messie ou pour une divinité, une force supérieure.
- Les **idées délirantes érotomaniaques** : La personne croit à tort qu'une personne l'aime (voir trouble délirant pour exemple).
- Les **idées délirantes à thème de nihilisme** : La personne est convaincue qu'une catastrophe majeure va arriver.
- Les **idées délirantes à thème somatique** : Voir trouble délirant pour exemple.
- Le **syndrome d'influence** : La personne croit perdre le contrôle de son corps ou de ses actes puisque ceux-ci sont commandés par une force extérieure ou encore la personne peut croire que des organes internes lui ont été retirés.
- Le **sentiment délirant d'étrangeté** : La personne sent qu'il se passe quelque chose d'inhabituel autour d'elle.
- La **pensée imposée** ou **vol de la pensée** : La personne est convaincue que ses pensées sont influencées (ajoutées ou retirées) par une force extérieure. Elle peut sentir que ses pensées quittent sa tête comme pour se diffuser à la radio, que sa pensée est dite à voix haute dans sa tête ou répétée comme un écho. La personne peut sentir son esprit vide.
- Le discours désorganisé : Ce trouble de l'organisation de la pensée fait perdre au langage sa valeur de communication en le rendant incompréhensible à l'interlocuteur. La personne livre un message embrouillé et incompréhensible. On parle de déraillement, d'illogisme, de la création de nouveaux mots ou d'utilisation de jargons (sons incompréhensibles). La personne peut passer d'un sujet à l'autre.
- Les comportements désorganisés (incluant la catatonie) : La personne accomplit une variété d'actions erratiques, sans but, qui apparaissent bizarres à l'entourage comme d'amasser des ordures, de porter plusieurs vêtements chauds l'été ou trop légers l'hiver ou rire toute seule devant le téléviseur éteint. Un comportement catatonique peut se représenter par du négativisme (opposition à toute proposition, refus du regard, mutisme, stupeur), de la passivité, de l'écholalie (répéter des mots ou des parties de phrases) ou des symptômes moteurs (agitation motrice sans but et excessive, mouvements stéréotypés, fixité du regard ou grimacements).

Symptômes négatifs (réduction, absence)

- La diminution de l'expression émotionnelle : La personne peut présenter une réduction de l'expression émotionnelle du visage, du contact visuel, de l'intonation du discours (voix monocorde) et des mouvements de mains, de la main, perte de sourire.

- L'aboulie : L'individu peut vivre une diminution de la motivation pour des activités auto-initiées et dirigées vers un but. Elle peut rester assise pendant de longues périodes de temps et montrer peu d'intérêt pour la participation aux activités professionnelles ou sociales.
- L'alogie : C'est la difficulté à converser qui peut se manifester par une pauvreté du discours, une interruption subite de la conversation et une augmentation du délai de réponse.
- L'anhédonie : La personne voit une diminution des capacités à éprouver du plaisir à partir de stimuli positifs ou à se rappeler des moments de plaisirs vécus antérieurement.
- Asociabilité : Il n'y a plus d'intérêt pour les activités de loisirs, sociales, familiales et amicales.

2. LES TROUBLES DÉPRESSIFS

Il existe deux principaux troubles dépressifs : **le trouble dépressif caractérisé et le trouble dépressif persistant (dysthymie)**.

c) Le trouble dépressif caractérisé (dépression)

Le trouble dépressif caractérisé est une pathologie à caractère épisodique. Selon la sévérité et la fréquence, ce trouble peut être léger, moyen ou grave, isolé ou récurrent.

Symptômes

- Symptômes affectifs : La personne a un sentiment profond de tristesse, d'impuissance et de désespoir presque toute la journée et quasiment tous les jours durant plus de deux semaines et représente un changement du fonctionnement antérieur. Un des éléments les plus marquants de cet état est la douleur morale intense qui l'accompagne. Il peut y avoir un sentiment de vide, de ne rien ressentir, de l'irritabilité, de la colère, un sentiment de frustration, de l'anxiété ainsi qu'un sentiment de dévalorisation et de culpabilisation excessive.
- Symptômes comportementaux : Il existe une diminution ou une absence de l'intérêt ou du désir pour agir, prendre une initiative et mettre en branle les processus d'interaction avec l'environnement. Ces symptômes touchent principalement la perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, à entreprendre une activité, la difficulté à terminer ce qui est commencé, l'incapacité à prendre soin de soi (alimentation, hygiène et habillement), le manque d'entrain et la fatigabilité. Il y peut y avoir présence d'idées et de comportements suicidaires ainsi qu'une perte d'autonomie et une perturbation du fonctionnement social et professionnel.

- Symptômes cognitifs : Il y a un rétrécissement du « champ » de pensée et une diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire. La personne est facilement distraite. En plus, la dépression provoque une déformation des perceptions de soi, des objets extérieurs et de l'avenir dans le sens d'une dévaluation, de la culpabilisation et d'un sentiment d'impuissance. La personne peut avoir de la difficulté à prendre des décisions.
- Symptômes somatiques : La fatigue et la perte d'énergie caractérisent presque toutes les dépressions. Des troubles du sommeil de diverses natures peuvent se présenter (insomnie ou hypersomnie). Il y aura des troubles de l'appétit se manifestant par une perte ou augmentation excessive de l'appétit entraînant une perte ou un gain de poids significatif. Il peut y avoir une agitation ou un ralentissement moteur (impression de fébrilité ou de ralentissement).

d) Le trouble dépressif persistant (dysthymie)

À la différence du trouble dépressif caractérisé, les troubles dépressifs persistants ont un caractère chronique et durable dans le temps.

On y retrouve comme symptômes :

- Symptômes affectifs : Il y a chez la personne une humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, pendant au moins 2 ans. La personne présente une faible estime de soi, un sentiment de perte d'espoir, d'insuffisance et de culpabilité. Il y peut y avoir la perte d'autocritique et la perte généralisée d'intérêt ou de plaisir. La personne peut se trouver inintéressante ou incapable.
- Symptômes comportementaux : La personne a tendance à se retirer socialement. Il y aura diminution de ses activités, de l'efficacité et de la productivité.
- Symptômes cognitifs : La personne présente des difficultés de concentration et de prises de décision ainsi que des ruminations négatives à propos du passé.
- Symptômes somatiques : La personne peut manifester une perte d'appétit ou une hyperphagie, des troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), ainsi qu'une baisse d'énergie et de la fatigue.

Major Depressive Disorder



Dysthymic Disorder



Source : <http://www.argos2001.org/spectre.html>

3. LES TROUBLES BIPOLAIRES

e) Le trouble bipolaire

Les troubles bipolaires sont caractérisés par des alternances entre des épisodes dépressifs et maniaques. Les symptômes sont semblables entre les différents troubles, mais leur intensité et les manifestations présentent des variantes.

Les plus courants sont le trouble bipolaire de type 1, de type 2 et de type 3 (cyclothymie).

Symptômes

Pôle maniaque (quatre jours à quelques mois)

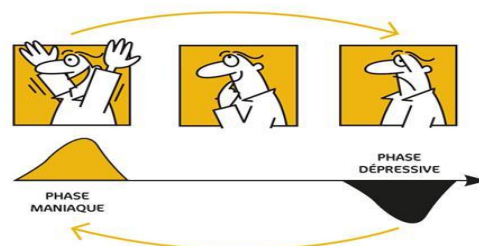
La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération du fonctionnement professionnel ou des activités sociales ou pour entraîner une hospitalisation.

- Symptômes affectifs : L'humeur du maniaque est décrite comme euphorique, expansive et exubérante. Une estime de soi démesurée et un sentiment d'invincibilité en sont souvent à la base de sorte que la personne manifeste un optimisme excessif et s'irrite des remarques de l'entourage qui viennent mettre en doute la pertinence de ses projets. La personne est souvent prompte, irritable, avec accès de colère et parfois agressivité physique.
- Symptômes cognitifs : Il y a une augmentation exagérée de l'estime de soi, un sentiment de puissance pouvant prendre une intensité délirante (possibilité d'éléments psychotiques). Il y a aussi une accélération frénétique des processus de pensée entraînant une augmentation du rythme et du contenu du discours, une surestimation de la valeur d'une idée, le passage d'une idée à l'autre et un sentiment exaltant de réussir des projets, la distractivité et des troubles importants du jugement. La personne ne reconnaît pas être malade et refuse d'être traitée.
- Symptômes comportementaux : On note habituellement une accélération du débit verbal dans presque tous les cas de manie. On remarque une tendance à parler fort, de façon magistrale. L'habillement peut être bizarre, extravagant ou carrément déplacé par rapport aux standards sociaux de la personne. Cette personne a tendance à s'engager de façon excessive dans de multiples champs d'activité qui ont un potentiel élevé de conséquences dommageables : affaires, politique, religion parce qu'elle pense être la seule personne capable d'intervenir avec compétence dans la situation. Certaines aventures dans les domaines des affaires se terminent parfois de façon catastrophique. On observe souvent une augmentation de la consommation d'alcool, associée à des comportements irresponsables ou à risque sur le plan de la conduite automobile, des activités sexuelles ou des dépenses personnelles. Les troubles du sommeil sont caractéristiques et fréquents. Il y a insomnie sans fatigue, éveil matinal, mais surtout diminution du besoin de dormir.



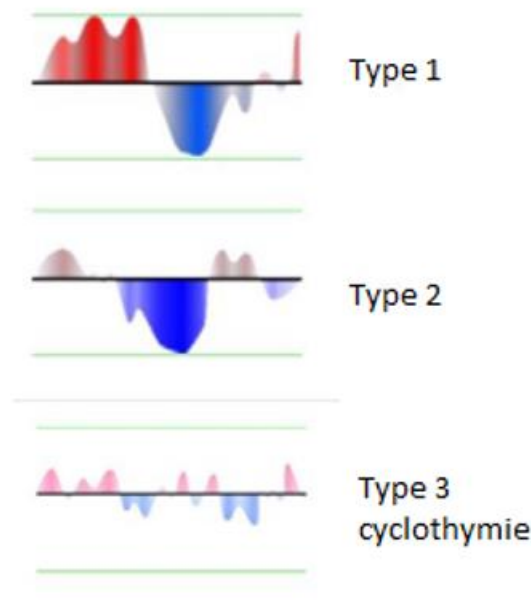
Pôle dépressif (peut durer de deux semaines à plus d'un an)

- Symptômes affectifs : La personne manifeste une humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours. Elle peut aussi ressentir de la tristesse, du désespoir, un sentiment de vide, de dévalorisation, de culpabilité excessive, de l'anxiété, de l'irritabilité, des idées de mort récurrentes et idéations suicidaires. Le passage du maniaque au pôle dépressif est particulièrement risqué pour ces derniers éléments.
- Symptômes cognitifs : La pensée est ralentie, on observe chez la personne une perte de capacité de pensée, des difficultés de mémoire, une perte de plaisir et d'intérêt. La personne peut avoir de la difficulté à se concentrer et à prendre des décisions.
- Symptômes comportementaux : La personne peut présenter un ralentissement psychomoteur ou encore une agitation anxieuse sans but. Il y a une baisse des activités interpersonnelles et un état de tension. Il peut y avoir insomnie ou hypersomnie, une perte ou un gain de poids et de la fatigue ou une perte d'énergie tous les jours.



Les troubles bipolaires débutent en général vers 18 ans. Il s'agit d'une maladie récurrente : 90 % des personnes ayant présenté un épisode maniaque connaîtront des épisodes subséquents. Les deux tiers des accès maniaques précèdent ou suivent immédiatement un épisode dépressif. Le premier épisode est susceptible d'être un épisode maniaque s'il s'agit d'un homme, et d'un épisode dépressif s'il s'agit d'une femme. La durée des épisodes maniaques est difficile à évaluer, mais les études la situent autour de trois mois. La manie chronique est rare.

Les manifestations et les fluctuations de l'humeur selon les types 1, 2 et 3²¹



Source : <http://www.argos2001.org/spectre.html>

- **Type 1** : Caractérisé par **un ou plusieurs épisodes maniaques** ou épisodes mixtes ainsi qu'**un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs**. Trouble de l'humeur pouvant être léger, moyen, sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques.
- **Type 2** : Caractérisé par **un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs** accompagnés **d'au moins un épisode hypomaniaque**. Il peut être léger, moyen, sévère avec ou sans caractéristiques psychotiques, en rémission partielle ou complète, chronique. L'épisode hypomaniaque est marqué par une période nettement délimitée d'au moins quatre jours, pendant laquelle il existe une élévation anormale et persistante de l'humeur ou une humeur expansive ou irritable. **Il diffère de l'épisode maniaque par l'absence de délire dans les idées de grandeur.**
- **Type 3** : Les troubles cyclothymiques sont définis comme une évolution chronique et fluctuante de l'humeur comportant **une alternance de périodes de symptômes hypomaniaques et de symptômes dépressifs.**

4. LES TROUBLES ANXIEUX

Il est normal de ressentir de l'anxiété au quotidien, l'anxiété étant un mécanisme de protection biologique contre les situations dangereuses. L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle devient importante et persistante au point d'engendrer des perturbations majeures dans la vie quotidienne.

²¹JOBIN, Luc. *Intervention en santé mentale*, Notes du cours 351-505-RK, Cégep de Rimouski, automne 2014.

f) L'anxiété généralisée

La personne qui souffre d'anxiété généralisée présente une anxiété persistante presque chaque jour durant plus de six mois, avec soucis excessifs et appréhension concernant plusieurs événements ou activités (travail ou performances scolaires). Elle a de la difficulté à contrôler ses pensées anxieuses.

Les symptômes sont une agitation ou une sensation d'être survolté ou à bout, de la fatigabilité, des difficultés de concentration et des trous de mémoire, de l'irritabilité, de la tension musculaire et des perturbations du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, agité ou non satisfaisant).

Outre ces symptômes, la personne peut aussi ressentir des tremblements, de la fébrilité, des symptômes somatiques (souffle court, sudation, palpitations, étourdissements, malaises gastro-intestinaux, maux de tête) et une réponse de sursaut exagérée.

g) Trouble panique

Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque panique se caractérise par montée brusque de crainte ou de malaise intense et brutal qui atteint son pic en quelques minutes.

La personne en panique peut sentir une accélération du rythme cardiaque, des palpitations, de la transpiration, des tremblements ou des secousses musculaires, une sensation d'étouffement, d'étranglement, le souffle coupé, une douleur ou gêne thoracique, des nausées, une sensation de vertige, d'instabilité, une sensation d'engourdissement ou de picotement. La personne peut avoir peur de perdre le contrôle ou de devenir folle, de tomber ou de s'évanouir ou même de mourir, et ce, en l'absence de tout danger réel. Elle peut sentir un sentiment d'irréalité ou de dépersonnalisation (être détaché de soi).



La première attaque spontanée peut se produire n'importe où. Souvent, un événement stressant a précédé la première crise. La caractéristique essentielle du trouble panique est la présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois, d'avoir une autre attaque de panique ou encore, la personne présentera des préoccupations quant aux implications possibles et aux conséquences de ces attaques ou on observera un changement significatif de comportement en lien avec ces attaques. La fréquence et l'intensité des attaques varient selon les personnes et dans le temps chez une même personne.

h) Agoraphobie

L'agoraphobie consiste en une peur d'être confiné dans un espace sans avoir la possibilité d'en sortir rapidement ou d'avoir du secours en cas de symptômes de panique ou de symptômes incapacitants ou embarrassants. Cet espace peut être ouvert (stationnements, marchés, ponts) ou clos (magasins, théâtres, cinémas). Une file d'attente ou une foule, se retrouver seul à l'extérieur du domicile et une grande variété d'espaces quasi virtuels sont susceptibles d'être phobogènes, par exemple, une ceinture de sécurité ou un collier.



La situation ou l'idée de la situation agoraphobogène cause presque toujours une peur ou une anxiété intense disproportionnée par rapport au danger réel et ces situations sont activement évitées. Les symptômes doivent être présents dans plus de deux situations et durer au-delà de six mois. Ce trouble peut invalider la personne dans ses activités personnelles, sociales ou professionnelles.

i) Phobie spécifique

La phobie spécifique est une peur ou une anxiété intense ressentie par rapport à un stimulus en particulier qui peut être une situation ou un objet (prendre l'avion, les hauteurs, voir du sang, des reptiles, des araignées, etc.). La personne ressent une peur marquée et persistante. L'exposition à l'objet ou à la situation provoque une réponse anxieuse immédiate (peur de paniquer et de s'évanouir, peur de perdre le contrôle de soi, peur marquée, persistante, excessive ou irraisonnable, évitement, limitation du mode de vie et des activités). La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation et par rapport au contexte socioculturel. Cette phobie interfère avec le fonctionnement quotidien, social ou professionnel. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont d'une durée de six mois ou plus.

j) Anxiété sociale (phobie sociale)

La peur essentielle de la personne souffrant d'anxiété sociale est celle de se retrouver dans des situations où elle pourrait être observée (avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières, être en train de manger ou boire) ou dans des situations de performance (faire un discours).

La personne craint d'être humiliée ou soumise au regard critique, accusateur ou dévalorisant d'autrui. Elle a peur d'être embarrassée par des tremblements de la voix ou des mains, une rougeur qu'on pourrait voir ou tout autre signe d'anxiété qui pourrait la faire paraître stupide. La peur peut se limiter à certaines situations ou à une seule; une anxiété anticipatoire marquée peut précéder une sortie sociale prévue, et ce, plusieurs semaines à l'avance.

Ces personnes ont une faible estime de soi, des sentiments d'infériorité, de la difficulté à s'affirmer et sont hypersensibles à la critique, au rejet, à l'évaluation négative que les autres peuvent faire d'elles. Les comportements d'évitement, de peur, d'anxiété intense durent au-delà de six mois et interfèrent avec le fonctionnement habituel de la personne.

5. LES TROUBLES OBSESSIONNELS-COMPULSIFS ET CONNEXES

Ce trouble mental occupe la quatrième place parmi les troubles psychiatriques les plus répandus, après les toxicomanies, les phobies et la dépression majeure. Pourtant, 60 % des personnes obsessionnelles compulsives ne consultent jamais de médecin. Ce trouble débute souvent durant l'enfance ou l'adolescence. Dans la plupart des cas, il se manifeste avant 30 ans. Certaines personnes seront conscientes de leur trouble, d'autres non (conviction délirante).

k) Le trouble obsessionnel compulsif

Les symptômes sont : soit des obsessions, soit des compulsions, le **plus souvent les deux** types simultanément.

- Les **obsessions** sont des pensées, pulsions ou images récurrentes qui sont ressenties comme intrusives et inopportunes, c'est-à-dire comme une contrainte subjective; elles sont propres à la personne et non imposées de l'extérieur. Elles sont à l'origine d'une anxiété ou d'un sentiment de détresse; elles sont jugées par la personne elle-même comme étant inappropriées, excessives, irraisonnées ou insensées; elles ne procurent aucun plaisir et souvent la personne essaie d'y résister en tâchant de les ignorer, de les réprimer ou de les neutraliser par d'autres actions ou pensées (compulsions).
- Les obsessions les plus fréquentes sont les obsessions de contamination (saleté, microbes, polluants) et les obsessions de doute. Il y a aussi les obsessions d'ordre et de rangement et les obsessions d'accumulation.
- Les **compulsions** sont des comportements (se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (prier, compter, répéter des mots silencieusement) récurrents, répétitifs, stéréotypés et persistants. La personne se sent poussée à accomplir ces comportements ou actes mentaux en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de façon inflexible. Les compulsions sont destinées à faire diminuer le sentiment d'anxiété ou de détresse ou à éviter une situation redoutée.
- Les compulsions les plus fréquentes sont celles de lavage, de nettoyage, de vérification et de comptage.

Les inconvénients entraînés par ce trouble mental sont une détresse marquée, une perte de temps considérable (d'au moins une heure par jour) et/ou une altération du fonctionnement social ou professionnel. Une limitation significative peut être liée aux comportements d'évitement, par exemple, s'abstenir de sortir pour ne pas se salir ou pour éviter les rituels de vérification.



6. LES TROUBLES LIÉS AUX TRAUMATISMES ET AU STRESS

Nous aborderons seulement ici l'état de stress posttraumatique et le trouble d'adaptation.

l) Le trouble de stress posttraumatique

L'état de stress posttraumatique se produit lorsque la personne a été exposée à un ou plusieurs des événements suivants :

- Mort ou menace de mort
- Blessure grave ou menace de blessure grave
- Violence sexuelle ou menace de violence sexuelle

L'événement peut avoir été vécu par la personne elle-même, elle peut avoir été témoin de l'événement, apprendre que l'événement s'est produit à un ami proche ou un parent ou vivre une exposition répétée ou extrême aux détails de l'événement, par exemple, des intervenants de première ligne.

Les symptômes suivants s'adressent aux enfants et adolescents de plus de 6 ans, aux adultes et personnes âgées.

Voici les quatre catégories de symptômes pouvant être vécus par la personne :

- Réexpérence du traumatisme : Souvenirs récurrents, intrusifs, involontaires générant de la détresse, rêves perturbants répétitifs dont le contenu ou l'affect est associé à l'événement, réactions dissociatives (exemple : *flash-back*) où l'individu sent ou agit comme si l'événement allait se reproduire, détresse intense et prolongée ou réactions physiologiques marquées à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect ou plusieurs du ou des événements traumatiques.
- Évitement persistant associé au traumatisme : Interne (évitement des souvenirs, pensées ou sentiments qui éveillent des souvenirs de l'événement) et externe (personnes, endroits, conversations, activités, objets ou situations qui éveillent des souvenirs, pensées ou sentiments associés à l'événement).
- Perturbations sur le plan des cognitions et de l'humeur : Incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement, perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres ou du monde, distorsions cognitives quant aux causes et conséquences de l'événement qui occasionne un blâme persistant exagéré de soi et des autres, état émotif négatif envahissant (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte), perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes, un sentiment de détachement émotif ou de devenir étranger par rapport aux autres et une incapacité persistante à ressentir des émotions positives (amour, joie).
- Altération de l'éveil et de la réactivité : Irritabilité, accès de colère, agression verbale/physique envers des personnes/objets, comportements irréflechis ou autodestructeurs (conduite, substance, automutilation), hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, problèmes de concentration et problèmes de sommeil.

Les symptômes durent plus d'un mois et la perturbation entraîne une souffrance ou une altération du fonctionnement. Il peut aussi y avoir des symptômes dissociatifs (dépersonnalisation : sentiment d'être détaché ou à l'extérieur de son corps et déréalisation : impression d'irréalité quant à l'environnement).

N. B. Lorsque les symptômes durent entre trois jours et un mois après l'exposition à l'événement traumatique, on parlera de *trouble de stress aigu*. Il peut s'agir d'une réponse de stress transitoire comme il se peut que le trouble évolue vers un trouble de stress traumatique au-delà d'un mois.

m) Les troubles d'adaptation

Les troubles de l'adaptation se traduisent par des symptômes émotionnels ou comportementaux se manifestant en réponse à un ou plusieurs **facteurs de stress identifiables** au cours des trois mois suivant la survenue de ce ou ces facteurs.

Les troubles de l'adaptation sont **fréquents**, mais le plus souvent, leur évolution est rapide et leur pronostic est bon.

Le diagnostic de trouble de l'adaptation est porté lorsque des symptômes dépressifs ou anxieux, ou encore une perturbation des conduites surviennent en réaction à un stresser et que tous les critères de la dépression majeure ou d'un trouble anxieux ne sont pas atteints.

La personne présentera une détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes. Il y a aura une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire). Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de six mois.

Une spécification est toutefois apportée à ce trouble. On fait la distinction entre un trouble de l'adaptation aigu (moins de six mois) et un trouble de l'adaptation chronique (six mois ou plus).

Exemples de facteurs de stress possibles

- Facteurs de stress unique : La fin d'une relation amoureuse.
- Facteurs de stress multiples : Des difficultés financières et des problèmes conjugaux importants.
- Facteurs de risque récurrents : Crises financières saisonnières, relations sexuelles insatisfaisantes.
- Facteurs de risque continus : Maladie douloureuse persistante avec invalidité croissante, voisinage à fort taux de criminalité.
- Facteurs affectant un seul individu, une famille entière ou un plus grand groupe : Catastrophe naturelle.
- Facteurs reliés à des événements développementaux spécifiques : Aller à l'école, quitter ou revenir à la maison parentale, se marier, devenir parent, ne pas parvenir à atteindre ses buts professionnels, prendre sa retraite.
- D'autres exemples de stresser comme le décès d'un membre de la famille qui était notre support, des problèmes d'apprentissage, des conditions de travail difficiles, le chômage, des problèmes de logement (être sans abri), des problèmes d'accès aux services de santé ou des problèmes en relation avec les institutions judiciaires ou pénales.

Cinq formes cliniques du trouble de l'adaptation

- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive : C'est le plus fréquemment diagnostiqué. La dépression est une réponse à un facteur de stress et les symptômes sont moins intenses qu'une dépression majeure. On observera une baisse de l'humeur, un larmoiement ou un sentiment de désespoir.
- Trouble de l'adaptation avec anxiété : Les symptômes sont essentiellement caractérisés par de la nervosité, de l'inquiétude, de l'énervement ou de l'anxiété de séparation.
- Trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive
- Trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites : La personne adopte des comportements qui constituent une violation des normes sociales ou une violation des droits des autres. Cette forme de trouble se présente surtout chez les adolescents.
- Trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites

7. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ^{22 23 24}

Un trouble de la personnalité est une **altération du fonctionnement du soi** (identité ou autodétermination) et du **fonctionnement interpersonnel** (empathie ou intimité). On retrouve chez les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité **un ou plusieurs traits de personnalité pathologiques** (rigides et envahissants) qui **altèrent leur fonctionnement** dans plusieurs sphères de leur vie. Le diagnostic est porté selon une échelle de niveaux de fonctionnement de la personnalité.



Pseudo-science :
<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2071>

²² INSTITUT DE SANTÉ MENTALE DOUGLAS. *Les troubles de la personnalité*. [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/uploads/File/011113_Le%20DSM5%20et%20les%20troubles%20de%20la%20personnalite_Suzane%20Renaud.pdf] (Consulté le 25 février 2015).

²³ PSEUDO-SCIENCES. *La classification des troubles de la personnalité*. [En ligne], [http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2071] (Consulté le 25 février 2015).

²⁴ JOBIN, Luc. *Santé mentale, les troubles de la personnalité*, Notes du cours, Cégep de Rimouski, automne 2014.

Voici les dix troubles de la personnalité conservés dans le DSM-5 : paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, obsessionnelle-compulsive, évitante et dépendante.

| Trouble de la personnalité | Caractéristiques |
|----------------------------|--|
| Paranoïaque | <ul style="list-style-type: none"> • Méfiance envahissante envers les autres • Garde de la rancune • Préoccupation sur la loyauté, la fidélité ou les intentions des autres • Réticent à se confier • Discerne des intentions cachées, humiliantes ou menaçantes • Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation |
| Schizoïde | <ul style="list-style-type: none"> • Détachement dans les relations sociales • Ne recherche ni apprécie les relations proches - choisit des activités solitaires • N'éprouve du plaisir dans de rares activités ou aucune • Pas d'amis proches ou confidents, semble indifférent vs éloges ou critiques des autres • Peu d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes • Fait preuve de froideur, détachement ou d'émoussement de l'affectivité |
| Schizotypique | <ul style="list-style-type: none"> • Pensées, perceptions et comportements étranges, bizarres, excentriques • Délires (persécution, conspirations, phénomènes paranormaux) • Pauvreté dans les relations interpersonnelles et anxiété en situation sociale avec inconnus • Idées de persécution ou méfiance • Absence d'amis ou de confidents |
| Antisociale | <ul style="list-style-type: none"> • Mépris et transgression des droits d'autrui • Manipulation • Irritabilité, agressivité • Irresponsabilité persistante • Impulsivité • Hostilité • Absence de remords • La moitié des prisonniers ont ce trouble de personnalité |
| Limite (borderline) | <ul style="list-style-type: none"> • Impulsivité marquée et instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, répétition de comportements, menaces suicidaires, automutilation, prise de risques • Clivage • Émotivité prononcée, excès de colère, souffrance • Sensibilité à l'abandon et au rejet • Dépendance affective, intolérance à la solitude • Sentiment chronique de vide • Colères intenses ou difficulté à contrôler sa colère • Idées persécutives ou symptômes dissociatifs |

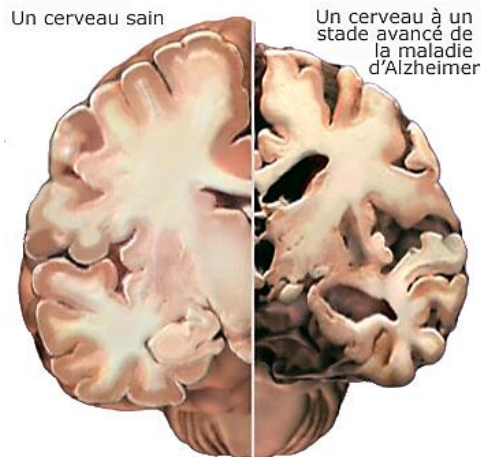
| Trouble de la personnalité | Caractéristiques |
|----------------------------------|---|
| Histrionique | <ul style="list-style-type: none"> • Réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention • Doit être le centre d'attention • Comportement de séduction, attitude provocante ou sexuelle inadaptée • Expression émotionnelle superficielle et changeante • Dramatisation, théâtralisme et exagération • Considère les relations plus intimes qu'elles ne le sont |
| Narcissique | <ul style="list-style-type: none"> • Égocentrisme excessif • Fantasmes ou comportements grandioses • Besoin d'être admiré • Manque d'empathie • Attitude supérieure, prétentieuse, arrogante, condescendante, pense être spécial et unique • Fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté et d'amour idéal • Relations interpersonnelles caractérisées par la recherche de gens qui sont « à la hauteur » ou de « faire-valoir » • Exige un traitement particulier |
| Obsessionnelle compulsive | <ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation de l'ordre, de la perfection, du détail, de l'organisation et du contrôle, perfectionnisme qui peut entraver l'achèvement des tâches ou perdre le but de l'activité • Dévotion excessive pour le travail et à la productivité • Rigidité cognitive et comportementale, entêtement, avarice, trop consciencieux, scrupuleux ou rigide sur des questions de morale, d'éthique ou valeurs • Difficulté à déléguer les tâches • Incapacité à jeter les objets ou collectionnisme • Obsessions et compulsions moins sévères que le TOC et perturbent moins le fonctionnement quotidien de la personne |
| Évitante | <ul style="list-style-type: none"> • Évitement des situations sociales • Évaluation négative de soi • Sentiment de ne pas être à la hauteur • Hypersensibilité au jugement négatif d'autrui • Se perçoit socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres • Timide, réservé dans les relations intimes de peur d'être exposé à la honte ou d'être ridicule • Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé |
| Dépendante | <ul style="list-style-type: none"> • Besoin général et excessif d'être pris en charge • Comportement soumis et « collant » • Peur de la séparation • A du mal à exprimer un désaccord • A du mal à prendre des décisions sans être rassuré de façon excessive par les autres • A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines de sa vie • A du mal à initier ou faire des choses seul et se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul de peur de ne pas se débrouiller • Cherche à outrance le soutien des autres au point de faire volontairement des choses désagréables |

8. LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Selon le DSM-5, les troubles neurocognitifs peuvent être légers ou majeurs.

Un des plus courants est celui de la maladie d'Alzheimer (trouble neurocognitif majeur).

n) La maladie d'Alzheimer^{25 26 27}



Source : ALZHEIMER ASSOCIATION FRANCE. [En ligne], [www.alz.org].

²⁵ GAUTHIER, Serge et Judes POIRIER. *La maladie d'Alzheimer : Le guide*, Les Éditions du Trécarré, 2011, p. 31 à 43.

²⁶ CSST du Suroît. *La démence, troubles neurocognitifs majeurs, ce que vous devez savoir*, [En ligne] [http://www.santemonteregion.qc.ca/userfiles/file/suroit/Documentation/D%C3%A9pliants%20et%20publications/Dep_La%20d%C3%A9mence_2013.pdf] (Consulté le 1^{er} mars 2015).

²⁷ Notes de cours *Intervenir auprès des personnes âgées ayant des déficits cognitifs*, Cégep de Rimouski, hiver 2015.

La maladie d'Alzheimer est une maladie progressive et dégénérative.

Des lésions apparaissent et détruisent les neurones, les cellules vitales du cerveau.

Il est important de spécifier que ce n'est pas un trouble de santé mentale, mais bien un trouble neurologique. Toutefois, on ne peut exclure les problèmes de santé mentale comme conséquences à la maladie, comme mentionné ci-dessous.

La maladie affecte :

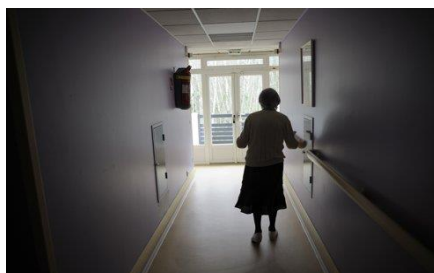
- La mémoire (capacité de se souvenir).
- Les capacités intellectuelles (pensée, compréhension, langage, apprentissage et prise de décisions). Celles-ci interfèrent avec les activités quotidiennes (s'habiller, manger, faire sa toilette, téléphoner, préparer des repas, tâches domestiques, etc.).

Des troubles du comportement peuvent aussi survenir avec la progression de la maladie (anxiété, agitation, irritabilité, désinhibition, hallucinations, sautes d'humeur, changements dans la personnalité, désorientation, etc.).

Elle ne fait pas partie du vieillissement normal.

La maladie touche les hommes et les femmes, mais davantage les femmes.

La durée de la maladie est d'environ 12 à 19 ans. Les causes ne sont pas clairement établies. Toutefois, une mutation génétique est mise en évidence par les antécédents familiaux et par un test génétique.



Source : Santé-médecine



SÉQUENCE 3

LA DÉLINQUANCE ET LA CRIMINALITÉ

Cours 9

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 167 à 174
- Document de présentation
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision sont :

- Connaître les facteurs criminogènes les plus importants.
- Associer des types de délinquants à des caractéristiques.
- Distinguer les types de crimes.
- Connaître et expliquer des comportements caractéristiques aux criminels.



Évaluation de ce thème :

| | | |
|----------|-------------------|------|
| Cours 14 | Examen 2 | 30 % |
| Cours 15 | Savant-être | 5 % |
| | Activité synthèse | 20 % |

LA DÉLINQUANCE ET LA CRIMINALITÉ

1. LA DÉLINQUANCE

a) Une définition de la délinquance

Selon Marcel Fréchette et Marc LeBlanc (*Délinquances et délinquants*, 1987), la délinquance est « une conduite JUVENILE, c'est-à-dire une conduite dont l'auteur est un mineur aux yeux de la loi, une conduite DEROGATOIRE, puisqu'elle va à l'encontre des prescriptions normatives écrites [...], une conduite INCRIMINABLE, dont le caractère illégal a été, ou pourrait être, validé par une arrestation ou une comparution devant un tribunal et qui est passible d'une décision à caractère JUDICIAIRE et une conduite SELECTIONNEE, puisqu'elle n'englobe qu'un nombre limité d'actes dont le calibrage, en matière de dangerosité sociale, est acquis et présente un haut degré de stabilité ».

b) Les facteurs de risque

À travers les différentes études réalisées sur la délinquance, les facteurs de risque ont été divisés en cinq sphères de vie : l'aspect personnel, la famille, les pairs, l'école et le quartier.

*L'aspect personnel*²⁸

Les premiers facteurs de risque personnels sont les caractéristiques démographiques, dont l'âge, le sexe et l'appartenance raciale ou ethnique. Plus les comportements agressifs et antisociaux apparaissent en bas âge et le fait d'être un garçon, augmentent le risque de délinquance à l'adolescence. De plus, un plus fort taux d'arrestation en lien avec la délinquance a été noté chez les personnes non blanches et les membres de communautés autochtones. Toutefois, ce dernier point est davantage considéré comme un marqueur fixe qu'un facteur de risque (en référence au profilage racial).

Un tempérament difficile incluant l'agressivité, l'impulsivité, l'hyperactivité et les prises de risque constituent également un facteur de risque important. En fait, l'**agressivité** est considérée comme « le trait du comportement social permettant le mieux de prédire un comportement délinquant avant l'âge de 13 ans. »²⁹

On pourra également observer parmi les facteurs de risque des croyances et des comportements antisociaux (non-respect des règles, malhonnêteté, attitudes favorables à la violence, hostilité envers l'autorité ou la police) et des problèmes de consommation précoce de drogues et d'alcool. Ultiment, un faible niveau d'intelligence (surtout verbal) peut limiter le développement de l'autorégulation des émotions, de la maîtrise de soi et de l'empathie.

²⁸ DAY, David M. et WANKLYN, Sonya G. *Détermination et définition des principaux facteurs de risque du comportement antisocial et délinquant chez les enfants et les jeunes*, Université Ryerson, Toronto. Centre national de prévention du crime (CNPC), 2012, p. 17 à 22.

²⁹ TREMBLAY et LE MARQUAND, 2001, p. 141.

La famille

Les familles où l'on retrouve de la **criminalité ou des comportements antisociaux chez les parents ou les membres de la fratrie** constituent un sérieux prédicteur. L'influence criminogène du milieu agit sur le jeune. En effet, loin de condamner la conduite délinquante, les adultes vivant dans ce milieu sont eux-mêmes fréquemment aux prises avec la police pour toutes sortes d'infractions criminelles et réglementaires. Dans quelques cas, l'activité du délinquant marginal est de faible gravité, mais pour d'autres, le taux de récurrence à long terme peut être élevé. La plupart du temps, ces jeunes sont entraînés ou dirigés par d'autres jeunes ou adultes qui ont davantage de potentiel criminel. Souvent, le jeune issu d'un tel milieu ne peut être atteint par une intervention, car il s'est identifié à cette culture marginale. Il restera soumis à sa famille. Ce genre de cas est difficile sinon impossible à traiter.

Ensuite, **la séparation des parents et des enfants** est un autre indicateur du comportement délinquant et criminel. « Toutes les études s'entendent pour démontrer que c'est dans les familles brisées, en comparaison des familles intactes, que l'on retrouve davantage de délinquance, tout comme pour les autres formes de troubles de comportement. »³⁰ Les plus à risque sont les familles brisées (séparées ou divorcées), les familles monoparentales, familles reconstituées, le placement en famille d'accueil et en foyer de groupe et les autres formes de placement ainsi que l'itinérance.

Il a été observé que les adolescents judiciairisés sont issus de familles plus **dysfonctionnelles**, plus démunies et plus dépendantes sur le plan **socioéconomique**. Leurs parents ont souvent d'**importants problèmes personnels** (santé mentale, physique ou dépendances). Ces facteurs influent sur le niveau de stress et par le fait même, ils peuvent avoir des effets négatifs sur la qualité de la relation parent-enfant.

La **supervision parentale** se révèle un facteur déterminant et très étroitement lié au niveau d'activité délinquante, entre autres la qualité de la structure et l'ambiance familiale, par exemple, l'exposition à des conflits familiaux. Cela signifie que plus il y a d'attachement et de supervision, moins il y a de conduites délinquantes chez les adolescents. Par contre, lorsque les parents utilisent des **méthodes disciplinaires** ou plus les punitions sont graves, diversifiées ou inégales, les comportements antisociaux du jeune s'accroissent. À l'inverse, une absence de supervision ou une discipline relâchée ou permissive peuvent également constituer des facteurs de risque.

De plus, une situation particulière nous permet de prédire que l'adolescent va s'orienter vers une délinquance répétitive et grave. Le délinquant solidement enraciné est issu d'une famille où le père est peu présent comme source affective, démontre un manque de compréhension et de disponibilité, apparaît peu ouvert à la discussion et est rarement ou n'est jamais porté à amorcer des gestes de rapprochement. Ce père est souvent négligent et démontre un intérêt limité pour les activités de son fils; il est rarement au courant des activités de celui-ci. En plus, toute forme d'intervention punitive venant du père est à peu près absente. Il règne dans ces familles un état de négligence généralisée.

³⁰ LEBLANC, Marc. *La délinquance des adolescents*, article dans *Traité des problèmes sociaux*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, chapitre 13, 1994, p. 279 à 300.

Les pairs

Les amis qui sont activement impliqués dans la perpétration de délits sont le facteur déclenchant le plus important dans l'apparition de la délinquance à l'adolescence. Avoir des amis délinquants ou faire partie d'un gang semble donc constituer une condition tout à fait propice au développement de la délinquance. En fait, c'est le facteur central, surtout dans la façon dont les adolescents vont occuper leur temps libre (par exemple : peu de participation aux loisirs organisés, travail après l'école, flânerie, etc.) et aussi dans leur participation à certaines activités comme la consommation de drogues, désordres de conduite, activités sexuelles précoces, vol, bagarre, etc. L'exclusion par les pairs (par exemple, intimidation ou exclusion à cause de l'agressivité de l'adolescent) peut aussi devenir un facteur de risque aux problèmes de santé mentale et à la délinquance.

L'école

Il existe un lien étroit entre les comportements dysfonctionnels à l'école (inadaptation scolaire) et les comportements délinquants. Ces jeunes sont marginaux à l'école pendant l'adolescence. Ils se démarquent de plusieurs façons : manifester un comportement perturbateur (faire le bouffon), répliquer constamment à l'enseignant ou présenter de l'absentéisme régulier. Ils peuvent être expulsés ou suspendus régulièrement. Ils ont un faible niveau d'attachement à l'école et ont un rendement scolaire médiocre. En conséquence, ils se désintéressent de l'école et décrochent. À 17 ans, 18 % seulement des adolescents délinquants sont encore à l'école. Les frustrations vécues à l'école, qui sont synonymes pour l'adolescent de dévalorisation, de mise à l'écart, fournissent un contexte propice au développement de la délinquance.

Le quartier

Dans une proportion plus indirecte, on observe une influence négative sur le comportement délinquant et antisocial des adolescents de 12 à 17 ans lorsque ceux-ci proviennent d'un quartier défavorisé ou encore d'un quartier où règne la violence, le trafic de drogues ou la prostitution. Cette influence est davantage dommageable pour les adolescents impulsifs.

Conclusion

Ce qui favorise le plus le déclenchement de l'activité délictueuse à l'adolescence, c'est la présence d'autres conduites marginales ou déviantes qui composent une sorte de bouillon de culture dans lequel le virus délinquant se met à proliférer. En même temps, de façon moins directe, l'école peut jouer le rôle d'amplificateur de l'inadaptation, puisqu'elle devient pour le jeune une source majeure de dysfonctionnement à la fois psychologique et social. La famille, qui exerce une influence plus diffuse, peut, elle aussi, accroître la probabilité d'apparition de la délinquance; toutefois, elle ne peut à elle seule engendrer la délinquance; son impact criminogène doit être renforcé par une occupation marginale des temps libres et **la fréquentation de pairs délinquants**. Finalement, l'influence du milieu socioéconomique est faible, mais réelle; elle constitue un facteur de prédisposition, un risque supplémentaire.

c) Les types de délinquances³¹

Délinquance commune ou d'occasion

La majorité des délits de ces adolescents sont des gestes impulsifs, isolés, sans précédent et sans lendemain. Elle rejoint un « grand nombre d'adolescents pendant leur processus de socialisation ». ³² Les délits commis sont de faible gravité, peu nombreux et concentrés sur une période de temps limitée. Cette délinquance se résorbe d'elle-même. Ce sont des jeunes ayant des difficultés scolaires mineures. Les parents sont au courant et contrôlent les activités du jeune. Les difficultés psychologiques vécues par les jeunes sont davantage reliées à une estime de soi négative et aux capacités interpersonnelles. On parle alors d'une inadaptation sociale légère. Dans ce groupe, il y a autant de filles que de garçons.

Délinquance de transition

On la nomme « de transition », car le jeune transite vers un choix entre la délinquance et la non-délinquance. On retrouve au minimum dix délits de gravité moyenne. À l'école, le jeune vit des problèmes de comportements. Il souhaite décrocher, mais y demeure quand même. Il s'oppose aux valeurs de l'école. Les parents connaissent souvent les activités du jeune, mais ne les contrôlent pas. L'adolescent présente un comportement impulsif, inconstant et irresponsable. Il a de la difficulté à se conformer aux normes sociales. Son image de lui-même est très négative et il est ambivalent dans les modèles auxquels il veut s'identifier.

Délinquance persistante

C'est la délinquance qui est présente tout au long de l'adolescence. Elle est durable et chronique. On parle de vingt délits environ de gravité plus importante. Ce sont des adolescents qui vivent des difficultés scolaires importantes. Ils n'ont pas de motivation, déprécient les valeurs de l'école et peuvent être suspendus ou expulsés. Ils n'ont pas de supervision ou de contrôle des activités par les parents. Ils ont de bonnes capacités interpersonnelles leur permettant de se lier à de jeunes déviants. Ces adolescents ont un malaise intérieur profond, une estime de soi négative marquée par la destruction. Ils peuvent être moroses (maussades, irritables, sombres), hostiles et méfiants. Ils ont peur d'échouer et surtout peur du rejet.

d) Quelques informations sur les jeunes contrevenants

La Loi sur les jeunes contrevenants (LJC) a été remplacée par la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) le 1^{er} avril 2003.

Au Centre jeunesse, des services sont offerts majoritairement aux adolescents engagés dans une délinquance distinctive (transitoire et persistante). Les adolescents commettent moins de crimes que les adultes (17 % sont des jeunes et 83 % sont des adultes). Les délits les plus fréquents chez les jeunes sont dans l'ordre : les crimes contre la propriété (vol de moins de 5000 \$, infraction relative aux drogues et introduction par effraction) puis les crimes contre la personne (voies de fait et vol qualifié).

³¹ SAUCIER, Manon. Notes de cours, Techniques policières, Cégep de Rimouski.

³² Centre jeunesse de Montréal, *Clientèle délinquante*, [En ligne] [recueil_2017.odt] http://www.centrejeunessedemontreal.qc.ca/jc_clientele.htm (Consulté le 3 juin 2015).

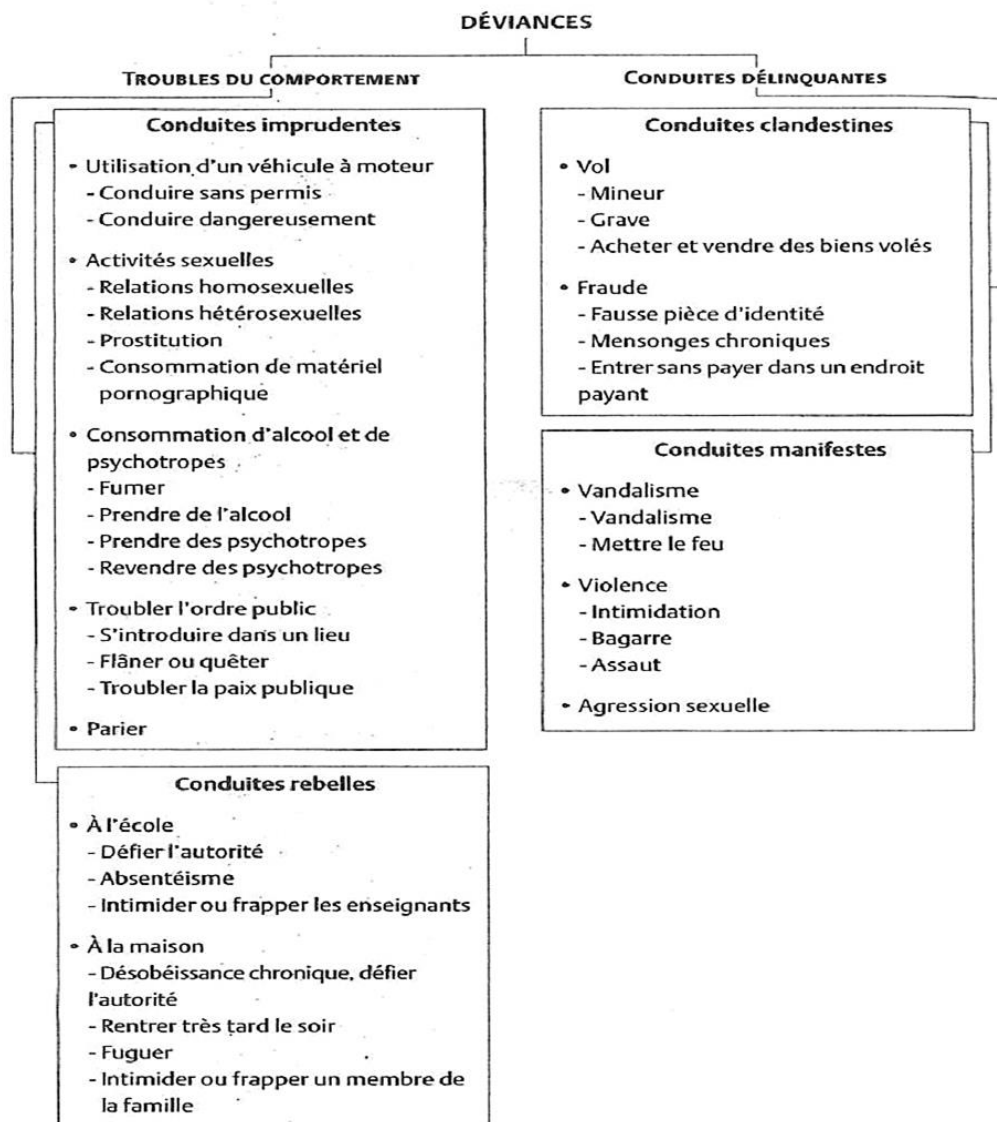
La catégorie d'infraction la plus en hausse est celle relative aux drogues, surtout en lien avec le cannabis. Rares sont les crimes armés (5 %) et souvent, il s'agissait d'un couteau.

En 2013-2014, les services aux jeunes contrevenants ont été offerts à 13 557 adolescents dont 80 % étaient des garçons.

Ce sont les adolescents de 16-17 ans qui comparaissent le plus souvent devant les tribunaux. Dans les huit causes sur dix, le jeune qui comparaît est de sexe masculin. La proportion des causes s'accroît avec l'âge chez les adolescents, mais diminue après l'âge de 15 ans chez les adolescentes.

TABEAU 1

La structure hiérarchique de la conduite déviante



Source : Le Blanc et Bouthillier, 2003.

Source : LEBLANC, Marc, Marc OUI MET, et Denis SZABO. *Traité de criminologie empirique*, 3^e édition, Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, p. 374.

2. LA CRIMINALITÉ

a) Les principaux crimes

| |
|---|
| <p>Les crimes d'agression</p> <ul style="list-style-type: none">• L'homicide• Tentatives de meurtre• Les agressions sexuelles• Les voies de fait |
| <p>Les crimes d'appropriation</p> <ul style="list-style-type: none">• L'introduction par effraction• Le vol de véhicule à moteur• Le vol qualifié (il vise uniquement un gain monétaire, mais il met en danger la vie de la victime qui peut également subir des traumatismes psychologiques)• Le recel (avoir en sa possession des objets volés)• Le vol simple |
| <p>Les autres crimes</p> <ul style="list-style-type: none">• La fraude• Les méfaits (crimes de vandalisme, soit des dommages matériels sur des biens, des véhicules, des équipements publics)• Les infractions relatives aux drogues |

b) Les comportements caractéristiques aux criminels³³

L'absence d'intégration sociale

Le criminel est incapable de s'intégrer socialement en tant que citoyen respectueux des règles de la société. Il se fiche des règles imposées par d'autres; à ses yeux, ces règles constituent une absurdité révoltante. Le criminel vit en étranger dans son milieu. Il est incapable d'être honnête et travailleur. Sa vision de l'homme honnête n'est pour lui qu'une caricature : le comble de la niaiserie. Les policiers, les avocats, le tribunal et la prison font partie de son univers. Un séjour derrière les barreaux est pour lui prévisible. À l'intérieur de la prison, il continue ses activités déviantes tout comme lorsqu'il était en liberté. C'est une étape normale de sa carrière criminelle. De plus, il ignore le sens des valeurs acceptées de façon commune par tout le monde. Le criminel a son propre ordre des valeurs.

³³ FRÉCHETTE, Marcel et Marc LEBLANC. *Délinquances et délinquants*, Gaétan Morin, 1987.
LEBLANC, Marc, Marc OUIMET et Denis SZABO. *Traité de criminologie empirique*, 3^e édition, Presses de l'Université de Montréal, 2004.
PELLETIER, Michel-Louis. *Jeunes délinquants ou jeunes criminels?*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1998.

L'agressivité

Pour le criminel, l'agressivité entretient chez lui un état permanent de veille lui conférant une impression d'invulnérabilité et de toute-puissance.

La vulnérabilité et la rage sourde et permanente

Il existe une rage toujours présente chez le criminel et elle est provoquée et entretenue par son sentiment exacerbé d'être rejeté de tous. Par exemple, si la conversation ne va pas dans le sens qu'il veut, il peut vite hausser le ton et se mettre à crier. La rage est aussi une disposition nécessaire pour être toujours prêt à passer à l'acte. Cet état d'esprit le rend aussi difficile d'accès. Pour lui, souvent plus rien ne compte et il est prêt à tout. Cependant, les criminels les plus sophistiqués et les plus psychopathes vont dissimuler cette rage derrière une attitude charmeuse ou une amabilité extrême qui ne laissera rien paraître.

La victime de la société

Le criminel est convaincu d'être lui-même la victime de la société. Il est indifférent au sort des vraies victimes. Il peut aller jusqu'à attribuer la responsabilité de son agression à sa victime. D'ailleurs, il adoptera très facilement le rôle de l'irresponsable.

Le contrôle de l'information

Le criminel d'expérience sait mentir naturellement. Il communique facilement de fausses informations. Dire la vérité, faire confiance aux autres n'a pas de sens à ses yeux. L'activité normale du criminel inclut donc le mensonge et la désinformation comme moyens nécessaires pour se tenir à l'abri des importuns, d'où l'importance de ne jamais dire la vérité. À toutes les occasions où il aura à se livrer, il va continuer à tenir des propos qui tendent à masquer les faits et à montrer une image fictive de lui-même, de ses activités antérieures et de ses projets.

La loi du silence

Elle s'impose au criminel pour l'empêcher de dire quelque chose de compromettant. Il craint par-dessus tout les questions pièges. En ce qui concerne les faits que lui seul connaît, il s'appliquera à faire l'innocent, l'ignorant, celui qui ne sait rien, ou encore celui qui a perdu la mémoire.

La distorsion de la réalité

Habitué à mentir, il finit par confondre la réalité avec ses mensonges; ceci entraîne chez lui une importante distorsion de la réalité.

L'incapacité de se montrer aux autres tels qu'il est

Le mensonge vient ici aider à dissimuler l'image négative que le criminel a de lui-même, tout comme celle qu'il a des autres.

La vantardise et la diffusion de la criminalité

Pour le criminel, la vantardise constitue un effort maladroit de valorisation où l'abondance des détails fournis sert à glorifier la criminalité. Un criminel d'habitude aime avoir une influence criminogène et il est fier qu'on puisse le relier à l'apparition de nouvelles activités criminelles.

La faible estime de lui-même et de l'autre

Pour le criminel, l'autre correspond à une chose plutôt qu'à une personne. La notion de respect se limite à la crainte maladroite d'un autre criminel plus dangereux que lui.

L'incapacité d'aimer et d'être aimé

Le criminel considère l'amour comme une dépendance et une domination sur l'autre.

La recherche du pouvoir aux dépens des autres

Le criminel pense en termes de domination. Il est important pour lui de dominer l'autre, sinon il craint d'être dominé à son tour.

La difficulté d'approche

Le criminel utilise différents mécanismes de défense pour se protéger de l'extérieur. Il adopte souvent une attitude de mépris et d'arrogance. Malgré son arrogance, on pourrait décrire l'attitude du criminel telle une attitude de repli sur soi. Sa pensée et son agir sont limités par une vision étroite des relations humaines. Il ne voit et ne peut voir que son intérêt et les moyens faciles pour y parvenir rapidement. Il a une vision « tunnel » de la réalité.

La monopolisation de sa vie par le crime

Le criminel aime occuper son temps à imaginer des scénarios, élaborer des projets criminels pour ensuite les réaliser. Même les poursuites policières et les comparutions au tribunal lui apportent de l'excitation.

Le refus de changer

Le criminel n'est pas vraiment intéressé à changer; l'activité criminelle lui permet habituellement de faire beaucoup d'argent avec un minimum d'efforts. Pour lui, le crime est une activité signifiante et payante. Il est donc difficile pour lui d'abandonner ses activités valorisantes et lucratives; il lui faudrait amener des changements profonds dans sa façon de voir et de penser.

Donc, si on veut résumer les principaux traits de la personnalité criminelle, on parlera **d'affabulation et de mensonge, d'égoïsme, d'absence d'anxiété, de personnalité antisociale, de recherche d'excitants et du danger de l'escalade.**

Exercice 1

DÉLINQUANCE ET CRIMINALITÉ

Recueil, p. 167 à 174

Complétez la définition à l'aide des mots suivants :






*Illégal – incriminable – dérogoire – normes et lois –
mineur aux yeux de la loi – sélectionnée – judiciaire – juvénile – limité*

La délinquance est une conduite :

- _____ (l'auteur est _____),
- _____ (va à l'encontre des _____),
- _____ (_____)
- qui pourrait entraîner une arrestation ou une comparution devant un tribunal et passible d'une décision à caractère _____
- _____ (elle n'englobe qu'un nombre _____ d'actes).

Exercice 2

Complétez le tableau ci-dessous.

| Facteurs de risque | |
|--|--|
| L'aspect personnel  | |
| La famille  | |
| Les pairs  | |
| L'école  | |
| Le quartier  | |

Exercice 3

Complétez le tableau ci-dessous.

| | Types de délinquance | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| | <i>D'occasion</i> | <i>De transition</i> | <i>Persistante</i> |
| Les délits | | | |
| L'école | | | |
| La famille | | | |
| La personnalité | | | |

Exercice 4

Donnez les informations demandées au sujet des jeunes contrevenants.

- LSJPA : _____
- Depuis quelle année existe-t-elle? _____
- Délits les plus fréquents : _____

- Délit le plus en hausse chez les adolescents : _____
- Statistiques importantes : _____

Exercice 5

LA CRIMINALITÉ

| Les types de crimes | | |
|---------------------|------------------------|----------------------|
| <i>D'agression</i> | <i>D'appropriation</i> | <i>Autres crimes</i> |
| | | |

Découpez les caractéristiques et les définitions aux dernières pages et collez-les dans le tableau ci-dessous. Imprimez ces deux pages séparément pour pouvoir découper.

Aidez-vous de vos notes de cours p. 172 à 174.

| Comportements caractéristiques aux criminels | |
|--|--|
| L'absence d'intégration sociale | |
| L'agressivité | |
| La vulnérabilité et rage sourde | |

| Comportements caractéristiques aux criminels | |
|---|--|
| La victime de la société | |
| Le contrôle de l'information | |
| La loi du silence | |
| La distorsion de la réalité | |
| L'incapacité de se montrer aux autres tels qu'il est | |
| La vantardise et la diffusion de la criminalité | |
| La faible estime de lui-même et de l'autre | |

| Comportements caractéristiques aux criminels | |
|--|--|
| L'incapacité d'aimer et d'être aimé | |
| La recherche de pouvoir aux dépens des autres | |
| La difficulté d'approche | |
| La monopolisation de sa vie par le crime | |
| Le refus de changer | |

Définitions à découper

| |
|---|
| <p>Cette réaction intense est toujours présente et entretenue par son sentiment d'être rejeté de tous. Il peut vite hausser le ton, se mettre à crier si une conversation ne tourne pas comme il veut. Il est toujours prêt à passer à l'acte, il est prêt à tout, plus rien ne compte.</p> |
| <p>L'activité criminelle lui permet de faire beaucoup d'argent avec un minimum d'effort, c'est une activité signifiante et payante, il est donc difficile d'abandonner ses activités valorisantes et lucratives. Il n'est pas vraiment intéressé à changer cette façon de voir et de penser.</p> |
| <p>Le criminel est incapable de s'intégrer socialement, se fiche des règles imposées, est incapable d'être honnête et travailleur. Même à l'intérieur de la prison, il continue ses activités déviantes. Il a son propre ordre de valeurs et il ignore le sens des valeurs acceptées par tout le monde.</p> |
| <p>Sait mentir naturellement. Communique facilement de fausses informations. Tient des propos qui tendent à masquer les faits, à montrer une image fictive de lui-même, de ses activités antérieures ou projets. Mensonges et désinformation font partie de ses activités normales.</p> |
| <p>Lui permet maladroitement de se valoriser. Lorsqu'il y a abondance de détails sur ses crimes, cela permet de glorifier la criminalité. Le criminel d'habitude aime avoir une influence criminogène et est fier qu'on puisse le relier à l'apparition de nouvelles activités criminelles.</p> |
| <p>Cette caractéristique maintient le criminel en état de veille et lui donne une allure d'invulnérabilité et de toute-puissance.</p> |
| <p>Aime occuper son temps à imaginer des scénarios, élaborer des projets criminels pour ensuite les réaliser. Même les poursuites policières et comparutions lui procurent de l'excitation.</p> |
| <p>Convaincu d'être lui-même victime de la société, il est indifférent aux vraies victimes et il peut même leur attribuer la responsabilité de ses actes. Il adopte très rapidement le rôle d'irresponsabilité.</p> |
| <p>Le mensonge l'aide à dissimuler l'image négative qu'il a de lui-même, tout comme celle des autres.</p> |
| <p>Elle s'impose pour l'empêcher de dire quelque chose de compromettant. Il jouera l'innocent, l'ignorant, celui qui ne sait rien et qui a perdu la mémoire.</p> |
| <p>Tellement habitué à mentir, il confond ses mensonges avec la réalité.</p> |
| <p>Il considère l'amour comme une dépendance et une domination de l'autre.</p> |
| <p>L'autre correspond à une chose plutôt qu'à une personne. Le respect est lorsqu'un autre criminel est plus dangereux que lui.</p> |
| <p>Différents mécanismes de défense pour se protéger de l'extérieur. Attitudes de mépris, d'arrogance, de repli sur soi. Pensée et agir limités par une vision étroite des relations humaines. Il ne voit et ne peut voir que son intérêt et les moyens faciles d'y parvenir rapidement. Vision tunnel de la réalité.</p> |
| <p>Le criminel pense en termes de domination. Il est important pour lui de dominer l'autre, sinon il craint d'être dominé.</p> |

LES DÉPENDANCES LIÉES AUX SUBSTANCES ET AU JEU

Cours 10

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 185 à 195
- Document de présentation
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision et de réflexion sont :

- Faire la différence entre abus et dépendance
- Connaître les facteurs de risque des dépendances liées aux substances.
- Établir des liens entre les dépendances et les problèmes associés.
- Différencier le joueur social du joueur pathologique.
- Définir le jeu pathologique.
- Connaître les caractéristiques des joueurs pathologiques et les problèmes associés à cette dépendance.
- Se sensibiliser à la problématique de la cyberdépendance et/ou de la dépendance aux médias sociaux



Évaluation de ce thème :

| | | |
|----------|-------------------|------|
| Cours 14 | Examen 2 | 30 % |
| Cours 15 | Savant-être | 5 % |
| | Activité synthèse | 20 % |

LES DÉPENDANCES LIÉES AUX SUBSTANCES ET AU JEU

1. DÉFINITION

La toxicomanie (trouble relié à l'usage d'une substance) est définie comme un trouble mental parce qu'elle constitue la manifestation d'une altération importante du fonctionnement de la personne. Il y aura présence de symptômes tant cognitifs, comportementaux que physiologiques.

On retrouve dix classes de drogues (alcool, caféine, cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants, tabac et substances autres). Les effets peuvent différer d'une classe à l'autre, mais toutes ces substances favorisent « l'activation du système cérébral de récompense, lequel est impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs ». ³⁴

Il est important de faire une distinction entre une consommation abusive et la dépendance à une substance. ³⁵

a) L'abus

L'abus est un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- Une utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations fondamentales, au travail, à l'école ou à la maison;
- Une utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux;
- Des problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance;
- Une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

Dans tous ces cas, les symptômes n'ont jamais atteint, pour la substance mise en cause, les critères de la dépendance. Autrement dit, c'est la consommation à excès « brosse » « cuite », qui n'est pas un événement isolé et qui s'accompagne d'effets désagréables pour la personne ou les autres.

³⁴ DSM 5. *Troubles liés à une substance et troubles addictifs*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, p. 571.

³⁵ Conservé du DSM-IV (2000), car ces termes sont encore majoritairement utilisés dans la pratique.

b) La dépendance

Il s'agit d'un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois manifestations (ou plus), à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

- La tolérance;
- Des symptômes de sevrage;
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu;
- Un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance;
- Un temps considérable consacré aux activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser le produit ou récupérer de ses effets;
- L'abandon ou la réduction significative des loisirs, des activités sociales et professionnelles à cause de l'utilisation de la substance;
- L'utilisation continue de la substance bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Un sujet peut recevoir un diagnostic avec dépendance physique si la tolérance ou le sevrage sont présents ou sans dépendance physique si la tolérance ou le sevrage ne sont pas présents.

Les termes alcoolisme, alcoolodépendance, toxicomanie ou pharmacodépendance peuvent être considérés comme des synonymes d'une dépendance liée aux **substances psychoactives (SPA)** à l'alcool et aux drogues illicites, incluant les médicaments prescrits obtenus par voies non médicales.

2. LES FACTEURS DE RISQUE

a) La dimension biologique

Certaines personnes présentent une prédisposition biologique à la dépendance. Si les processus échappent encore à la compréhension des chercheurs, le risque de nature biologique en alcoolisme est suffisamment bien démontré pour affirmer qu'il existe réellement. Les facteurs impliqués pourraient être l'existence de marqueurs biologiques, la possibilité d'identifier un gène (identification de l'allèle A du récepteur D du système dopaminergique) et de l'absence d'une enzyme qui métabolise l'alcool.

b) La dimension psychologique

Les caractéristiques personnelles

Depuis longtemps, on tente de détecter des typologies des personnes dépendantes aux SPA à partir de certains traits de la personnalité. En 1994, Cloninger établit une association entre trois principales dimensions de la personnalité : la recherche de nouveauté, l'évitement du risque et la dépendance aux renforcements positifs, et la consommation de SPA. **La recherche de nouveauté** réfère aux caractéristiques d'impulsivité, d'exploration, d'excitabilité et d'extravagance; **l'évitement du risque** se définit par de l'anxiété ou du pessimisme face à l'avenir, une tension face à l'incertitude ou au danger, une timidité et une fatigue mentale; **la dépendance aux renforcements positifs** se caractérise par une conduite qui cherche toujours à plaire aux autres.

Les facteurs de risque psychosociaux

Patton (1995) a fait une recension des études et révèle plus de trente-cinq caractéristiques psychologiques qui prédisposent tant à l'usage qu'à l'abus d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes. On retrouve l'hyperactivité, l'impulsivité, un déficit d'attention, l'humeur négative, une faible émotivité, une absence d'habiletés sociales, des troubles de conduite ou une conduite antisociale, la délinquance, des conflits au sein de la famille, des pratiques parentales inadéquates, des résultats scolaires faibles, des traits névrotiques, de la détresse psychologique, de l'agressivité, du non-conformisme, la recherche de sensations, etc. Ces mêmes facteurs sont invoqués pour expliquer l'abus ou la dépendance aux SPA autres que l'alcool.

Les facteurs prédisposants les plus robustes

- Un **tempérament difficile** durant l'enfance semble prédisposer aux troubles liés à l'alcool à l'adolescence et aux problèmes liés à l'alcool à l'âge adulte. Ce tempérament difficile se caractérise par l'hyperactivité, l'agressivité, les comportements antisociaux, les crises de colère, l'impulsivité et les problèmes de concentration ou du comportement. Les **troubles de la conduite** constituent donc, dans l'état actuel des connaissances, le meilleur prédicteur. Certaines études semblent indiquer que le meilleur prédicteur de la dépendance est l'âge au début de la consommation, seul ou avec des pairs. **Plus une personne commence jeune, plus la probabilité d'abus de SPA est grande**. Généralement, une personne qui développe une dépendance aux SPA procède selon une trajectoire bien spécifique. Elle commence par une consommation de tabac, puis s'initie à l'alcool, ensuite au cannabis pour finalement terminer par la consommation de drogues illicites plus « dures ». Cependant, il est important de se rappeler que, parmi ceux qui commencent à consommer à l'adolescence, tous ne deviennent pas toxicomanes.
- Les **attitudes ou les attentes personnelles** sont associées à l'utilisation à la fois de l'alcool et des drogues. Les personnes qui s'attendent à des effets positifs d'un produit sont plus susceptibles de consommer ce produit.

- **Les traumatismes psychologiques**, par exemple, des abus sexuels ou physiques ou encore **l'exposition à des événements traumatiques** sont associés à la dépendance aux SPA, plus particulièrement chez les femmes.
- Les **pratiques disciplinaires parentales inadéquates** ou un **fonctionnement familial perturbé**, surtout lorsqu'il est accompagné de violence, sont également associés aux troubles de la conduite, à la délinquance puis à l'abus de SPA.

c) La dimension sociale

Les facteurs macrosociaux et structureaux

- Lois et législations

Les lois et la réglementation qu'impose une société contrôlent l'**accessibilité aux SPA** (substances psychoactives) et du fait, la facilité avec laquelle les citoyens peuvent s'en procurer. Le **prix d'un produit** influence aussi la consommation. Par ailleurs, toutes les **drogues illégales** font l'objet de trafic qui donne lieu à une infrastructure de crime organisé qui entraîne d'énormes coûts sociaux.

- Normes et cultures

En règle générale, une consommation élevée s'observe plus fréquemment dans les **sociétés permissives ou tolérantes**.

- Facteurs structureaux

Le **revenu** constitue le déterminant le plus puissant de la consommation dans une population : les personnes les plus à l'aise socioéconomiquement consomment plus souvent de l'alcool, mais en plus petites quantités par occasion, alors que les personnes les plus pauvres boivent moins souvent, mais en plus grande quantité par occasion.

Les facteurs microsociaux

- La famille

La famille est considérée comme le principal véhicule des valeurs et des normes sociales. Outre sa fonction liée à l'éducation où elle transmet explicitement les comportements acceptables et inacceptables, elle sert également de **modèle**. La présence dans la famille d'un membre qui utilise une SPA est associée à une plus forte probabilité qu'un plus jeune s'initie à ces produits. Lorsqu'un adulte consomme, il normalise le comportement, rendant celui-ci plus acceptable pour les générations qui suivent. Certaines habitudes de consommation peuvent même équilibrer temporairement une structure familiale conflictuelle et maintenir par le fait même une consommation d'alcool à risque ou carrément pathologique.

- L'influence des pairs

L'influence des pairs est particulièrement forte à l'adolescence. Les adolescents ayant des **amis qui consomment** sont plus susceptibles de consommer eux-mêmes. C'est souvent un ami, un frère ou une sœur qui initie un jeune à l'alcool, au cannabis ou aux drogues dites dures.

À cela s'ajoute que le **rejet des pairs** au cours de l'enfance semble associé à une plus forte probabilité de consommer des SPA à l'adolescence. Les enfants rejetés s'affilient à un groupe de pairs déviants auxquels ils ressemblent le plus.

- Les stressseurs (accumulation de)

Sur le plan individuel, les **stressseurs** ou des **événements de vie perturbateurs** semblent également associés au développement de la toxicomanie.

- L'emploi

Les **femmes** occupant un **emploi** consomment **plus fréquemment** de l'alcool que les femmes qui restent à la maison. Cependant, il faut préciser qu'une plus grande consommation ne signifie pas nécessairement un abus ou une dépendance à l'alcool.

En plus, les **hommes** qui occupent des **emplois stressants**, caractérisés par un manque de contrôle et des demandes psychologiques élevées, sont beaucoup **plus à risque** de développer des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool. À cela s'ajoute une liste d'emplois connus pour leurs risques : le travail dans les débits de boisson et ceux qui obligent à des déplacements constants.

3. LES PROBLÈMES ASSOCIÉS

a) Les troubles de santé mentale

Voici quelques données qui illustrent le lien entre les problèmes de santé mentale et la toxicomanie : les personnes présentant des problèmes de santé mentale ont deux fois plus de risque d'avoir un trouble relié à l'alcool et quatre fois plus de risque d'abuser des autres drogues. De la moitié aux deux tiers de la clientèle en milieu de réadaptation en toxicomanie présenteraient des problèmes de santé mentale. Les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble de ce type sont trois fois plus à risque de développer une dépendance à l'alcool et six fois plus à risque pour les autres drogues. Les personnes présentant des troubles bipolaires ont des taux onze fois plus élevés d'abus de substances que dans la population générale.

Les problèmes de santé mentale peuvent être un facteur contribuant à la toxicomanie, toutefois, on retrouve également des troubles induits par une substance (par exemple : schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, troubles du sommeil, etc.). La toxicomanie peut donc être une conséquence tout comme un déclencheur des troubles mentaux.

b) Le suicide

Les personnes qui présentent des problèmes liés aux substances psychoactives sont beaucoup plus à risque de se suicider que le reste de la population. Les troubles reliés aux drogues sont présents dans les cas de suicide dans une proportion de 30 à 50 %. Les intoxications chez des personnes non dépendantes sont reconnues comme un élément souvent présent lors du passage à l'acte suicidaire, surtout chez les 12-14 ans. La personne qui abuse de substances psychoactives est plus vulnérable à une perte affective pouvant servir d'agent déclencheur du suicide, particulièrement chez les moins de 30 ans.

c) Le jeu pathologique

Les joueurs pathologiques sont trois à quatre fois plus à risque de présenter une toxicomanie que les personnes qui ont une relation normale avec le jeu. Le jeu peut être à la fois une cause et une conséquence de la consommation. Pensez seulement aux endroits où les joueurs vont jouer, par exemple, dans les bars où les personnes ont souvent l'obligation de consommer. De plus, la honte et le stress financier vécus par la personne à la suite de pertes importantes (financières, matérielles, relationnelles, etc.).

d) La violence conjugale³⁶

Les effets négatifs de l'abus et de la dépendance aux SPA sur la relation conjugale sont assez nombreux (difficultés de communication, comportements violents, dysfonctions ou insatisfactions sexuelles, stress chronique).

D'autres parts, l'insatisfaction conjugale ou les traumatismes (surtout chez les femmes) engendrés par la violence peuvent aussi être des facteurs contribuant au développement ou au maintien de l'abus ou de la dépendance aux SPA.

La fréquence des comportements violents dans les couples confrontés à l'alcoolisme ou dépendance aux SPA serait de « 4 à 6 fois plus élevée »³⁷ que des couples similaires non confrontés aux dépendances. Environ 30 à 50 % des personnes qui consultent pour des problèmes de consommation rapportent vivre des problèmes conjugaux.

e) La négligence parentale

Selon l'évaluation des intervenants des Centres jeunesse de Montréal, 32 % des mères et 40 % des pères dont les enfants sont référés pour négligence parentale font un usage abusif de drogues et d'alcool.³⁸

³⁶ TREMBLAY, J., G. BOUCHARD et K. BERTRAND. *Vie conjugale et abus de substances : interrelations et traitement*, Revue canadienne de counseling, vol. 43:4, 2009, pages 311 à 313.

³⁷ Ibid, page 313.

³⁸ MSSS. *Avis sur la double problématique toxicomanie et négligence parentale*, 1999, page 3.

Les situations de négligence apparaissent généralement lorsque le parent est en état d'intoxication. Les conséquences de la négligence parentale sur les enfants sont nombreuses. Elles vont du retard de croissance au retard intellectuel, en passant par des troubles du langage et une diminution de la performance scolaire. Ces enfants sont moins créatifs, négatifs, tristes et apathiques.

f) Les agressions sexuelles envers les enfants

Les études auprès d'agresseurs sexuels démontrent, de façon systématique, que la consommation d'alcool précédant l'agression sexuelle envers une femme, une adolescente ou un enfant est un phénomène qui survient fréquemment.

La majorité des adolescents agresseurs sexuels avaient consommé de l'alcool ou une autre drogue avant l'agression. Les agressions sexuelles où il y a eu consommation de substances chez l'agresseur seraient plus sévères que celles où il n'y a pas eu consommation. Les agresseurs sexuels alcooliques seraient plus violents et ils auraient commis plus de crimes sexuels (plus de récidives). Donc, l'abus de substances ne peut à lui seul expliquer l'agression sexuelle, mais il s'inscrit comme facteur de risque important.

g) La violence chez les jeunes

Les études auprès des jeunes ayant déjà posé des gestes de violence (judiciarisés ou non) ont signalé des taux élevés de consommation de drogues et d'alcool parmi ces jeunes.

Selon l'Association américaine des psychologues, l'alcool serait associé aux comportements violents des jeunes dans 65 % des cas d'homicides, 40 % des assauts et 55 % des bagarres qui ont lieu à la maison. De plus, les adolescents connus pour avoir déjà commis des actes de violence présenteraient dix fois plus de risques d'être impliqués dans le trafic de stupéfiants. Et tant au Québec qu'ailleurs, les gangs de rue sont régulièrement associés à la violence et au commerce des drogues illicites.

h) Le décrochage scolaire

Les jeunes décrocheurs consomment dix fois plus de drogues et trois fois plus d'alcool que les jeunes qui n'ont pas décroché. Plus de 50 % des élèves identifiés comme grands usagers de drogues illicites ont par la suite décroché de l'école. L'abus de substances psychoactives est un facteur aggravant chez le jeune à risque de décrocher, mais il ne peut pas à lui seul expliquer le décrochage scolaire. Plusieurs facteurs (personnels, familiaux, scolaires, sociaux) interagissent pour expliquer l'abandon.

i) La désintégration des quartiers

Il y a une interrelation entre l'ancrage de la toxicomanie dans certains quartiers urbains et la désintégration de ces mêmes quartiers. Certains environnements favorisent l'implantation ou l'ancrage des toxicomanies. Certains, très défavorisés, sont plus réceptifs à l'implantation des activités de la drogue.

Les quatre principaux types d'irritants urbains associés à la toxicomanie sont la vente et la consommation illégale de substances psychoactives, la prostitution, l'itinérance et la mendicité ainsi que les sites d'échange de seringues.

j) Les maladies infectieuses graves

Au Québec, environ 14 % des utilisateurs de drogues par injection seraient infectés par le VIH, et ce pourcentage grimpe jusqu'à 18 % à Montréal et 22 % en Outaouais. Environ 2 % des jeunes de la rue à Montréal seraient infectés au VIH, ce qui constitue un taux dix fois plus élevé que la population québécoise du même âge.

Ces mêmes jeunes de la rue auraient un taux d'infection à l'hépatite de 9,2 %. Presque la moitié de ces jeunes auraient utilisé des drogues par voie intraveineuse, parfois dès l'âge de 10 ans. Un peu plus de la moitié d'entre eux ont emprunté une seringue usagée au moins à une reprise.

LES DÉPENDANCES LIÉES AU JEU



Lorsque l'on parle de dépendances aux jeux, on parle principalement de jeu de hasard et de jeux d'argent. Le jeu « active le système cérébral dit de récompense, ce qui produit des effets similaires aux drogues », voilà pourquoi le jeu pathologique se retrouve parmi les troubles liés à une substance et troubles addictifs dans le DSM-5.³⁹ Nous aborderons aussi plus loin la cyberdépendance et les dépendances aux jeux vidéo en ligne.

Il existe une différence entre le joueur social ou récréatif et le joueur pathologique.⁴⁰

| Le joueur social ou récréatif | Le joueur pathologique |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Joue occasionnellement ou régulièrement• Joue pour le plaisir• Accepte de perdre l'argent misé• Ne retourne pas jouer pour se refaire• Joue selon ses moyens• Pour lui, le jeu est un loisir qu'il choisit de s'offrir parce qu'il en a les moyens | <ul style="list-style-type: none">• Joue plus souvent et plus longtemps qu'il avait prévu• Plus qu'il peut se le permettre• En fait le centre de son existence au détriment d'autres investissements• Continue à jouer de plus en plus malgré les connaissances des dommages entraînés• Avec espoir irrationnel d'un gain |

1. CRITÈRES DIAGNOSTICS DU JEU PATHOLOGIQUE DANS LE DSM-5

a) Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu entraînant des troubles significatifs cliniquement, comme en témoignent quatre (ou plus) des symptômes suivants sur une période de douze mois :

1. Besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré.
2. Agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu.
3. Efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu.
4. Préoccupation par le jeu (préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer).
5. Joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété ou de dépression).

³⁹ PSYCHOMÉDIA. *Jeux d'argent et de hasard en ligne : danger d'addiction*, [En ligne], [<http://www.psychomedia.qc.ca/jeu-pathologique/2013-06-27/jeu-en-ligne-addiction>] (Consulté le 9 avril 2015).

⁴⁰ VERSCHAVE, Marie, Dre. *Nouvelles addictions comportementales*. [En ligne], [http://www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_2/MID/Ressources_locales/Psy/Nouvelles_addictions_comportementales.pdf] (Consulté le 9 avril 2015).

6. Après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se « refaire »).
7. Mens pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu.
8. Met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu.
9. Compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

b) La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un épisode maniaque

Facteurs de risque

Individuels

- Moins bonnes habiletés d'adaptation et de résolution de problème, difficulté à gérer les situations difficiles.
- Faible estime de soi, besoin d'appartenance.
- Utilisation du jeu comme un refuge où fuir leurs problèmes immédiats et, souvent, atténuer des souffrances psychiques plus profondes (effets de traumatismes, troubles psychiatriques, tempérament difficile, troubles d'apprentissage).
- Traits de personnalité impulsifs, extravertis, anxieux et tendance à avoir de la difficulté à se conformer aux normes sociales. Aimer prendre des risques.
- Croyance d'être capables d'influencer, de prédire ou de contrôler l'issue du jeu.
- Commencer à jouer très jeune.

Microsociaux

- Un parent ayant un problème avec le jeu ou autre dépendance ou qui est absent, négligent ou abusif.
- Acceptabilité des jeux de hasard dans la famille.

Macrosociaux

- L'accessibilité du jeu, par exemple, lorsqu'ils sont fournis par l'état.
- Quête de sens et de bonheur peu comblée par la société moderne. Représentation de l'argent comme valeur importante et utilisation du jeu dans la société moderne comme prestige qui procure un sentiment d'appartenance et de participation.

Problèmes associés

Ils sont nombreux :

- Dépression, anxiété
- Dépendances liées aux substances
- Problèmes financiers, dettes accumulées, faillite
- Problèmes relationnels (conjugaux, enfants, amis, collègues, employeurs)
- Délinquance, criminalité
- Idées suicidaires et suicides
- Problèmes psychosociaux chez les enfants



Un problème en croissance!

Il ne faut pas négliger aussi l'augmentation considérable de la cyberdépendance (l'usage problématique d'Internet) et de la dépendance aux jeux vidéo en ligne. On retrouve à travers cela la cyberdépendance aux médias sociaux. Ces dépendances peuvent entraîner des difficultés sur le plan du fonctionnement social, scolaire et professionnel ainsi qu'un sentiment de détresse chez l'individu.

Quelques faits et chiffres qui en disent long sur la dépendance aux jeux vidéo⁴¹

- Un jeune Taïwanais de 18 ans meurt après avoir joué 40 heures d'affilée au jeu vidéo Diablo 3 dans un cybercafé. Chuang serait rentré dans le cybercafé le 13 juillet et aurait été trouvé endormi sur son ordinateur le 15 juillet par un employé. Après quelques pas, le jeune homme s'est finalement effondré et ne s'est jamais réveillé. (HuffPost France, 21 juillet 2012).
- En avril 2012 en Corée du Sud, une femme de 26 ans a été arrêtée pour avoir tué son bébé, né dans les toilettes entre deux parties dans un cybercafé.
- Selon le Bulletin 2012 de l'activité physique chez les jeunes de « Jeunes en forme Canada », les jeunes Canadiens de 10 à 16 ans passent en moyenne 7 h 48 min par jour devant les écrans (télévision, ordinateur, appareil électronique). Ce qui contribue à l'augmentation des chiffres de l'obésité juvénile (31,5 % au Canada).
- Une étude longitudinale réalisée en 2012 par l'Institut national américain sur les médias et la famille de l'Université de l'Iowa révèle que près de 9 % des enfants qui pratiquent les jeux vidéo risquent de développer une dépendance pathologique qui pourrait entraîner des troubles du sommeil, de l'anxiété, des problèmes sociaux, de la dépression.
- En raison du constant développement des technologies, ces nouvelles dépendances sont l'objet de plusieurs recherches actuelles. Il sera donc important pour les intervenants de se tenir au courant des nouvelles avenues dans ce domaine.

⁴¹ TCHAKOUA, Pierre. *L'addiction aux jeux vidéo, un réel danger aux multiples conséquences*. [En ligne], [http://www.uqat.ca/blogue/index.php/2013/03/19/addiction-aux-jeux-video-un-reel-danger-aux-multiples-consequences/comment-page-1/] (Consulté le 13 avril 2015).

EXERCICES – LES DÉPENDANCES LIÉES AUX SUBSTANCES ET AU JEU

Recueil, p. 185 à 195



1. DIFFÉRENCE ABUS ET DÉPENDANCE (p. 185-186)

Reliez les termes correspondant à l'abus et à la dépendance. Utilisez deux couleurs différentes.

Abus

- Symptômes de sevrage
- Abandon ou réduction significative des activités sociales ou professionnelles
- Consommation à excès
- Incapacité à réduire ou arrêter l'utilisation de la substance
- Tolérance
- Problèmes judiciaires
- Utilisation répétée dans des situations physiquement dangereuses
- Substance prise de plus en plus souvent et plus longtemps que prévu

Dépendance

- Utilisation malgré problèmes interpersonnels ou sociaux
- Incapacité à remplir ses obligations (travail, école, maison)
- Temps considérable utilisé pour obtenir, utiliser ou récupérer des effets de la substance
- La personne continue à consommer sachant qu'elle peut avoir un problème de santé mentale ou physique grave à cause de sa consommation

2. FACTEURS DE RISQUE (p. 186 à 189)

Vrai ou faux? Expliquez pourquoi.

a) Certaines personnes ont une prédisposition biologique à la dépendance.

b) Les femmes qui occupent un emploi présentent plus souvent une dépendance à l'alcool.

c) Il n'y a aucun lien entre le revenu d'une personne et ses habitudes de consommation.

d) Un tempérament difficile dans l'enfance peut être un très bon indicateur des problèmes liés à l'alcool à l'âge adulte.

e) Les personnes qui s'attendent aux effets d'un produit (drogues, alcool ou médicament) sont peu susceptibles de le consommer.

f) La famille et les amis n'ont rien à voir avec la consommation de la personne.

g) Il n'y a aucune association entre la personnalité et la dépendance.

3. **PROBLÈMES ASSOCIÉS** (p. 189 à 192)

Nommez les DIX problèmes associés aux dépendances liées aux substances et expliquez de quelle façon ils y sont associés.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____



4. DÉPENDANCES LIÉES AU JEU (p. 193 à 195)

a) Décrivez le joueur pathologique.

b) Quels sont les facteurs de risque?

| Individuels | Microsociaux | Macrosociaux |
|-------------|--------------|--------------|
| | | |

c) Quels sont les problèmes associés?

5. CAPSULE VIDÉO

Choisissez un des deux extraits vidéo : la cyberdépendance ou dépendance aux médias sociaux (liens sur Moodle). Répondez ensuite aux questions suivantes selon la vidéo choisie.

La cyberdépendance (L'effet des écrans, série Banc public)

1. Comment définit-on la cyberdépendance?

2. Quelles sont les sphères de vie affectées par la cyberdépendance?

3. Dans l'extrait, donnez un exemple d'un moment où la cyberdépendance est devenue problématique.

4. Qu'est-ce que FOMO? Combien d'internautes disent souffrir de ce phénomène?

5. Comment de fois par jour les utilisateurs regardent-ils leur téléphone en moyenne?

6. Quels sont les symptômes d'une personne en sevrage d'Internet?

7. Quels sont les risques sur la santé?

8. Quels sont les effets chez les enfants?

9. Quelles sont les autres conséquences?

La dépendance aux médias sociaux (série Une pilule, une petite granule)

1. Comment définissez-vous la dépendance aux médias sociaux?

2. Pourquoi compare-t-on la dépendance aux médias sociaux aux dépendances aux substances?

3. Pourquoi devient-on accro aux médias sociaux?

4. Concrètement, qu'est-ce que les utilisateurs font en lien avec le phénomène FOMO (*Fear of missing out* ou peur de manquer quelque chose)?

5. Comment peut-on reconnaître une personne dépendante aux médias sociaux?

6. Quelles sont les conséquences?

7. Qu'est-ce que l'on doit faire avec ce problème?

LA VIOLENCE

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 207 à 214
- Document de présentation
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision et de réflexion sont :

- Connaître et différencier les types de violence ainsi que reconnaître des actes liés à ces types.
- Connaître l'ampleur de la violence chez les personnes âgées, ainsi que les formes de violence vécues et les raisons.
- Comprendre le cycle de la violence conjugale, en connaître les phases et les réactions de l'agresseur et de la victime à chacune des étapes.
- Connaître les facteurs de risque de la violence conjugale dans le couple.
- Connaître les conséquences de la violence chez les enfants.

Évaluation de ce thème :

| | | |
|----------|-------------------|------|
| Cours 14 | Examen 2 | 30 % |
| Cours 15 | Savant-être | 5 % |
| | Activité synthèse | 20 % |

LA VIOLENCE

1. DÉFINITION

La violence est un **acte social**. C'est un comportement dont l'auteur est tenu **responsable** face à la collectivité. C'est donc un phénomène social ayant des répercussions profondes sur la santé personnelle et publique, à l'échelle du monde entier. La violence constitue donc, la plupart du temps, un **comportement appris** dans un milieu où règnent des inégalités sociales basées sur l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique et où abondent les images qui présentent la violence et la force physique comme principaux modes de résolution de conflits.

La violence est l'**emploi de la force physique et du pouvoir au détriment d'autrui** (habituellement dans l'intention de dominer, d'affaiblir ou de blesser l'autre). La violence n'est pas un simple phénomène de criminalité. Il s'agit plutôt d'un comportement qui relève des domaines aussi bien judiciaire qu'éthique et médical, une question complexe qui a des **répercussions morales, socioculturelles, politiques et personnelles**.

La **violence physique est presque toujours accompagnée de violence verbale**. Par exemple, les menaces répétées de violence ou de mort ne causent pas de traumatisme physique immédiat, mais de toute évidence installent la terreur dans l'esprit de la victime, qui craint pour sa vie. **La violence psychologique persistante**, même si elle n'est pas accompagnée de violence physique, peut détruire psychologiquement une personne et **peut causer de graves problèmes de santé**. Par ailleurs, la violence verbale précède habituellement la violence physique. Toutefois, afin de ne pas sous-estimer la nature extrême de certaines formes de violence, il est important de faire une distinction entre les insultes, par exemple entre deux personnes qui se fréquentent, et l'agression sexuelle ou physique commise avec un couteau ou une arme à feu, des menaces ou des voies de fait qui sont passibles d'accusations criminelles.

LES TYPES DE VIOLENCE (les plus connues)⁴²:

- A) La violence psychologique** : La plus difficile à détecter, mais dont les conséquences sont souvent les plus durables. On y retrouve : le dénigrement, la dévalorisation, le mépris, l'humiliation, le chantage, la négligence, l'intimidation et le fait d'ignorer l'autre. Dans le but de créer un climat de domination et de peur, l'agresseur peut aussi infliger de mauvais traitements à des animaux domestiques ou faire des dégâts matériels et faire passer son accès de rage sur la faute de la victime.
- B) La violence verbale** : Fortement liée à la violence psychologique, elle se traduit par des cris, des insultes, du chantage ou des menaces, des propos dégradants ou des ordres brutaux.
- C) La violence physique** : La forme la plus connue et médiatisée de violence. Elle inclut les actes suivants : frapper, pousser, battre, tirer les cheveux, brûler, mordre, serrer les membres, séquestrer, poignarder, mutiler ou tuer. Toutes les formes de violence physique sont des crimes en vertu du *Code criminel*.

⁴² BOUDREAU, J. et coll. *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels*, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Montréal, 2009, p. 129.

- D) La violence sexuelle** : Tout acte non désiré de nature sexuelle. Elle est la plus cachée et taboue. Elle peut inclure tous les actes allant de l'exploitation sexuelle, aux attouchements sexuels non désirés, au viol, aux blessures ou à l'atteinte à la vie de la victime, au harcèlement sexuel, l'imposition d'actes dégradants, l'intimidation en vue d'avoir des gratifications sexuelles.
- E) La violence sociale** : Le contrôle de l'agresseur sur les liens que la victime entretient avec son environnement social. Il cherche à isoler la victime, à la couper de ses proches ou du milieu de travail, à contrôler ses sorties et ses fréquentations.
- F) La violence économique** : Aussi une forme courante, mais peu connue, elle peut se manifester par un contrôle financier (imposition d'une dépense, obligation d'assumer les dettes du conjoint, contrôle serré des dépenses). L'agresseur peut aller jusqu'à empêcher la personne de travailler ou de bénéficier de l'argent qu'elle gagne ou des meubles qu'elle a payés.
- G) La violence spirituelle** : Le contrôle des pratiques religieuses, soit l'embrigadement, le dénigrement des croyances ou l'imposition de rituels extrêmes.

2. L'AMPLEUR DE LA VIOLENCE

Les statistiques indiquent que les actes de violence perpétrés dans le monde sont commis en majorité par des hommes hétérosexuels à l'endroit de femmes de tous les âges, d'enfants (filles et garçons) et d'autres hommes. Les couples de même sexe ne sont pas épargnés non plus. On sait aussi que certaines femmes agressent leur partenaire masculin et que les mères maltraitent physiquement leurs enfants en nombre à peu près égal à celui des pères ou des beaux-pères agresseurs. Cette dernière donnée est toutefois trompeuse si l'on tient compte du fait que les mères passent beaucoup plus de temps avec les enfants que les pères et que leurs gestes violents ne causent pas de blessures aussi graves. Il n'en reste pas moins aussi que parmi les couples, les blessures les plus graves sont infligées par les hommes et que, dans les cas où c'est la femme qui pose un acte violent, elle le fait en général pour se défendre et ses gestes n'ont habituellement pas de conséquences sérieuses sur le plan physique. De plus, lorsque les femmes recourent à la violence, elles sont souvent contrées par des actes encore plus violents ou par un meurtre de la part du partenaire masculin, ce qui explique le mythe selon lequel il est acceptable ou nécessaire de répondre à la violence par la violence.

3. LA VIOLENCE FAMILIALE

- A) La violence à l'égard du conjoint⁴³** : En 2006 (ministère de la Sécurité publique du Québec), les victimes de violence conjugale représentaient 15 % de tous les crimes violents signalés aux services policiers. Les femmes, à 83 %, étaient près de huit fois plus susceptibles que les hommes d'être agressées par le conjoint. Les voies de fait simples représentaient la plus forte proportion (74 %) des affaires de violence conjugale.

⁴³ BOUDREAU, J. et coll. *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels*, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Montréal, 2009, p. 126-127.

Les formes d'agressions les plus graves, telles que les voies de fait armées ou causant des lésions corporelles constituaient le deuxième type de crime de violence contre un conjoint ainsi que les menaces et le harcèlement criminel qui arrivent tout juste après. La grande proportion des affaires de violence conjugale sont perpétrées contre des victimes âgées de 25 à 34 ans.

- B) Les facteurs de risque de la violence dans le couple :** Le jeune âge des partenaires, le fait d'avoir été exposé à la violence familiale pendant l'enfance, la consommation excessive d'alcool ou de drogues, un faible revenu ou un statut socioéconomique précaire, un faible niveau de scolarité ou un écart entre les deux, des conflits conjugaux ou une insatisfaction conjugale, de l'infidélité ou des partenaires multiples, une séparation ou un divorce, des moments de grands stress comme une grossesse, une perte d'emploi ou une maladie, une dépression ou des troubles de la personnalité, une tolérance face à la violence ainsi qu'une acceptabilité ou une normalisation de la violence. Les facteurs sont nombreux. Il est établi que les personnes qui grandissent dans les foyers où il y a de la violence, où elles sont témoins d'actes de violence courent un risque accru de devenir elles-mêmes des victimes et des auteures de violence.
- C) La violence envers les adultes plus âgés de la famille :** Depuis les années 80, les mauvais traitements infligés aux personnes âgées retiennent l'attention des organismes de services. Ces mauvais traitements peuvent comprendre les mauvais traitements physiques, psychologiques, verbaux, sexuels ou financiers envers les adultes de plus de 65 ans. Ils peuvent se traduire par de la négligence et de l'abus de droits.

Ces violences peuvent se vivre partout et affectent les femmes et les hommes de toutes classes sociales ou culturelles. Il est très difficile de quantifier l'étendue du problème, car les personnes âgées sont réticentes à porter plainte en raison de la gêne, de la culpabilité ou de la crainte ou parce qu'elles ne sont pas conscientes du fait qu'une infraction a été commise. Dans plusieurs cas, les agresseurs seront des membres de l'entourage immédiat de la personne aînée dont elle dépend et cela peut aussi signifier une possible perte de liens. On parle de 90 % des personnes aînées qui ne dénonceraient pas ces abus.

L'exploitation financière des personnes âgées constitue le type de mauvais traitements contre les personnes âgées le plus souvent signalé; on la définit comme l'emploi à mauvais escient d'argent ou de biens par un parent ou une personne en situation de confiance. Certaines définitions comprennent aussi la fraude ou le détournement de fonds d'une personne âgée par quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille.

- E) La violence envers les enfants et les jeunes :** Les voies de fait et les agressions sexuelles sont parmi les causes les plus courantes de blessures infligées aux enfants et aux jeunes et des décès qui en résultent. Les agressions par les membres de la famille comptent pour une importante proportion de toutes les agressions dont sont victimes les enfants. Ces affaires sont souvent sous-déclarées parce qu'elles se déroulent dans l'intimité du foyer et que les victimes, dépendantes de leurs agresseurs, redoutent les conséquences d'en parler avec quelqu'un. En 2004, 33 % des victimes de violence conjugale ont affirmé, vu ou entendu cette violence. 40 % ont craint pour leur vie et 44 % ont été blessés physiquement. Les enfants et les jeunes de moins de 18 ans comptaient pour une majorité de toutes les victimes d'agressions sexuelles (60 %) et près d'un cinquième (19 %) de toutes les victimes de voies de fait.

Peu importe le type de mauvais traitements ou l'âge de l'enfant, les pères, plus souvent que les mères, sont les auteurs des agressions contre les enfants. Les filles sont agressées par des membres de la famille plus souvent que les garçons. À mesure que les enfants vieillissent, qu'ils élargissent la sphère de leurs relations et réduisent leur dépendance à l'égard de la famille, la proportion des agressions commises par des étrangers augmente.

- F) Les enfants témoins de la violence familiale :** Le fait d'être témoins de scènes de violence entre leurs parents est considéré comme constituant une forme de violence à l'égard des enfants. On estime à environ un million d'enfants au sein de la population canadienne qui ont été témoins d'actes de violence commis par leur père à l'endroit de leur mère.

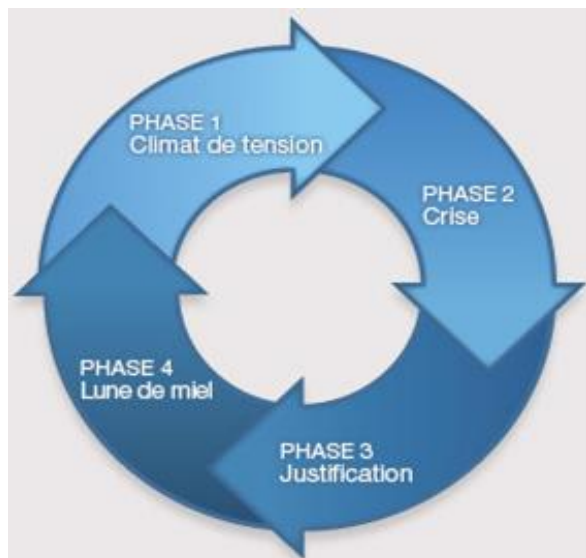
Les conséquences de la violence sur les enfants qui en sont témoins se traduisent par un comportement agressif (se bagarrer, intimider ou menacer), des problèmes émotifs (sentiments d'anxiété, de dépression ou de peur), de l'introversion, de l'hypervigilance, un syndrome de stress posttraumatique, des retards de croissance, des problèmes de sommeil, d'alimentation et de concentration, des risques de fugues, de délinquance, de grossesses précoces, des risques de reproduire les comportements de victime ou d'agresseur. Ce sont quelques-uns des exemples de conséquences. Évidemment, il y aura des répercussions importantes sur le développement social et scolaire de l'enfant ou de l'adolescent.

4. LA VIOLENCE CONJUGALE

Le cycle de la violence conjugale

UN CERCLE VICIEUX

Les agressions commises dans un contexte conjugal surviennent à l'intérieur de ce qu'on appelle le « cycle de la violence conjugale ». Ce cycle, qui est mis en place et orchestré par l'agresseur, permet à celui-ci de maintenir sa domination sur sa conjointe. Dans une relation conjugale marquée par la violence, ce cycle se répète plusieurs fois et s'accélère avec le temps.



PHASE 1 : Climat de tension

L'agresseur a des accès de colère, menace l'autre personne du regard, fait peser de lourds silences.

La victime se sent inquiète, anxieuse, tente d'améliorer le climat, fait attention à ses propres gestes et paroles, a l'impression de marcher sur des œufs.

PHASE 2 : Crise ou explosion de la violence

L'agresseur violence l'autre personne sur le plan verbal, psychologique, physique, sexuel ou économique.

La victime se sent humiliée, triste, en colère, a le sentiment que la situation est injuste.

PHASE 3 : Justification

L'agresseur trouve des excuses pour justifier son comportement, les raisons sont à l'extérieur de lui.

La victime tente de comprendre ses explications, pense qu'elle peut s'ajuster à lui et l'aider à changer, doute de ses propres perceptions, se sent responsable de la situation et la colère disparaît.

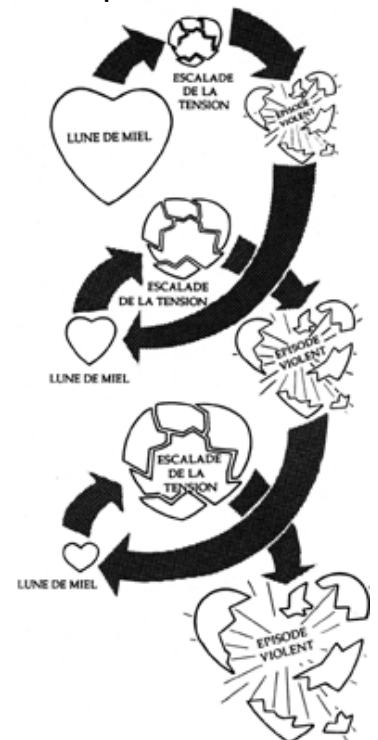
PHASE 4 : Lune de miel ou rémission

L'agresseur fait tout pour se faire pardonner, demande de l'aide, parle de thérapie ou de suicide.

La victime lui donne une chance, constate ses efforts de changements, lui apporte son aide, lui donne une chance, retrouve la personne qu'elle aime et change ses propres habitudes.

Et ça recommence, de plus en plus rapidement, de plus en plus fort...

La spirale de la violence



Source : PUBLICATION GOUVERNEMENTALE DU QUÉBEC. [En ligne],
[http://violenceconjugale.gouv.qc.ca/comprendre_cycle.php].

Trajectoire Hommes du KRTB. [En ligne],
[<http://www.trajectoreshommes.org/violence.php?r=1&Largeur=1152&Hauteur=720>].

J'ai reçu des fleurs aujourd'hui...

*J'ai reçu des fleurs aujourd'hui.
Ce n'était pas mon anniversaire ni un autre jour spécial.
Nous avons eu notre première dispute hier dans la nuit.
Et il m'a dit beaucoup de choses cruelles qui m'ont vraiment blessée.
Je sais qu'il est désolé.
Et qu'il n'a pas voulu dire les choses qu'il a dites.
Parce qu'il m'a envoyé des fleurs aujourd'hui.*

*J'ai reçu des fleurs aujourd'hui.
Ce n'était pas notre anniversaire ni un autre jour spécial.
Hier, dans la nuit, il m'a poussée contre un mur et a commencé à m'étrangler.
Ça ressemblait à un cauchemar, je ne pouvais croire que c'était réel.
Je me suis réveillée ce matin le corps douloureux et meurtri.
Je sais qu'il doit être désolé
Parce qu'il m'a envoyé des fleurs aujourd'hui.*

*J'ai reçu des fleurs aujourd'hui.
Et ce n'était pas la fête des Mères ni un autre jour spécial.
Hier, dans la nuit, il m'a de nouveau battue,
C'était beaucoup plus violent que les autres fois.
Si je le quitte, que deviendrais-je?
Comment prendre soin de mes enfants? Et les problèmes financiers?
J'ai peur de lui, mais je suis effrayée de partir.
Mais je sais qu'il doit être désolé.
Parce qu'il m'a envoyé des fleurs aujourd'hui.*

*J'ai reçu des fleurs aujourd'hui.
Aujourd'hui c'était un jour très spécial.
C'était le jour de mes funérailles.
Hier dans la nuit, il m'a finalement tuée. Il m'a battue à mort.
Si seulement j'avais trouvé assez de courage pour le quitter,
Je n'aurais pas reçu de fleurs aujourd'hui...*

Texte publié pour dénoncer la violence faite aux femmes.
Auteur : Maria Stella Baldachino

L'histoire de Marie-Ève

“J'étais sa marionnette”

Marie-Ève Roberge, 23 ans, a elle aussi connu les affres de la violence conjugale. Comme Karine, elle a craqué pour un charmant jeune homme, de quelques années son aîné, qui semblait être le meilleur gars du monde. À peine âgée de 20 ans, elle fait la rencontre de Simon (nom fictif) qui la fait rêver d'une belle vie de famille, avec une jolie maison, des enfants et des chiens: tout ce qu'elle avait toujours désiré d'une vie conjointe! Elle va rapidement déchanter.

Dès les premières semaines, Simon devient rapidement jaloux, possessif et contrôlant, et ne laisse pas un centimètre de liberté à Marie-Ève. Pendant leurs quelques mois de cohabitation, il fait tout pour l'isoler et mieux la contrôler. «Il me montrait comment me laver, comment faire la vaisselle, comment m'habiller. Il me traitait comme une petite fille. J'étais comme une marionnette, complètement sous son emprise.»

Quand Simon a des excès de colère, il devient rapidement très violent,

cheveux et traînée par terre dans la maison.» Pour être bien certain qu'elle ne lui échapperait pas, Simon verrouillait les portes de l'intérieur et cachait les clés. Et tant et aussi longtemps que duraient ces épisodes de séquestration (dont le plus long s'est étiré sur trois jours), Marie-Ève devait suivre toutes ses directives: c'est lui qui contrôlait absolument tout dans la maison.

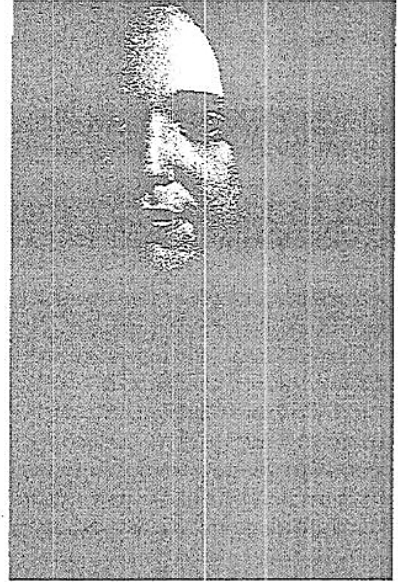
À deux reprises, Marie-Ève porte plainte à la police après des épisodes de violence particulièrement intenses, mais Simon la force à retirer ses plaintes avant qu'elles ne soient déposées au Palais de justice. Mais un soir, Simon dérape complètement après que Marie-Ève a tenté de se défendre contre une nouvelle agression physique. Il la frappe à la tête et aux jambes avec une planche de bois, avant de la jeter par terre sur le gazon et d'essayer de l'étrangler. «Ce soir-là, j'ai vraiment pensé que j'allais y passer, raconte Marie-Ève. Il me serrait la gorge en criant qu'il allait me tuer et que ça passerait pour de la légitime défense.»

“Il me serrait la gorge en criant qu'il allait me tuer” – Marie-Ève

frappant Marie-Ève au visage, la traînant par terre ou la poussant dans les murs. «C'était à la fois un ange et un démon, raconte Marie-Ève. Il pouvait me frapper, puis arrêter pour me dire que j'étais belle et qu'il m'aimait, puis recommencer à me frapper aussitôt.»

Pour mieux contrôler Marie-Ève, Simon n'hésite pas à la séquestrer pendant plusieurs heures, voire même de longues journées au cours desquelles elle ne peut absolument pas mettre les pieds dehors. «Un jour qu'il me retenait à l'intérieur, se souvient-elle, j'ai essayé de sortir sur le balcon pour prendre un peu d'air et il est venu me chercher en criant «ma tabarnak, tu veux te sauver!» et il m'a tirée par les

Ce sera la dernière fois que Simon lèvera la main sur Marie-Ève. Pour une troisième fois, elle portera plainte contre lui mais cette fois-ci, elle ne la retirera pas. Elle part habiter chez une amie et quelques mois plus tard, elle ira chercher de l'aide au Carrefour pour elle, un refuge pour femmes victimes de violence. C'est là qu'elle trouvera tout le soutien nécessaire pour l'aider à traverser les éprouvantes étapes des procédures judiciaires: «Sans l'aide du Carrefour pour elle, je crois que je ne serais jamais passée à travers.» Malgré ses doutes et les multiples difficultés, Marie-Ève ne lâchera pas et après deux longues années de procédures, Simon sera incarcéré pour trois



mois. «C'était la plus belle période de ma vie! se souvient-elle. Je savais qu'il ne pouvait pas venir me chercher et me faire du mal. Je me sentais tellement libérée!»

Avec le recul, cette jeune fille battante, ancienne adepte de karaté, s'étonne encore de s'être laissée entraîner dans une telle histoire: «Je suis une meneuse, une fille de caractère, et j'étais la première à dire que jamais je ne laisserais un gars lever la main sur moi. Mais je me suis quand même laissé manipuler!»

Dans les premiers temps qui ont suivi leur séparation avec leur ex-conjoint, Karine et Marie-Ève ont toutes les deux eu quelques difficultés à se stabiliser émotionnellement. Mais, bonne nouvelle: elles ont toutes les deux réussi à sortir du cycle de la violence et sont maintenant bien heureuses en amour avec des conjoints affectueux et respectueux. «Au début ce n'était pas facile, raconte Marie-Ève. Quand on se chicanait — parce que ça arrive à tout le monde! —, j'avais le réflexe de me protéger et de me cacher.» Karine, elle, a choisi de vivre seule un bout de temps, car «vaut mieux être seule que mal accompagnée», dit-elle en souriant. Elle est aujourd'hui fiancée à un homme qui lui offre tout ce dont elle n'a jamais osé rêver et s'occupe de son fils comme un père.

«Ce que j'aimerais dire aux femmes victimes de violence, conclut Karine, c'est de ne pas avoir peur de partir. Ce n'est pas toujours facile, car on a toujours quelques craintes, mais mieux vaut être libre et avoir quelques moments d'inquiétude que de vivre ce calvaire tous les jours.»

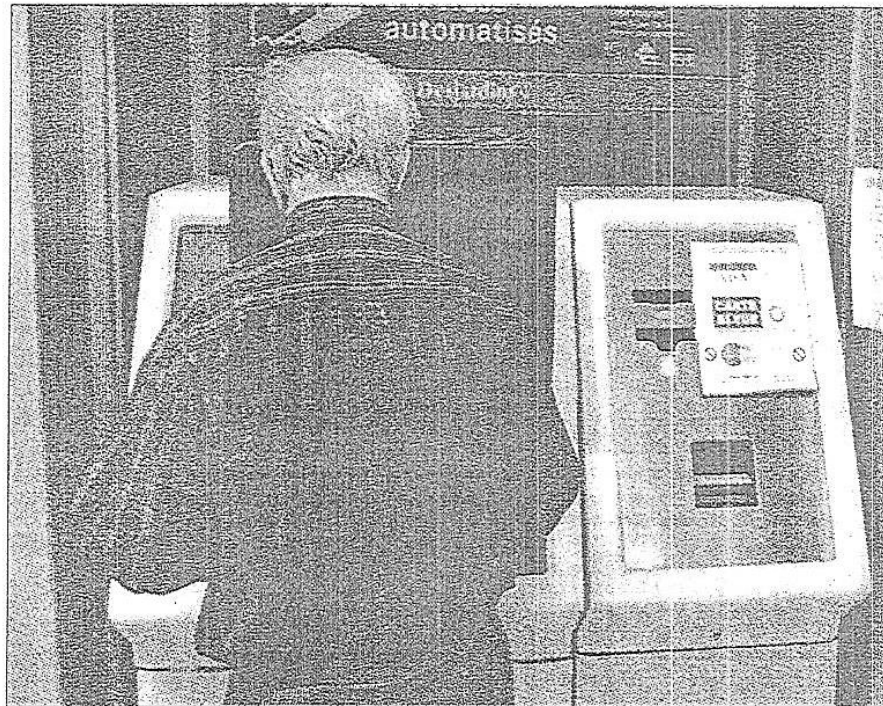
Les aînés, des cibles de choix pour les fraudeurs

Lise Fournier
lfournier@lesoleil.com

Les gens âgés sont victimes d'abus de toutes sortes, mais la fraude financière arrive au premier rang chez les 65 ans et plus. Au Québec, 25 % des personnes de ce groupe d'âge se font arnaquer. Dans une majorité de cas, il s'agit de proches de la famille. Les manchettes des journaux en disent long. « Personne âgée escroquée par son neveu préféré » ou encore « 90 % de victimes d'un réseau de télémarketing avaient plus de 60 ans ».

Le Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés (RQCAA) avance que le phénomène va s'amplifier en raison du vieillissement de la population. Au mouvement des caisses Desjardins, on estime qu'environ 3 % des membres âgés de plus de 65 ans sont victimes de fraudes. Ils se font extorquer de l'argent soit en révélant leur NIP, soit en confiant des chèques en blanc à des gens de leur entourage. Pour protéger l'épargne de ses membres, Desjardins a donc mis en place le programme Maître de sa vie et de ses biens, qui vise à sensibiliser le personnel des caisses et les aînés à des situations inhabituelles pouvant laisser soupçonner de l'exploitation.

Mais plus globalement, comment peut-on lutter contre la fraude chez les gens âgés ? Une dizaine d'experts des milieux financiers et communautaires ont débattu, hier à l'Université Laval, des moyens de prévenir l'exploitation des aînés. Le colloque organisé par Michelle Canfin, de Productions 4 Temps, visait à dégager des pistes de solution qui seront par la suite transmises au



Au Québec, une personne de 65 ans et plus sur quatre se fait arnaquer. Dans une majorité de cas, il s'agit de proches de la famille. Chez Desjardins, on estime qu'environ 3 % des membres âgés se font extorquer de l'argent lorsqu'ils révèlent leur NIP ou confient des chèques en blanc à des gens de leur entourage. — PHOTO THÈQUE LE SOLEIL

ministère québécois de la Famille et des aînés.

Jocelyne Houde-Lesage, directrice de l'Institut québécois de planification financière, mentionne pour sa part que c'est souvent l'appât du gain rapide qui entraîne les gens âgés à faire des paris risqués. « La promesse d'un rendement de 30 %, c'est trop beau pour être vrai, dit-elle. Et c'est faux. » Pour éviter d'y laisser sa chemise, M^{me} Houde-Lesage suggère de chercher un bon planificateur financier. « De préférence, une personne que l'on connaît, avec qui on se sent à l'aise de poser des questions et même de dire non. » Le scandale finan-

cier de Norbourg, où des milliers de petits épargnants ont été floués, aura eu pour effet de rendre les gens beaucoup plus prudents sur le choix de leur conseiller.

Souvent l'appât du gain rapide entraîne les aînés à faire des paris risqués

Et en cas de doute, Jean St-Gelais, pdg de l'Autorité des marchés financiers — l'organisme chargé de veiller sur la solvabilité des compagnies d'assurance, des valeurs mobilières, des dépôts et de la distribution des produits

et services —, rappelle que les consommateurs peuvent en tout temps vérifier si un conseiller est accrédité et donc autorisé à exercer au Québec.

La ligne sans frais de l'Autorité des marchés financiers 1 866 526-0311 est là pour ceux qui ont des plaintes à formuler, des questions à poser ou des problèmes financiers à régler. « Toutefois, avant de laisser quelqu'un placer votre argent dans tel ou tel portefeuille, attendez d'être sûr, suggère M. St-Gelais. Prenez tout votre temps et si votre conseiller n'a que des réponses floues à vous donner, alors retirez-vous. »

LE SUICIDE

Dans cette partie, se retrouvent :

- Notes de cours du recueil, pages 235 à 245
- Document de présentation
- Exercices de révision
- Votre guide d'étude (facultatif)



Les objectifs visés par les exercices de révision sont :

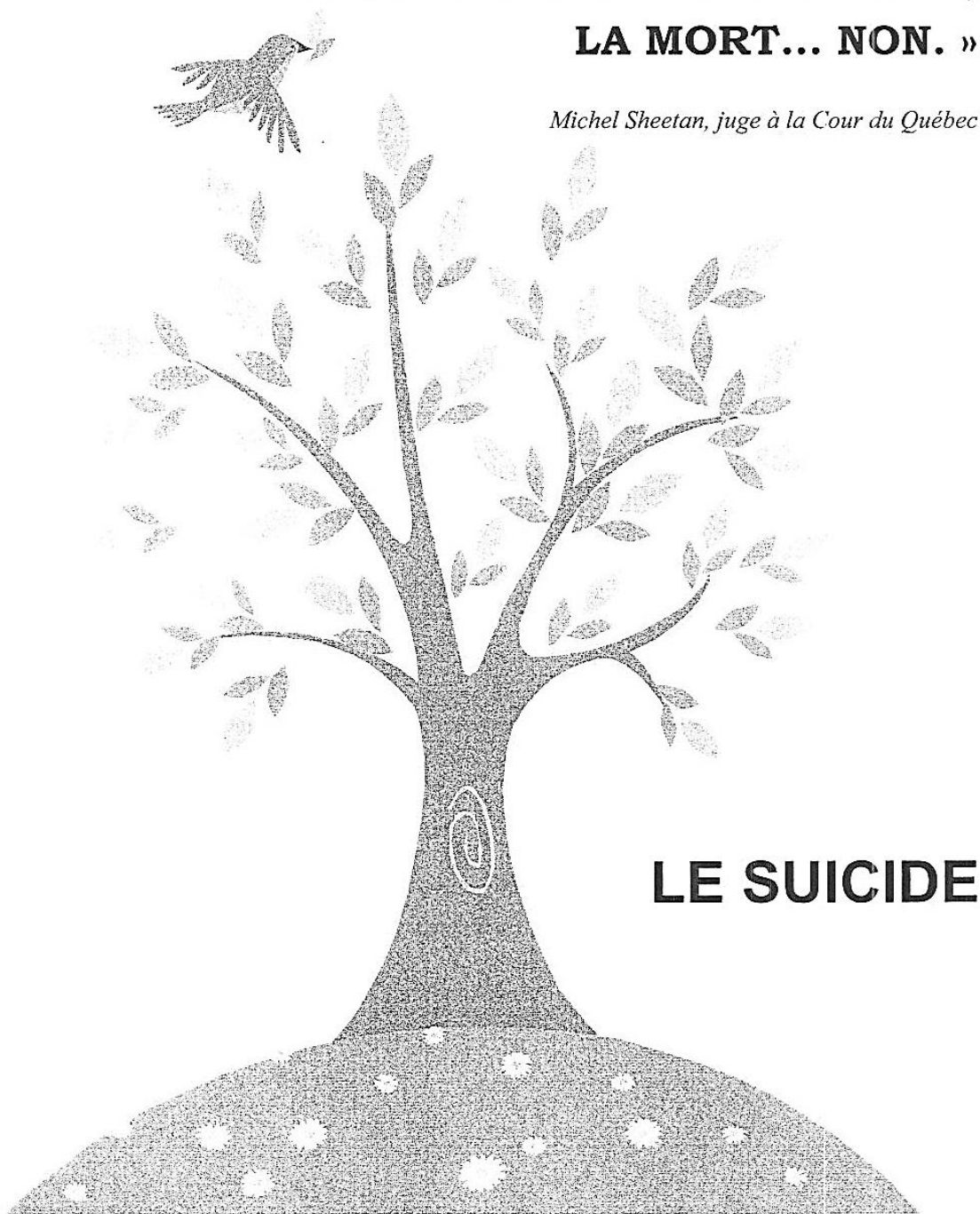
- Connaître les facteurs de risque et de protection du suicide.
- Reconnaître des manifestations du comportement suicidaire (signes précurseurs).
- Clarifier des mythes et réalités du suicide.
- Connaître et comprendre le processus suicidaire.
- Comprendre et expliquer les réactions lors d'un deuil par suicide.

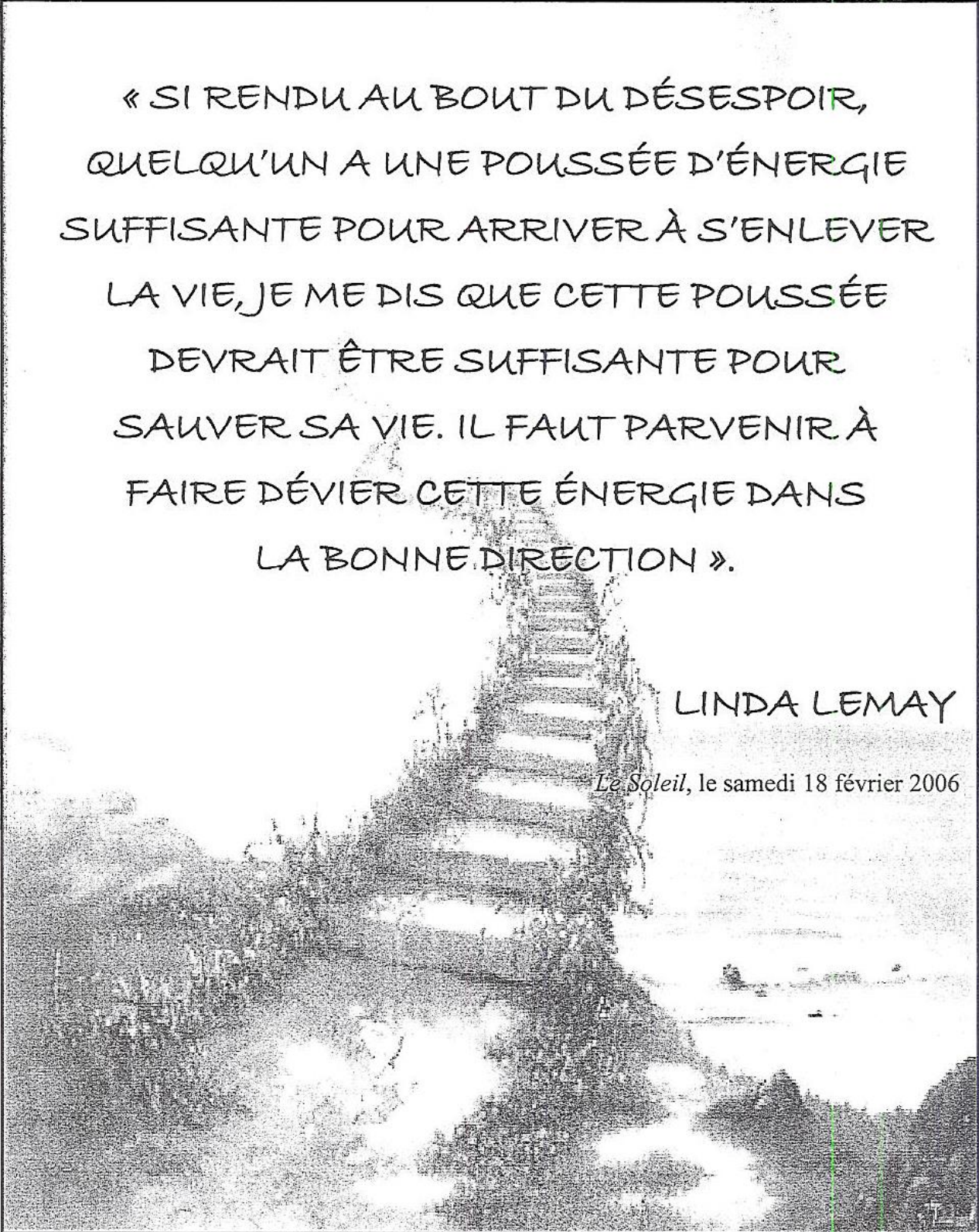
Évaluation de ce thème :

| | | |
|----------|-------------------|------|
| Cours 14 | Examen 2 | 30 % |
| Cours 15 | Savant-être | 5 % |
| | Activité synthèse | 20 % |

**« LA VIE DONNE DES CHANCES;
LA MORT... NON. »**

Michel Sheetan, juge à la Cour du Québec





« SI RENDU AU BOUT DU DÉSESPOIR,
QUELQU'UN A UNE POUSSÉE D'ÉNERGIE
SUFFISANTE POUR ARRIVER À S'ENLEVER
LA VIE, JE ME DIS QUE CETTE POUSSÉE
DEVRAIT ÊTRE SUFFISANTE POUR
SAUVER SA VIE. IL FAUT PARVENIR À
FAIRE DÉVIER CETTE ÉNERGIE DANS
LA BONNE DIRECTION ».

LINDA LEMAY

Le Soleil, le samedi 18 février 2006

LE SUICIDE

1. DÉFINITION

Le terme de suicide, et cela peut paraître surprenant pour un phénomène que l'on retrouve à toutes les époques de l'histoire, n'a qu'un peu plus de deux cents ans. C'est dans un ouvrage *Supplément du dictionnaire de Trévoux* publié en 1752 que l'on retrouve pour la première fois le terme suicide.

Dans le phénomène du suicide, il y a les morts, les rescapés d'une tentative de suicide, mais il y a aussi tous les autres qui, sans aller jusqu'à réaliser un acte mettant sciemment leurs jours en danger, « jouent » avec leur vie et prennent des risques parfois mortels.

On distingue donc trois termes pour désigner les personnes face à l'acte suicidaire :

- Les suicidés : les morts par suicide.
- Les suicidants : les personnes qui ont fait une tentative de suicide.
- Les suicidaires : les personnes qui, sans réaliser un geste directement autoagressif, multiplient par leur comportement les situations de risque où parfois leur vie, en tout cas leur santé, peut être mise en jeu.

Si ces trois catégories ne peuvent se confondre, elles ont à l'évidence un fond commun, celui qui consiste pour une personne à remettre en cause ce qui la fait vivante, agissante.

2. LES FACTEURS D'INADAPTATION

a) Les facteurs de risque suicidaire

Les facteurs de risque suicidaire sont des événements qui, lorsqu'ils surviennent dans la vie d'une personne qui ne bénéficie pas des facteurs de protection, augmentent chez elle les risques de crise suicidaire; ils peuvent être limités dans le temps et ils sont normalement liés à l'individu, à sa famille ou à sa collectivité (Santé Canada, 1994). Les facteurs de risque se divisent en trois catégories qui sont interdépendantes et agissent sur le potentiel d'idéation suicidaire (Stratégie québécoise d'action face au suicide, 1998).

Les facteurs individuels (internes)

- Antécédents suicidaires de la personne (tentatives suicidaires).
- Présence de problèmes de santé mentale (dépression, psychose, troubles de personnalité, anxiété, troubles bipolaires, schizophrénie, etc.).
- Manque d'estime de soi.
- Dépendance aux drogues et à l'alcool.
- Présence de problèmes de santé physique (maladie, handicap, etc.).

Les facteurs familiaux (externes)

- Présence de violence, d'abus physiques, psychologiques ou sexuels dans la vie de l'individu.
- Existence d'une relation conflictuelle entre l'individu et ses parents.
- Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents de l'individu.
- Négligence de la part des parents.
- Présence de conflits conjugaux majeurs.
- Comportements suicidaires chez l'un des parents ou les deux.
- Problèmes de santé mentale de l'un ou des deux parents.

Les facteurs psychosociaux (externes)

- Présence des difficultés économiques persistantes.
- Perte récente de liens importants.
- Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention.
- Effet de contagion (suivant le suicide d'un proche).
- Accès à des moyens létaux (armes à feu, médicaments, etc.).
- Présence de problèmes d'intégration sociale.

b) Les facteurs de protection

Il existe trois grandes catégories de facteurs de protection.

Les dispositions personnelles de l'individu (internes)

L'absence de difficultés physiques et psychologiques est un facteur de protection. Le développement psychologique et cognitif joue un rôle important. Avoir une bonne estime de soi, être optimiste, avoir une habileté pour chercher du soutien et la capacité de développer des mécanismes d'adaptation et de défense sont des facteurs psychologiques primordiaux dans la résolution de problèmes.

La cohésion et la chaleur familiale (externes)

L'environnement familial favorise grandement l'établissement de facteurs de protection et les premières années de la vie d'un enfant sont cruciales en ce qui a trait au développement de certains de ces facteurs ou à leur absence ultérieure. Par contre, il ne faut pas croire que tous les gens qui vivent une situation familiale plus difficile deviennent suicidaires.

La disponibilité et l'utilisation du soutien social (externes)

Les personnes qui n'ont pas nécessairement le soutien de leur famille peuvent rencontrer des amis ou toute autre personne importante pour eux qui leur procureront l'aide et le soutien nécessaires. De plus, elles peuvent faire appel à des services d'aide et de prévention en matière de suicide ou de santé mentale.

3. LES MANIFESTATIONS DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE

a) Les signes suicidaires

La plupart des personnes suicidaires donnent des signes, des messages directs ou indirects de la détresse dans laquelle elles se trouvent. Ces signes varient selon les personnes, mais ils sont souvent très clairs et explicites. Malgré ce fait, ils ne sont pas toujours perçus ou entendus.

Certaines personnes communiquent leur détresse par des messages indirects ou par des indices de type comportemental plutôt que par des verbalisations précises.

Les signes comportementaux

- Tout changement radical ou anormal des humeurs, attitudes ou comportements par exemple : piercing, tatouages, dépenses excessives, comportements dangereux.
- L'isolement : retrait, délaissement des amis, solitude exagérée.
- Morbidité, préoccupation relativement à la mort ou à la vie après la mort, intérêt pour les armes à feu ou les médicaments, les cimetières.
- Acquisition de moyens pour se suicider (armes à feu, corde, médicaments...).
- Don d'objets significatifs : remise de cadeaux, de lettres.
- Classement des affaires personnelles, rédaction du testament, préparation du départ, lettres, règlement de conflits.
- Consommation abusive ou inhabituelle d'alcool, de drogues ou de médicaments.
- Diminution de la performance scolaire, échecs, difficultés professionnelles.
- Tenue vestimentaire et hygiène personnelle négligées, changement dans la tenue.
- Plaintes relatives à des douleurs vagues, des maux de tête et des malaises.
- Changements dans les habitudes alimentaires : perte d'appétit, suralimentation.
- Changements dans les habitudes de sommeil : insomnie ou hypersomnie.

Les signes de nature affective

- Pessimisme.
- Émotions contradictoires : redondance de colère, de peine, de pleurs, etc.
- Rémission spontanée : mieux-être radical sans véritable raison après une période de dépression.
- Ennui, tristesse, apathie, sentiment de culpabilité.

- Indécision, découragement, sentiment de désespoir.
- Perte de plaisir, de désir ou d'intérêt.
- Irritabilité, changements brusques d'humeur, tensions.
- Difficultés d'attention, de concentration.
- Humeur dépressive persistante.
- Anxiété accrue ou absence d'émotions.

Les messages verbaux

Les messages verbaux peuvent être classés en deux catégories : les messages verbaux directs (je veux me suicider, je veux mourir, je veux aller rejoindre X, j'aimerais mieux être mort, etc.) et les messages verbaux indirects (bientôt, vous allez avoir la paix, je vais débarrasser le plancher, je pars pour un long voyage, j'ai fait mon testament, etc.). Les messages directs indiquent une intention claire et précise de mettre à exécution le projet suicidaire. Ce sont souvent les plus ignorés par l'entourage, parce qu'ils sont perçus comme pouvant être des tentatives de manipulation, des plaisanteries de mauvais goût, etc.

b) Le processus suicidaire

On peut diviser le processus suicidaire selon les étapes suivantes :

La recherche de stratégies ou de solutions à la crise

La personne fait l'inventaire des différentes solutions possibles à ce moment; chaque solution est évaluée en regard de sa capacité à changer la situation vécue ainsi qu'en fonction de son efficacité à diminuer sa souffrance. Toutefois, dans certains cas, l'éventail de stratégies n'est pas très grand ou se rétrécit au fur et à mesure que les solutions sont écartées. À cette étape, le suicide n'a pas encore été envisagé ou l'intention s'est manifestée sous forme d'une idée vague.

L'apparition des idées suicidaires

Le suicide est envisagé comme l'une des solutions possibles pour faire taire la souffrance. L'idée peut disparaître et ne plus revenir, ou au contraire réapparaître plus tard. Le processus se poursuit et la personne jongle avec l'idée du suicide. Elle fait par contre des tentatives pour améliorer sa vie ou soulager sa souffrance. Mais le suicide revient régulièrement comme une solution et l'on s'y attarde chaque fois un peu plus longtemps.

La rumination de l'idée suicidaire

Cette phase est caractérisée par une grande angoisse face à l'incapacité de régler la crise et face au sentiment de ne plus avoir de solutions. Il est important de souligner qu'il s'agit toujours d'une évaluation subjective que l'individu fait de l'absence de solutions et non d'une absence réelle de solutions. La personne est de plus en plus convaincue qu'il n'existe aucune autre solution pour mettre terme à sa souffrance. L'idée suicidaire devient quasi obsédante.

La cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire

On appelle cristallisation le moment où le suicide est considéré par la personne comme étant la solution ultime à sa souffrance. À cette étape, la décision est prise et le scénario suicidaire s'élabore. Il est clair, par contre, que la décision est toujours empreinte d'ambivalence et qu'elle reflète à quel point la douleur est devenue intolérable. La personne a alors la conviction que toutes les solutions possibles ont été tentées et qu'à présent seul le suicide réussirait à faire taire la souffrance.

La rapidité du processus est influencée par la nature de la crise. Il est possible, dans certaines situations, qu'une personne en arrive rapidement à cette étape. Lorsque sa décision est prise, il est possible que la personne se sente libérée du fardeau de la souffrance; par conséquent, cette phase est parfois caractérisée par des signes de mieux-être; on parle alors de rémission spontanée. On pourrait dire qu'à ce stade les personnes sont en attente. C'est généralement à ce moment qu'elle rédige des lettres d'adieu ou qu'elle donne des objets ayant une valeur sentimentale. Le plan précis du suicide est envisagé et un événement précipitant peut amener au passage à l'acte.

L'élément déclencheur et le passage à l'acte

Lorsque le processus suicidaire est avancé et que l'idée du suicide est cristallisée, le passage à l'acte est imminent. Il est souvent lié à un événement précipitant qui n'est que la goutte qui fait déborder le vase. Souvent, pour l'entourage, l'événement déclencheur peut sembler relativement banal. On ne se suicide pas pour si peu... dira l'entourage. Et pourtant... L'événement déclencheur est le dernier d'une longue série de pertes et d'échecs qu'a vécus la personne. Il ne faut donc pas juger l'événement en soi, mais tenir compte de l'ensemble du processus.

4. LES CONSÉQUENCES DU SUICIDE CHEZ LES PROCHES

Le décès par suicide crée un type de deuil des plus difficiles.

Les réactions de choc et de déni

Les réactions de choc initial et de déni caractérisent la première phase du deuil. Dans le cas d'un deuil par suicide, le déni se distingue souvent par le refus d'accepter la nature de la perte. Les endeuillés doutent parfois de la véracité de la thèse du suicide. La manière dont la personne est décédée est difficile à accepter. Le choc émotionnel est très grand parce que la personne avait la possibilité de vivre pleinement; c'est d'autant plus cruel à accepter lorsque la personne est jeune. Il y a un grand sentiment de culpabilité de ne pas avoir vu les signes avant-coureurs ou de ne pas leur avoir suffisamment porté attention. Les reproches faits à soi-même et les sentiments d'autoaccusation sont souvent plus nombreux lors d'un deuil par suicide.

Le déni sert également de mécanisme de protection. L'endeuillé peut idéaliser le suicide en le transformant en un geste noble ou idéologique, ou encore, pour minimiser le sentiment de perte, le suicidé sera déprécié.

Par la suite, les endeuillés vont rechercher un sens au suicide. Cette recherche est nécessaire pour se dégager du sentiment de culpabilité.

D'autre part, il semble que le refus ou l'inhabilité de parler ouvertement du décès par suicide peut figer le processus de résolution de deuil à l'intérieur de la phase de protestation (choc et déni).

Les sentiments de culpabilité et d'autoaccusation

Ces sentiments persistent longtemps. La culpabilité amène les personnes en deuil à reproduire en imagination des scénarios dans lesquels la réalité aurait pu être modifiée. Cette reconstitution d'événements persiste des mois et peut contribuer à augmenter le sentiment d'échec et de n'avoir pu apporter de l'aide à temps. Cela entraîne un sentiment d'incompétence.

Les sentiments de honte et de colère

Les personnes doivent assumer la honte parce que le suicide est un geste condamné socialement. Ce sentiment de honte amène les endeuillés à s'éloigner de l'entourage tout comme il rend l'entourage mal à l'aise envers les personnes qui vivent un deuil par suicide. Ces personnes vont donc se refermer sur elles-mêmes et, conséquemment, se retrouver seules et isolées dans leurs tentatives de donner un sens au geste suicidaire.

L'expérience de la colère est aussi très intense, mais souvent camouflée parce qu'il est difficile d'être en colère envers une personne décédée. Il y a la présence d'un sentiment d'abandon. Les sentiments de valeur personnelle et d'estime de soi sont durement ébranlés.

Le bris et les distorsions dans les réseaux de communication

Lorsqu'un suicide se produit dans une famille, la disparition de la personne rompt l'équilibre existant, crée un état d'insécurité chez les membres de la famille et entraîne souvent des bris ainsi que des distorsions dans les réseaux de communication.

Les sentiments de rejet et de stigmatisation

Les membres de la communauté ont tendance à juger de façon négative et à accuser plus sévèrement les membres d'une famille qui ont perdu un des leurs par suicide.

Le risque suicidaire

Comme le suicide crée un état de stress important chez les endeuillés, ces réactions peuvent rendre les personnes plus vulnérables et encore plus susceptibles de reproduire un geste suicidaire. Le suicide laisse des séquelles psychologiques importantes. La perte d'un être aimé peut conduire au suicide en déclenchant des symptômes dépressifs graves. Le suicide offre aux endeuillés un modèle d'imitation, c'est-à-dire qu'il constitue une réponse ou une solution toute trouvée pour fuir les conflits et les problèmes que fait émerger le deuil.

La résolution du deuil

Il n'existe pas de façon classique ou correcte de vivre le processus de deuil; il existe tout autant de manières de vivre le deuil que d'individus en deuil. La période de résolution peut s'étendre sur quelques années. Il est donc inutile de croire que tout sera terminé ou de retour à la normale après quelques semaines ou moins.

Il est aussi important de souligner que la définition d'une personne endeuillée ne doit pas être restrictive. En effet, tout individu ayant eu un lien valable avec une personne suicidée et qui ressent les effets de cette perte peut être profondément bouleversé par la part de l'ami, du compagnon ou de la compagne de classe ou de travail. Il est donc important de vérifier l'impact que peut avoir un suicide dans une école, dans une institution ou même l'impact que peut avoir un suicide publicisé dans les médias.

Source : SÉGUIN, Monique et Philippe HUON. *Le suicide, comment prévenir, comment intervenir*, Outremont, Les Éditions LOGIQUES, 1999.

MÉDIAGRAPHIE

Notes de cours

FOURNIER, Gisèle. *La maladie d'Alzheimer*, Notes de cours 351-407-RK, Cégep de Rimouski, hiver 2015.

JOBIN, Luc. *Santé mentale*, Notes de cours 351-505-RK, Cégep de Rimouski, automne 2014.

Volumes

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2015, 1114 pages.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition, version française, Issy-Les-Moulineaux, Elsevier Masson SAS, 2015, 1114 pages.

BARGUES, Marie-Lise. *Mal entendre au quotidien*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1992.

BOUDREAU, J. et coll. *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels*, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, Montréal, 2009.

GAGNON, André, Dr. *Démystifier les maladies mentales : les troubles de l'enfance et de l'adolescence*, Gaétan Morin éditeur, 427 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, septembre 2000.

HOFF, Lee Ann. *Les questions relatives à la violence*, Santé Canada, Division de la santé mentale, 1994.

KUTSCHER L., MARTIN, Dr. *Les enfants atteints de troubles multiples*, Chenelière Éducation, Montréal, 2009, 232 pages.

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Avis sur la double problématique toxicomanie et négligence parentale*, 1999, 22 pages.

NADEAU, Louise et Colette BIRON. *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*, Presses de l'Université Laval, 1998.

STATISTIQUE CANADA. *La violence familiale au Canada : un profil statistique*, 2004.

TREMBLAY, J., G. BOUCHARD et K. BERTRAND. *Vie conjugale et abus de substances : interrelations et traitement*, Revue canadienne de counseling, vol.43:4, 2009, 341 pages.

Ressources Internet

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES TROUBLES D'APPRENTISSAGE. [En ligne], [<http://aqeta.qc.ca/>] (Consulté le 6 février 2015)

- AUTISME QUÉBEC. *Document sur la journée d'appropriation du DSM-5 pour les cliniques d'évaluation diagnostique de la Montérégie*, [En ligne], [<http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/FORMATIONDSM-5.pdf>] (Consulté le 29 janvier 2015).
- CAMPAGNE 2000. *Rapport 2007 sur la pauvreté des enfants et des familles au Canada*, Family Service Association of Toronto.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. *Profil de la pauvreté infantile 1998 : rapport*, Ottawa, 2001.
- DESJARDINS, Pierre. *Pratique professionnelle, Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux*, Revue Psychologie Québec, volume 30, numéro 6, novembre 2013. [En ligne], [https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Nov2013_ChroniquePP_Le_DSM_5_et_levaluation_de_s_troubles_mentaux.pdf].
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Institut de la statistique du Québec*, édition 2007.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale : conditions de vie*, octobre 2005.
- GUAY, Stéphane. *État de stress posttraumatique : mise à jour sur les approches de traitement et les modalités de réinsertion au travail*, [En ligne], [<http://physioextra.ca/wp-content/uploads/Stress-post-traumatique-conf%C3%A9rence.pdf>] (Consulté le 3 février 2015).
- INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS. *Psychose : causes, symptômes et traitements*, [En ligne], [<http://www.douglas.qc.ca/info/psychose>] (Consulté le 5 février 2015).
- La surdité au Québec*, [En ligne], [<http://www.site-auquebec.com/surdite.php>] et [<http://www.sudite.org>].
- La violence conjugale*, [En ligne], [www.gouv.qc.ca].
- MONTARNAL, Anne-Marie. ANAPEDYS. [En ligne], [<http://www.apedys.org/dyslexie/print.php?sid=1156>] (Consulté le 5 février 2015).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. [En ligne], [<http://www.who.int/mediacentre>].
- PSYCHOMÉDIA. *Changements et actualités en lien avec le DSM-5*, [En ligne], [<http://www.psychomedia.qc.ca/taxonomy/term/743>] (Consulté en janvier et février 2015).
- ROSS, David P., Katherine J. SCOTT et Peter J. SMITH. *Données de base sur la pauvreté au Canada*, Conseil canadien de développement social, 2000.
- SÉNÉCAL, Catherine et RICHARDSON, Jodie. *Hyperphagie boulimique, l'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation*, Revue Psychologie Québec, volume 29, numéro 5, septembre 2012, [En ligne], [https://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy_Qc_Sept2012_Dossier_04_Senecal_Richardson.pdf] (Consulté le 29 janvier 2015).