

République Tunisienne

الجمهورية التونسية

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



وزارة التعليم العالي
والبث العلمي

Université de Sfax
Faculté de Médecine

جامعة صفاقس
كلية الطب

POLYCOPIE

1^{ère} année PCEM

Unité d'Enseignement Fondamentale 103

SANTE, SOCIETE, HUMANITE

Coordinatrice : Professeur Inès FEKI ZOUARI

Année Universitaire 2024-2025

Unité d'Enseignement Fondamentale 103 (UEF 103) :

SANTE, SOCIETE, HUMANITE

- Histoire de la médecine et du médicament et introduction à la pharmacologie
- Ethique médicale
- Psychologie médicale
- Médecine communautaire

OBJECTIFS GENERAUX :

1. Développer une culture commune de santé
2. Maitriser la connaissance de l'histoire des soins et du médicament,
3. Développer une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique
4. Développer une réflexion sur l'éthique médicale et l'équilibre éthique-juridique
5. Maitriser les données de la psychologie médicale et les différents aspects de la relation médecin -malade
6. Connaître les concepts de la santé et les variables de mesure
7. Connaître les principes de l'organisation des soins, de leur distribution et de leur financement.
8. Maitriser les notions de bases de la statistique

Volume horaire

Module	Nombre d'heures cours magistral	Nombre d'heures TD	Nombre total heures
Histoire de la médecine et du médicament et introduction à la	8h	0h	8h
Ethique médicale	6h	0h	6h
Psychologie médicale	14h	4h	18h
Médecine communautaire	26h	0h	26h
Total	54h	4h	58h

Sommaire

HISTOIRE DE LA MEDECINE ET DU MEDICAMENT ET INTRODUCTION A LA PHARMACOLOGIE	Page
LA MEDECINE PRIMITIVE MAGIQUE, LA MEDECINE ARCHAIQUE ET LA MEDECINE GRECQUE HIPPOCRATIQUE	6
LA MEDECINE ARABE	17
LA MEDECINE DU MOYEN AGE EUROPEEN	23
LA MEDECINE MODERNE	29
HISTOIRE DU MEDICAMENT	34
INTRODUCTION A LA PHARMACOLOGIE	49
L'ETHIQUE MEDICALE :	
INTRODUCTION A L'ETHIQUE MEDICALE	60
PRINCIPES D'ETHIQUE MEDICALE	66
LE SECRET PROFESSIONNEL DU MEDECIN OU SECRET MEDICAL	74
LA RESPONSABILITE MEDICALE	83
COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE : CNEM	92
LES ENJEUX ETHIQUES DE LA GENETIQUE	97
DROIT A LA SANTE	105
PSYCHOLOGIE MEDICALE :	
LA PERSONNALITE	123
LES MECANISMES DE DEFENSE DE LA PERSONNALITE	138
EMOTIONS ET MOTIVATIONS	150
STRESS ET VULNERABILITE	158
LA COMMUNICATION	166
PSYCHOLOGIE DU GROUPE.	178
LA RELATION MEDECIN MALADE	185
REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A LA MALADIE	194
L'APPROCHE CULTURELLE DE LA MALADIE	207
LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF CHEZ L'ENFANT	214
DEVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT	223
DEVELOPPEMENT INTELLLECTUEL CHEZ L'ENFANT	231
LA PSYCHOLOGIE DE L'ADOLESCENT	240
PSYCHOLOGIE DE L'ÂGE ADULTE	248
LA SEXUALITE NORMALE	255
PSYCHOLOGIE DE LA VIEILLESSE	263
MEDECINE COMMUNAUTAIRE (voire polycopié correspondant)	

HISTOIRE DE LA MEDECINE ET DU MEDICAMENT ET INTRODUCTION A LA PHARMACOLOGIE

LA MEDECINE GRECQUE HIPPOCRATIQUE
LA MEDECINE PRIMITIVE MAGIQUE
LA MEDECINE ARCHAÏQUE

Dr Imen GASSARA
Pr Mohamed MAALEJ
Service de psychiatrie "C"

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1) Décrire les principaux aspects de la médecine primitive magique.
- 2) Citer les étiologies évoquées par l'homme primitif devant la maladie.
- 3) Décrire les différentes tâches du guérisseur primitif.
- 4) Décrire les progrès de la médecine archaïque par rapport à la médecine magique.
- 5) Dégager les points de rapprochements et de divergence entre la médecine primitive et archaïque et certaines formes de médecine (officielle et traditionnelle) qui sévissent actuellement dans notre pays.
- 6) Enumérer les « quatre humeurs hippocratiques » et leurs sources
- 7) Décrire les quatre « tempéraments » hippocratiques
- 8) Enoncer les étapes de l'examen clinique hippocratique
- 9) Citer les principes de la thérapeutique hippocratique

DOCUMENT DE BASE

1-INTRODUCTION

On ne fait pas de bonne médecine sans un minimum de culture historique : c'est la raison d'être des cours d'histoire de la médecine.

L'histoire de la médecine, c'est d'abord l'histoire tout court ; la pratique médicale ne fait que refléter l'évolution de la pensée des hommes. Il serait ainsi illusoire de comprendre les progrès et les découvertes dans un domaine de la science, sans les rapporter au courant de la pensée de la période où ils se situent.

2- LA MEDECINE PRIMITIVE MAGIQUE

2-1- INTRODUCTION :

La première grande phase de l'histoire médicale est celle de la « magie primitive », qui se présente à nous sous deux formes :

- celle des **premiers hommes**, de la préhistoire (avant la découverte de l'écriture, 3000 ans avant JC)
- celle des **peuples sauvages**, vivant encore en Afrique, en Amérique du Sud et en Océanie, dont le mode de vie ne s'est pas modifié depuis les origines.

2-2- PRINCIPAUX ASPECTS :

C'est la première forme de médecine qui a existé chez l'homme. Elle a conservé son originalité chez les peuples sauvages, mais aussi dans notre médecine traditionnelle.

L'homme primitif a une mentalité différente de la nôtre, puisqu'elle **ne se limite pas au monde rationnel**. Son domaine de pensée est le « **surnaturel** », celui des bons et mauvais esprits, des démons, des tabous, des fantômes, etc. Elle **personnifie les phénomènes**, c'est à dire qu'elle les considère comme des expressions des puissances humaines ou para humaines.

Les aspects principaux de la médecine magique sont, comme pour la médecine moderne : ***l'étiologie, le diagnostic, le traitement et la prophylaxie.***

2-2-1- L'ETIOLOGIE : s'il tombe malade, l'homme primitif pensera à :

a- l'attaque par un mauvais esprit, qui veut lui nuire ou se venger, parce qu'il l'a offensé, volontairement ou involontairement.

b- la possession : qui représente une forme d'effraction psychique, dans laquelle un esprit malin s'empare de sa victime et la commande à sa guise, parle à sa place, etc.

c- l'offense des ancêtres : qui envoient les mauvais esprits pour se venger,

d- des pratiques magiques : faites par des personnes vivantes, malveillantes, pour nuire à quelqu'un.

e- la violation des tabous :est également un facteur étiologique fréquemment évoqué.

2-2-2- LES DIAGNOSTICS : **se confondent avec les causes des maladies, et sont d'ordre magique**, c'est à dire cachées et personnifiées. L'homme primitif se plaindra par exemple « d'un mauvais œil », dans la tête, l'estomac, etc.

2-2-3- LE TRAITEMENT : les tâches du guérisseur seront multiples :

a- rentrer en contact avec les forces malfaisantes, pour apprendre d'elles ce qui s'est passé et ce qu'il faut faire. Dans le cas d'une violation d'un tabou, le premier pas vers la guérison sera d'obtenir ***l'aveu du patient***. Pour entrer en contact avec les puissances cachées et leur demander conseil, le guérisseur entre dans un **état de « transe »**. Pour cela, il a recours à divers moyens : consommer des narcotiques (alcool, hachisch, etc.), faire le jeun, s'infliger des douleurs, etc.

Lorsqu'un mauvais esprit s'est introduit dans le corps du patient, le guérisseur fera tout pour le chasser, en utilisant des **moyens mécaniques** (bains, massages, saignées...). Parfois, il le conjure pour sortir, par **des appels, des prières** ou même **des injures**.

b- le transfert du démon sur un animal, une poupée ou un autre objet, qui servira de « **bouc émissaire** », qui sera sacrifié, détruit et jeté le plus loin possible.

c- la « suction » faite par le guérisseur, au niveau de l'organe malade, qui sera suivi du crachat d'une pierre, qu'il avait mis auparavant dans sa bouche. Ce crachat symbolise l'extirpation du mal et la réussite de l'opération. En effet, **la symbolisation** joue un rôle très important en médecine primitive.

d- les scarifications, les saignées, les purgations, les vomissements, etc. sont aussi pratiquées pour éliminer les corps étrangers.

2-2-4- LA PREVENTION : passe par le port de « talisman », le tatouage, les rituels...

2-3- CONCLUSION :

La médecine primitive savait utiliser les instincts et les pulsions humaines, avec une perspicacité inconsciente. La médecine scientifique, quant à elle, les a longtemps ignorés, jusqu'à ce que la psychiatrie moderne les ait réhabilités, pour le bien de l'homme. Ainsi, pour bien exercer la médecine, nous devons nous familiariser avec les ombres et les lumières du magique, pour ne pas passer à côté de choses essentielles.

3- LA MEDECINE ARCHAÏQUE

3-1- INTRODUCTION :

La préhistoire est suivie par le temps des grandes civilisations orientales, qui ont vu une nouvelle forme de médecine succéder à la médecine primitive, à savoir « la médecine archaïque », qui est apparue 3000 avant JC et s'est étendue jusqu'au 1^{er} millénaire avant JC. Elle concerne l'Égypte ancienne, la Mésopotamie et la Grèce des premiers âges, mais aussi l'Inde, la Chine et l'ancienne Amérique (Pérou, Mexique).

3-2- PROGRES DE LA MEDECINE ARCHAÏQUE

Pendant la période de la médecine archaïque, les innovations suivantes ont vu le jour :

3-2-1- Apparition de l'observation clinique : le malade est pris pour un « ***cas particulier*** », qui va être l'objet d'observation clinique minutieuse, en cherchant à relever les signes cliniques qu'il présente et en les comparant à ceux d'autres patients.

3-2-2- Apparition de la nosologie (*classification des maladies*) **et de la nosographie** (*description des maladies*) : on voit apparaître les premières dénominations (donner un nom particulier à une maladie particulière), qui prouvent qu'on distinguait des entités bien définies et bien déterminées.

3-2-3- Le pronostic devient individuel (indépendant du groupe ou de la tribu) : chaque malade va être l'objet d'une évaluation pronostique, qui prédira de l'évolution de sa maladie (guérissable ou fatale, aiguë ou chronique), en dehors de toute référence à sa tribu. On peut faire le parallèle avec la notion de **propriété privée**, qui a fait son apparition à cette époque.

3-2-4- Recherche de relation causale par les essais de systématisation des observations cliniques : la maladie n'est plus attribuée à quelque influence magique, mais à des troubles pathologiques objectifs. Les essais d'explication sont souvent faux (vu les connaissances limitées de l'époque) mais sont rationnels, même si elle va avoir le plus souvent recours aux « spéculations » (exemple : le contact avec le lézard donne la lèpre, manger des pattes crues crée des vers dans les selles, etc).

3-2-5- La thérapeutique devient rationnelle : elle sera basée sur des remèdes pharmacologiques ou chirurgicaux, qui sont rationnels et dénués de sens magique.

3-2-6- La prophylaxie est basée sur des règles d'hygiène de vie (lavage des mains, des lits et des ustensiles de ménage) **et d'hygiène publique** (système de canalisation, égouts, salles d'eau, etc.)

3-2-7- Le médecin n'est plus quelqu'un de mystérieux ou marginalisé, mais un homme honoré et apprécié par ses concitoyens.

3-3- PRINCIPALES CIVILISATIONS

3-3-1- LA MESOPOTAMIE (actuellement Syrie et Iraq : du grec : mésos=milieu et potamos=fleuve). Grâce au Code de Hammourabi on dispose d'informations intéressantes sur la pratique médicale.

Sur le plan médical, les Mésopotamiens savaient établir le diagnostic d'un grand nombre d'affections dont ils avaient analysé la sémiologie.

Sur le plan chirurgical, ils faisaient preuve d'une pratique chirurgicale relativement élaborée. Ils réalisaient des réductions de fractures et de luxations, des drainages d'abcès.

Sur le plan thérapeutique, les médecins utilisaient une pharmacopée variée avec des remèdes obtenus à partir des plantes, d'éléments minéraux (sel, salpêtres) et des produits animaux (lait, écailles de serpent ou de tortue).

3-3-2- L'EGYPTE ANCIENNE : la pratique de l'embaumement a permis aux Egyptiens d'avoir une connaissance rudimentaire de l'anatomie. Ils ont été

les premiers à souligner le rôle vital des poumons, à avoir considéré que le foie était un organe nécessaire à la digestion et à avoir pressenti le rôle du cœur et des vaisseaux.

3-3-3- LES HEBREUX : considéraient les maladies comme des châtiments divins destinés à punir l'homme. Seul Dieu était capable d'apporter la guérison. Ils ont joué un rôle majeur dans le domaine de l'hygiène et de la médecine préventive.

3-3-4- L'EXTREME ORIENT : En Inde, on connaissait la vaccination et en chine, on pratiquait l'acupuncture, qui sont deux méthodes encore utilisées de nos jours.

3-4- CONCLUSION : les médecins archaïques étaient des réalistes éclairés, qui se présentent avec assurance, posent un diagnostic, puis décident du traitement avec précision et pleine conscience de leurs responsabilités. Ils ont réalisé un pas géant pour le développement de la médecine, en passant d'une conception magique à une conception rationnelle. Mais, la spéculation régnait en maître.

4- LA MEDECINE GRECQUE HIPPOCRATIQUE

4-1- INTRODUCTION :

La médecine grecque est apparue au V^{ème} siècle avant JC, à l'époque des premières écoles où l'on forme les praticiens, dont la plus célèbre est l'école hippocratique. Une appréciable partie des écrits d'Hippocrate nous a été conservée, grâce aux arabes, qui ont repris le flambeau de la science grecque, en traduisant la plupart des écrits scientifiques de cette époque. Aujourd'hui, tous les médecins connaissent « *le serment d'Hippocrate* ». Mais la véritable contribution apportée par Hippocrate est l'introduction de « *la théorie scientifique* ». Les maladies avaient désormais une origine naturelle, qu'il faut découvrir.

4-2- ENVIRONNEMENT DE LA MEDECINE HIPPOCRATIQUE

L'époque d'Hippocrate était celle des grands philosophes et scientifiques grecs aux quels l'on doit les notions de :

- nature ou « physis »,

- d'ordre naturel ou « cosmos »
- et de loi naturelle ou « nomos ».

Ces notions ont créé les conditions nécessaires à l'élaboration scientifique. C'est grâce à ces scientifiques qu'on a commencé à reconnaître la constance des phénomènes naturels ; alors qu'avant, la nature était aussi imprévisible que le monde de la magie et donc, impossible de fonder des théories sur elle.

Hippocrate a reporté ces notions sur l'homme sain et malade. Il a emprunté aussi le raisonnement analogique à sa pratique médicale. Ainsi, aux « **quatre éléments fondamentaux de la nature** » d'Empédocle (air, eau, feu et terre) correspond « **les quatre humeurs hippocratiques** » :

- **le sang** : élaboré au niveau du cœur,
- **le phlegme** : secrété par le cerveau
- **la bile jaune** : secrétée par le foie
- **atrabile ou bile noire** : secrétée par les petites veines

A l'état normal, Hippocrate estimait qu'il existait un **équilibre entre les sécrétions** de chacune de ces substances. Tout excès de l'une de ces sécrétions entraîne une rupture de l'équilibre fondamental ce qui est susceptible d'entraîner une maladie. Cette rupture de l'équilibre peut être la conséquence de facteurs intrinsèque (congénital, racial, constitutionnel, etc.) ou extrinsèque (environnement, alimentation, mode de vie, etc.). La guérison ne peut être obtenue que par l'élimination de l'excès d'humeur, par les médicaments (capables de déplacer l'humeur et de la faire revenir à sa place d'origine) ou l'excision (pour faire sortir l'humeur en trop)

4-3- LA PATHOLOGIE HIPPOCRATIQUE

(Pathologie = science des causes, des symptômes et de l'évolution de la maladie)

Pour l'école hippocratique, la pathologie est la base de la clinique. Le médecin hippocratique commence sa visite médicale par la recherche de la cause de la maladie, grâce à **l'examen de la région** : situation et nature du sol, cours d'eau, action du soleil et du vent sur le sol (« **facteur étiologique général** »)

et qui détermine l'évolution de la maladie). Puis commence la recherche des « **étiologies spécifiques** » de la maladie. Pour l'école hippocratique, chaque sujet, a son propre **tempérament**, représenté par un mélange d'« **humeurs** » qui lui est particulier. On distingue parmi les tempéraments :

- **le sanguin** (impulsif, agressif) : qui est conçu comme le résultat d'un excès du sang, par rapport aux autres humeurs
- **le flegmatique** (impassible, imperturbable) : en rapport avec un excès de flegme
- **le colérique** (coléreux, irritable et susceptible) en rapport avec un excès de bile jaune
- **le mélancolique** (triste, déprimé) : en rapport avec une prépondérance de la bile noire, par rapport aux autres humeurs

Le tempérament « sanguin » n'aura pas les mêmes maladies que le flegmatique ; celles du colérique évolueront autrement que celles du mélancolique.

La maladie était considérée comme due à un déséquilibre des humeurs. Exemple : devant un abcès, il se forme un écoulement (ou catarrhe), qui est le pus et qui était considéré comme humeur viciée spécifique. Cet écoulement est au début abondant, puis se raréfie et s'épaissit lorsque l'évolution est favorable. Il faut le faire sortir du corps, pour que le patient guérisse, et l'équilibre des humeurs revient.

Pour le médecin hippocratique, **le moral** entre aussi en compte : « *celui qui veut guérir se rétablit plus vite que celui qui perd tout espoir* ».

Le médecin hippocratique est attentif à l'entité, qu'il cerne avec une grande sûreté. Si un symptôme manque ou paraît inhabituel, il enregistre cette anomalie. La même chose est faite en cas d'anomalie dans l'évolution clinique. Donc, la médecine hippocratique est la **première doctrine positive de la maladie**. Elle s'est dérouterée résolument de l'impasse spéculative pour insister sur « **la phénoménologie clinique** » (*en grec, phainomenon = ce qui apparaît*). Pour chaque phénomène, le médecin hippocratique cherchera ce

qu'il y a de général, d'universellement valable, donc, le principe, la loi ou la norme.

4-4- LA CLINIQUE HIPPOCRATIQUE

Auprès d'un patient, le médecin hippocratique suivra les étapes suivantes :

- 1) Il commence par **saluer le malade et sa famille**.
- 2) Ensuite, il regarde si ce dernier a le « **faciès hippocratique** » (le visage de la mort) ou non. S'il le retrouve, il sait qu'il est en présence d'un agonisant. Il ne l'abandonnera pas, mais préviendra aussitôt l'entourage pour éviter les reproches par la suite.
- 3) Le médecin s'approche du malade et tente de se faire une idée plus exacte sur son état : est-il calme ou agité, inerte ou gesticulant, cohérent ou délirant, etc.
- 4) Puis, le médecin s'installe à côté du lit et interroge le malade, quand celui-ci est conscient : c'est « **l'anamnèse** » : a-t-il fait un repas copieux ou s'est-il trop fatigué avant que sa maladie se déclare ? etc.
- 5) Puis le corps du malade est **dénudé** et examiné avec soin, et les signes cliniques recherchés par palpation.
- 6) Enfin, le praticien **scrute les selles, les urines, les vomissements et les expectorations**. Toutes les visites suivent ce schéma, qui doit aider le clinicien à se rendre compte du genre de la maladie et de l'état du patient.
- 7) Le clinicien doit **suivre l'évolution** du patient de près et si elle s'annonce défavorable, il prescrira au patient de manger peu ou pas du tout, afin de ne pas aggraver son état par les fatigues de l'indigestion.

4-5- LA THERAPEUTIQUE HIPPOCRATIQUE

Elle est issue de la pathologie humorale et repose sur quatre principes fondamentaux :

- a. être utile ou au moins ne pas nuire « *primum non nocere* »

- b. combattre le mal par son contraire : c'est « l'énantiothérapie » ou « contraria contrariis » : un patient froid et moite, a besoin de remèdes échauffants ; un pléthorique de rafraîchissants ou de vomitifs, etc.
- c. mesure et modération
- d. chaque chose en son temps : une intervention peut être nuisible un jour et sauver la vie du patient le lendemain

4-6- CONCLUSION

La pathologie hippocratique n'a pas atteint le niveau scientifique de l'étiologie et de la nosologie : les organes internes et leurs altérations échappaient en grande partie au regard et ne pouvait donc, être étudiés qu'indirectement. L'observation anatomique et physiologique n'existait pas et le raisonnement analogique ne laissait aucune place à l'expérimentation ; et si les médecins hippocratiques sont parvenus à obtenir des résultats valables, c'est uniquement grâce à leur « œil clinique » extraordinaire.

EVALUATION :

1/La médecine primitive magique :

A/ se limite au monde rationnel

B/ personnifie les phénomènes

C/ est exercée par des médecins

D/ est la première forme de médecine qui a existé

E/ confond cause et maladie

Réponses : B-D-E

2/expliquez brièvement les étiologies que l'homme primitif évoque lorsqu'il tombe malade ?

- *l'attaque par un mauvais esprit*

- *la possession* : un esprit malin s'empare de sa victime et la commande à sa guise, parle à sa place, etc.

- *l'offense des ancêtres* : qui envoient les mauvais esprits pour se venger,

- *des pratiques magiques* : faites par des personnes malveillantes, pour nuire à quelqu'un.

- *la violation des tabous* : est également un facteur étiologique fréquemment évoqué.

3/ La médecine archaïque :

A/ est apparue 3000 ans avant JC

B/ a succédé à la médecine primitive

C/ ne concerne que l'Égypte ancienne

D/ a apporté nombreuses innovations médicales

E/ est irrationnelle

Réponses : A-B-D

4/Citez deux innovations de la médecine archaïque.

-Apparition de l'observation clinique.

-Apparition de la nosologie (classification des maladies) et de la nosographie (description des maladies)

5/ La médecine grecque :

A/ est apparue au V^{ème} siècle avant JC

B/ a apporté les notions de nature, d'ordre naturel et de loi naturelle

C/ le moral n'entre pas en compte dans la prise en charge

D/ a instauré la règle « être utile ou au moins ne pas nuire »

E/ n'autorise pas la pratique de l'excision

Réponse : A-B-D

5/ citez « *les quatre humeurs hippocratiques* » :

- Le sang
- Le phlegme
- La bile jaune
- L'atrabile ou bile noiré

LA MEDECINE ARABE

Dr Imen GASSARA

Pr MAALEJ Mohamed

Service de Psychiatrie "C"

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Décrire les trois grandes phases de la médecine arabe
- 2- Savoir les tensions entre médecine arabe et mentalité islamique

DOCUMENT DE BASE

I) INTRODUCTION :

Trois siècles après la fondation de Constantinople, le flambeau de la science grecque est repris par les Arabes et le Levant islamique, qui ont été les héritiers de la science de l'Occident grec. L'Europe médiévale a reçu la philosophie grecque indirectement, par l'intermédiaire des savants musulmans (syriens, perses et arabes). Il en va de même pour les sciences naturelles et la médecine hippocratique-galénique.

L'essor de l'Islam coïncide avec la « période sombre » de Byzance et ses troubles politiques et religieux. On considère l'irruption de l'Islam comme le véritable tournant de l'histoire mondiale, entre l'Antiquité et le Moyen Age, en médecine aussi. Les médecins et philosophes musulmans ont réussi à gérer avec intelligence le vaste patrimoine intellectuel gréco-romain et à faire une œuvre novatrice.

II) QUELQUES NOMS DES MEDECINS LES PLUS CELEBRES

Plusieurs médecins ont laissé un acquis fondamental pour la médecine, tels que :

- ERRAZI (RHAZES) (ابوبكر محمد بن زكرياء الرازي) de Bagdad (ERRAZI, vers 865 – 932) : qui a été le premier à décrire certaines maladies éruptives, comme la variole et la rougeole.

- IBN SINA (AVICENNE) (ابن سينا, 980-1037): surnommé le « Prince des médecins », auteur de 150 livres, dont le célèbre « Canon de la médecine », qui était considéré comme l'ouvrage médical de référence, jusqu'au XVII^e siècle.

- IBN ZOHR (AVENZOAR) de Séville (ابن زهر), auteur de « Taysir », dans lequel il a décrit la gale, les épanchements péricardiques, l'épilepsie et la trachéotomie. Il a eu aussi l'idée de l'alimentation artificielle par sonde œsophagienne.

- HUNAYN IBN ISHAQ (حُنين بن إسحاق), auteur du plus ancien traité d'ophtalmologie « Anatomie de l'œil, ses maladies et ses traitements ».

- IBN ANAFIS (ابن النفيس), (1210-1288, Damas, le Caire) qui a donné une description précise de la petite circulation pulmonaire.

III) LES TROIX GRANDES PHASES DE LA MEDECINE ARABE

L'histoire de l'empire musulman s'étend sur plus d'un demi millénaire. Nous distinguons trois phases qui coïncident assez exactement avec celles qu'a connues l'histoire de l'Islam.

A/ **La première phase** se caractérise par un phénomène que l'on a appelé une « **fièvre de traduction** » : les Arabes, successeurs immédiats du prophète, s'efforçaient avec une largeur de vue digne d'admiration, de **s'approprier la culture des pays conquis** par eux. Dans le domaine de la médecine, il n'y a pas de moyen plus efficace que la traduction. Par ce procédé, le patrimoine classique de l'Antiquité a été transféré dans une autre zone culturelle. Les arabes ne tardent pas à créer leurs propres **centres de traduction** à Damas et Bagdad. Vers 900, toute la médecine hippocratique, galénique et byzantine est accessible en langue arabe.

B/ **la deuxième phase, créatrice**, commence au X^{ème} siècle. La langue scientifique prédominante est désormais l'*arabe* ; cependant les grands médecins qui la parlent ne viennent pas tous d'Arabie, mais aussi de Perse,

comme **ERRazi et IBN SINA (Avicenne)** ou de Syrie, d'Égypte et d'Espagne. Les médecins « arabes » connaissent presque par cœur Hippocrate et Galien. En outre, il y a dans l'aire islamique, à côté des sources de connaissance grecques, d'autres qui sont persanes, indiennes et égyptiennes. La médecine arabe a ainsi un caractère cosmopolite.

Ils nous ont laissé de nombreux documents célèbres, comme « *le contenant* » (ou *Continens*) de Razi et le célèbre « *Canon* » d'Avicenne. Et comme les Byzantins, les Arabes composent leurs écrits pour la commodité des praticiens, réalisant ainsi de véritables institutions. Et celui d'Avicenne a été non seulement la Bible des Arabes et des scolastiques, mais treize fois réimprimée au XVI^e siècle. La dernière édition complète en latin a paru en 1608 !

Cependant, les médecins arabes ne se bornent pas seulement à reprendre, à tirer et à classer (ou à commenter) des matériaux anciens. Ils **observent et cherchent eux-mêmes. De nombreuses choses sont révisées, d'autres discernées et accomplies pour la première fois.**

Cette nouvelle vague de recherches est soutenue par le **développement du « système hospitalier » arabe.** Le médecin n'y joue pas un rôle secondaire, comme dans les établissements médiévaux, il en est au contraire le directeur responsable. Les patients sont régulièrement visités, les **malades mentaux sont soignés dignement dans des services spéciaux.** Les hôpitaux disposent de pharmacies et de bibliothèques à eux.

Razi découvre deux nouvelles maladies : la variole et la rougeole, les décrivant selon le modèle des *Epidémies* hippocratiques.

Comme les affections des yeux étaient parmi les plus répandues dans les pays arabes, il n'est pas surprenant que nous constatons précisément dans ce domaine de nouvelles connaissances physiologiques, de nouveaux diagnostics et traitements. Razi a été le premier à décrire la réaction de la pupille à la lumière.

La pharmacie prend un nouvel essor. Les médicaments affluent des contrées les plus diverses. Le camphre et le seigle ergoté de nos pharmacopées sont

des remèdes d'origine arabe. De nouveaux procédés chimiques sont mis au point pour préparer les drogues : distillation, sublimation, cristallisation.

Enfin, un changement fondamental intervient dans le **traitement des malades mentaux**. Bien loin d'être considérés comme des possédés, ils sont soignés avec gentillesse et attention dans des services à part. Parmi les actes psychothérapeutiques, figurent la danse, la musique et le théâtre, pour distraire l'esprit malade.

C/ la troisième phase : est celle de la **décadence**, qui s'amorce au XII^{ème} siècle, associée à la montée du fanatisme et de l'obscurantisme religieux. Néanmoins, les XII^{ème} et XIII^{ème} siècles comptent encore des figures importantes, qui ont su déjouer les pressions exercées par les dogmatiques sur eux. On peut citer :

- **IBN ROCHD (Averroès)** (ابن رشد) né dans le califat espagnol de Cordoue, rédige entre autres « *le Livre de Tous* », ou « *Colliger* ».

- **AbdAl-Latif** (عبداللطيف البغدادي) (1162-1231, Syrie, le Caire), médecin, naturaliste et philosophe, corrige les erreurs de Galien en anatomie humaine, grâce à ses propres observations. Il montre que notre maxillaire inférieur doit être considéré comme un os unique (il était conçu avant comme formé de deux os, ancrés au menton).

- **IBN AN-NAFIS**, qui a été le premier, trois siècles avant Michel Servet et les anatomistes de la Renaissance, à décrire « **la petite circulation du sang** ». Il a réfuté le dogme galénique selon lequel les deux ventricules du cœur communiquent par de nombreuses ouvertures.

Ce n'est sans doute pas un hasard, si ce sont les médecins arabes tardifs, comme **ABD AL LATIF** et **IBN AN NAFIS**, qui se sont opposés si victorieusement à Galien. En effet, les premières générations avaient eu d'autres tâches : recueillir et assimiler la tradition hippocrato-galénique. Ils l'ont complété par de nouvelles connaissances, mais sans la corriger notablement. Ce sont leurs successeurs, pour qui la médecine grecque était depuis longtemps un patrimoine familial, qui ont osé adopter une attitude critique envers elle.

III) TENSIONS ENTRE MEDECINE ARABE ET MENTALITE ISLAMIQUE

Ces avancées (et parfois même bouleversements) rapides et nombreuses, se sont souvent heurtées à des résistances de la part des populations, en particulier des fanatiques religieux et des obscurantistes. Il est rapporté par exemple que **ERRAZI** fut fouetté par un prince. **AL FARABI** (ابو نصر محمد بن محمد فرابي) (872-950), le plus grand philosophe arabe à qui le Moyen Age doit la distinction fondamentale entre essence et existence, a souffert de persécutions. **IBN ROCHD** (ابن رشد)(**Averroès**), déjà vieux, fut exilé pendant un certain temps, cependant que ses œuvres philosophiques étaient brûlées sur ordre du calife marocain. Ses disciples l'abandonnèrent, le peuple l'insulta.

Les médecins étaient contraints de ***faire cadrer leurs pensées et leurs actes avec les croyances du public***. S'ils ne tenaient pas compte des cercles religieux, cela pouvait leur nuire. Pour y échapper, ***ils dissimulaient leurs opinions véritables***. Pour de nombreux musulmans croyants, les philosophes et les médecins, ayant une culture philosophique, étaient des hérétiques. Cet état d'esprit va à l'encontre de l'essence de l'Islam, qui a toujours prôné la tolérance et l'ouverture. En effet, le prophète MOHAMED (**Salalah alayhi wa salam**) a été un exemple éclatant de tolérance et n'hésitait pas à se faire soigner par un praticien « infidèle ». Les califes ont été aussi des mécènes compréhensifs, qui ont protégé et aidé les savants.

IV) CONCLUSION

Les arabes, après avoir repris la science médicale des Grecs, l'avaient complétée dans bien des domaines, puis restituée à l'Occident vers l'an 1000. Ils n'ont pas puisé leurs connaissances qu'à la source grecque. On peut sans peine déceler des influences perses, indiennes, égyptiennes, voire chinoises dans leur médecine et leur culture. Ils ont été réellement les successeurs des Grecs et les précurseurs de la médecine occidentale.

EVALUATION :

1/ La médecine arabe :

A/ a fait suite à la médecine grecque

B/ a évolué en trois grandes phases

C/ s'était limitée à la traduction

D/ est concomitante au développement du système hospitalier

Réponse : A- B-D

2/ citez les noms de deux médecins arabes célèbres ayant laissé un acquis fondamental pour la médecine et précisez leurs apports.

- RHAZES : qui a été le premier à décrire certaines maladies éruptives, comme la variole et la rougeole.

- AVENZOAR : il a décrit la gale, les épanchements péricardiques, l'épilepsie et la trachéotomie. Il a eu aussi l'idée de l'alimentation artificielle par sonde œsophagienne.

3/Enumérez les trois grandes phases de la médecine arabe :

-La première phase : « fièvre de traduction ».

-La deuxième phase : phase créatrice

-la troisième phase : phase de décadence

4/Décrire brièvement le développement du système hospitalier arabe au cours de la phase créatrice de la médecine arabe.

Au cours de la phase créatrice de la médecine arabe, les systèmes hospitaliers sont sous la direction de médecins. Les patients y sont régulièrement visités, les malades mentaux sont soignés dignement dans des services spéciaux. Les hôpitaux disposent de pharmacies et de bibliothèques à eux.

5/Décrire brièvement la relation entre la médecine arabe et la mentalité islamique.

La relation entre la médecine arabe et la mentalité islamique était marquée par une tension. Les avancées médicales rapides et nombreuses, se sont souvent heurtées à des résistances de la part des populations, en particulier des fanatiques religieux et des obscurantistes. Les médecins étaient contraints de faire cadrer leurs pensées et leurs actes avec les croyances du public. S'ils ne tenaient pas compte des cercles religieux, cela pouvait leur nuire.

LA MEDECINE DU MOYEN AGE EUROPEEN

Pr Ag. Najeh SMAOUI
Service de psychiatrie "C"

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Citer les caractéristiques de la pensée de l'homme moyenâgeux.
- 2- Décrire la position des autorités ecclésiastiques au cours du moyen âge européen.
- 3- Citer les principales caractéristiques de pensée médicale au cours de la période monastique.
- 4- Citer les trois significations que le moyenâgeux attribue à la maladie.
- 5- Décrire la place du chirurgien dans la société moyenâgeuse.
- 6- Citer les trois attitudes que les chirurgiens ont adoptées pour faire face à l'interdiction de la dissection imposée par l'église.

DOCUMENT DE BASE

I/ INTRODUCTION :

Le "Moyen Age" est une partie de l'histoire qui s'étend sur la période entre le 5^{ème} au 15^{ème} siècle, et située entre deux évènements historiques : La chute de l'Empire Romain Occidental (476) et la chute de l' Empire Gréco-Romain d'Orient (Constantinople) en 1453, sous les coups des Turcs.

Historiquement, cette période correspond aussi, à celle de **l'essor de la civilisation arabo-islamique**. Elle se caractérise, en Europe, par **l'obscurantisme et le dogmatisme de l'église**, qui contrôle l'enseignement et domine les gens instruits.

II/ CARCTERISTIQUES DU MOYEN AGE :

Au moyen Age, le christianisme était tout puissant, d'où les qualifications de cette époque de : « *âge de la chrétienté* ».

Les caractéristiques de la pensée de l'homme moyenâgeux :

- L'homme du Moyen Age **ne distinguait pas entre « croire » et « savoir »** ou **privilegie le « croire » sur le « savoir et la réflexion »**.
- **Sa pensée rationnelle se développait à l'intérieur de la foi**, au sein du message chrétien, si non elle sera vigoureusement combattue, au nom de la religion. Celle – ci lui donne les **réponses à toutes ses questions** et une **vue d'ensemble sur le monde**.

Position des autorités ecclésiastiques :

- Elles avaient aussi une **main mise sur le savoir**, car l'enseignement était assuré par les hommes de l'Eglise.
- La scolarité était encouragée, non comme but en soi, mais comme **instrument indispensable pour étudier l'écriture sainte**.
- Le principal souci des ecclésiastiques était de sauvegarder la religion, en l'imposant comme doctrine officielle, et en **pourchassant tous les déviants**, qui seront accusés soit de manquer à la foi religieuse chrétienne, soit carrément de la trahir.

Pensée médicale

On considère classiquement que la médecine occidentale au Moyen Âge s'est déroulée sur deux périodes :

*** La période monastique (600 – 1100), exclusivement religieuse et figée, au cours de laquelle la médecine s'apprenait et s'exerçait au contact des moines qui savaient lire le latin. Il s'agit d'une longue période d'obscurantisme médical avec une domination de la médecine par l'Eglise qui intervenait à plusieurs niveaux :

- l'Eglise s'est appropriée l'exercice de la médecine jusqu'alors réservé aux moines qui exerçaient dans les monastères, centres de conservation des manuscrits anciens ;
- elle interdisait les dissections sous peine d'excommunication ;
- elle attribuait le nom d'un saint à la plupart des maladies ;
- elle proposait l'application des reliques des saints comme traitement ;

-elle refusait que le corps humain soit exploré pour ne pas troubler l'ordre divin.

L'Eglise imposait le respect inconditionnel de certains dogmes hérités de l'Antiquité et compatibles avec le monothéisme.

*** La période scolastique (1 100 – 1 400), caractérisée par le développement des écoles puis des universités. Ce n'est qu'à partir du XI^{ème} siècle que les acquis des médecins arabes se sont imposés en Occident, ce qui a eu pour conséquence pour la médecine d'accéder au statut de science.

III/ LES SIGNIFICATIONS DE LA MALADIE AU MOYEN AGE

A cette époque, l'homme concevait la réalité et les institutions humaines **d'un point de vue religieux**, qui avaient pour but ultime de **glorifier le caractère divin de la création**. Pour lui, la maladie ne pouvait se concevoir que sous l'influence du diable, qui hante les maisons et lieux de vie des croyants, prêt à les ensorceler. Le malade, du fait même de sa maladie, est religieusement impur : le soigner revient à lui purifier le corps et l'âme. D'où la nécessité d'isoler certains malades, comme les lépreux, moins par hygiène que par soucis religieux (pour ne pas influencer les autres, par leurs impiétés). La "punition du déviant" par la mort (brûlé vif, « ***pour qu'au moins l'âme du sujet monte au ciel, purifiée par le feu, de toute influence diabolique !!*** ») n'était pas rare. On luttera aussi contre la maladie par **la prière, l'exorcisme** (chasser du corps les démons), **l'isolement** et les **pèlerinages**.

Le moyenâgeux attribuait une triple signification de la maladie :

- C'est une **conséquence du péché originel** (commis par nos ancêtres : Adam et Eve, qui ont désobéit à Dieu). Pour cela, il suffisait souvent de transporter le malade dans l'Eglise pour le délivrer de ses souffrances. On lui chuchote alors des noms de saints à l'oreille ou bien on lui récitait des versants de la bible, ce qui devrait le soulager. Si le patient ne s'améliore pas ou que son état s'aggrave, c'était la preuve qu'il était atteint par le diable et il peut risquer le bûcher.

- Elle est **le châtement** pour une faute commise par la victime. Le châtement peut frapper soit l'individu seul, soit plusieurs individus, soit des peuples entiers. Ceci nous rappelle la médecine magique primitive, mais contrairement à cette dernière, dans la chrétienté, la crainte de représailles divines débouche sur l'espérance. A partir de ce moment, il n'y a plus de cas désespérés et même la mort est vaincue, puisqu'une vie nouvelle s'ouvre dans « l'au-delà ».
- C'est une **forme d'expiation (rachat) et de purification**, que le malade doit supporter avec soumission. C'est une épreuve pour le malade et une occasion pour lui **d'acquérir des mérites**, pour mériter le paradis.

IV/ PLACE DU MEDECIN DANS LA SOCIETE MOYEN AGEUSE

Au cours de la période monastique, les « moines médecins » que l'on peut considérer comme les premiers médecins hospitaliers exerçaient dans les grands monastères.

Leur exercice relevait alors d'un mélange de connaissances et de mysticisme. Le diagnostic des maladies reposait sur l'analyse du pouls et à l'observation des urines. Le fonctionnement de chacun des organes était rattaché à un astre et leurs troubles étaient interprétés en fonction de considérations astrologiques.

Au cours de la période scolastique, les médecins exerçaient auprès des membres des classes élevées de la société. Parmi ces derniers, il y avait une proportion de médecins juifs qui disposaient de la connaissance de la médecine arabe. Les gens du peuple avaient recours aux guérisseurs, aux barbiers et extracteurs de dents.

V/ PLACE DU CHIRURGIEN DANS LA SOCIETE MOYENAGEUSE

Au Moyen Âge, la chirurgie constituait le parent pauvre de la médecine. Son exercice a même fait l'objet d'une condamnation par le clergé au concile de Tours (1163) selon le principe : « l'Eglise a horreur du sang ». Certaines universités obligeaient même leurs candidats médecins à jurer qu'ils

n'opéreraient jamais par le fer et par le feu. A partir du concile de 1130, il était interdit à tout ecclésiastique de pratiquer la chirurgie.

L'un des problèmes était, pour les chirurgiens, l'interdiction des dissections anatomiques par l'Eglise, sous peine d'excommunication. Elle refusait même que le corps humain soit exploré, « *pour ne pas troubler l'ordre divin* ».

Du coup, les chirurgiens avaient **trois attitudes possibles** face à cette interdiction :

- 1) **se cantonner dans un bavardage creux**, en parlant latin et grec, pour ne pas être compris et éviter très soigneusement de toucher aux malades.
- 2) **faire des dissections en cachette**, et gagner la protection d'un roi ou d'un prince :
- 3) **Ruser pour obtenir une autorisation** de disséquer, par l'Eglise: disséquer le cadavre d'un condamné à mort, ou des cadavres suspects d'avoir été empoisonnés.

VI/ THERAPEUTIQUES MOYENAGEUSES

Au cours de la période monastique, les thérapeutiques médicales reposaient à la fois sur l'alchimie, sur la pharmacie et sur l'astrologie. La pharmacopée disponible reposait essentiellement sur l'utilisation de plantes. La culture des plantes médicinales est développée au sein des monastères. La pensée médiévale plus analogique que logique s'exprimait également dans le domaine thérapeutique. Elle est le support de la théorie des signatures qui repose sur le principe selon lequel la Providence a permis aux hommes de faciliter l'identification des végétaux aux vertus thérapeutiques. (par exemple, les plantes rouges permettent de guérir les maladies du sang).

Au cours de la période scolastique, les mesures hygiéno-diététique, notamment l'hydrothérapie et les régimes alimentaires (le lait et les bouillons) tenaient une grande place dans les traitements dont les prescriptions continuaient à être fondées sur la théorie des humeurs. Leurs excès étaient traités par les saignées, les purges...La pharmacopée se servait de préparations d'origine végétale et aussi de remèdes préparés à partir de

produits animaux. Sous l'influence des thèses développées par les alchimistes, des minéraux pouvaient être employés pour soigner.

VII/ EBAUCHE DE CHANGEMENTS :

Les changements commencent vers 1100, par le contact avec la science des Arabes, beaucoup plus réaliste. Avec l'écartement des moines de la médecine (par une décision du pape, en 1130), ces derniers se sont consacrés à la traduction des documents scientifiques arabes. Ce phénomène s'appelle « arabisme ». Les nouveaux médecins seront formés dans des « écoles de médecine », qui ne tardent pas à s'appeler « universités » et vont profiter pleinement de cet arabisme, qui remplacera l'enseignement par les religieux.

EVALUATION :

1/ La médecine du moyen âge européen :

A/ développe la pensée rationnelle à l'intérieur de la foi

B/ s'est déroulée en deux périodes : monastique et scolastique

C/ est indépendante de l'église

D/ autorise les autopsies

E/attribuait le nom d'un saint à la plupart des maladies

Réponse : A-B-E

2/ énumérez les significations de la maladie chez le moyenâgeux.

Le moyenâgeux attribuait une triple signification de la maladie :

- C'est une conséquence du péché originel
- Elle est le châtimeut pour une faute commise par la victime.
- C'est une forme d'expiation (rachat) et de purification, que le malade doit supporter avec soumission.

3/ décrire les trois attitudes possibles du chirurgien face à l'interdiction des autopsies :

1) se cantonner dans un bavardage creux, en parlant latin et grec, pour ne pas être compris et éviter très soigneusement de toucher aux malades.

2) faire des dissections en cachette, et gagner la protection d'un roi ou d'un prince :

3) Ruser pour obtenir une autorisation de disséquer, par l'Eglise : disséquer le cadavre d'un condamné à mort, ou des cadavres suspects d'avoir été empoisonnés

LA MEDECINE MODERNE

Pr Ag. Najeh SMAOUI
Service de psychiatrie "C"

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Citer les deux piliers sur lesquels s'appuie la médecine hospitalière.
- 2- Citer les principes de la médecine moderne
- 3- Enumérer les faits essentiels de la médecine du XXème siècle

DOCUMENT DE BASE

I/ INTRODUCTION :

Le grand virage de la médecine moderne a été amorcé au début du XIX^{ème} siècle par le physiologiste, pharmacologue et médecin français **FRANÇOIS MAGENDIE**, ainsi que les médecins romantiques (ou littéraires) et empiristes (qui s'appuyaient uniquement sur l'expérience spontanée ou commune, sans méthode ni rationalisme). Au cœur de la médecine nouvelle :

- 1) **la recherche de faits scientifiques tangibles** (palpables, évidents), qui s'effectue par **l'expérimentation active**. L'expérimentateur avance des hypothèses, qui seront confirmées ou infirmées par les résultats de son travail.
- 2) A partir de cette époque, les **hospices** selon le modèle médiéval (lieu d'accueil pour les pauvres et les infirmes) se transforment en **hôpitaux** au sens moderne du terme, traitant les malades et surtout les cas aigus.

II/ LA MEDECINE HOSPITALIERE :

Elle s'appuie sur deux piliers : « l'exploration physique » et « l'anatomie pathologique ».

A) **l'exploration physique**, a été initiée par le viennois LEOPOLD VON AUENBRUGGER (1722-1809), en particulier en systématisant le recours à la **percussion**. En 1819, LAENNEC, à Paris, introduit **l'auscultation** des malades par le stéthoscope. L'usage du **thermomètre** et des **méthodes endoscopiques** (ophtalmoscopie, laryngoscopie, cystoscopie, etc.) se

répondaient à partir de 1860. Le « **marteau réflexe** » a été utilisé pour la 1^{ère} fois en 1870, par Wilhelm ERB. En 1875, Carl WESTPHAL constate la disparition du réflexe rotulien dans le tabès et en 1896, Joseph BABINSKI décrit le signe qui porte son nom.

B) **L'anatomie pathologique** : qui s'est développée grâce à la pratique intensive des autopsies cadavériques. C'est à partir de ces constatations que va se développer « l'anatomie pathologique générale ».

III/ PRINCIPES DE LA MEDECINE MODERNE :

- **Les faits sont au centre de la médecine scientifique.** L'accent est mis sur un pragmatisme militant
- Les faits les plus indiscutables nous les devons à **l'expérience** : donc, l'idéal est « la méthode expérimentale ». Il faudra l'employer partout et toujours.
- **Faire profiter la médecine des progrès de la physique, la chimie, la biologie**, qui l'ont dépassé, grâce à l'expérimentation.
- **Lutter contre toute idée dogmatique ou croyance scientifiquement non prouvée.**

IV/ FAITS ESSENTIELS DE LA MEDECINE DU XIX^e SIECLE

La médecine du XIX^e siècle a fait un gigantesque bond en avant grâce à l'accumulation des connaissances et des découvertes médicales.

La médecine anatomo-clinique s'est imposée et a bénéficié des acquis de la physiologie expérimentale.

La nosologie médicale s'est enrichie tandis que la sémiologie est devenue de plus en plus précise, ce qui a permis aux médecins de poser des diagnostics de plus en plus précis.

Sous l'impulsion de médecins, un certain nombre de disciplines médicales ont acquis leurs lettres de noblesse comme la cardiologie, la neurologie, la dermato- vénéréorologie et la psychiatrie.

Grâce à Louis Pasteur et à Robert Koch, la microbiologie a subi un bouleversement qui s'est traduit par la découverte de nouveaux agents infectieux et surtout par la mise au point de vaccins.

La thérapeutique a bénéficié des progrès de la chimie analytique qui a permis la mise au point de principes actifs.

Le XIXe siècle peut être considéré comme celui du triomphe de la chirurgie qui a bénéficié de l'introduction de l'anesthésie, de l'antisepsie et de l'asepsie.

VI/ FAITS ESSENTIELS DE LA MEDECINE DU XXe SIECLE

Le XXe siècle a été marqué par le fantastique bond en avant de la médecine. L'espérance de vie s'est allongée (plus de 30 ans en un siècle). La médecine a eu des répercussions majeures dans les principales avancées sociales et éthiques de ce siècle. Chaque décennie a été marquée par une série de découvertes médicales qui ont été intimement intriquées avec les grands bouleversements historiques.

La transfusion sanguine, la chirurgie d'urgence, l'antisepsie et le transport des blessés se sont formidablement développés au cours de la première guerre mondiale. Des médicaments comme la pénicilline, les chimiothérapies anticancéreuses doivent leur essor à l'effort de guerre des industries médicamenteuses au cours de la seconde guerre mondiale.

Les découvertes médicales ont également entraîné un bouleversement dans le statut du médecin dans la société. Il a fallu que ce dernier s'adapte et qu'il tienne compte de l'introduction de la technologie dans sa profession. Cette adaptation à l'outil technologique a soulevé un certain nombre d'interrogations.

L'éthique médicale s'est développée au lendemain de la guerre avec les découvertes des macabres activités des médecins nazis. La médecine humanitaire a été fondée à la suite de la famine occasionnée par la guerre du Biafra.

Le XXe siècle a été marqué par la multiplication des examens complémentaires, qui ont permis une approche de plus en plus sélective des affections pathologiques.

Si de nombreuses maladies infectieuses sont devenues moins fréquentes voire ont été éradiquées, comme la variole, de nouvelles sont

apparues, comme l'infection à VIH, qui constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique.

La psychiatrie, a découvert les névroses : affection en rapport avec des perturbations de la psychologie de l'individu, sans lésion organique observable ni germe détectable.

EVALUATION :

1/ Enumérez les deux piliers de la médecine hospitalière :

- l'exploration physique
- l'anatomie pathologique

2/ Les faits essentiels de la médecine du XIX^{ème} siècle sont :

- A/ la découverte de nouveaux agents infectieux
- B/ la mise au point de vaccins.
- C / le développement remarquable de l'éthique médicale
- D/ la découverte de la petite circulation
- E/ la découverte de l'alimentation artificielle par sonde œsophagienne

Réponse : A-B

3/ Les faits essentiels de la médecine du XX^{ème} siècle sont :

- A/ le développement de l'éthique médicale
- B/ la pratique des transfusions sanguines
- C/ triomphe de la chirurgie avec l'introduction de l'anesthésie
- D/ le développement des transports médicalisés des blessés
- E/ l'initiation à l'anatomie de l'œil

Réponse : A-B-D

HISTOIRE DU MEDICAMENT

Public cible : Etudiants de 1^{ère} année médecine

Réalisé par : Pr Zouhir Sahnoun

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Décrire les principales caractéristiques des pratiques thérapeutiques des différentes époques historiques antiques et romaines
- 2- Préciser l'apport des différents savants arabo-musulmans dans l'évolution des connaissances et l'usage rationnel du médicament
- 3- Connaître les principales caractéristiques des pharmacopées thérapeutiques et œuvre pharmaceutiques des différentes époques historiques du médicament

DOCUMENT DE BASE

I- L'HERITAGE ANTIQUE

1- Les pratiques thérapeutiques sumériennes

Sumer est située au sud de l'Irak actuel. C'est une région de l'antique *Mésopotamie*. Cette région du Moyen-Orient doit son nom au fait qu'elle est traversée par deux grands fleuves, le Tigre et l'Euphrate. Le sumérien semble être la plus ancienne langue écrite connue, sous une forme d'écriture appelée le cunéiforme (un système d'écriture mis au point en Basse Mésopotamie (Irak) entre 3400 et 3200 avant J-C constitués de traits terminés en forme de « coins » ou « clous » auxquels elle doit son nom, « cunéiforme », qui lui a été donné aux XVIII^e et XIX^e siècles).

Les traces écrites de thérapeutique traditionnelle précédant l'époque gréco-romaines ont limitées aux civilisations mésopotamiennes, avec les plaquettes d'argiles à l'écriture cunéiforme et égyptiennes.

Les tablettes d'argile sumériennes qui constituent les premières pharmacopées les plus anciennes concernant la médecine datait de la fin du

3^{ème} millénaire avant J.C. Elles ont été découvertes en 1948 dans les ruines de Nippur (à 160 km de Bagdad-Irak).

12 remèdes ont été signalés :

le sel marin (NaCl), le salpêtre (nitrate de potassium sous la forme de petits cristaux blanchâtres présents sur les murs humides) et l'argile avec le lait, le miel, la peau de serpent et l'écaille de tortue.

Les végétaux sont également les bases de leurs prescriptions. Elles sont représentées par le myrte et le thym, le saule, le figuier, le palmier dattier. Les parties concernées de la plante sont les graines, les racines, les feuilles, l'écorce, la gomme et l'huile.

Récemment, **une quarantaine de tablettes ont été découvertes à Ninive** (Irak) qui décrivent des remèdes majoritairement à base de plantes avec quelques minéraux comme le sel et l'argile, des organes d'animaux voire des excréments accompagnés de miel, de graisse animale diluée dans du vin ou d'huiles végétales.

Ces remèdes sont sous formes d'inhalations, décoctions, potions et même suppositoires, et souvent accompagnées d'incantations (*composante orale d'un acte surnaturel*).

les plantes souvent proposées : jusquiame (toxiques, contenant divers alcaloïdes tels que l'atropine, l'hyoscyamine et la scopolamine - graine de jusquiame est connue pour apaiser la rage de dents, elle s'appelle herbe de Sainte Apolline.), l'hellébore noir (pour leurs vertus purgatives, dans l'Antiquité, on croyait les hellébore propres à guérir la folie¹ et la mélancolie), le safran et le laurier.

Mais les différentes pratiques de la médecine sumérienne ne semblent pas avoir fait l'objet d'expérimentations ou de contrôles.

2- Les pratiques thérapeutiques égyptiennes (1634-1292 avt JC) :

On dénombre **1740 recettes**. Il y a des préparations complexes sous forme de collyres, gargarismes, potions, infusion, pilules, suppositoires, inhalations. Les minéraux utilisés sont le carbonate de sodium hydraté, le sulfure d'arsenic, le gypse, le sable,....

Parmi les végétaux, il y a par exemple la scille, la bryone et les graines de genévrier.

On trouve des préparations à visée diurétique, l'aloë, la figue, comme laxatifs, des décoctions de feuilles de saule comme antipyrétique et antalgique le plus probable mais aussi comme antiseptique.

Des substances animales font aussi partie dans presque 50% des remèdes égyptiens : foie, graisse animale, lait, sang, excréments, ...

3- Les dogmes thérapeutiques grecs

→HIPPOCRATE (460 – 377 avt JC)

Parmi les préceptes du guide thérapeutique

« Les maladies proviennent soit du régime, soit de l'air que nous inspirons pour vivre ».

il faut utiliser les remèdes avec précaution → selon Hippocrate :

L'hellébore (خربيق), utilisée comme purgatif mais aussi dans la folie et l'imbécillité mais, *« L'hellébore est dangereux pour ceux qui ont un corps sain car il provoque des convulsions. »*

→THEOPHRASTE (377- 288 avt JC), spécialiste en botanique a écrit plusieurs **ouvrages** : *Histoire des plantes et Causes des plantes*. C'est une pharmacopée botanique comportant 500 plantes avec leurs propriétés et leurs dangers.

Il est également le père de la théorie des signatures qui se retrouve en fait aussi dans la tradition chinoise. Cette théorie stipule que **les propriétés physiques** (formes, couleur, odeur, gout) d'une plante ou d'une partie de la plante **évoque un intérêt thérapeutique** qui est à la base d'une utilisation empirique souvent scientifiquement non justifiable.

II- L'EPOQUE ROMAINE

CELSE (Aulis cornelius Celsus) (1^{er} siècle ap JC), comme Hippocrate, a écrit que:

« Le meilleur médicament est la nourriture donnée à propos. ». Celse a commenté avec précision l'art de nourrir le malade selon son âge et la phase de sa maladie.

PLINE l'Ancien (Caius Plinius Secundus)(23 -79 ap JC) : a écrit un livre « *Magie et pharmacopée* »

Qui comporte des mélanges de plantes de magie et de charlatanisme.

DIOSCORIDE (40-90 ap JC) (né en Cecilie (Turkie)) est le successeur de Théophraste. Dans son ouvrage « *De materia medica* » a cité 500 plantes avec 1600 préparations à base de végétaux, d'animaux et de minéraux.

GALIEN (Claudius Galenus) (129 ou 131 - 201 ou 216ap JC) a écrit plusieurs ouvrages. Il a cité plusieurs remèdes dont 473 à base de plantes. Galien a décrit l'importance de la théorie issue de l'observation clinique et l'importance de l'expérience :

« ...*En effet, ni l'expérience seule, ni la théorie seule ne permettent d'aboutir.*»

Mais l'empirisme toujours l'emporte sur l'expérimentation et il faut attendre 18 siècles après pour que l'expérimentation l'emporte sur l'empirisme.

Dès le 3^{ème} siècle après JC, on a noté la traduction des ouvrages de Galien en latin et en arabe.

III- L'EPOQUE DE LA CIVILISATION ARABO-MUULMANE :

→**Les perses et les mésopotamiens** (zone syrio-irakienne autour des deux fleuves) en contact avec les indus ont traduit en vieux persan dès les 1ers siècles de notre ère.



Au VI^{ème} siècle :

les chrétiens nestoriens (dissidents des chrétiens orthodoxes de Constantinople)(Istanbul)(428-431)ont créé une école de médecine « *l'academia hyppocratica* ». C'est une médecine du monde grec et byzantin avec des traditions perses et indiennes.

Entre VII et XII^{ème} siècle : l'ère de la civilisation arabo-musulmane :

Les nestoriens attirés par les khalifes arabes de Baghdad ont traduit des textes greco-romains dont ceux de Galien.

En effet, pendant cette période (**entre VII et XI siècle**), **Baghdad** :

- est devenue une grande métropole cosmopolite avec ses manufactures, ses hôpitaux, ses bibliothèques
- **Naissance pour la 1^{ère} fois** de la distinction entre la profession pharmaceutique et celle médicale :
 - Les spécialistes de la fabrication et la délivrance des médicaments apparaissent pour la 1^{ère} fois à Bagdad, **les sayadila** dès le VIII siècle.
 - Aussitôt **les sayadila** ont été soumis à des règles : Le Kalife ELMaamoun (814-833) ordonne l'inspection des officines par le Mohtassib qui :
 - **vérifie la conformité des Sayadila aux « grabadins » ≡ pharmacopée ≡ codex**
 - **lutte contre les fraudes éventuelles sur la qualité des drogues utilisées.**

le grand grabadin de SABER IBN SAHL (صابر بن سهل) (Nestorien, décédé en 865) est considéré comme le 1^{er} codex régissant légalement les préparations pharmaceutiques (= ouvrage de référence dans le monde arabe jusqu'au XII^e siècle, remplacée par la suite par la *Pharmacopée d'Amin al-Dawla IBN AL-TILMIDH*.(Abu'l-Hasan HibatAllāh ibn Sāid ibn al-Tilmidh (أمين الدولة بن التلميد) (né 1073 →1165) qui fera autorité en **Europe** jusqu'au **XIX** siècle.

Les fondements de la médecine arabe à l'époque reposent sur l'observation d'une progression systématique d'attitudes :

- 1- L'accent est mis d'abord sur la nécessité de conserver la santé par le respect d'un certain nombre de règles d'hygiène.
- 2- Ensuite, lorsque la maladie est déclarée, il convient de lutter contre elle. On fait appel en premier lieu aux moyens les plus simples de diététique,
- 3- puis, en second lieu à une médication simple
- 4- ou à un traitement par les médicaments composés
- 5- et en dernier lieu, seulement si cela s'impose, à la chirurgie.

Les grands savants arabo-musulmans :

AL-KINDI (الكندي) (801-866) : Philosophe, chimiste et médecin de Bagdad, son « livre de la chimie des parfums et des distillations »

ERRAZY (RAZES) (865-932) Abu Bakr Mohamed Ibn Zakiria AlRazy (ابوبكر محمد بن زكرياء الرازي): Médecin et chimiste. Son enseignement a insisté sur l'expérimentation dans le traitement des malades et l'étude des nouveaux remèdes sur les animaux.

Il recommande : « *Si le patient peut être traité par le régime, éviter les médicaments; et s'il peut être traité par des médicaments simples, éviter les associations de plusieurs médicaments.* »

Il a écrit une encyclopédie médicale de 22 volumes. Le dernier volume es: « *Kitab el-Hawi fi al-Tibb.* » a été consacré à la pharmacie qu'il définit :

« *La pharmacie est la connaissance des médicaments, la faculté de différencier la bonne qualité de la mauvaise, d'identifier le pur et le falsifié. Ce savoir n'est pas nécessaire au médecin mais il lui est utile; il est cependant obligatoire pour le pharmacien.* »

IBN SINA (Avicenne (980-1037)) Philosophe et médecin. **IBN SINA** a repris les concepts anciens tels que ceux d'Hyppocrate, de Galien, des médecins asiatiques et a essayé de rajeunir les théories gréco-romaines. Il a écrit la fameuse encyclopédie médicale en 5 volumes « ***Al-Qanoun fi-tib*** » ou « ***Le Canon de la Médecine*** » « **كتاب القانون في الطب** »

Ce livre est la base de l'enseignement de la médecine du XIIe au XVIIe siècle dans la plupart des universités d'Europe et du Moyen-Orient. »

Le volume II de ce livre traite de la pharmacologie :

- des médicaments simples, minéraux, végétaux et animaux.
- Contient environ 800 monographies.
- Contient aussi la description de méthodes d'analyse qui sont habituellement considérées comme de la science "moderne".
- C'est une liste de 798 **médicaments simples** (643 végétaux, 81 d'origine minérale et 74 d'origine animale) avec description des préparations et de leurs propriétés thérapeutiques.

Le volume V : Il est nommé *Aqrabadin*, c'est-à-dire pharmacopée des médicaments composés, pommades, onguents, suppositoires, cataplasmes, sirops.

- Contient environ 600 formules réparties en deux volumes.
- C'est une liste de **760 médicaments composés** dont la thériaque dénommée « *thériaque al-forouk* » désignée en Occident par le terme de « Grande thériaque »

(Faites pour lutter contre les venins et les poisons animaux et végétaux, elles ont ensuite servi dans le traitement de certaines maladies et pour ce faire le nombre de leurs ingrédients a augmenté considérablement (mélange de chair d'animaux où venin (vipères+ autres produits))

IBN SINA : est un grand initiateur de l'expérimentation clinique des médicaments. Il a proposé dans son livre « *Le Canon de la Médecine* « *Al-Qanoun fi-tib* » sept critères pour l'expérimentation clinique des médicaments (voir après).

Dans l'Occident arabo-musulman, un grand centre intellectuel s'est développé à Kairouan, à partir du Xe siècle, sous la dynastie aghlabide.

Trois grands médecins peuvent être cités :

- **IS'HAK IBN IMRAN**, إسحاق ابن عمران, originaire de Bagdad qui aiera de sa vie sa mésentente avec le souverain local,

- **IS'HAKIBN SULAYMAN**, إسحاق ابن سليمان disciple du précédent et contemporain d'Al-Râzî,
- et **IBN AL-DJAZZAR** ابو جعفر احمد ابن ابراهيم ابن ابى خالد ابن الجزار
- né en 878 à Kairouan et décédé en 980 à Kairouan
- est un médecin d'Ifriqiya (Tunisie actuelle)

Œuvre d'Ibn Al Jazzar :

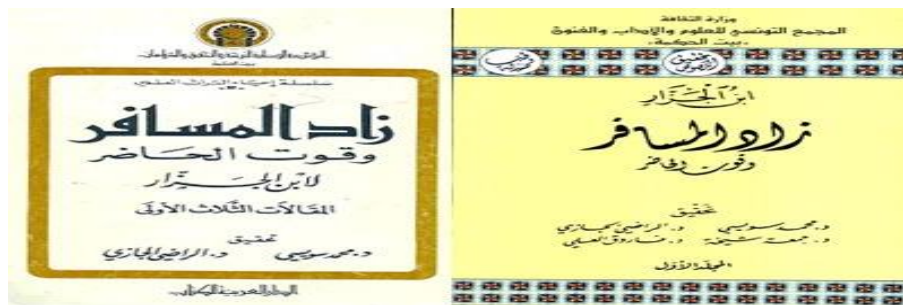
L'œuvre d'**IBN AL-JAZZAR** constitue une véritable encyclopédie. On a recensé 43 titres dont 10 titres seulement existent ; 4 autres nouveaux sont récemment découverts.

Les livres les plus connus pour lui sont :

1) « زاد المسافر و قوت الحاضر » « **Zad al-Mouçafer wa quout al hadher**», ou "Provision du voyageur, ou Viatique et subsistance du jour".. Il s'agit de l'ouvrage "Princeps" d'Ibn al-Jazzar et le plus célèbre dans la littérature médicale. Il a été publié en 1999 en 2 tomes, totalisant 781 pages.

Le viatique se divise en sept livres (ou maqalats) qui traitent des maladies de tout l'organisme, de la tête aux pieds.

Ces 7 livres se subdivisent en 156 chapitres ("abouabs").



2) Œuvres pharmaceutiques

a- " « كتاب الاعتماد في الادوية المفردة » **kitab al itimad fi al-adwiya al-moufradah**", ou "Traité de base sur les médicaments simples".

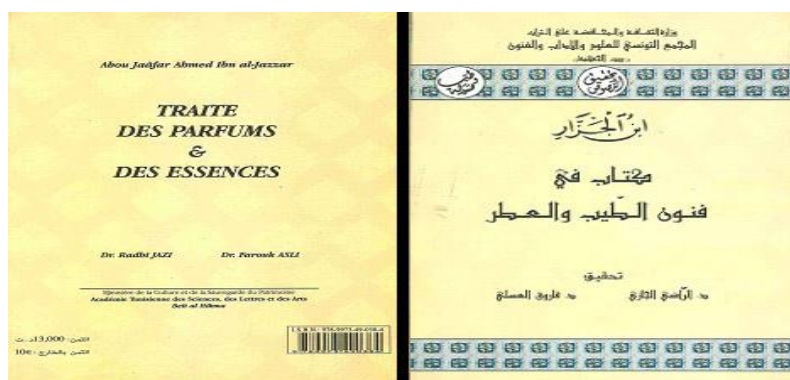
Ce livre comporte l'étude de **275 drogues simples**, provenant :

- du règne végétal : 227

- du règne minéral : 45
- et du règne animal : 3 seulement

Une monographie pour chaque produit: les noms en plusieurs langues, sa "meilleure variété", ses **propriétés** thérapeutiques, les **formes pharmaceutiques conseillées**, les **doses** à prendre.

b- **"Kitab fi founoun attib wal itr"**, ou "Traité des parfums et des essences". « **كتاب في فنون الطيب و العطر** »



Cet ouvrage est un précurseur dans le domaine de l'aromathérapie.

IBN AL-JAZZAR y déclare que :

« Les parfums et les essences sont bons pour la santé ; ils ont un effet bénéfique sur divers organes de notre corps. Ils favorisent la longévité... ils agissent sur l'âme, procurent la bonne humeur » (citation).

Ibn al-Jazzar précise que les formules décrites ont été expérimentées par lui-même, et trouvées efficaces, selon sa propre expression.

IBN AL-JAZZAR e a été un **grand médecin de Kairouan**, proche de son peuple, particulièrement des pauvres et des déshérités ; il soigne bénévolement et distribue gratuite des médicaments.

«IBN AL-JAZZAR a contribué au progrès de la médecine expérimentale, notamment par ses essais cliniques. »

Ses œuvres de la médecine et de la pharmacie, ont été traduites:

Au XIème siècle, Constantin l'Africain, né à Carthage, le principal traducteur en Italie. » Ces traductions ont été diffusées en Occident (Andalousie, France, Italie,...) et constituaient les programmes d'enseignement dans les universités et écoles médicales d'Europe, jusqu'au 17ème siècle.

A la fin du Xe siècle, la médecine andalousienne est fortement intéressée à la science des plantes. Leurs écrits ont cité des remèdes simples et composés et leurs modes de préparation. Parmi leurs médecins, on peut citer **ABU MUHAMMAD IBNOL-BAITAR** أبو محمد ابن البيطار (1190 ou 1197 – 1248) :

- né à la fin du XIIe siècle dans la province de Malaga (Andalousie – Espagne) et mort en 1248 à Damas,
- est un médecin et botaniste arabe.
- son livre « كتاب الجامع لمفردات الأدوية والأغذية » « *Kitāb Al-djāmi` li-mufradât al-adwiyawa al-aghghiya* » :
 - Principale œuvre d'Ibn al-Baytar,
 - **pharmacopée**, classée par ordre alphabétique, s'appuyant notamment sur les œuvres de **DIOSCORIDE**, **GALIEN**, **AL-RAZI** et **IBN SINA** (Avicenne), auxquelles il ajoute ses propres observations et corrections,
 - décrit l'usage d'environ 1400 substances d'origine végétale, animale et minérale. Cette œuvre sera utilisée et traduite durant tout le Moyen âge.

IV- EXEMPLES D'ACCIDENTS MEDICAMENTEUX DU XX^{EME} SIECLE:

1- 1938 - Synthèse du di-éthyl-stilbestrol (**DISTILBENE***) par Dodds aux USA

En 1946, ce médicament a été proposé dans le traitement des menaces d'avortement spontané et les complications de la grossesse. En 1953, les effets comparatifs concluent à son inefficacité et soulignent déjà ses dangers. Pendant les années 1970-1971, on a découvert aux USA plusieurs cancers

du vagin chez des jeunes filles de 15 à 22 ans dont les mères avaient été traitées par le diéthylstilbestrol durant leur grossesse, ce qui a engendré son interdiction son utilisation obstétricale. En 1981-1988 de nombreuses observations d'anomalies utérines et de stérilité chez les jeunes femmes dont la mère avait reçu du diéthylstilbestrol durant la grossesse ont été constatées. Chez le garçon soumis in utero au diéthylstilbestrol, la fréquence d'anomalies testiculaires semble augmentée mais sans diminution de la fertilité.

2- Le thalidomide est utilisé durant les années

1950 et 1960 comme sédatif et anti-nauséeux, notamment chez les femmes enceintes :

Découverte de graves malformations congénitales chez les bébés de mères traitées par ce médicament. Cela a constitué un scandale sanitaire et a abouti au retrait du médicament du marché mondial à partir de 1961.

Estimation d'un nombre total de victimes de ses effets tératogènes s'échelonne entre 10 000 et 20 000.

Cette tragédie a accéléré la mise en place de normes plus strictes de sécurité sanitaire pour la mise sur le marché des médicaments et des produits chimiques comme les pesticides et était un déterminant dans **la création du centre mondial de pharmacovigilance en 1978.**

3- Conséquences réglementaires

→ Aux **États-Unis**, l'affaire du thalidomide donna l'occasion d'une modification de la législation américaine (*Federal Food, Drug and Cosmetic Act*): une première mondiale :

- les autorités sanitaires exigent d'attester non plus seulement l'efficacité mais aussi l'innocuité des médicaments mis sur le marché.

→ En 1961, la Commission de la **Communauté Européenne** adopte la directive 65/65 qui sera adoptée par le Conseil le 26 janvier 1965:

- les autorités communautaires ont contribué à la mise en place de systèmes de délivrance d'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) dans tous les pays de la Communauté.

→ Le 24 mai 1962, à l'occasion de la quinzième Assemblée Mondiale de la Santé, l'**OMS** émet des recommandations.

→ En 1973, à l'occasion de la **troisième conférence internationale sur les malformations congénitales** (*birth defects*) → décision de mise en place de la

International Clearing house for Birth Defects Monitoring Systems

(Centre international d'information sur les systèmes de surveillance des anomalies congénitales)

→ Le 24 août 1976, l'**Allemagne** adopte une loi sur les drogues entrera en vigueur en 1978.

→ **En Angleterre** : Création de comités pour la sécurité des médicaments institué en **1963 puis en 1968** sans pouvoir réglementaire et se contente d'une collecte de tous les effets secondaires des médicaments.

L'évolution au cours du 20^{ème} siècle a été marquée par la mise en place d'outils d'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des médicaments utilisés à des fins thérapeutiques, appelé « **Essai clinique** ».

4- Histoire des essais cliniques

Un essai clinique est une étude réalisée pour évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une méthode de diagnostic ou d'un médicament.

→ Le concept des Essais Cliniques a été introduit par le philosophe et médecin musulman (ابن سينا) (**Ibn Sina/Avicenne**) en 1205 après J-C qui a écrit une grande encyclopédie médicale → :

«كتاب القانون في الطب»

7 concepts à observer pour faire des essais cliniques chez l'homme sur le médicament énoncés par Ibn Sina dans le deuxième volume du «Kitab Al Qanûn fi -Tibb »

«كتاب القانون في الطب»

ont été cités:

1. *Le médicament doit être pur et libre de tout caractère externe accidentel ;*
2. *il doit être utilisé sur une maladie simple et non pas sur une maladie complexe ;*
3. *le médicament doit être testé avec deux types de maladies contraires, parce que parfois un médicament guérit une maladie par ses qualités essentielles et une autre de façon accidentelle ;*
4. *la qualité du médicament doit correspondre à la force de la maladie : par exemple, il y a certains médicaments dont la chaleur est inférieure à la froideur de certaines maladies, de sorte qu'ils n'ont aucun effet sur eux ;*
5. *le temps d'action doit être respecté, de sorte que l'essence et l'accident ne soient pas confondus ;*
6. *l'effet du médicament doit être permanent ou dans de nombreux cas, sinon ce peut être un effet accidentel (lié au hasard) ;*
7. *l'expérimentation doit être faite sur le corps humain, tester un médicament sur un lion ou un cheval ne pourrait pas prouver quoi que ce soit quant à son effet sur l'homme.*

→**JAMES LIND** a démontré en 1747 que les agrumes peuvent soigner le scorbut; un groupe de marins en consommant des oranges et du citron, s'est rétabli en 6 jours.

→**Des essais cliniques sur le traitement de la syphilis** en Angleterre et aux USA (1943)

De nombreuses études ont été menées pendant toute cette période:

- Sans consentement des patients
- Sans évaluation du rapport bénéfice/risque
- Sans méthodologie
 - Réalisé sur certaines populations vulnérables
 - Certains scientifiques ont participé à des expériences d'auto-inoculation afin de préciser l'étiologie de certaines maladies

Les conditions de l'expérimentation ont donc suscité

- des réflexions sur l'éthique à respecter
- Poser le principe du volontariat et du consentement
- Des réflexions sur la protection de certaines populations (femme enceintes, enfants, personnes privées de liberté, personne non autonomes, personnes psychiatriques, débiles mentaux, patients inconscients, ...)

Les lois et les règles qui encadrent les essais cliniques dans le monde :

- **1947 - Le Code de Nuremberg** : droits des sujets participants – le consentement volontaire
- **1964 - La déclaration d'Helsinki** : réévaluation des principes éthiques – création des comités d'éthique
- **1993 –Recommandations de l'OMS** pour les B.P.C dans les essais sur les produits pharmaceutiques
- **1996 -La directive ICH** (Conseil international d'harmonisation des exigences techniques pour l'enregistrement des médicaments à usage humain) sur les Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) : Normes de qualité éthique et scientifique internationale pour la conception et la réalisation des essais cliniques.

Auto-évaluation formative :

1-Précisez parmi les suivants les savants de l'époque romaine:

- a. Théophraste
- b. Celse
- c. Hippocrate

- d. Galien
- e. Razès

2-Précisez parmi les suivants les savants de l'occident arabo-musulman :

- a. Is'hâk ibn Sulaymân (إسحاق ابن سليم)
- b. Al-Râzî (الرازي)
- c. Is'hâk ibn Imrân, (إسحاق ابن عمران)
- d. Ibn al-Djazzâr (ابن الجزار)
- e. Al-Kindi (الكندي)

3-Citez l'œuvre célèbre d'Ibn Sina en médecine

4- Donnez la date de création du centre mondial de pharmacovigilance

INTRODUCTION A LA PHARMACOLOGIE :
DEFINITIONS ET DIFFERENTS TYPES D'ACTION DES MEDICAMENTS,
VOIES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS (GENERALITES)
LA VIE D'UN MEDICAMENT (GENERALITES)

Pr Zouhir SAHNOUN

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Définir les concepts de médicament, de pharmacodynamie et de pharmacocinétique et de pharmacovigilance
2. Définir les différents types d'action des médicaments.
3. Décrire les principales voies d'administration des médicaments
4. Enumérer les origines chimiques des médicaments.
5. Décrire brièvement les 4 grandes étapes de la vie d'un médicament
6. Décrire les différentes étapes de l'expérimentale animale du médicament.
7. Décrire les principes des 4 phases de l'essai thérapeutique du médicament chez l'homme.

DOCUMENT DE BASE

I- DEFINITIONS ET DIFFERENTS TYPES D'ACTION DES MEDICAMENTS :

La pharmacologie est la science des effets et du devenir dans l'organisme des médicaments. Elle se différencie de la pharmacie qui fabrique et dispense le médicament. Elle étudie les mécanismes d'action et les effets des différents médicaments ce qui permet d'avancer dans les connaissances relatives aux mécanismes physiopathologiques des différentes maladies.

Qu'est-ce qu'un médicament ?

Un médicament est défini comme toute substance ou composition de substances possédant des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies humaines ou animales. Il s'agit aussi de tout produit pouvant être administré à l'homme ou l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions organiques.

La Pharmacodynamie est l'étude qualitative et quantitative des actions et des mécanismes d'action des médicaments.

(Des exemples à développer pendant le cours expliquant l'action et le mécanisme d'action des médicaments).

La Pharmacocinétique est l'étude du devenir du médicament dans l'organisme depuis son administration jusqu'à son élimination (Résorption, liaison aux protéines plasmatiques, diffusion tissulaire, métabolisme, élimination).

(Des exemples à développer pendant le cours montrant l'intérêt des études pharmacocinétiques pour rationaliser la prescription médicamenteuse).

La Pharmacovigilance a pour objet la détection, l'évaluation, la compréhension et la prévention des risques d'effet indésirable des médicaments.

(Des exemples à développer pendant le cours d'effets indésirables des médicaments de gravités différentes et les conséquences qui découlent des études de pharmacovigilance).

Les médicaments peuvent agir de différentes manières et on peut globalement les regrouper en 4 types d'actions :

Action Préventive : les médicaments sont administrés dans ce cas à des sujets sains pour les protéger d'éventuelles maladies (ex. des vaccins) ou encore chez les femmes pour prévenir une grossesse (ex : des contraceptifs hormonaux).

Action Substitutive : certains éléments essentiels à la croissance de l'organisme jeune, ou intervenant à un stade quelconque du métabolisme, peuvent être déficients. Le rôle du médicament dans ce cas est de pallier à la carence provisoire ou définitive de l'organisme en ces éléments. Exemples des vitamines, des oligoéléments et des hormones comme l'insuline chez les diabétiques.

Action Symptomatique : le médicament diminue ou supprime provisoirement les troubles occasionnés par la maladie, mais ne s'attaque pas à sa cause. Ce groupe est le plus fourni en médicaments et représente la plus forte consommation. Exemple : les analgésiques, les antipyrétiques, les anti-inflammatoires, les anti-hypertenseurs, les antidiabétiques oraux etc.....

Action Curative : elle est déterminée par les médicaments qui suppriment la cause de la maladie et qui entraînent, par conséquent, la guérison complète. Ce sont les meilleurs médicaments mais malheureusement ils représentent le groupe le moins fourni qui se limite aux antibiotiques et antiparasitaires.

Dénomination des médicaments

On distingue plusieurs noms pour un médicament :

- Le nom chimique qui correspond à la formule chimique ; exemple : acide acétyl salicylique
- La dénomination commune internationale (**DCI**) : aspirine
- Les noms commerciaux : Aspegic*, ...

La forme galénique :

La **galénique** est l'étude des **formes** d'administration des médicaments. La **forme galénique** d'un médicament est l'aspect (comprimé, gélule, suppositoire, ...) sous lequel est présenté le médicament. Cet aspect est

adapté à son mode d'administration. Un médicament peut se présenter sous plusieurs formes galéniques. Il y a :

- les formes pour une administration entérale : le médicament est administré par voie digestive (orale, sublinguale ou rectale). Par exemple, le médicament peut se présenter sous forme de comprimé, de gélule, de solution buvable ou de suppositoire.
- les formes pour une application locale sur la peau ou les muqueuses. On peut citer par exemple les pommades, les crèmes et les collyres.
- les formes pour une administration parentérale : le médicament est administré par voie injectable (sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse,...)

Chaque forme galénique de médicament présente deux types de produit :

Le principe actif et l'excipient qui est spécifique à chaque forme galénique

Le principe actif est la substance qui est responsable de l'effet pharmacodynamique. Pour pouvoir être administré, il doit être véhiculé par d'autres substances que l'on appelle excipient. Ainsi, pour fabriquer un comprimé, on associe au principe actif, des substances comme le talc, l'amidon et le lactose. La plupart des médicaments contiennent un seul principe actif, alors qu'un certain nombre en comportent deux ou plusieurs.

II- VOIES D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS (GENERALITES)

Classiquement on distingue deux grands types de voies d'administration des médicaments les voies générales et les voies locales.

- Par voie générale le médicament doit, pour pouvoir atteindre son lieu d'action, d'abord pénétrer dans la circulation sanguine.

C'est le cas des :

8. voies digestives ou entérales (sublinguale, orale, rectale),

9. et des voies injectables ou parentérales (sous cutanée, intramusculaire, intraveineuse etc...).
- Par voie locale : le médicament est mis directement en contact avec le tissu malade.

1- Administration par voie digestive ou entérale

1.1. Voie sublinguale :

Les médicaments sont administrés sous forme de petits comprimés (glossettes) ou de solutions que le malade place sous la langue jusqu'à absorption convenable en évitant de les avaler (exemple : TRINITRINE*)

L'absorption s'effectue en réalité au niveau de toute la paroi buccale.

1.2. Voie orale proprement dite :

Le médicament est avalé, la résorption s'effectue au niveau de l'estomac et de l'intestin.

Dans cette résorption l'intestin grêle joue le rôle le plus important en raison de sa surface considérable et sa riche vascularisation.

Les formes pharmaceutiques utilisées souvent par voie orale sont par exemple des comprimés, des gélules et des solutions buvables.

C'est la voie la plus pratique lors des traitements ambulatoires, puisqu'elle ne nécessite aucun matériel particulier et ne présente aucun risque d'infection. Cette voie n'est pas destinée pour le traitement d'urgence des maladies.

1.3. Voie rectale

Les muqueuses rectale et colique ont une certaine possibilité de résorption. Par conséquent, la voie rectale peut être utilisée pour administrer de nombreux médicaments ayant un effet local ou un effet général. Elle est pratiquée chez le jeune enfant vomisseur et permet d'administrer des substances d'odeur ou de goût désagréables.

2- Les voies parentérales.

L'administration des médicaments par voie injectable nécessite des précautions qu'il faut observer, sinon des accidents parfois graves peuvent survenir.

2.1. Voie Sous Cutanée :

La résorption des solutions aqueuses injectée sous la peau comporte une diffusion dans le tissu conjonctif sous-cutané, suivie d'une pénétration à travers l'endothélium des vaisseaux sanguins et lymphatiques. La résorption sous-cutanée dépend de la vascularisation de la peau et de la solubilité du médicament.

2.2. Voie intramusculaire :

Le muscle étant richement vascularisé, la résorption est très rapide à son niveau. L'injection intramusculaire est, en règle générale, peu douloureuse, car le muscle est peu riche en fibres sensibles. Le lieu classique d'injection intramusculaire est le cadran supéro-externe de la fesse pour éviter de piquer le nerf sciatique.

2.3 Voie intraveineuse :

Par cette voie, le médicament est introduit directement dans le système vasculaire. L'administration intraveineuse du médicament permet un effet immédiat, utile en cas d'urgence. Mais cette voie peut être dangereuse en cas d'injection rapide. De plus, elle exige comme pour les autres voies parentérales une asepsie rigoureuse. Elle peut exposer aussi au risque d'embolie gazeuse et/ou graisseuse.

3- les voies locales

Les médicaments administrés par cette voie sont destinés à traiter des affections localisées, ils ne sont pas destinés à pénétrer dans la circulation sanguine, mais ils peuvent y parvenir et exercer dans certains cas des effets parfois indésirables (exemple : corticoïdes). On distingue les applications sur

la peau (Pommades, crèmes, lotions,...) et les muqueuses (collyres, crèmes ophtalmiques, gouttes nasales, ovules et comprimés gynécologiques).

III- VIE DU MEDICAMENT (GENERALITES)

La naissance d'un médicament passe par de nombreuses étapes. Elle implique plusieurs spécialistes et experts pour des études permettant une sélection sévère.

A partir de dizaines de milliers de molécules chimiques découvertes chaque année, quelques-unes d'entre elle seulement arrivent au stade de la commercialisation et de l'utilisation comme médicament.

La vie d'un médicament comporte schématiquement 4 étapes :

1. Deux étapes précliniques : avant la première utilisation chez l'homme :
 - conception chimique
 - expérimentation animale
2. Deux étapes cliniques (chez l'être humain)
3. essais thérapeutiques expérimentaux
4. utilisation thérapeutique très large après commercialisation et pharmacovigilance

1- Etape de conception chimique

Les nouvelles molécules peuvent être nées de plusieurs façons :

1. Extraction à partir de plantes.
2. Synthèse de molécules originales par les chimistes
3. Synthèse de nouvelles molécules partant d'une découverte scientifique sur le rôle d'un transmetteur chimique ou d'une hormone (exemples : la L-DOPA dans la maladie de parkinson, les anti-H2 dans l'ulcère gastro-duodéal).
4. Amélioration pharmacologique à l'intérieur d'une classe déjà connue donnant des molécules :
 - plus actives
 - de cinétique plus adaptée

- avec moins d'effets indésirables

Formulation galénique :

Le principe actif est présenté sous une forme galénique (avec un excipient) en quantité suffisante pour l'expérimentation animale et éventuellement aux premiers essais thérapeutiques chez l'homme.

2. Etape d'expérimentation animale

Elle se fait sur animal entier et/ou sur organe ou cellules isolés.

2-1- Tri ou Screening

C'est une étape essentielle pour la sélection des molécules actives en tant que médicament. On choisit un ensemble de tests adaptés à l'objectif à atteindre. Exemple : s'il s'agit d'antihypertenseur. On utilise des tests prouvant cette activité anti-hypertensive sur la fibre isolée et/ou animal entier.

Si on a mis en évidence un effet probable sur la pression artérielle. On passe aux études de sécurité et d'efficacité.

2-2- Etude de la sécurité

Elle permet de vérifier que le produit n'est pas toxique et que les études pharmacologiques plus poussées chez l'homme peuvent être menées sans nocivité.

Si un produit ne répond pas à ce critère d'innocuité, il faut arrêter les études expérimentales à ce niveau.

L'évaluation de la sécurité nécessite plusieurs études de toxicité :

2-2-1-Toxicité aigue :

Elle concerne l'étude qualitative et quantitative des phénomènes toxiques après administration unique de la nouvelle spécialité pharmaceutique.

On détermine :

1. la symptomatologie clinique chez l'animal.
2. la cause de la mort

3. la DL50 : dose létale 50% : qui tue 50% des animaux du lot d'expérimentation

4. le coefficient chimiothérapeutique (CC) d'un produit :
Dose toxique / Dose active (ou thérapeutique)

2.2-2 Toxicité à terme ou chronique

Elle est mise en évidence par administration répétée (6 mois à 2 ans) du médicament. Un bilan complet se fait également avant et après sacrifice de l'animal (bilan clinique, biologique, pathologique, etc...)

2.2.3. Effet tératogène

On utilise des animaux femelles (2 à 3 espèces). On récupère les fœtus après sacrifice ou césarienne. On réalise les mêmes tests que ceux effectués lors de la toxicité chronique.

2.2.4. Mutagenèse et cancérogenèse

2-3- Etude de l'efficacité

Elle comporte l'étude de l'activité du médicament en utilisant un modèle animal pathologique ou un organe isolé. On compare cette activité à celle des produits déjà existant. Il s'agit de réaliser trois objectifs :

- Démonstration de l'action pharmacologique
- Etude du mécanisme d'action
- Notification des effets latéraux éventuels

Au cours de cette étape, on peut également réaliser une étude pharmacocinétique dans le but de :

- Déterminer la ou les meilleures voies d'administration
- Et de fixer les principales caractéristiques pharmacocinétiques

En principe, c'est à la fin de ces expériences, et si le produit a une activité thérapeutique intéressante que se décidera le passage à l'Homme. Chez l'être humain, on parle d'essai thérapeutique.

3- Essais thérapeutiques chez l'homme

Il y a quatre phases d'essais thérapeutiques :

1. Trois phases avant la commercialisation du médicament
2. Une quatrième phase après la commercialisation. On parle de phase de pharmacovigilance.

3-1- Phase I

C'est une première administration du nouveau médicament à l'homme. Il ne s'agit pas d'étudier l'effet thérapeutique du médicament, mais de s'assurer que ce premier contact de l'Homme avec un produit dont on ne connaît pas encore les effets sur l'espèce humaine se fera sans danger. Cette première phase se réalise avec un petit nombre de sujets sains et volontaires. On commence toujours avec des posologies très basses. Par ailleurs, des études pharmacocinétiques du médicament peuvent secondairement se faire.

3-2- Phase II

Objectif essentiel : la mise en évidence des propriétés thérapeutiques chez l'homme (étudier la relation dose/effet). Elle se fait sur un petit nombre de sujets malades volontaires.

Parallèlement, il faut continuer à notifier les éventuels effets indésirables et faire une étude pharmacocinétique.

3-3- Phase III

C'est la phase qui permet l'étude comparative des propriétés thérapeutiques du nouveau produit : apprécier l'efficacité du nouveau médicament en le comparant avec un autre médicament de référence.

Elle se fait avec un plus grand nombre de malades et permet de réaliser un essai thérapeutique contrôlé (comparatif avec 2 groupes de patients....)

On continue toujours la surveillance et notification des effets indésirables.

A la fin de cette phase, se fait une analyse des différents dossiers d'expertise pour une éventuelle autorisation de Mise sur le Marché (A.M.M.).

3-4- phase IV

Elle est située après la commercialisation du nouveau médicament où son utilisation devient de plus en plus large (centaines de milliers de personnes). Elle concerne surtout l'étude :

- Des effets indésirables éventuels
- Des interactions médicamenteuses
- Et la recherche de nouvelles indications.

Auto-évaluation formative :

La voie orale des médicaments :

- 1- permet le traitement des urgences médicales
- 2- peut être source d'infection
- 3- nécessite un matériel pour sa réalisation
- 4- est possible pour les formes galéniques de type liquide
- 5- permet un effet immédiat du médicament

Le principal objectif de la phase III de l'essai thérapeutique d'un médicament est :

- 1- l'étude de sa sécurité
- 2- l'étude de sa pharmacocinétique
- 3- l'étude comparative de son efficacité thérapeutique
- 4- l'étude de ses effets indésirables
- 5- l'étude de ses interactions médicamenteuses

ETHIQUE MEDICALE

INTRODUCTION A L'ETHIQUE MEDICALE

Dr Nejib CHAABOUNI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Comprendre ce qu'est l'éthique médicale et l'intérêt de son enseignement
- 2- Reconnaître des situations de conflit de valeurs
- 3- Reconnaître les principales valeurs : compassion autonomie
- 4- Comprendre l'universalité de l'éthique versus diversité culturelle

DOCUMENT DE BASE

En tant que médecins, nous avons conscience du privilège que constitue notre engagement dans la relation médecin/patient, une relation unique qui, dans un climat d'éthique et de confiance, facilite la transmission des connaissances scientifiques et les soins mais la question des soins de santé soulève aujourd'hui de multiples dilemmes éthiques extrêmement complexe pour lesquels les médecins manquent parfois de préparation.

L'éthique médicale est générée par la progression rapide de la recherche médicale et scientifique : à titre d'exemple, désormais la vie peut être donnée en dehors des processus naturels aux travers des méthodes de la procréation médicalement assistée.

Les médecins sont doublement concernés par l'éthique car ils participent activement au progrès des connaissances médicales (par la recherche biomédicale) et ils sont en contact quotidien avec les malades qui leur demandent toujours des réponses et des conseils immédiats

QU'EST-CE QUE L'ÉTHIQUE MÉDICALE?

L'éthique vient étymologiquement du grec « ETHOS » qui signifie **manière d'être** et de se comporter selon les mœurs.

Dans sa définition la plus simple, l'éthique est l'étude de la moralité – une réflexion et une analyse attentive et systématique des décisions et comportements moraux, passés, présents ou futurs.

La moralité est la mesure de valeur d'une prise de décision et du comportement humains. Le vocabulaire de la moralité comprend des substantifs comme « droits », « responsabilités », « *vertus* » et des adjectifs comme « bon » et « mauvais », « vrai » et « faux », « juste » et « injuste ». Selon ces définitions, l'éthique est principalement affaire de **savoir**, alors que la moralité concerne le **faire**. Le lien étroit qui unit ces deux termes réside dans le souci de l'éthique de fournir des critères rationnels qui permettent de décider ou d'agir d'une certaine manière plutôt que d'une autre.

Alors que l'éthique s'intéresse à tous les aspects du comportement humain et de la prise de décision, elle constitue un domaine d'étude très large et très complexe qui compte de nombreuses branches ou subdivisions. Le thème principal de ce cours est **l'éthique médicale**, la partie de l'éthique consacrée aux questions morales relatives à la pratique médicale. L'éthique médicale est étroitement liée à la *bioéthique (éthique biomédicale)*, sans toutefois lui être identique. Alors que l'éthique médicale s'intéresse principalement aux problèmes soulevés par l'exercice de la médecine, la bioéthique est un vaste sujet qui concerne les questions morales liées au développement des sciences biologiques de manière plus générale.

POURQUOI ÉTUDIER L'ÉTHIQUE MÉDICALE?

L'éthique est et a toujours été une composante essentielle de la pratique médicale. Les principes éthiques comme le respect de l'individu, le consentement éclairé et la confidentialité constituent le fondement de la relation médecin / patient. Cependant, l'application de ces principes peut

parfois poser problème, notamment lorsque les médecins, les patients, les membres de la famille et autres personnels de santé ne sont pas d'accord sur ce qu'ils estiment être la bonne manière d'agir dans une situation donnée. L'enseignement de l'éthique prépare les étudiants à reconnaître ces situations difficiles et à y répondre sur la base de principes rationnels. L'éthique est également importante dans les relations du médecin avec la société et avec ses collègues et aussi dans la conduite de recherches médicales.

L'éthique médicale comporte des champs d'investigations spécifiques qui portent essentiellement sur les questions éthiques de la naissance, de la vie et de la mort parmi ces questions on peut citer :

- L'avortement ;
- Les techniques de procréations médicalement assistés ;
- Le dépistage génétique prénatal ;
- Les transplantations d'organes, de tissus et de cellules (cellules souches) ;
- Les xénogreffes ;
- L'acharnement thérapeutique ;
- Le consentement éclairé ;
- Les décisions d'arrêt de traitement ;
- Les soins en fin de vie ;
- Les questions d'allocations des ressources.

QUELLE EST LA PARTICULARITÉ DE LA MÉDECINE?

Il semble que de tout temps et partout dans le monde, le fait d'être médecin a signifié quelque chose de particulier. Le médecin est celui que l'on contacte pour nous aider dans nos besoins les plus pressants – soulager les douleurs et les souffrances, recouvrer la santé et le bien-être. On permet au médecin de voir, de toucher, de manipuler toutes les parties du corps humain, même les plus intimes. Et ce, au nom de la conviction que le médecin agit dans le meilleur intérêt du patient.

Les patients qui autrefois acceptaient inconditionnellement les ordres du médecin demandent parfois aujourd'hui que celui-ci justifie ses recommandations lorsqu'elles diffèrent des conseils obtenus d'un autre praticien ou de l'Internet.

QUELLE EST LA PARTICULARITÉ DE L'ÉTHIQUE MÉDICALE?

La compassion, la compétence et l'autonomie n'appartiennent pas en exclusivité à la médecine. Cependant, on attend des médecins qu'ils les portent à un degré d'exemplarité plus grand que dans beaucoup d'autres professions.

La compassion, définie comme la compréhension et la sensibilité aux souffrances d'autrui, est essentielle à la pratique de la médecine. Pour traiter les problèmes du patient, le médecin doit reconnaître les symptômes et leurs causes sous-jacentes et vouloir aider le patient à obtenir un soulagement. **Les patients répondent mieux au traitement s'ils sentent que le médecin est sensible à leur problème et qu'il soigne leur personne plutôt que leur seule maladie.**

Un haut degré de **compétence** est à la fois attendu et exigé des médecins. Le manque de compétence peut avoir des conséquences graves ou entraîner la mort. Les médecins reçoivent un enseignement long destiné à leur assurer cette compétence, mais vu l'évolution rapide des connaissances médicales, le maintien de ces aptitudes constitue un défi qu'ils doivent relever sans cesse. Du reste, il ne s'agit pas seulement de maintenir un niveau de connaissances scientifiques et de compétences techniques mais aussi des connaissances, compétences et comportements éthiques, puisque les nouvelles questions éthiques dérivent des changements de la pratique médicale même et de son environnement social et politique.

L'autonomie, ou l'autodétermination, est la valeur fondamentale de la médecine qui a connu le plus de changements au cours des dernières années. Les médecins ont, sur le plan individuel, de tout temps bénéficié

d'une grande autonomie en matière de traitement clinique du patient. Sur le plan collectif, les médecins ont eu toute liberté de définir les normes de l'enseignement médical et de la pratique médicale. Dans beaucoup de pays, ces deux modes de pratique médicale ont été limités par les gouvernements ou d'autres autorités de contrôle de la profession médicale. Malgré ces défis, les médecins continuent d'accorder une grande valeur à leur autonomie clinique et professionnelle et s'efforcent de la préserver du mieux possible. Dans le même temps, l'autonomie du patient reçoit partout dans le monde une reconnaissance générale de la part des médecins, ce qui signifie que le patient doit être celui qui prend la décision finale sur les questions le concernant.

Outre son adhésion à ces trois valeurs fondamentales, l'éthique médicale se distingue de l'éthique générale qui s'applique à chacun en ce qu'elle est publiquement *professée* dans un serment (par exemple, la **Déclaration de Genève de l'AMM**) et/ou un code. Ces serments et ces codes, bien que différents d'un pays à l'autre, voire à l'intérieur d'un même pays, ont cependant plusieurs points communs, notamment la promesse que le médecin fera prévaloir les intérêts de son patient, s'abstiendra de toute discrimination sur la base de la race, de la religion ou d'autres droits humains, protégera la confidentialité de l'information du patient et fournira, le cas échéant, les soins d'urgence ou exigés.

QUI DÉCIDE DE CE QUI EST ÉTHIQUE?

La réponse à la question de qui décide de ce qui est éthique en général diffère donc d'une société à l'autre mais la culture et la religion jouent souvent un rôle important dans la détermination du comportement éthique. Chez nous, en Tunisie le Comité National d'Éthique Médicale (CNEM) donne son avis sur les problèmes moraux qui sont soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de santé, que ces problèmes concernant l'homme, les groupes sociaux ou la société toute entière. Le comité s'attache, entre autres, à édicter les grands principes qui permettent de concilier les

progrès technologiques dans ces domaines avec les normes éthiques et juridiques, les valeurs humaines, les droits de l'homme et les réalités sociales, économiques et culturelles

L'ÉTHIQUE MÉDICALE DIFFÈRE-T-ELLE D'UN PAYS À L'AUTRE?

Tout comme l'éthique médicale peut et doit évoluer avec le temps ainsi qu'avec les progrès des technologies et des sciences médicales et aussi des valeurs de la société, elle diffère, pour les mêmes raisons, d'un pays à l'autre. Sur la question de l'euthanasie, par exemple, il existe des divergences d'opinion importantes entre les différentes associations médicales. Certaines la condamnent, d'autres font valoir leur neutralité, et l'une d'entre elles, l'Association médicale néerlandaise, l'accepte à certaines conditions. De même, concernant l'accès aux soins de santé, certaines associations soutiennent l'égalité de tous les citoyens tandis que d'autres sont prêtes à tolérer de grandes inégalités. Certains pays manifestent un grand intérêt pour les questions éthiques soulevées par les avancées de la technologie médicale alors que ces questions ne se posent pas dans les pays qui n'ont pas accès à cette technologie.

Bien que ces différences puissent paraître importantes, il existe un nombre plus grand encore de similitudes. Les médecins ont partout dans le monde beaucoup en commun et lorsqu'ils se rassemblent au sein d'organisations comme l'AMM, ils parviennent généralement à s'entendre sur des questions éthiques controversées, même si cela nécessite souvent de longs débats. Les valeurs fondamentales de l'éthique médicale comme la compassion, la compétence, l'autonomie et aussi l'expérience et le savoir-faire des médecins constituent une base solide pour analyser les questions éthiques et parvenir aux solutions qui seront dans le meilleur intérêt du patient, du citoyen et de la santé publique en général.

PRINCIPES D'ETHIQUE MEDICALE

Dr Nejib CHAABOUNI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

L'étudiant doit être capable d'identifier les principes éthiques en jeu :

- dans la relation médecin-patient
- dans l'activité médicale dans ses diverses dimensions

DOCUMENT DE BASE

Ce texte contient les principes les plus importants destinés à inspirer la conduite professionnelle des médecins quel que soit leur mode d'exercice, dans leurs rapports avec les malades, la collectivité et entre eux. Ils font aussi référence à la situation spécifique des médecins dont dépend le bon exercice de la profession.

La vocation du médecin : consiste à défendre la santé physique et mentale de l'homme et à soulager sa souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans discrimination d'âge, de race, de religion, de nationalité, de condition sociale et d'idéologie politique, ou toute autre raison, en temps de paix comme en temps de guerre.

Consentement éclairé : Sauf urgence, le médecin doit éclairer le malade sur les effets et les conséquences attendus du traitement. Il recueillera le consentement du patient, surtout lorsque les actes proposés présentent un risque sérieux.

Indépendance morale et technique : Tant pour conseiller que pour agir, le médecin doit disposer de son entière liberté professionnelle et des conditions techniques et morales lui permettant d'agir en toute indépendance.

Secret professionnel : Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il doit lui garantir le secret total de toutes les informations qu'il aura recueillies

et des constatations qu'il aura opérées lors de ses contacts avec lui. Le secret médical n'est pas aboli par la mort des patients. Le médecin doit respecter la vie privée des patients et prendre toute mesure nécessaire pour rendre impossible la révélation de ce qu'il aura appris à l'occasion de l'exercice de sa profession.

Compétence du médecin : Le médecin doit faire appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient. Il ne peut faire état d'une compétence qu'il ne possède pas. Il doit faire appel à un confrère plus compétent dès qu'un examen ou un traitement dépasse ses connaissances.

Prélèvement d'organes : Chez un malade pour lequel il est impossible d'inverser le processus terminal de cessation des fonctions vitales entretenues artificiellement, les médecins s'assureront du décès du patient en tenant compte des données les plus récentes de la science. Au moins deux médecins veilleront à établir séparément un document de cette situation. Ils seront indépendants de l'équipe chargée de la greffe. Les médecins préleveurs s'assureront par tous les moyens possibles de ce que le donneur n'a pas exprimé d'avis de son vivant, ni par écrit, ni auprès de ses proches.

Expérimentation sur l'homme : Le progrès en médecine est fondé sur la recherche qui ne peut se passer d'une expérimentation portant sur l'homme. Le protocole de toute expérience projetée sur l'homme doit être soumis au préalable à une commission d'éthique indépendante de l'expérimentateur pour avis et pour conseil. Le consentement libre et éclairé du sujet de l'expérience sera recueilli après l'avoir informé de manière adéquate des objectifs, méthodes et bénéfices escomptés ainsi que des risques et désagréments potentiels, de son droit de ne pas participer à l'expérimentation et de s'en retirer à tout moment.

Torture et traitements inhumains : Le médecin ne doit jamais assister, participer ou admettre des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments invoqués (faute commise, accusation, croyances) et ce dans toutes les situations ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé. Le médecin ne doit jamais utiliser ses connaissances, sa compétence ou son habileté en vue de faciliter l'emploi de la torture ou de tout autre procédé cruel inhumain ou dégradant utilisé à quelque fin que ce soit.

Confraternité : Les règles de la confraternité sont instaurées dans l'intérêt des patients. Elles visent à éviter à ceux-ci d'être victimes de manœuvres de concurrence déloyale entre médecins.

Libre choix : Le libre choix du médecin par le malade constitue un principe fondamental de la relation patient/médecin. Le médecin doit respecter et faire respecter cette liberté de choix.

Honoraires : Le médecin tiendra compte, dans l'établissement de ses honoraires, à défaut de contrat ou de convention collective fixant sa rémunération, de l'importance du service rendu, des circonstances particulières éventuelles, de sa propre compétence et de la situation économique du patient.

Aide aux mourants : La médecine implique en toutes circonstances le respect constant de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient. Cependant le médecin peut, en cas d'affection incurable et terminale, se limiter à soulager les souffrances physiques et morales du patient en lui donnant les traitements appropriés et en maintenant autant que possible la qualité d'une vie qui s'achève. Il est impératif d'assister le mourant jusqu'à la fin et d'agir de façon à lui permettre de conserver sa dignité.

L'acharnement thérapeutique : C'est une attitude qui peut être adoptée par les soignants vis à vis des patients en fin de vie pour tenter de combattre une

mort inéluctable. Cet acharnement se définit comme la mise en œuvre ou la poursuite d'un traitement ou de gestes techniques lourds à but curatif alors que même le malade est dans une situation où tout espoir est perdu quant à ses chances de guérison ou de rémission.

Le soignant se trouve face à un conflit de deux valeurs éthiques fondamentales et ici contradictoires à savoir le respect de la vie qui fait combattre la mort à tout prix et le respect de la dignité humaine. Le malade ne doit pas être considéré comme un objet qui devrait être maintenu en vie dans le seul but de soulager la culpabilité du soignant.

Il ne s'agit pas dans ce propos d'euthanasie passive, mais d'un renoncement à des soins devenus inutiles. Mais l'arrêt de thérapeutique agressive ne signifie pas le renoncement aux soins. En effet, les soins, devenus alors palliatifs, ont pour objectif d'accompagner le patient, de continuer à traiter sa douleur qu'elle soit physique, psychique ou morale. Bien qu'il soit pénible pour le soignant d'accepter de passer du curatif au palliatif, il est essentiel au bien-être du mourant et à sa dignité.

L'Euthanasie : L'euthanasie se définit comme l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable. On distingue l'euthanasie passive qui est le fait de ne pas fournir un traitement nécessaire au maintien de la vie humaine et l'euthanasie active qui consiste en l'intervention d'un tiers que ce soit par l'administration d'un toxique, d'un surdosage médicamenteux ou d'une quelconque autre méthode. L'euthanasie peut être qualifiée de meurtre ou d'omission de porter secours à personnes en péril et ce, même à la demande du patient avec ou sans son consentement.

Les trois principes fondamentaux de l'éthique de la recherche

L'éthique de la recherche repose sur les 3 principes fondamentaux suivants :

- **le respect de la personne**

- **la bienfaisance**
- **la justice**

Ces principes sont considérés **universels** — ils s'appliquent partout au monde. Ils transcendent les frontières nationales, culturelles, juridiques ou économiques. Quiconque est impliqué dans les études de recherche sur des êtres humains doit comprendre ces principes et les suivre.

➤ **Respect de la personne**

Le respect de la personne est l'un des principes fondamentaux de la recherche : c'est la reconnaissance de l'individu en tant qu'être **autonome, unique et libre**. Cela signifie que l'on reconnaît aussi que chaque personne a le **droit et la capacité** de prendre des décisions par elle-même. Respecter une personne, c'est **apprécier sa dignité**. Il faut donner aux individus **les moyens de prendre librement leurs décisions** et leur fournir toutes les informations dont ils ont besoin pour prendre des décisions judicieuses. Mener un projet de recherche où certains participants potentiels n'ont pas le droit de prendre une décision ou qu'ils n'en ont pas la capacité constitue une infraction à l'éthique de la recherche et aux droits fondamentaux de la personne. Les comités d'éthique hospitaliers peuvent faciliter la prise de conscience du caractère unique que revêt le processus de décision des individus et des communautés, et suggérer les meilleurs moyens de permettre aux participants de prendre des décisions de leur plein gré.

Qui sont les personnes vulnérables ?

Traditionnellement, certains groupes sont considérés comme des participants vulnérables. Il s'agit des :

- **mineurs**
- **femmes enceintes**
- **détenus**
- **personnes atteintes d'un handicap mental**

Ces dernières années, on a rajouté d'autres catégories de personnes

vulnérables dont voici quelques unes :

- **les personnes analphabètes ou peu instruites**, lesquelles peuvent avoir du mal à comprendre les informations données dans le cadre du consentement éclairé.
- les personnes aux ressources économiques limitées, dont **l'accès aux services de santé risque d'être restreint** : à leurs yeux, l'étude de recherche est peut-être le seul moyen de se faire soigner.
- **les professionnels du sexe et les homosexuels**.
- **les femmes**, dans certains endroits. Par exemple, il y a des femmes qui doivent demander la permission de leur mari avant de consentir de participer à une étude.
- **les utilisateurs de drogues** ou quiconque se livre à des activités illicites.

Les personnes vulnérables peuvent participer aux études, mais elles ont besoin de **protections spéciales**. La procédure de consentement éclairé, menée avec une attention particulière pour les personnes vulnérables, encourage le respect de la personne.

Les chercheurs et les comités d'éthique hospitaliers doivent se rendre compte que l'offre de cadeaux, même modestes ou symboliques, peut influencer les décisions et rendre les participants vulnérables.

➤ **Bienfaisance**

Le principe de bienfaisance place **la responsabilité du bien-être physique, mental et social des participants entre les mains du chercheur**.

Les comités hospitaliers d'éthique peuvent émettre des suggestions visant à garantir le caractère optimal des bénéfices de la recherche tout en ramenant les risques à leur niveau minimum. La volonté affirmée d'éviter les risques ou de les réduire autant que faire se peut correspond au principe également dit de **non-malfaisance**, lequel a son origine dans le serment d'Hippocrate de la profession médicale qui impose l'obligation de « s'abstenir de faire le mal ». Il faut évaluer les risques encourus par les participants en fonction des

bénéfices et des connaissances susceptibles d'être acquises.

Une attention toute récente est portée aux bénéfices et risques susceptibles de s'appliquer aux communautés dans lesquelles se déroule la recherche.

➤ **Justice**

La justice requiert **la distribution équitable et à part égale des bénéfices et des risques de la participation** à une étude de recherche. Le recrutement et la sélection des participants doivent se faire dans un souci d'équité et d'égalité.

La justice interdit qu'un groupe de personnes encoure les risques de la recherche pour le bénéfice exclusif d'un autre groupe. Il incombe aux représentants communautaires de veiller à ce que la participation de la communauté à la recherche soit justifiée.

Les comités d'éthiques hospitaliers doivent être conscients de la nécessité de protéger les participants de manière adéquate. Ils doivent porter une attention particulière aux bénéfices escomptés, que ce soit pour les participants ou pour leur communauté, et éclairer l'équipe de recherche de leurs conseils pour veiller à ce que les incitations offertes n'influencent pas la décision de prendre part à l'étude.

Le principe de justice établit **des protections spéciales pour les personnes vulnérables.** En vertu de ce principe, il n'est pas permis de recourir à des groupes vulnérables (personnes à faible revenu, par exemple) pour le bénéfice exclusif de groupes plus privilégiés.

Résumé : principes de l'éthique de la recherche

La recherche en santé s'effectue conformément à trois principes universels :

- la bienfaisance
- le respect de la personne
- la justice

Le chercheur doit œuvrer pour le bien-être des populations qui participent à ses études. Ces principes ont été formulés pour servir de guide et pour garantir que le bien-être de chaque participant est toujours pris en compte. Les comités d'éthique hospitaliers doivent comprendre ces principes et savoir les appliquer.

LE SECRET PROFESSIONNEL DU MEDECIN OU SECRET MEDICAL

Dr Nejib CHAABOUNI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

L'étudiant doit être capable de :

- Comprendre l'intérêt du secret professionnel et son respect
- Reconnaître l'étendue du secret professionnel
- Reconnaître les dérogations du secret professionnel

DOCUMENT DE BASE

De très ancienne tradition, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine. En effet, « *il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* ». Le médecin ne doit rien révéler de ce qu'il a connu ou appris sur son patient.

Le secret professionnel du médecin ou secret médical – les deux termes sont employés indifféremment - est à la fois d'intérêt privé et d'intérêt public :

- *D'intérêt privé* : le médecin doit garantir le secret à la personne qui se confie à lui; elle doit être assurée de ne pas être trahie. Sa confiance doit être sans faille, si elle a à donner une information intime utile au médecin et aux soins. Respecter le secret est un comportement imposé par la nature des informations dont la divulgation à des tiers pourrait porter atteinte à la réputation, à la considération ou à l'intimité de la personne qui s'est confiée au médecin ; le droit au respect de l'intimité est inscrit dans la déclaration universelle des Droits de l'Homme.
- *D'intérêt public* : l'intérêt général veut que chacun puisse être convenablement soigné et ait la garantie de pouvoir se confier à un médecin, même s'il est dans une situation sociale irrégulière/marginale, pour bénéficier de ses soins, sans craindre d'être trahi ou dénoncé.

Le secret est un devoir du médecin.

Le code de déontologie, article 8: Le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi.

Code pénal, article 254 : Sont punis de six mois d'emprisonnement et de cent vingt dinars d'amende, les médecins, chirurgiens et autres agents de la santé, les pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes qui, de par leur état ou profession, sont dépositaires de secrets, auront, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, révélé ces secrets. Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements jugés par elles criminels, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent. Elles sont à même d'apporter leur témoignage devant la justice, sans s'exposer à aucune peine, si elles sont citées à témoigner dans une affaire d'avortement.

Le secret n'est pas opposable au patient. Au contraire, le médecin lui doit toute l'information nécessaire sur son état, les actes et soins proposés ou dispensés. Si le médecin est amené à retenir une information vis-à-vis du patient, usant ainsi de la faculté que lui ouvre l'article 36, c'est pour le protéger d'une révélation traumatisante et non au nom du secret médical.

DEROGATIONS LEGALES

Elles sont justifiées par la nécessité d'établir une communication maîtrisée d'informations médicales (pour leur détail, voir annexe p.40). Seule une loi peut les instituer.

Le médecin est obligé :

- de déclarer les naissances ;
- de déclarer les décès ;
- de déclarer les maladies contagieuses dont la liste est fixée par décret.

- d'indiquer le nom du patient et les symptômes présentés sur les certificats d'admission en soins psychiatriques ;
- d'établir, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, des certificats détaillés décrivant les lésions et leurs conséquences ;
- de fournir, à leur demande, aux administrations concernées des renseignements concernant les dossiers des pensions militaires et civiles d'invalidité ou de retraite ;
- de transmettre à la CRCI ou à l'expert qu'elle désigne, au fonds d'indemnisation, les documents qu'il détient sur les victimes d'un dommage (accidents médicaux, VIH, amiante...) ;
- de communiquer à l'Institut de veille sanitaire les informations nécessaires à la sécurité, veille et alerte sanitaires.
- de communiquer, lorsqu'il exerce dans un établissement de santé, au médecin responsable de l'information médicale, les données médicales nominatives nécessaires à l'évaluation de l'activité.

Le médecin est autorisé :

- à signaler au procureur de la République (avec l'accord des victimes adultes) des sévices constatés dans son exercice et qui permettent de présumer de violences physiques, sexuelles ou psychiques ;
- à transmettre toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être
- à informer les autorités administratives du caractère dangereux des patients connus pour détenir une arme ou qui ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Ces dérogations légales prescrivent ou autorisent seulement une certaine révélation (maladie contagieuse désignée par un numéro, symptômes d'un état mental dangereux, etc.) et pas n'importe quelle indiscretion, à n'importe qui, de n'importe quelle manière. Il faut s'en tenir à une information «nécessaire, pertinente et non excessive». L'obligation du secret demeure pour tout ce qui n'est pas expressément visé par le texte.

Le secret couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession

Le secret s'impose pour tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou même deviner ou déduire. Même les constatations « négatives » doivent être tues. Il n'y a donc pas de différence entre le « renseignement administratif » (nom, adresse...) et « médical » (diagnostic, traitement...), entre la confiance et le renseignement « anodin ». On attend du médecin une discrétion totale (même sur ce qu'il peut avoir appris en dehors des soins qu'il donne).

Toute personne doit avoir la certitude absolue qu'elle peut, même après sa mort, se fier à la discrétion du médecin.

Ainsi le secret professionnel est la «*pierre angulaire de la morale médicale*»

Le secret professionnel est institué dans l'intérêt des patients

Rien n'autorise le médecin à livrer des renseignements hors des dérogations légales. Même entre médecins, la discrétion est de règle. La notion de «secret partagé» reste limitée aux membres de l'équipe soignante - qui doivent partager certaines informations pour assurer des soins corrects - dans l'intérêt du patient

Il ne s'agit pas là d'un réflexe corporatiste. La rigueur des dispositions actuellement en vigueur et le caractère impératif des règles déontologiques sont destinés à protéger le patient, non le médecin. Le respect du secret médical est un *devoir* du médecin et non un droit.

C'est un des droits fondamentaux du patient : tous les patients doivent être assurés que leur confiance ne sera pas trahie lorsqu'ils livrent à leur médecin une information les concernant ou mettant en cause des tiers.

Les médecins sont confrontés à des sollicitations et situations diverses où ils doivent apprécier ce qu'ils peuvent dire ou au contraire, taire. Les plus courantes sont :

1. Secret, famille et entourage

Le secret s'impose vis à vis de la famille et de l'entourage, mais en cas de diagnostic ou de pronostic grave, il ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches, ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à leur patient, sauf opposition de sa part.

De même après le décès le secret ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt, ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Le secret est également dû aux mineurs :

Les mineurs viennent souvent se confier aux médecins et, comme les adultes, ils ont droit au respect et à la discrétion. Il est important, surtout à l'adolescence, qu'un mineur puisse trouver en son médecin un confident qui n'ira pas révéler à ses parents les secrets qui lui sont confiés. Mais lorsque l'intérêt du mineur l'exige, ou qu'une décision importante est à prendre, le médecin doit tout faire pour le persuader de tenir ses parents au courant, en sachant garder le secret sur ce qu'il n'est pas nécessaire de révéler.

L'infection due au VIH a provoqué une controverse quant au caractère intangible de la notion du secret professionnel. Elle est fondée sur le constat du conflit entre le droit des personnes infectées à la confidentialité et le droit de leurs partenaires d'être avertis du danger qui les menace directement.

Recommandations :

- dès lors qu'elle est faite à un proche ou à un tiers par la personne séropositive, mise en face de ses responsabilités, la révélation ne pose

pas de problème juridique en matière de secret ;

- lors de cette révélation au partenaire, par celui qui est séropositif, le médecin peut, selon la déontologie traditionnelle, assister à l'entretien à la demande des intéressés et leur donner les éclaircissements et conseils utiles en la circonstance ;
- la loi n'autorise pas le médecin à révéler au partenaire du patient séropositif le danger que lui fait courir le comportement de ce dernier si celui-ci s'oppose obstinément à toute révélation ; il lui faudrait d'ailleurs une certaine naïveté pour prétendre connaître le ou les partenaires exposés.

2. Secret, police et justice

a. Réquisitions

Pour rapporter la preuve d'une infraction ou l'implication de la personne poursuivie, les officiers de police judiciaire vont, sur autorisation et sous le contrôle du procureur de la République ou sur commission rogatoire du juge d'instruction, procéder à un certain nombre d'investigations. Ils peuvent alors requérir le concours des médecins.

Le terme « réquisition » et le caractère contraignant qu'il suppose est source de confusion pour les médecins. Schématiquement, on peut distinguer selon l'objet de la réquisition :

1/ S'il y a lieu de procéder à des constatations, examens techniques ou scientifiques—par exemple examen de garde à vue, prise de sang en vue de la vérification de l'alcoolémie,...le médecin est tenu de déférer à la réquisition. Il remet son rapport à l'autorité requérante.

Il peut néanmoins récuser son concours en cas d'inaptitude physique, technique ou lorsqu'il est le médecin traitant de la personne à examiner.

Pour éviter tout malentendu sur le secret médical, il doit prévenir la personne de la qualité en laquelle il l'examine et de la nature de sa mission.

Le certificat rédigé, après examen, ne doit faire état que des conclusions. Par exemple : « l'état de santé est compatible (ou non) avec la garde à vue ; il y a lieu (ou non) de poursuivre un traitement médical pendant celle-ci, de procéder à de nouveaux examens ou à une hospitalisation... »

2/ La réquisition a pour objet d'obtenir le témoignage du médecin sur des faits qu'il a connus dans son activité professionnelle : date de consultation, adresse du patient, objet de la consultation, nature des traitements,... et plus généralement ce qui a trait au patient pris en charge.

La réquisition n'a pas pour effet de délier le médecin de son obligation au secret professionnel et quelle que soit la nature du renseignement demandé (« administratif » ou purement médical), il ne peut que refuser de répondre à la réquisition. Il n'encourt ce faisant aucune sanction.

b. Saisies et perquisitions

Le code de procédure pénale prévoit que «le juge d'instruction procède conformément à la loi, à tous les actes d'information qu'il juge utiles à la manifestation de la vérité». Il peut procéder à la saisie d'objets ou de documents relatifs aux faits incriminés et doit provoquer toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel et des droits de la défense. Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin sont effectuées par un magistrat et en présence d'un représentant de l'Ordre des médecins.

c. Témoignages en justice

Ce que le médecin a pu connaître à l'occasion des soins donnés ne peut lui être demandé en témoignage devant la justice. Interrogé ou cité comme témoin sur des faits connus de lui dans l'exercice de sa profession, il doit se présenter, prêter serment et refuser de témoigner en invoquant le secret professionnel. L'accord ou la demande du patient ne saurait le délier du secret. En revanche, le médecin peut signaler et témoigner dans des affaires

de sévices à mineurs (maltraitances, incestes, viols, attentats à la pudeur, etc.) ou personnes vulnérables qu'il a constatés.

Par ailleurs la profession de médecin n'interdit pas de témoigner à titre de simple citoyen, indépendamment de tout élément recueilli au cours de son exercice professionnel.

d- Expertises

Comme le médecin requis, l'expert, missionné par un juge, doit prévenir la personne qu'il examine de sa qualité et de sa mission. Il rendra compte dans son rapport au juge de ses constatations médicales. Il ne peut révéler à personne (en dehors de l'autorité qui l'a nommé) ce qu'il a constaté ou a pu apprendre ou comprendre à l'occasion de sa mission.

e. Procès en responsabilité

Lorsqu'un médecin est poursuivi en justice par un patient ou sa famille, dans une action en responsabilité, il peut porter à la connaissance du juge certains faits médicaux ou certains documents utiles à la manifestation de la vérité et à sa défense. Il ne peut s'abriter derrière le secret professionnel pour masquer d'éventuelles fautes. Le juge peut diligenter une enquête en désignant un médecin expert. Le médecin concerné peut répondre aux questions de l'expert, dans le cadre limité du litige.

CONCLUSION :

1. Le secret médical est un droit du patient (intérêt privé) mais aussi un devoir de tout médecin (intérêt public). Le secret médical est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins.
2. Le secret n'est pas la «propriété du malade». Il n'est pas non plus la «propriété du médecin» et encore moins celle du corps médical. Le secret n'appartient à personne, le médecin n'en est que le dépositaire et ne peut se permettre aucune divulgation en dehors des cas où la loi

- l'oblige, l'autorise ou le laisse libre de donner certains renseignements
3. Le principe du secret professionnel est parfois en conflit avec d'autres principes et d'autres intérêts. L'étendue et le caractère absolu du secret médical sont mis en cause quand il constitue un obstacle à la manifestation de la vérité dans certaines affaires judiciaires, qu'il rend plus difficile l'application des lois sociales ou bien entrave la juste évaluation d'un dommage par une compagnie d'assurances.
 4. Certaines difficultés peuvent être résolues par la remise d'un certificat par le médecin à l'intéressé. Mais le patient n'a pas toujours une parfaite connaissance de ce dont il va autoriser la révélation et il n'est pas admissible qu'il soit mis en demeure de délier le médecin du secret.
 5. On soutient parfois que c'est l'intérêt du patient qui peut dicter la conduite du médecin. Cependant, il ne peut s'agir que d'intérêt légitime et le médecin ne doit pas se laisser entraîner dans une complicité de revendications illégitimes.

LA RESPONSABILITE MEDICALE

Dr CHAABOUNI Med Nejib

Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tunisie

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

L'étudiant doit être capable de :

- Reconnaitre le fondement de la RM et ses obligations
- Reconnaître les conditions de la mise en cause de la RM
- Reconnaître les responsabilités Administrative, Disciplinaire, Civile et Pénale

DOCUMENT DE BASE

I/ Introduction

1./Définition de la Responsabilité :

L'indépendance du médecin est une condition essentielle de l'exercice médical. Le médecin jouit d'une totale liberté de prescription dans l'intérêt du patient.

Toute liberté va de paire avec responsabilité.

Responsable : rendre compte de ses actes et de ses décisions. Le médecin doit toujours, en toutes situations et circonstances pouvoir **se justifier**, des décisions qu'il a prises, des actes qu'il a effectués.

2./La médecine est un métier à risques :

A l'occasion de son activité professionnelle le médecin court le **risque de voir sa responsabilité engagée**. La responsabilité du médecin peut être mise en cause, **quels que soient sa qualité et son mode d'exercice** (privé ou public).

3./Double juridiction

En tant que citoyen, le médecin répond de ses actes devant la **société**.

En tant que médecin, le médecin répond de ses actes devant ses **paires**.

4./Deux aspects de la mise en cause de sa Responsabilité Médicale :

Dans le cas où le praticien commet une faute dans l'exercice de son art, la mise en cause de sa Responsabilité Médicale peut donc prendre deux aspects:

* **un aspect de sanction** : le médecin peut être sanctionné :

- par la **Juridiction professionnelle** (Conseil National de l'Ordre des Médecins)
- par la **Juridiction du Droit Commun** (Civile et Pénale)

* **un aspect d'indemnisation** : être contraint à verser à sa victime, des dommages et intérêts.

5.Législation tunisienne :

En Tunisie la médecine est une **profession organisée** :

- loi n°91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin et de médecin dentiste
- décret n°93-1155 du 17 mai 1993 portant code de déontologie médicale

II- Fondements de la responsabilité médicale

1 - Nature de la responsabilité médicale

Elle est **contractuelle** par principe. Le **contrat** qui se forme entre le médecin et son patient par lequel le médecin promet de faire son possible pour soigner le patient, en mettant en œuvre les moyens dont il dispose.

On admet donc qu'un véritable **accord de volontés** existe entre le médecin et son patient. Le contrat est **oral, tacite** (dans certains cas il existe des contrats écrits) :

a/Obligations contractuelles du patient :

- suivre les **prescriptions** du médecin
- paiement des **honoraires**

b/Obligations contractuelles du médecin :

- Obligation de moyens :

L'obligation d'un médecin est de dispenser des soins :

- consciencieux
- attentifs
- conforme aux données acquises de la science
- avec mise en œuvre de tous les moyens humains et techniques nécessaires et disponibles pour guérir son patient, le maintenir en bonne santé et alléger ses souffrances.

Le médecin ne peut pas, et ne doit pas, garantir directement ou indirectement la guérison d'une maladie. Il n'y a pas d'obligation de résultat, mais l'exigence du respect des règles préventives, diagnostiques et thérapeutiques communément admises.

On condamnera le médecin si l'on peut retenir contre lui une faute dans les moyens employés (faute technique, négligence, imprudence, erreur impardonnable, faute de jugement, faute de surveillance).

- Obligation de sécurité :

L'obligation d'un médecin est d'assurer les mesures de sécurité nécessaires pour l'exécution des soins entrepris. (disposer de matériel de réanimation avec source d'oxygène)

- Obligation de résultat :

Pour des actes sans aléa (biologie de routine), par la volonté des parties, pour certains contrats comme les contrats de recherche

- Obligations d'humanisme (éthique) : Le médecin doit respecter la personne du malade et sa dignité

- Respecter le secret professionnel : Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu

à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris

- Porter assistance : Mise à part la circonstance particulière que constitue l'assistance à personne en danger, le médecin qui accepte de donner ses soins ne peut abandonner son malade en cours d'intervention (diagnostique ou thérapeutique). Il est admis à refuser ses soins mais seulement en dehors de l'urgence et s'il cesse de le faire, il doit s'assurer de leur continuité.
- Obtenir le consentement du patient ce qui revient au devoir d'information. Le médecin doit obtenir le consentement de son patient, ou de la personne qui a le pouvoir de consentir pour lui, avant de procéder à un traitement ou à une intervention chirurgicale, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas de nécessité absolue. Pour que le patient puisse donner un consentement valable, le médecin doit le renseigner correctement sur la nature et les risques du traitement proposé. Cette **information** doit être **claire, loyale, et intelligible**. Le fait qu'un patient signe le formulaire pour autoriser l'intervention chirurgicale ne signifie pas que le médecin est déchargé de son devoir d'informer le patient

- Obligation de mise à jour des connaissances :

Le respect de l'obligation de moyen suppose que le médecin tienne à jour ses connaissances: il doit donc participer à des actions de formation continue.

La déontologie exige du médecin qu'il donne des soins "conformes aux données acquises de la science" : le médecin n'a pas le droit de ne pas être au courant des progrès de la médecine, dans tous les domaines, clinique, biologique, technique.

La **compétence médicale** est la première exigence de la morale professionnelle.

2 – Les conditions de la mise en cause de la responsabilité du médecin

En principe, la responsabilité médicale est une responsabilité pour **faute**, c'est-à-dire que le médecin n'est tenu pour responsable que si la victime rapporte la **preuve d'une faute** à son encontre.

La trilogie classique :

a/Nécessité d'une défaillance fautive

Pour mettre en cause un débiteur d'obligation de moyen, il faut prouver une faute. Une erreur n'est pas forcément une faute (si c'était le cas on arriverait à une obligation de résultat), par contre toute faute peut être source de responsabilité.

La faute résulte le plus souvent de l'inexécution des obligations du contrat.

- Fautes contre l'humanisme manquement au respecter la personne du malade et sa dignité relative à :
 - Intervenir sans le consentement du patient
 - Non assistance
 - Violation du respect du secret

- Fautes de technique médicale

Ce sont les fautes qui relèvent de l'inexécution de l'obligation de soins : (faute technique, négligence, imprudence, erreur impardonnable, faute de jugement, faute de surveillance.)

La recherche de la faute technique se fait par l'expertise qui devra décrire le comportement du médecin, dire ce qu'un médecin, normalement, aurait fait dans le même cas et expliquer les différences s'il y en a.

NB : Une erreur du médecin, dans le choix d'un traitement par exemple, n'entraîne pas nécessairement sa responsabilité si sa conduite a été dictée par la prudence et la conscience professionnelle

b/Nécessité d'un dommage prouvé, d'un préjudice.

Le dommage ou préjudice peut revêtir des formes diverses :

- dommage / préjudice **corporel** entraînant une diminution des capacités physiques ou intellectuelles de la victime dont l'importance est exprimée en pourcentage d'importance partielle permanente **IPP**, par l'expertise. (perte d'un membre, d'un organe allant jusqu'à la perte de la vie dans le cas extrême)
- dommage / préjudice **matériel** : Il peut s'agir de pertes de salaire, de frais de traitement, de médicaments, de coûts de prothèse, etc...

Enfin, sont considéré dommage / préjudice, l'ensemble des troubles et inconvénients subis par la **victime et même sa famille**.

c/Nécessité d'un lien de causalité prouvé entre la faute et le préjudice.

Pour engager la responsabilité du médecin, il faut non seulement prouver une faute et un dommage mais aussi la *causalité* - un lien - entre la faute et le dommage. La preuve doit être prépondérante, c'est-à-dire qu'elle doit démontrer qu'il s'agit plus que de simples possibilités.

En conclusion, le malade qui tente une action en justice doit démontrer au juge qu'il a été victime d'une **faute**, qu'il a subi des **dommages** et qu'il y a un **lien de causalité** entre la faute et les dommages. L'expertise médicale a une place prépondérante dans cette démarche.

3 - La responsabilité sans faute

Dans certains cas, la responsabilité du médecin peut être engagée en l'absence de toute faute prouvée de sa part.

Lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou/et au traitement, provoque de façon directe mais imprévisible et exceptionnelle un dommage sans qu'il y ait faute, la responsabilité du médecin peut être engagée. Cette responsabilité est basée sur **l'aléa thérapeutique**.

III - Responsabilité, source de sanction

1 - La Responsabilité Pénale

Il suffit, pour cela, que la **faute d'imprudence ou de négligence** soit constitutive d'une infraction dont la répression est prévue par le Code Pénal. Il s'agit soit d'une action coupable ou d'une abstention coupable.

Par cette faute le médecin trahit la confiance placée en lui par la société.

Elles sont nombreuses, notamment :

- homicide et blessures par imprudence
- faux certificats, (Art 197 du code pénal.)
- infraction à la législation sur les stupéfiants,
- euthanasie
- interruption illégale de grossesse,
- violation du secret professionnel,
- non-assistance à personne en danger et encore,.

2 - Responsabilité disciplinaire

L'une des conditions de l'exercice de la médecine en Tunisie est l'**inscription** au Tableau de l'Ordre des Médecins.

Le praticien s'**engage** à respecter les règles déontologiques, lesquelles sont teintées de morale, de droit et d'aspects purement professionnels.

La faute médicale peut être uniquement professionnelle et ne pas intéresser la Justice de Droit Commun (non respect des règles de confraternité Article 49 CDM, utilisation abusive de titres ou de qualifications, cabinet secondaire, etc...).

Elle peut être tout à la fois professionnelle et de Droit Commun : exp

- Violation du Secret professionnel Article 4 CDM
- Non-Assistance à personne en danger Article 9 CDM

Le Conseil de l'Ordre ne peut agir que **sur plainte**, soit par saisine directe provenant du Procureur de la République, du Ministère de la santé, ou d'un médecin, soit par plainte d'un tiers non médecin.

Il n'existe pas de délais pour saisir l'Ordre, aucune prescription n'étant prévue. La saisine de la juridiction professionnelle ne fait obstacle à aucune action judiciaire de droit commun. Un médecin peut, pour les mêmes faits ou accusations, être jugé par un tribunal et devant l'Ordre. La juridiction ordinale n'est alors liée par les décisions des juridictions de droit commun qu'en ce qui concerne la **matérialité** des faits.

Seul, le Conseil de l'Ordre National des Médecins de Tunisie qui est compétent en **première instance**. Il prononce librement les sanctions, qui sont des peines professionnelles (**avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer, radiation du tableau de l'Ordre**).

En confiant aux médecins eux-mêmes l'exercice du pouvoir disciplinaire, le législateur a entendu marquer à la fois une **exigence** et une **confiance** :

- une **exigence** parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels

- une **confiance** parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions - et parfois de graves sanctions - est confié à des médecins désignés par leurs pairs.

Ce pouvoir de juridiction confié à des médecins les engage profondément. C'est sur eux que les pouvoirs publics comptent pour éviter des abus préjudiciables aux malades et à la société ; c'est sur eux, également, que les médecins comptent pour que soit respectée, dans l'exercice d'une responsabilité toute personnelle, leur liberté de décision en présence du patient.

IV - Responsabilité, source d'indemnisation

Le principe de la responsabilité civile prévoit que tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Ce principe s'applique davantage sur le médecin en exercice dans le secteur privé.

La responsabilité civile du praticien est engagée par le non respect des obligations contractuelles sus mentionnés.

La mise en évidence d'une faute médicale implique **réparation**.

L'**indemnisation** accordée au patient par le tribunal couvrira les dommages physiques et moraux, dont une compensation en cas de préjudice esthétique et le remboursement de certains frais : Il peut s'agir de pertes de salaire, de frais de traitement, de médicaments, de coûts de prothèse, etc.. Enfin, des dommages sont souvent accordés pour les troubles et inconvénients subis par la victime ou sa famille.

Il est d'usage que les médecins contractent une **assurance** contre les risques inhérents à l'exercice de la profession.

« La société ne saurait garantir à ses membres un droit à la bonne santé. Elle peut seulement organiser pour eux l'accès à des soins de qualité. Et peut-être cette qualité est-elle liée au sentiment conservé par les médecins qu'ils sont personnellement responsables de leurs actes »

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE : CNEM

Dr Nejib CHAABOUNI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

L'étudiant doit être capable de

- Reconnaître l'objectif du CNEM
- Définir le statut et la composition du CNEM
- Décrire le mode de fonctionnement de la CNEM

DOCUMENT DE BASE

L'avancée prodigieuse de la recherche scientifique notamment dans le domaine de la santé apporte quotidiennement de nouvelles connaissances en matière de médecine prédictive, préventive et curative, traitement de la douleur, maîtrise de la naissance, statut de l'embryon, biologie moléculaire, génétique, biotechnologie, organismes génétiquement modifiés.

La mise en application de ces nouvelles connaissances qui permettent le plus souvent une amélioration de la qualité de la vie, porte en soit de nouvelles responsabilités, du fait qu'elles touchent à la vie et « manipulent » le vivant.

D'où l'émergence de **la** bioéthique fondée sur les principes de respect de la dignité humaine, de l'autonomie et de la liberté, du bien-être de l'individu et de l'intégrité de la personne humaine, de l'égalité et la non discrimination, de la justice et l'équité, de la solidarité, de la précaution et la responsabilité.

1. / Le statut juridique du CNEM

La loi n° 91-63 du 29 juillet 1991 relative à l'organisation sanitaire, considérée comme un texte fondamental en matière de santé, qui donne naissance au CNEM.

En suite vient le Décret n°94-1939 du 19 septembre 1994 fixe les attributions, la composition et les modalités de fonctionnement du comité national d'éthique médicale.

2. /La composition du CNEM

Le comité national d'éthique médicale est une structure multidisciplinaire, d'après l'article 3 du décret du 19 septembre 1994 précité, il comprend, outre son président, 23 membres qu'on peut répartir en 3 catégories : les scientifiques, les représentants des organismes officiels et les représentants de la société.

A/Les scientifiques sont constitués par :

Les représentants des divers ordres professionnels médecins, des médecins dentistes, des médecins vétérinaires et des pharmaciens.

Les représentants des établissements d'enseignement ou de recherche en la personne des doyens des facultés de médecine, de médecine dentaire et de pharmacie

B/Les représentants de l'administration de la santé publique :

Des représentants du conseil constitutionnel, du tribunal administratif, de la cour de cassation et du comité pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales.

C/Les représentants de la société sont constitués par une personnalité du secteur social et un membre du conseil islamique ainsi que trois professeurs un juriste, un philosophe et un sociologue.

Toutes ces personnalités sont donc appelées à définir les seuils que la recherche médicale ne peut dépasser. Ils ont aussi pour mission de préciser la signification de l'éthique.

Le président et les 23 membres du CNEM sont nommés par arrêté du ministre de la santé publique pour une période de trois ans renouvelable.

3. /La mission du CNEM : Emettre des Avis

La mission du comité national d'éthique médicale de Tunisie, est de donner son avis sur les problèmes moraux qui sont soulevés par la recherche dans les domaines de la biologie, de la médecine et de santé, que ces problèmes concernant l'homme, les groupes sociaux ou la société toute entière. Le comité s'attache, entre autres, à édicter les grands principes qui permettent de concilier les progrès technologiques dans ces domaines avec les normes éthiques et juridiques, les valeurs humaines, les droits de l'homme et les réalités sociales, économiques et culturelles.

4. / Le fonctionnement du CNEM

a. /La saisine

Elle est réglementée par les dispositions de l'article 5 du décret précité qui dispose que ce comité « peut être saisi par le président de la chambre des députés, le président du conseil constitutionnel, le président du conseil économique et social, un membre du gouvernement ainsi que par un établissement d'enseignement supérieur ou de recherche scientifique ou une association des sciences de la santé ».

On remarque que la saisine de comité doit se faire à travers un organisme officiel ou au moins un organisme associatif. Cette procédure vise à éviter le recours systématique au comité qui ne doit pas se trouver submergé par des demandes d'avis qui n'entrent pas toujours dans le cadre de sa mission.

Les demandes de saisine sont adressées au ministère de la santé qui les soumet au comité. L'avis du comité est adressé à l'instance qui l'a demandé par le biais du ministère de la santé publique

Le CNEM peut également se saisir lui-même de problèmes de bioéthique en vertu d'une modification du décret, demandée par le CNEM art. 5 (nouveau) du décret n°2001-2133 du 10 septembre 2001 (Voir annexes).

b. /L'étude des dossiers

Le décret de 1994 précitée a précisé avec détail les modalités de fonctionnement du comité.

En effet une section technique est prévue par son article 7, cette section est appelée à instruire les dossiers inscrits à l'ordre du jour des travaux du comité.

La création de cette section vise donc à faciliter le travail du comité, en déblayant au préalable le terrain et en procédant aux études nécessaires en vue de soumettre le résultat de ce travail à tous les membres du comité en séance plénière. La section technique est constituée par un groupe réduit, composé de sept membres, proposés par le président du comité parmi les membres du CNEM.

Les avis du comité sont émis à la majorité des membres présents, la voix du président est prépondérante en cas de partage.

Il est à signaler que les séances du comité ainsi que celles de sa section technique ne sont pas publiques comme l'indique l'article 9 du décret précité.

Cette disposition permet d'éviter toute pression sur le comité et barrer le chemin à toute ingérence ou toute influence sur ses membres lorsqu'ils sont appelés à examiner des questions très sensibles ou des sujets très controversés. Ceci n'empêche pas l'ouverture du Comité sur la société. Le décret de 1994 précité prévoit la tenue d'une conférence annuelle au cours de laquelle les questions importantes seront abordées publiquement.

5. / Autres activités du CNEM : Les Conférences Annuelles du CNEM et Formation en bioéthique

Le but de ces Conférences annuelles publiques est d'informer, animer, sensibiliser, faire comprendre les enjeux éthiques et leurs conséquences, préparer l'opinion, avant de réglementer ou légiférer, sur tout ce qui touche aux sciences de la vie et de la santé.

Grâce à ces différentes manifestations, menées par le Comité, les professionnels de la santé et le grand public sont sensés être mieux informés sur les problèmes de bioéthique. Le CNEM assure la distribution des conclusions, débats et actes et avis des conférences annuelles à un grand nombre de professionnels de différentes disciplines : médecine, philosophie, religion, droit, sociologie ...

Les membres du Comité sont souvent sollicités pour participer à des manifestations scientifiques pour présenter la dimension éthique de certaines thématiques telles que la PMA, le prélèvement et la greffe d'organes, la médecine prédictive, le diagnostic anténatal, le handicap, l'acharnement thérapeutique, les soins palliatifs, islam et progrès médical dans les sciences de la vie, le vieillissement, les xénogreffes et l'éthique, coût de la santé et l'éthique, le clonage reproductif et le clonage thérapeutique, la relation soignant-soigné, communication de la santé et éthique ...

LES ENJEUX ETHIQUES DE LA GENETIQUE

Dr Nejib CHAABOUNI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

L'étudiant doit être capable de :

- comprendre les enjeux éthiques du diagnostic prénatal
- comprendre les enjeux éthiques de la médecine prédictive

DOCUMENT DE BASE

A - Introduction

La génétique est la science de la transmission des caractères héréditaires des parents à leur descendance, c'est également l'étude des gènes, et de leur expression.

En tant que science elle est jeune, elle remonte aux travaux du moine et botaniste autrichien Mendel, qui découvrit en 1865 les lois de l'hérédité.

En 1944, on découvre que le support matériel de l'hérédité est en fait l'acide désoxyribonucléique (**ADN**)

En 1953, les généticiens James Watson et Francis Crick déterminent la structure spatiale, **en double hélice**, de l'ADN.

Dix ans plus tard, **le code génétique** fut défini et biologiquement mis en évidence. Trois bases successives, les **triplets ou codons**, déterminent le choix d'un acide aminé particulier, à l'exclusion de tout autre. La séquence d'acides aminés d'une protéine est donc déterminée par une succession de triplets dans la molécule d'ADN.

Le génie génétique c'est la capacité qu'a acquis l'homme de pouvoir soumettre n'importe quel être vivant à l'expression d'un programme génétique ou d'une partie de ce programme génétique d'un autre être vivant par transfert de gène. En d'autres termes un gène d'une cellule animale ou

végétale, transféré dans une autre cellule d'espèce différente va pouvoir s'exprimer c à d commander l'apparition d'un caractère.

La génétique appliquée à l'homme, cherche à déterminer :

- ce que nous sommes biologiquement
- ce en quoi nous sommes semblables et également ce en quoi nous sommes différents d'autrui.
- qu'avons-nous reçu de nos parents et de nos ancêtres
- qu'allons-nous transmettre à nos enfants

On parle de **programme génétique** en ce sens que le patrimoine génétique constitue une base de données moléculaire des caractéristiques des individus. Nous sommes en quelques sortes programmées : notre destin est écrit dans le langage de nos gènes imprimé dans nos chromosomes.

L'eugénisme, c'est l'ensemble des méthodes de **sélection** des individus par le contrôle des conditions de leur reproduction, applicables à l'Homme et aux animaux, fondées sur des connaissances ou des hypothèses scientifiques génétiques et visant à une amélioration ou à une élimination de ces individus ou de leur descendance.

B - Les enjeux éthiques

La connaissance du programme génétique permet de répondre à trois préoccupations scientifiques :

1/Permet de comprendre les propriétés des cellules vivantes :

Connaissant les enchaînements des gènes on peut en déduire la nature des molécules actives.

On peut commander la fabrication de ces molécules par génie génétique pour mieux les étudier en transférant un gène humain dans une bactérie. (Application agricole et médicale)

Il n'existe pas d'enjeux éthiques. Il s'agit de la liberté essentielle de l'homme d'accès à la connaissance. Cette liberté a les mêmes limites que les autres

libertés. Elle cesse lorsqu'elle empiète sur la liberté d'autrui et menace sa sécurité.

Applications :

- Test génétique de paternité est une pratique scientifique basée sur l'analyse de l'ADN de deux personnes faite dans le but d'établir un lien de parenté génétique et, partant de là, éventuellement juridique.
- Production médicaments, exp insuline

2/Permet de prédire : Le programme génétique une fois connu, il est déterministe des propriétés biologiques de la cellule.

La connaissance d'un gène permet de prédire une anomalie biologique des maladies : En pratique

Avant la naissance : Le diagnostic prénatal

Après la naissance : La Médecine prédictive

Prédire avant la naissance : C'est le diagnostic prénatal

Il n'est justifié naturellement que si de son résultat on peut décider

- soit un traitement
- soit une interruption de grossesse que l'on considère moralement légitime. L'avortement n'est pas en soit un succès de la médecine. Le succès de la médecine est de guérir. Mais dans certaine condition une vie, est programmée à la maladie et la souffrance puis la mort rapide avant de s'épanouir et connaître le bonheur et en entraînant dans sa détresse et son malheur toute la famille. On admet que la famille puisse éviter cette grossesse c'est un moindre mal.
- Cas limites

a/Nombreuses maladie génétique à expression tardives dans la vie après 50 ans: forme génétique de la maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington , forme génétiques de certains cancers.

Que faire de ces diagnostics ? Pas de réponse de nature morale. A-t-on le droit d'éviter qu'advienne une vie parce qu'elle risque de se dégrader 50 ans après.

b/ Certaines maladies génétiques avec retard mental (trisomie 21 : mongolisme) : Que faire avec ce diagnostic prénatal. L'argument une vie programmée pour la souffrance et la mort rapide avant de s'épanouir et connaître le bonheur pour « justifier interruption de grossesse » ne tient plus dans ce cas. C'est beaucoup plus sur une attitude normative : parce que la société est peu tolérante pour ces handicap. Dans notre société moderne ce qui compte c'est d'être performant.

c/ On peut également avec un diagnostic prénatal déterminer le sexe. Il est admis maintenant d'avoir la liberté d'avoir un enfant quant on veut (contraception). Peut on faire évoluer cette liberté jusqu'à commander le sexe de cet enfant.

Quand un couple a 4 garçons ou 4 filles et souhaite un enfant du sexe opposé. On dirait pourquoi pas ? Un débat est ouvert sur la nature de la relation parents enfants.

Avoir un enfant quant on le veut grâce à la contraception n'a rien avoir avec : Avoir un enfant comme on le veut.

Donner un enfant au monde un enfant c'est donner une personne différente qui sera plus tard un adulte et que les parent doivent aider à s'individualiser dans sa différence et son identité.

De quel droit décider du sexe de cette personne, et demain on pourra aller jusqu'à décider de la couleur de ses yeux ...

L'enfant est il la chose des parents ?

d/Le **bébé-médicament** est un enfant conçu en deuxième couche dans le but de sauver un frère ou une sœur aîné(e) souffrant d'une maladie grave. La conception est assistée d'une sélection d'un embryon sain et génétiquement

compatible avec son aîné atteint d'une maladie grave, afin, par exemple, de permettre, après sa naissance, une greffe de sang du cordon ombilical ou de moelle osseuse ultérieurement.

Prédire après la naissance : Médecine prédictive

Chez n'importe qui, des enfants comme chez des jeunes adultes de plus en plus on pourra sur des tests génétiques savoir s'il a des susceptibilité particulière à des maladies susceptibilité au diabète susceptibilité au cancer à l'HTA à l'Athérosclérose à l'Alzheimer.

Naturellement quand la médecine prédictive débouche sur une prévention : c'est un succès incontestable de la médecine. Exemples de plus en plus nombreux.

Il n'empêche que dans l'évolution des sciences il est constant que le savoir (c'est-à-dire, le comprendre les mécanismes) précède de très loin le pouvoir agir (exemple de la tempête même si on sait la prévoir on ne sait pas encore la prévenir) : Pour certaine maladies c'est la même chose et ce sera pour longtemps. Et dans ces conditions où on sait prédire une maladie mais on est incapable de la prévenir ou de soigner, le médecin est dans une position inconfortable soumis à tension éthique particulière et difficile :

Dans certaines circonstances le médecin peut encore apporter une aide: imaginer une famille de cancer du sein familial : une jeune femme qui a une mère une sœur une tante qui ont un cancer du sein. Elle est terrorisée et demande à son médecin un test génétique. Le médecin pratique ce test et peut dire à la femme :

- Qu'elle n'a pas hérité de ce gène. Dans ce cas la jeune femme est rassurée, il valait la peine de pratiquer ce test.
- Ou alors il peut confirmer qu'elle a ce risque. Même s'il n'y a pas de prévention c'est mieux que l'ignorance.

On ne peut bien entendu pas le généraliser à toute la population coût exorbitant.

Enfin il faut mentionner le risque de l'utilisation de la connaissance du destin biologique des individus de ces tests génétiques en dehors de la sphère médicale.

Plusieurs domaines d'activités économiques et sociales seraient friands d'avoir accès à ce type d'information :

- L'embauche
- Le prêt bancaire
- L'assurance privée

Dans toutes ces conditions, il a une certaine logique : Une compagnie d'assurance privé vous dit je propose un contrat loyal en fonction de l'évaluation du risque, le test génétique me permet d'évaluer ce risque et établir la prime à payer en conséquence.

Si on imagine un monde où l'embauche le prêt bancaire l'assurance deviendrait assujettie à la connaissance de notre destin biologique. Nous serions dans un autre monde : On cesse d'être dans une société où tous les hommes et femmes sont égaux en droit et en dignité pour basculer dans un monde inégalitaire où les droits et par conséquent la dignité ne dépendent plus que de notre génome.

Ceux qui ont hérité d'un mauvais gène seraient doublement malheureux :

Malheureux par ce qu'ils ont tiré le mauvais lot avec tous les conséquences médicales.

Malheureux par ce qu'ils seraient limités dans l'exercice de leur citoyenneté, après avoir dévoilé leur destin biologique à la société.

3/Permet de transformer : Grâce à la génétique on peut transformer une cellule malade en une cellule saine ce qui permet de guérir une maladie : il s'agit de la thérapie génique : Pas de problèmes morale ni éthique dans ce cas.

Pour les cellules végétales la transforme du génome des plante ne pose pas non plus de problème éthique sauf celui le respect de l'homme en ne le mettant pas en danger.

Par contre l'illusion aujourd'hui réside dans le fait que certaines scientifiques ne se limitent pas aux travaux qui ont pour but de guérir les maladies génétiques mais cherchent à améliorer les performances humaines. Récemment on a réussi à augmenter la mémoire d'une souris par transfert de gène. On s'était dit que probablement on serait capables de modifier notre descendance

Cela signifie quoi améliorer les performances de l'homme ? Eugénisme positif.

Le rendre plus long, plus fort physiquement... s'est donc l'instrumentaliser.

Augmenter ses capacités mentales ce qui est actuellement impossibles, mais admettant que cela pourra avoir lieu un jour. Dans ce cas la science change complètement d'objectif.

Dans le passé elle intervient pour réduire les différences en soignants les malades afin de conférer les mêmes possibilités et les mêmes chances à chaque être, alors que en adoptant ces projets « d'améliorer les performances » va instaurer de nouvelles différences et de nouvelles inégalités entre les hommes.

Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme (11 novembre 1997):

Article 2

(a) Chaque individu a droit au respect de sa dignité et de ses droits, quelles que soient ses caractéristiques génétiques.

(b) Cette dignité impose de ne pas réduire les individus à leurs caractéristiques génétiques et de respecter le caractère unique de chacun et leur diversité.

DROIT A LA SANTE

Pr Ag Wafa ABBES

Pr Jawaher MASMOUDI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Décrire les quatre principes de la Déclaration d'Alma Ata.
2. Citer les obligations minimales des états reconnus par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels.
3. Connaître l'article 38 de la nouvelle Constitution tunisienne, adoptée par l'Assemblée Nationale Constituante en janvier 2014.
4. Citer les facteurs déterminants pour la santé reconnus par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels.
5. Définir les principaux droits garantis par le droit à la santé.
6. Décrire les quatre caractéristiques des services, biens et infrastructures de la santé
7. Expliquer comment le droit à la santé diffère du droit à être en bonne santé.
8. Reconnaître, à partir d'exemples concrets, le lien entre droit à la santé et autres droits de l'homme
9. Définir la discrimination, et expliquer comment elle peut contribuer à un mauvais état de santé
10. Reconnaître, à partir de situations réelles, les aspects particuliers du droit à la santé chez les femmes, les enfants et adolescent, les handicapés, les migrants et les patients infectés par le VIH.

DOCUMENT DE BASE

I-Introduction- historique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est définie comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Il est déclaré en outre que «la possession

du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale».

Ce n'est cependant qu'en 1966, lors de la **Convention internationale des droits sociaux, économiques et culturels** qu'on a introduit les responsabilités des Etats en matière de droit à la santé. Cette Convention demande de respecter les objectifs suivants :

1. La prise de mesures pour la réduction de la mortalité infantile des nouveau-nés et pour le développement des enfants;
2. L'amélioration dans tous ses aspects du cadre de vie et l'amélioration des conditions de travail;
3. La prévention, le traitement et le contrôle d'épidémies, d'endémies et des maladies professionnelles et autres;
4. La création des conditions permettant l'accès aux soins médicaux en cas de maladie.

En 1978, l'OMS confirme ses intentions lors de la conférence d'Alma-Ata qui donna lieu à une définition des soins de santé de base permettant la réalisation d'une stratégie de « santé pour tous.....à l'horizon 2000 ».

Quatre principes, novateurs et réellement centrés sur les causes du mauvais état de santé du monde :

1. **La santé est un droit de l'homme.** Chacun doit pouvoir accéder de manière égale aux institutions et aux équipements de santé.
2. **La santé implique une dimension sociale et démocratique.** La santé n'est pas seulement l'affaire de médecins et des hôpitaux, mais de groupes d'humains. C'est par la participation que les gens peuvent faire vivre leur droit à la santé dans la communauté. Exemple: les associations
3. **La santé est aussi une question de justice sociale.** Bien des maladies et des situations malsaines ont leurs racines dans l'injustice sociale et économique.

4. **La santé doit être abordée dans le contexte d'un nouvel ordre économique international.** Elle est liée au développement d'une économie plus juste basée sur des relations commerciales équitables.

Le droit à la santé concerne tous les États: Ce comité contraint les pays riches à prêter assistance aux pays qui éprouvent des difficultés à mettre en pratique ces obligations minimales et oblige les États à veiller à ce que les institutions internationales, telles que la Banque mondiale, tiennent davantage compte du droit à la santé dans leur politique. Chaque État a ratifié au moins un traité international relatif aux droits de l'homme reconnaissant le droit à la santé. De surcroît, les États se sont engagés à protéger ce droit dans des déclarations internationales, la législation et les politiques nationales ainsi que lors de conférences internationales.

En Tunisie, L'article 38 de la nouvelle Constitution tunisienne, adoptée par l'Assemblée Nationale Constituante en janvier 2014, stipule que: Tout être humain a droit à la santé. L'État garantit la prévention et les soins de santé à tout citoyen, les moyens nécessaires à la sécurité et à la qualité des services de santé, la gratuité des soins pour les personnes sans soutien ou ne disposant pas de ressources suffisantes et le droit à une couverture sociale conformément à ce qui est prévu par la loi.

Sur le plan international, la Tunisie a ratifié plusieurs instruments internationaux, en particulier le Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels en 1969, dont l'article 12 constitue la base des recommandations internationales sur le droit à la santé. Récemment, le gouvernement tunisien a adopté officiellement les Objectifs du Développement Durable (ODD) adoptés par l'Assemblée Générale des Nations-Unies en septembre 2015. Plusieurs de ces objectifs, notamment l'objectif 3, concernent la santé.

II. COMMENT DÉFINIR LE DROIT À LA SANTÉ?

II- A. Principaux aspects du droit à la santé

1. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, les appelle les «**facteurs déterminants pour la santé**»:
 - L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement;

- Une alimentation saine et suffisante
- Un logement décent;
- Des conditions de travail et environnementales saines;
- Une éducation à la santé et la diffusion d'informations;
- L'égalité entre les sexes.

2. **Le droit à la santé garantit des libertés.**

Ces libertés comprennent le droit de refuser un traitement médical en l'absence de consentement mutuel, notamment en matière d'expériences et de recherches médicales ou de stérilisation forcée ainsi que de ne pas être soumis à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

3. **Le droit à la santé garantit des droits, notamment:**

- Le droit à un système de protection de la santé offrant à tous la possibilité de bénéficier du meilleur état de santé possible;
- Le droit à la prévention et au traitement ainsi qu'à la lutte contre les maladies;
- L'accès aux médicaments essentiels;
- La santé maternelle, infantile et procréative;
- Un accès égal et en temps voulu aux services de santé de base;
- La fourniture d'une éducation à la santé et d'informations y relatives;
- La participation de la population au processus de prise de décisions sur les questions de santé aux niveaux national et communautaire.

4. **Les services de santé, les biens et les infrastructures doivent être accessibles à tous sans discrimination.** La non-discrimination est un principe clef des droits de l'homme et il est indispensable à l'exercice du droit de jouir du meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre (voir section sur la non-discrimination ci-après).

5. **Tous les services, biens et infrastructures doivent être**

- **Disponibles** : Des infrastructures, des biens et des services opérationnels et en nombre suffisant doivent être *disponibles* au sein des États.
- **Accessibles** : Ils doivent être *accessibles à tous* physiquement et financièrement (abordables) conformément au principe de non-discrimination. L'accessibilité implique également le droit de demander, d'obtenir et de partager des informations sur la santé par des moyens accessibles à tous, y compris aux handicapés, sans porter atteinte au droit à la confidentialité des données médicales personnelles.
- **Acceptables** : Les infrastructures, les biens et les services devraient également être conformes à l'éthique médicale, répondre aux besoins des hommes comme des femmes et être respectueux des différences culturelles. En d'autres termes, ils devraient être médicalement et culturellement *acceptables*.
- **De bonne qualité**. Ils doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et de *bonne qualité*, ce qui exige notamment du personnel médical qualifié, des médicaments scientifiquement approuvés et non périmés, des systèmes d'assainissement adaptés et un approvisionnement en eau potable.

II-B. Fréquents malentendus concernant le droit à la santé

1- Le droit à la santé diffère du droit à être en bonne santé.

On pense souvent que l'État a pour devoir de garantir la bonne santé de ses ressortissants. Toutefois, celle-ci est tributaire de plusieurs facteurs hors du contrôle direct des États, tels que la constitution biologique et les conditions socioéconomiques. Le droit à la santé renvoie plutôt au droit de bénéficier de la diversité des biens, infrastructures, services et conditions nécessaires à sa réalisation. C'est pourquoi il est plus précis de le définir comme le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre, et non comme un droit inconditionnel à être en bonne santé.

2- Le droit à la santé n'est pas seulement un *objectif fixé dans le cadre d'un programme* et réalisable à long terme.

Même, s'il doit faire partie des objectifs concrets des programmes, il en découle néanmoins des obligations immédiates pour les États. En fait, les États doivent faire tout leur possible, dans la mesure des ressources disponibles, pour garantir le droit à la santé et prendre sans délai des mesures dans ce sens.

Même avec des ressources limitées, certaines obligations ont un effet immédiat, telles que garantir un droit à la santé non discriminatoire et élaborer des lois et des plans d'action spécifiques (VIH/exple). Les États doivent également garantir un minimum d'accès aux éléments importants du droit à la santé, tels que la fourniture de médicaments essentiels et de services de santé maternelle et infantile.

3- La situation financière difficile d'un pays ne le libère PAS de son obligation d'agir pour garantir le droit à la santé.

On fait souvent valoir que les États qui n'en ont pas les moyens ne sont pas obligés de prendre des mesures pour garantir ce droit ou peuvent surseoir indéfiniment à leurs obligations.

Lors de l'examen de l'application de ce droit dans un État en particulier, il est tenu compte de la disponibilité des ressources lors de la période considérée et du niveau de développement. Cependant, aucun État ne peut justifier un manquement à ses obligations par une insuffisance de ressources. Les États doivent garantir le droit à la santé dans toute la mesure de leurs ressources disponibles, même si celles-ci sont limitées. Alors que les mesures peuvent être fonction d'un contexte particulier, les États doivent néanmoins s'employer à s'acquitter de leurs obligations de respecter, de protéger et de mettre en œuvre.

II-C. Lien entre droit à la santé et autres droits de l'homme

Les droits de l'homme sont interdépendants, indissociables et intimement liés. Par conséquent, une violation du droit à la santé compromet souvent l'exercice d'autres droits de l'homme, tels que le droit à l'éducation ou au travail, et inversement. L'importance accordée aux «déterminants fondamentaux de la santé» montrent que le droit à la santé dépend non seulement de la réalisation de beaucoup d'autres droits de l'homme mais y contribue également. Ces droits comprennent le

droit à l'alimentation, à l'eau, à un niveau de vie suffisant, à un logement décent, à l'absence de discrimination, à la vie privée, à l'accès à l'information, à la participation et le droit de bénéficier du progrès scientifique et de ses applications.

Exemple de la pauvreté : Pour ceux qui vivent dans la pauvreté, la santé est peut-être le seul atout sur lequel ils peuvent s'appuyer pour exercer d'autres droits économiques et sociaux, tels que le droit au travail ou le droit à l'éducation. La santé physique et mentale permet aux adultes de travailler et aux enfants d'apprendre

La maladie est un problème non seulement pour ceux qui sont malades mais également pour ceux qui doivent les prendre en charge: membres de la famille . Inversement, on ne peut garantir le droit des personnes à la santé sans respecter leurs autres droits, dont la violation est la cause première de la pauvreté, tels que le droit au travail, à l'alimentation, au logement et à l'éducation et le principe de non-discrimination.

Exemple: lien eau potable- santé.

L'absorption d'eau insalubre ou le contact avec celle-ci, la pénurie d'eau propre avec un manque d'hygiène, l'absence d'infrastructures d'assainissement et la mauvaise gestion des ressources en eau et des réseaux de distribution, y compris dans l'agriculture exposent aux maladies. La plupart des maladies diarrhéiques sont causées par l'eau ainsi que des installations d'assainissement et d'hygiène de mauvaise qualité.

II- D. Principe de non-discrimination et droit à la santé:

DISCRIMINATION : « Toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur divers motifs et ayant pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice des droits de l'homme et des libertés fondamentales. »

Cette discrimination est à l'origine de la marginalisation de groupes particuliers de la population et d'inégalités structurelles fondamentales au sein de la société. Ce qui accroît la vulnérabilité de ces groupes à la pauvreté et à la maladie.

C'est pourquoi il n'est guère surprenant de constater que les groupes communément discriminés et marginalisés sont considérablement plus exposés aux problèmes de santé.

Par exemple, des études ont démontré que, dans certaines sociétés, les groupes ethniques minoritaires ont moins accès aux services de santé, sont moins informés à cet égard, ont moins de possibilités d'avoir accès à des logements décentes et à de l'eau potable, et que la mortalité infantile y est plus élevée et la malnutrition plus aiguë que dans la population générale.

Les conséquences sont amplifiées en cas de discrimination double ou multiple, par exemple de discrimination fondée sur le sexe *et* la race ou l'origine nationale et l'âge. Ainsi, dans de nombreuses régions, les femmes autochtones ont moins accès aux services sanitaires et de santé procréative ainsi qu'à l'information et sont plus exposées à la violence physique et sexuelle que la population générale.

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 2 2) et la **Convention relative aux droits de l'enfant** (art. 2 1) fournissent une liste non exhaustive de motifs de discrimination: la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, le handicap, et «toute autre situation».

La Selon le **Comité pour les droits économiques, sociaux et culturels**, «toute autre situation» peut inclure l'état de santé (par exemple, l'infection par le VIH/sida) ou l'orientation sexuelle. Il est fait obligation aux États d'interdire et d'éliminer toutes les formes de discrimination et de garantir l'égalité pour tous en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et aux déterminants fondamentaux de la santé.

La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, en son article 5, stipule également que les États doivent interdire et éliminer la discrimination raciale et garantir le droit de tous à la santé et aux soins médicaux

La non-discrimination et l'égalité supposent en outre que les État doivent reconnaître les différences et les besoins particuliers des groupes confrontés en

général à des problèmes particuliers de santé, tels que des taux de mortalité plus élevés ou une plus grande vulnérabilité à certaines maladies et en tenir compte.

L'obligation de garantir la non-discrimination exige ainsi l'application de normes sanitaires spécifiques à certains groupes de la population, tels que les femmes, les enfants ou les handicapés (voir chap. III). Même en cas de situation difficile, les éléments vulnérables de la société doivent être protégés, par exemple grâce à la mise en œuvre de programmes spécifiques et relativement peu coûteux.

III. APPLICATION DU DROIT À LA SANTÉ À DES GROUPES PARTICULIERS DE LA POPULATION

Certains groupes ou individus, sont confrontés à des difficultés particulières dans l'exercice de leur droit à la santé. Il peut s'agir de facteurs biologiques ou socioéconomiques, de discrimination ou de stigmatisation ou plus généralement d'une combinaison de ceux-ci.

Pour envisager la santé comme un droit de l'homme, il est nécessaire d'accorder une attention particulière à différents individus et groupes d'individus au sein de la société, notamment à ceux qui sont en situation de vulnérabilité. De même, les États doivent adopter des mesures positives pour garantir la non-discrimination de certains individus et groupes d'individus.

Par exemple, ils devraient différencier leurs lois et politiques sanitaires pour les adapter à ceux qui ont le plus besoin d'une assistance au lieu d'autoriser passivement des lois et politiques neutres en apparence mais qui profitent essentiellement aux groupes majoritaires.

Pour montrer comment les normes relatives au droit à la santé sont appliquées dans la pratique, la présente section examine essentiellement les groupes ci-après: femmes, enfants et adolescents, handicapés, migrants et personnes vivant avec le VIH/sida.

III-A. Les Femmes

Les femmes connaissent en général les mêmes problèmes de santé que les hommes, mais elles les vivent différemment. Comment????

- * La prévalence de la pauvreté et leur dépendance économique,
- * Leur expérience de la violence, (y compris des mutilations génitales)
- * Les préjugés à leur encontre dans le système sanitaire et la société dans son ensemble,
- * La discrimination sur la base de la race ou d'autres facteurs,
- * Le pouvoir limité d'un grand nombre de femmes sur leur vie sexuelle et procréative
- * L'absence d'influence dans le processus de décision sont des réalités sociales qui ont un effet préjudiciable sur leur santé.

Ainsi beaucoup de femmes doivent affronter des problèmes de santé et des formes de discrimination particuliers, et certains groupes, y compris les réfugiées ou les personnes déplacées, les femmes des bidonvilles et des milieux suburbains, les femmes des campagnes, les handicapées ou les femmes vivant avec le VIH/sida (voir section ci-après sur le VIH/sida), doivent surmonter des formes multiples de discrimination, de marginalisation ainsi que de nombreux obstacles, outre la discrimination fondée sur le sexe.

Dans son article 14, la **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes** invite expressément les États à veiller à ce que «dans les zones rurales, les femmes ... participent au développement rural et à ses avantages» et «puissent avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé ainsi qu'aux conseils et services en matière de planification de la famille.».

Le Comité sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes demande en outre aux États parties de fournir aux femmes pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, des services appropriés, y compris des services de planning familial et des soins obstétricaux d'urgence. L'obligation faite aux États de

garantir une maternité sans risques et de réduire la mortalité maternelle et la morbidité y est implicite.

L'hygiène sexuelle et la santé procréative sont également des aspects clefs du droit des femmes à la santé. Les États devraient permettre aux femmes d'avoir le contrôle et de décider librement et de manière responsable des questions relatives à leur sexualité, y compris la santé sexuelle et procréative et d'être protégées contre toute coercition, absence d'informations, discrimination et violence.

Le Programme d'action de la **Conférence internationale sur la population et le développement** et le **Programme d'action de Beijing** ont mis en avant le droit des hommes et des femmes d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale, d'accéder à la méthode de leur choix et d'accéder à des services appropriés de soins de santé garantissant par exemple aux femmes le bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement et d'offrir aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Il est franchement noté dans le **pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, (article 10 2) que :**

- Une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants.
- Les mères salariées doivent bénéficier, pendant cette même période, d'un congé payé ou d'un congé accompagné des prestations appropriées de sécurité sociale.

Situation particulière de la violence

- * Les États doivent agir avec la diligence voulue pour prévenir les violences, les détecter et engager des poursuites en justice, qu'elles soient le fait d'acteurs étatiques ou de particuliers.
- * Les survivantes de ces violences doivent disposer de voies de recours et avoir accès à des soins de réadaptation appropriés tant dans le domaine de la santé physique que mentale.

III-B. les *Enfants et les adolescents*

Les enfants doivent surmonter des problèmes de santé particuliers à chaque étape de leur développement physique et mental, ce qui les rend notamment vulnérables à la malnutrition et aux maladies infectieuses et, à la période de l'adolescence, aux problèmes de santé sexuelle, procréative et mentale.

1) Les enfants

La plupart des décès chez l'enfant sont dus à une ensemble de maladies, infections respiratoires aiguës, diarrhée, rougeole, paludisme et malnutrition, ou à une combinaison de celles-ci. À cet égard, tant le **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels** que la **Convention relative aux droits de l'enfant** font obligation aux États de réduire la mortalité infanto-juvénile et de lutter contre les maladies et la malnutrition. De surcroît, un bébé qui a perdu sa mère a un risque plus élevé de mourir précocement.

En outre, la santé infantile et la santé sexuelle et procréative des femmes sont si étroitement liées que la **Convention relative aux droits de l'enfant** engage les États à garantir l'accès aux services de santé essentiels pour l'enfant et sa famille, y compris aux soins de santé pré et post-natale pour les mères.

Les enfants sont également de plus en plus exposés aux infections à VIH, qui sont essentiellement le fait d'une transmission mère-enfant. En conséquence, les États devraient prendre des mesures pour prévenir une telle transmission par exemple par des protocoles médicaux de dépistage du sida pendant la grossesse; des campagnes d'information à l'intention des femmes sur ces formes de transmission; a fourniture de médicaments abordables; et la prestation de soins et la fourniture d'un traitement aux femmes infectées par le VIH, à leurs enfants et à leur famille, y compris un soutien psychologique et des choix en matière d'allaitement.

Les gouvernements et les professionnels de la santé devraient traiter tous les enfants et les adolescents de manière non discriminatoire. À cet effet, ils devraient s'attacher particulièrement aux besoins et aux droits de groupes spécifiques, tels que les enfants appartenant à des minorités ou à des communautés autochtones, les enfants

intersexués et, en général, les jeunes filles et les adolescentes, qui dans de nombreux contextes ne peuvent accéder à une grande diversité de services, y compris aux soins médicaux.

Des mesures adaptées devraient être prises pour abolir les pratiques traditionnelles dangereuses préjudiciables pour la santé de la plupart des filles telles que les mutilations génitales féminines, le mariage précoce et les préférences accordées aux garçons en matière d'alimentation et de soins.

Les enfants qui ont été victimes de négligence, d'exploitation, de sévices, de torture ou de toute autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant doivent également bénéficier d'une protection particulière des États.

L'article 39 de la Convention relative aux droits de l'enfant met l'accent sur la responsabilité des États afin de promouvoir la réadaptation physique et psychologique ainsi que la réinsertion sociale de tout enfant.

2) Les adolescents

Même si dans l'ensemble les adolescents constituent une catégorie de population en bonne santé, ils sont sujets à des comportements à risque et sont exposés à la violence sexuelle et à l'exploitation sexuelle. Les adolescentes sont également vulnérables aux grossesses précoces et/ou non désirées. Le droit des adolescents à la santé dépend donc de soins de santé qui respectent la confidentialité et la vie privée et comprend des services de santé mentale, sexuelle et procréative ainsi que l'information.

De plus, les adolescents sont particulièrement vulnérables aux maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Des programmes de prévention efficaces devraient aborder la santé sexuelle et garantir un accès égal aux informations sur le VIH et à des mesures de prévention telles que soutien psychologique et dépistage volontaire ainsi qu'à des méthodes et services de contraception abordables.

III-C. Les *Handicapés*

Même si plus de 650 millions de personnes dans le monde souffrent d'une forme quelconque de handicap (les deux tiers vivant dans les pays en développement), la plupart ont été longuement négligées et marginalisées par l'État et la société. Ce n'est qu'au cours de ces dernières années que les handicapés ont réussi à faire changer les attitudes à leur égard: Ils sont passés du statut d'«objets» d'actions et d'interventions médicales à celui de «sujets» de droit de l'homme, y compris mais non limité au droit à la santé.

La réalisation du droit à la santé des handicapés ne peut se faire isolément. Ce droit est étroitement lié à la non-discrimination et aux autres principes d'autonomie individuelle, de participation et d'intégration sociale, de respect de la différence, d'accessibilité, ainsi que d'égalité des chances et de respect du développement des capacités de l'enfant.

Les handicapés doivent surmonter de nombreux obstacles pour exercer leur droit à la santé:

- Il est souvent difficile pour les personnes souffrant de handicaps physiques d'accéder à des soins de santé, notamment dans les zones rurales, les bidonvilles et les milieux suburbains;
- Les personnes atteintes de handicaps psychosociaux n'ont pas accès à des traitements abordables dans le cadre du système de santé publique;
- Les femmes handicapées ne reçoivent pas toujours des soins adaptés à leurs besoins particuliers.
- Le personnel médical considère parfois le handicapé comme un objet de traitement plutôt que comme un sujet de droits et ne cherche pas toujours à obtenir son consentement libre et éclairé lorsqu'il s'agit de prescrire un traitement.

Une telle situation est non seulement dégradante mais constitue également une violation des droits de l'homme au titre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et un manque d'éthique de la part du corps médical.

Les handicapés sont également beaucoup plus exposés à la violence et aux abus. physiques, sexuels, psychologiques et émotionnels, de délaissement et d'exploitation financière,

Les femmes handicapées sont essentiellement exposées à la stérilisation forcée et à la violence.

La violence à l'égard des handicapés survient souvent dans un contexte de discrimination systématique à leur rencontre associée à un déséquilibre de pouvoirs.

Il est établi que ce n'est pas en raison de leur handicap que les handicapés se retrouvent dans des situations à risques, mais du fait des conditions sociales et des obstacles qu'ils doivent surmonter, tels que la stigmatisation, la dépendance aux autres pour les soins, le sexe, la pauvreté ou la dépendance financière.

Le délaissement dont les personnes atteintes de handicaps psychosociaux ou intellectuels peuvent souffrir en est un exemple. Dans de nombreux cas, elles sont traitées sans leur consentement libre. En outre, elles sont souvent enfermées dans des institutions uniquement du fait de leur handicap. Dans d'autres cas, il est fréquent que ces handicaps ne soient pas diagnostiqués, traités ou pris en charge et leur gravité est souvent sous- estimée.

Les politiques, programmes, lois et ressources existants sont insuffisants, en 2001, par exemple, la plupart des pays à revenu moyen et faible consacraient moins de 1 % de leurs dépenses de santé à la santé mentale

La Convention relative aux droits des personnes handicapées nouvellement adoptée demande aux États de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme, et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque (art. 1).

L'article 25 reconnaît en outre que les handicapés ont le «droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination» et précise les mesures que les États devraient prendre pour garantir ce droit:

- Les handicapés doivent pouvoir accéder aux services médicaux et sociaux dont ils ont particulièrement besoin du fait de leur handicap et en bénéficier,
- Les États veillent à mettre à la disposition des personnes handicapées des services et des centres de santé le plus près possible de leur communauté, y compris dans les zones rurales.
- Les handicapés doivent pouvoir bénéficier des «mêmes services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes»
- Les États devraient «empêcher tout refus discriminatoire de fournir des soins ou services médicaux ou des aliments ou des liquides en raison d'un handicap»
- Les États doivent garantir que les professionnels de la santé fournissent aux personnes handicapées des soins de même qualité qu'aux autres, y compris sur la base d'un consentement libre et éclairé. A cet effet, les États doivent former le personnel médical et définir des normes éthiques pour les soins de santé dans le secteur public et privé.

La Convention relative aux droits de l'enfant reconnaît en son article 23 le droit aux enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et d'accéder à des services de soins de santé et de réadaptation.

III- D. Les *Migrants*

Même si la migration a des incidences sur le droit à la santé tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil, on s'attachera ici aux migrants dans les pays d'accueil. Leur exercice du droit à la santé est souvent limité du seul fait de leur condition de migrants, outre d'autres facteurs tels que la discrimination, la langue et autres barrières culturelles, ou en raison de leur statut juridique tels que les migrants sans papiers ou en situation irrégulière et ceux qui sont en détention sont particulièrement à risques

Les États ont expressément déclaré devant les organes internationaux chargés des droits de l'homme ou spécifié dans la législation nationale qu'ils ne peuvent ou ne souhaitent pas accorder le même niveau de protection aux migrants qu'à leurs propres ressortissants. De même, la plupart des pays ont défini leurs obligations en matière de santé envers les non-ressortissants en termes de «soins essentiels» ou de «soins d'urgence uniquement». Les pratiques et les lois peuvent donc être discriminatoires.

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille stipule en son article 28 que tous les travailleurs migrants et les membres de leur famille ont le droit de recevoir tous les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence pour préserver leur vie ou éviter un dommage irréparable à leur santé. De tels soins médicaux d'urgence ne peuvent leur être refusés en raison d'une quelconque irrégularité en matière de séjour ou d'emploi. La Convention protège en outre les travailleurs migrants sur le lieu de travail et stipule qu'ils doivent bénéficier d'un traitement non moins favorable que celui dont bénéficient les nationaux de l'État d'emploi en matière de conditions d'emploi, y compris de sécurité et de santé (art. 25).

Le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale concernant la discrimination contre les non-ressortissants et le **Comité des droits économiques, sociaux et culturels**, soulignent que les États parties doivent respecter le droit des non-ressortissants à un état de santé physique et mental approprié, notamment en s'abstenant de leur refuser ou de leur restreindre l'accès aux services de soins préventifs, curatifs et palliatifs.

Le Rapporteur spécial sur la santé a également fait valoir que les demandeurs d'asile ou les sans papiers malades, qui font partie des personnes les plus vulnérables au sein d'une population, ne devraient pas se voir refuser leur droit fondamental aux soins médicaux.

En conclusion, le droit des migrants à la santé est étroitement lié et subordonné à leurs conditions de travail et de vie ainsi qu'à leur statut juridique. Afin d'aborder en détail les questions relatives à la santé des migrants, les États devraient également prendre

des mesures pour qu'ils puissent notamment exercer leur droit à un logement décent, à des conditions de travail sûres et saines, à un niveau de vie suffisant, à l'alimentation, à l'information, à la liberté, à la sécurité des personnes, et à ne pas être réduit en esclavage et au travail forcé.

III- E. Personnes vivant avec le VIH/sida

Il est généralement reconnu que le VIH/sida pose de multiples problèmes pour les droits de l'homme. Inversement, la protection et la promotion des droits de l'homme sont essentiels pour prévenir la transmission du VIH et réduire l'incidence du sida sur les vies des personnes.

De nombreux droits de l'homme sont concernés par le VIH/sida, tels que le droit à la non-discrimination, le droit à la vie, l'égalité devant la loi, le droit à la vie privée et le droit au meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre.

Les liens entre la pandémie de VIH/sida et la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination, y compris celles fondées sur le sexe et l'orientation sexuelle, sont communément admis.

L'incidence et la propagation du VIH/sida sont anormalement élevées dans certaines populations: les femmes, les enfants, les personnes qui vivent dans la pauvreté, les migrants, les homosexuels, les professionnels du sexe, les réfugiés et les déplacés, et dans certaines régions, telles que l'Afrique subsaharienne. La discrimination à leur encontre les rend (plus) vulnérables à l'infection à VIH. Dans le même temps, le droit à la santé des personnes vivant avec le VIH/sida est fragilisé par la discrimination et la stigmatisation.

Par exemple, des personnes souffrant de discrimination, telles que les professionnels du sexe ou les utilisateurs de drogues injectables, ne demanderont pas spontanément un soutien psychologique, un dépistage ou un traitement par crainte d'être identifiées en tant que porteur du VIH/sida.

Il est indispensable de lutter contre la discrimination et la stigmatisation pour stopper et faire régresser les épidémies dans le monde. La législation, les politiques

et les programmes devraient être assortis de mesures positives pour lutter contre les facteurs tels que leur situation économique qui entravent l'accès égal de ces populations vulnérables à la prévention, à l'éducation, au traitement et aux soins.

EVALUATION

QCM :

1- Les « facteurs déterminants pour la santé » comportent :

- A. L'approvisionnement en eau potable et l'assainissement
- B. Une alimentation saine et suffisante
- C. Des conditions de travail et environnementales saines
- D. L'inégalité entre les sexes.

Réponse : ABC

2- Tous les services, biens et infrastructures doivent être

- A. Disponibles
- B. Accessibles
- C. Acceptables
- D. De qualité moyenne.

Réponse : ABC

Qrocs

1. Citer les 2 problèmes majeurs de santé que les enfants

Réponse : La vulnérabilité à la malnutrition et aux maladies infectieuses

2. Citer les problèmes majeurs de santé pendant l'adolescence.

Réponse : Les problèmes de santé sexuelle, procréative et mentale.

PSYCHOLOGIE MEDICALE

LA PERSONNALITE

Pr Jihene ALOULOU
Service De Psychiatrie B

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

- 1- Définir le concept de la personnalité.
- 2- Citer les bases fondamentales de la personnalité.
- 3- Différencier entre tempérament, caractère et personnalité
- 4- Décrire les différents facteurs constituant la personnalité.
- 5- Décrire les 4 types de personnalité selon les théories morpho psychologiques.
- 6- Connaître les principes de la théorie cognitivo comportementale de la personnalité.
- 7- Définir les 3 éléments de la 1ère topique de Freud.
- 8- Définir les 3 éléments de la 2ème topique de Freud.
- 9- Décrire les différents stades de développement affectif selon Freud.
- 10- Citer les deux méthodes d'exploration de la personnalité.

DOCUMENT DE BASE

I- INTRODUCTION

- La notion de personnalité est complexe
- Il est difficile de trouver un concept plus solide des écoles et des attitudes des auteurs qui en font usage.
- Le terme personnalité dérive du latin *persona* : désigne le masque de théâtre antique grec, qui était l'interface entre l'acteur, son rôle et le public.

II- LE CONCEPT DE PERSONNALITE :

La personnalité est la synthèse de tous les éléments qui concourent à la

conformation mentale du sujet, pour lui donner sa physionomie propre.

Cette conformation résulte des différentes particularités psychophysiologiques et instinctivo- affectives, elles-mêmes alimentées par les empreintes laissées par toutes les expériences vécues par le sujet.

On entend par personnalité aussi, la force de cohésion et de résistance, l'unité et la continuité de la structure psychique de l'individu qui lui permet de rester lui-même à travers l'histoire de son existence « *c'est bien lui ça* ».

La notion de personnalité est plus que l'ensemble des éléments conscients du psychisme, elle comprend, aussi, les éléments inconscients.

Il faut distinguer la personnalité de concepts proches mais différents :

- L'individu : c'est un numéro dans un groupe.
- Le personnage : rôle que l'on peut jouer ou assumer, dans certaines circonstances.
- La personne : l'individu dans ses particularités administratives ou d'état-civil.
- Le caractère : manifestations psychologiques saillantes et apparentes de la personnalité.
 - Déterminé par apprentissage social, c'est la partie acquise de la personnalité
 - C'est la manière " les façons d'agir" et les attitudes qui sont propres à un individu et qui permettent de le distinguer des autres.
 - Associé généralement à des connotations morales, et fait référence à un jugement de valeur négatif, "mauvais caractère" "caractère de cochon »
- Trait de personnalité:

Un trait représente la synthèse de la fréquence et de l'intensité des habitudes

de réaction face à des situations :

- se laver les mains = habitude
- la propreté = trait.

- Le tempérament

Il correspond aux différences individuelles, biologiquement déterminées, dans les façons d'agir, de réagir et dans les dispositions émotionnelles

Les dispositions tempéramentales sont génétiquement déterminées

Elles sont manifestes dès les premiers mois de la vie et stables dans le temps

Les expressions en sont néanmoins modulées par l'expérience et le contexte

III- LES BASESFONDAMENTALES DE LA PERSONNALITE :

- Unité et identité : ces caractéristiques font de la personnalité un tout cohérent, organisé et résistant.
- Vitalité : la personnalité est un ensemble animé, hiérarchisé dont la vie, et conditionnée par ses mouvements intérieurs endogènes et les stimuli extérieurs, auxquels il répond et réagit.
- La prise de conscience : grâce à toutes les afférences conscientes et inconscientes, l'individu se fait une représentation mentale de toutes ses activités psychiques et physiologiques.
- Les rapports avec le milieu : la personnalité s'oppose au milieu extérieur, en tant qu'entité qui agit et réagit avec ce milieu.

III- FACTEURS CONSTITUANTS DE LA PERSONNALITE :

. 1) Les facteurs biologiques:

❖ **Rôle du sexe** : il apparaît dans les domaines suivants :

➤ *La fonction sensori-motrice* :

Dans le domaine perceptif, le sexe féminin a une meilleure perception des couleurs et des détails.

Dans celui, de la motricité, le sexe masculin l'emporte lorsqu'il s'agit de la force musculaire et la vitesse des mouvements de grande amplitude.

➤ *Les fonctions intellectuelles :*

La femme obtient des résultats plus élevés dans les épreuves verbales et de mémoire visuelle, L'homme est plus performant dans les épreuves spatiales.

➤ *L'affectivité :*

Les hommes montrent plus souvent des comportements d'agression et de domination.

Les femmes sont émotives et plus nerveuses.

➤ *L'orientation sociale est différente :*

Le sexe masculin s'intéresse aux choses, alors que le sexe féminin s'intéresse aux relations.

❖ **Rôle de l'âge :**

La structure de la personnalité varie avec l'âge, sous l'influence de la maturation biologique et les facteurs hormonaux. Il existe des périodes jouant un rôle important dans la structuration (ou parfois déstructuration) de la personnalité : enfance, puberté, ménopause et andropause, vieillesse.

❖ **Rôle de l'hérédité :**

Certains facteurs de la personnalité sont héréditaires :

- *Intelligence* : beaucoup de travaux ont montré que l'hérédité de l'intelligence varie entre 40 et 70%.

- *Tempérament* : des composantes tel que : activité, dynamisme, extraversion, introversion... sont héréditaires

- *Maladies mentales* : un certain nombre de maladies mentales (schizophrénie, Psychose maniaco-dépressive) sont héréditaires.

2) Les facteurs du milieu :

➤ Le milieu physique :

Les conditions physiques peuvent avoir une certaine influence sur la personnalité.

La rigueur climatique, les intempéries habituelles conduisent à accepter plus facilement "l'agression". En revanche, un milieu physique favorable peut conduire à l'insouciance.

Le problème des nuisances agit de même, en favorisant le contrôle de ces agressions.

➤ Le milieu social :

Le milieu social agit sur la personnalité, mais cette action est très complexe, on peut schématiquement citer quelques facteurs :

- *Absence de milieu social humain* : cette absence entraîne des modifications considérables (enfant loup). L'étude animale conforte l'idée de l'importance du contact avec un individu de la race. Les parents agissent sur l'enfant en tant qu'êtres humains et non du fait uniquement de leur statut parental.

- *Insuffisance quantitative du milieu social* : (exemple une longue hospitalisation) : ceci va toucher surtout le développement affectif de l'enfant.

- *La race* : la race correspond à un groupe de population dans un milieu bien défini. Les différences raciales sont importantes, mais il est difficile d'affirmer là une influence génétique sur la structure de la personnalité.

- *Le milieu socioculturel* : le processus de socialisation se fait grâce à l'ensemble de mesures actives prises par le groupe social pour éduquer l'enfant. Ces mesures pédagogiques ont souvent un caractère traditionnel et possèdent une évidence pour ceux qui les emploient. Dans les sociétés

stables, les coutumes se transmettent fidèlement, au contraire, dans les sociétés en évolution, les valeurs traditionnelles deviennent inadéquates et il y a une tendance à s'en libérer.

- *La famille* : le rôle des premières années de la vie est souligné par la psychanalyse. La psychologie expérimentale et animale a apporté de nombreuses confirmations. Le développement de la personnalité se fait par un jeu d'identifications aux parents; mais aussi par les modes relationnels en rapport avec les étapes cruciales du développement (alimentation, sevrage, dressage sphinctérien...).

V- THEORIES DE LA PERSONNALITE :

Les différentes théories, malgré leurs divergences, se complètent. Nous nous contenterons d'évoquer **3 types de théories.**

1- Théories constitutionnelles morpho psychologiques : typologie de Kretschmer :

Pour cette théorie qui s'appuie sur la notion de constitution, il existe une *correspondance entre le type morphologique et le type psychologique*. Il existe 4 types :

- *Pycnique cyclothyme* : le type pycnique est caractérisé par une morphologie transversale, petite taille, trapu. Il lui correspond un caractère cyclothyme fait de variabilité de l'humeur sur un fond de gaieté, bon vivant avec un contact chaleureux.
- *Leptosome schizothyme* : le type leptosome a des mensurations verticales, grand, maigre et mince avec des pommettes saillantes. Il lui correspond le caractère schizothyme (ou schizoïde) fait de froideur affective, repli sur soi, pauvreté du contact social.
- *Athlétique visqueux* : le type athlétique est caractérisé par la robustesse du squelette et le développement des masses musculaires. Il lui correspond le caractère visqueux oscillant entre les deux pôles de la

viscosité (tendance à coller et à se détacher difficilement) et l'explosivité.

- *Type dysplasique* : c'est un type accessoire pour classer les gens inclassables dans les 3 premiers types.

2- Théorie comportementale

Basée sur les travaux de Ivan PAVLOV: Le conditionnement et J.B. WATSON: stimulus réponse

Le comportementalisme ne fait aucune hypothèse sur la nature des processus psychiques sous-jacents au comportement

La personnalité est l'ensemble des comportements observables "*nous sommes ce que nous faisons*"

Elle est le résultat des "habitudes" acquises au cours du développement. L'acquisition des habitudes est le fait de l'apprentissage.

Il existe trois types d'apprentissage :

- Apprentissage par conditionnement classique ou répondant (Pavlov)
- Apprentissage par conditionnement opérant (B.F. Skinner) : modelage du comportement par le renforcement (positif ou négatif)
- Apprentissage par observation (A. Bandura)

3- Théorie Cognitive :

- Liée aux insuffisances du modèle comportemental pour certains.
- L'approche cognitive met l'accent sur le raisonnement et le traitement mental de l'information.

 Les Schémas cognitifs :

Se sont des croyances profondes sur *nous-mêmes, les autres et le monde*, acquises dans la plus tendre enfance, au cours d'expériences précoces

Ils paraissent familiers et rassurants, et sont essentiels à notre sentiment d'identité.

Ils sont difficiles à enrayer, même lorsqu'ils sont dysfonctionnels

=> vision erronée de certaines situations source de souffrance.

* Schémas conditionnels :

Se présentent comme des règles en « Si..., alors ».

Par exemple : « Si je n'essaie pas de toujours faire plaisir aux gens, ils ne m'aimeront pas ».

*Croyances inconditionnelles:

Sont des jugements définitifs qui ressemblent fort à des impératifs catégoriques.

Le type en est : « je ne suis pas assez bien pour qu'on m'aime ».

4- Théories psychologiques pures : théorie psychanalytique de Freud :

C'est une théorie complexe, faisant intervenir plusieurs données. Elle a été développée à partir de l'étude de cas pathologiques.

Freud a avancé successivement 2 topiques ou théories spatiales de la personnalité. Ces deux topiques ne s'annulent pas mutuellement et se complètent.

✚ **1 ère topique** : constituée de 3 éléments qui sont *l'inconscient, le conscient et le préconscient*.

▪ ***L'inconscient*** : représente tout le domaine de ce qui échappe à notre conscience, depuis les mouvements inconscients de notre corps jusqu'à tout ce qui a été oublié.

- **Le conscient** : c'est le monde actuel dont nous sommes maîtres, il s'agit de la volonté, des activités quotidiennes, de nos projets...
- **Le préconscient** : est une structure intermédiaire entre le conscient et l'inconscient. Il contient tout ce qui n'est pas disponible pour le moment, mais qui peut le devenir par un effort de volonté.

✚ **2 ème topique** : constituée aussi de 3 éléments qui sont *le ça, le moi* et *le surmoi*.

- **Le ça** : est le réservoir des instincts ou pulsions, son contenu est nécessairement *inconscient*.
- **Le moi** : est la partie de la personnalité qui assure la direction des opérations, l'adaptation de l'individu au monde extérieur. Le moi est en grande partie conscient, cependant il y a une partie inconsciente, c'est celle qui touche aux *mécanismes de défense*.
- **Le Surmoi** : est le *côté moral* de la personnalité, il est en grande partie inconscient. Une partie du surmoi s'appelle idéal du moi, c'est la partie qui contient le côté "idéal" de nous.

✚ **Aspect génétique ou stades de développement affectif:**

Le développement de la personnalité se fait, selon Freud, par étapes, ou par stades et non en ligne droite. Ces stades se chevauchent et leur durée est en moyenne identique d'un individu à l'autre.

Cette classification se réfère à la zone érogène.

- **Stade oral** : de la naissance à 18 mois environ :

Ce stade est caractérisé par la primauté de la zone orale. A partir de six mois, avec l'apparition des dents, on parle de *stade sadique oral* : le bébé commence à morde le sein.

Au stade oral, il y a absence de différenciation Moi / non Moi. La relation au monde (d'objet) se fait sur le mode de l'incorporation, c'est à dire que le bébé

met tout dans sa bouche pour en faire un objet interne.

- **Stade anal** : 18 mois - 3 ans :

C'est le stade où l'intérêt se déplace sur l'anus et le dressage à la propreté.

Grâce à la notion de quelque chose à éliminer (les selles), l'enfant apprend la notion de différenciation entre lui-même et le monde extérieur. C'est le stade de l'opposition et de l'affirmation de soi (quand l'enfant refuse de faire les selles au moment où sa mère le demande, il s'oppose à la demande de sa mère mais en même temps il s'affirme).

- **Stade phallique** :

Ce stade est court, et sert d'entrée au stade oedipien, il dure peu au début de troisième année,

Il est basé sur la découverte fondamentale par l'enfant de la différence anatomique entre les sexes

- **Stade œdipien** : 3 - 4 ans :

C'est la découverte de la différence des sexes et apparition du complexe de castration.

- **Période de latence** : 5 - 12 ans :

Après la crise œdipienne, l'enfant va entrer dans la période de latence avec refoulement de la sexualité et intérêt pour la socialisation et les apprentissages, largement favorisés par la scolarisation.

- **La puberté** :

Quand se termine la phase de latence et il y a un renouveau d'intérêt pour les questions sexuelles.

VI-EXPLORATION DE LA PERSONNALITE :

L'étude de la personnalité a acquis une importance croissante depuis la fin

du siècle dernier, sous l'influence de la psychanalyse.

Une grande partie de la pathologie, aussi bien mentale que médicale, relève de la pathologie de la personnalité.

L'intérêt donné à la personnalité réside dans la formule simple" le sujet malade.

Il existe plusieurs méthodes d'exploration que nous allons passer rapidement en revue :

La méthode clinique :

Médecin, psychiatre ou psychologue peuvent par le seul entretien évaluer les principales caractéristiques de la personnalité.

Il existe des types de personnalité, comme ceux indiqués plus haut, et l'entretien avec le malade (parfois aussi un proche parent ou le conjoint) recherche les principaux traits.

La psychométrie :

C'est une branche de la psychologie qui tend à quantifier les variables psychologiques. Pour ce faire des instruments de mesure, appelés tests, ont été créés.

C'est le psychologue qui fait les tests, mais le médecin doit savoir ce qu'il veut pour indiquer le genre de test à pratiquer.

Il y a des tests d'intelligence, des tests d'aptitude et des tests de personnalité globale.

VII- CONCLUSION :

Différents facteurs agissant sur la fondation de la personnalité, de même, les différentes théories se complètent.

La personnalité offre un vaste champ de la pathologie, tant mentale que médicale. C'est pourquoi, l'étude d'un malade doit inclure toujours une

évaluation de sa personnalité.

Mais le médecin travaille avec sa personnalité; elle est le révélateur qui permet de dégager du sens dans ce que le malade apporte. C'est pourquoi le médecin, aussi, doit s'intéresser à sa propre personnalité dans le but de la connaître.

Evaluation :

QCM :

- Concernant le rôle du sexe dans la constitution de la personnalité :
 - A. La femme obtient des résultats plus élevés dans les épreuves verbales
 - B. la femme est plus performante dans les épreuves spatiales.
 - C. la femme a une meilleure perception des couleurs et des détails.
 - D. L'homme est plus performant dans les épreuves spatiales
 - E. La femme s'intéresse plus aux relations que l'homme

Réponses : A C D

- La construction de la personnalité peut être influencée par:
 - A. L'Age
 - B. Le sexe
 - C. L'hérédité
 - D. Les facteurs familiaux et sociaux
 - E. La culture

Réponses :A B C D E

- Selon les théories morfo psychologiques de kretchmer:
 - A. Le leptosome a une morphologie transversale
 - B. le pycnique a des mensurations verticales
 - C. le dysplasique a un caractère visqueux
 - D. Le pycnique a un caractère jovial
 - E. Le leptosome a un caractère marqué par la froideur

Réponses : C D E

- Selon la théorie comportementale de la personnalité
 - A. L'apprentissage peut se faire par conditionnement classique ou répondant
 - B. L'apprentissage par conditionnement classique est dit skinnerien
 - C. L'apprentissage peut se faire par conditionnement opérant
 - D. L'apprentissage peut se faire modelage du comportement par le renforcement
 - E. L'apprentissage peut se faire par observation

Réponses :A C D E

- Selon la théorie psychanalytique de la personnalité
- A. Les fixations-régressions sont déterminantes pour la construction de la personnalité
- B. Le premier stade du développement psychoaffectif est le stade anal
- C. Le stade phallique est le premier stade génital
- D. Le stade œdipien est caractérisé par une triangulation
- E. Le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe

Réponses :A D E

- Selon la théorie psychanalytique de la personnalité
- A. Le surmoi fait partie de la première topique de Freud
- B. Le moi est complètement conscient
- C. Le ça est complètement inconscient
- D. Le préconscient contient tout ce qui peut devenir conscient par un effort de volonté
- E. Le surmoi contient les mécanismes de défense

Réponses :C D

QROC :

1. Définir la personnalité
2. Décrire les quatre bases fondamentales de la personnalité
3. Différencier entre le tempérament et le caractère

LES MECANISMES DE DEFENSE DE LA PERSONNALITE

Dr CHAARI Imen
Pr ALOULOU Jihen
Service de psychiatrie B

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

- 1 Reconnaître l'origine, la finalité et les caractéristiques des mécanismes de défense.
2. Comprendre l'importance de ces mécanismes pour l'équilibre de la personnalité.
3. Reconnaître les caractéristiques des mécanismes de défenses des personnalités pathologiques
4. Définir les principaux mécanismes, leurs particularités et pouvoir en donner des exemples concrets.

DOCUMENT DE BASE

INTRODUCTION

A. GENERALITES, DEFINITION :

Les mécanismes de défense sont les différents types d'opérations psychiques, ayant pour finalité *la réduction de la tension psychique interne*. Ils sont généralement utiles pour la protection de la cohésion de l'appareil psychique, afin de sauvegarder son équilibre, des pressions et des contradictions qui proviennent des conflits entre le Ça et le Surmoi.

En effet, le fonctionnement mental est conflictuel (opposition entre le principe de réalité et le principe du plaisir) produisant de l'angoisse (qui peut être évidente ou latente). Cette angoisse représente un signal de danger, adressé au Moi, pour le prévenir des dangers provenant du Ca ou du Surmoi. Face à cette menace, le Moi va essayer de se débarrasser de l'angoisse,

tout en restant adapté à la réalité, par le recours à des mécanismes de défense.

Ces mécanismes de défense ont été individualisés grâce à la pratique psychothérapique (essentiellement psychanalytique).

Ils sont nombreux, variables d'un sujet (normal ou malade) à l'autre et, chez un même individu, d'un moment à l'autre. Ils n'ont pas tous la même valeur adaptative et ne donnent pas tous la même satisfaction à l'individu.

Le choix d'un mécanisme de défense est généralement *inconscient*, et dépend des fixations de la personnalité au cours de son développement (depuis la naissance), ainsi que du conflit traversé.

Beaucoup de mécanismes de défense apparaissent sous forme de comportement psychopathologiques, quand il existe un conflit aigu entre les différentes instances psychiques (Ça, Moi, Surmoi, Idéal du Moi) ou entre ces instances et la réalité. Mais beaucoup de mécanismes de défense courants sont utilisés aussi, de façon permanente et banale, donnant naissance aux « traits de caractère » des personnalités non morbides.

Plus que *le type* du mécanisme, c'est *sa prédominance* (lorsqu'il est utilisé de façon excessive, stéréotypé), *sa rigidité* (entravant la souplesse et l'harmonie du fonctionnement mental) et son *inefficacité* (lorsqu'il entraîne un comportement stérile et inadapté), qui rendent une personnalité pathologique, organisée selon un mode névrotique, psychotique ou limite.

LA CLASSIFICATION DES MÉCANISMES DE DÉFENSE

Deux principales classifications ont été proposées.

La première classe les mécanismes de défense en fonction de leurs effets plus ou moins adaptatifs. La seconde les classe en fonction de leur cible principale, les émotions ou les pensées.

Classification en fonction du caractère adaptatif

La classification la plus habituelle distingue les défenses matures, les défenses névrotiques ou intermédiaires et les défenses immatures en

fonction de leur niveau adaptatif. Les défenses matures contribuent à la santé psychique et physique. Les défenses névrotiques d'abord liées aux névroses où elles sont prédominantes sont maintenant plutôt appelées défenses intermédiaires car elles sont utilisées par chacun d'entre nous. Les défenses immatures, quand elles prédominent, sont liées aux troubles de la personnalité, aux troubles psychiatriques, comme les dépressions graves ou les psychoses.

Le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Association américaine de psychiatrie, 1994) propose une classification en 7 niveaux avec un niveau mature et intermédiaire et une subdivision des défenses immatures en 5 niveaux.

L'efficacité adaptative d'un mécanisme de défense dépend de sa nature, mais aussi de l'intensité et de la souplesse de sa mise en jeu, et des circonstances. Pour chaque mécanisme de défense, les modes d'activation légère tendent à être fonctionnelles, et les variantes plus intenses tendent à être dysfonctionnelles. Le niveau de stress subi intervient aussi dans l'adaptation. Dans les stress majeurs, les mécanismes de défenses réputés les plus immatures, dysfonctionnels ou pathologiques peuvent avoir une fonction protectrice. Les stress légers peuvent ne nécessiter que les mécanismes de défense matures, les stress plus significatifs peuvent requérir les mécanismes intermédiaires névrotiques pour la plupart des sujets et les stress intenses réclament au moins l'activation brève des défenses immatures. Dans les situations extrêmes, même les mécanismes habituellement considérés comme les plus pathologiques peuvent servir à surmonter l'adversité.

Classification en fonction de la cible

Cette classification est largement artificielle : les défenses centrées sur les cognitions agissent indirectement sur les émotions puisque les cognitions déterminent ou tout au moins influencent fortement les émotions. D'autre part, les défenses centrées sur l'émotion peuvent recourir à des processus cognitifs. La cible ultime des mécanismes de défenses est les émotions : «

Le Moi n'est pas seulement en conflit avec les rejetons du ça qui essayent de l'envahir pour avoir accès au conscient et à la satisfaction.

Il se défend avec la même énergie contre les affects liés à ces pulsions instinctuelles. Lors du rejet des exigences pulsionnelles, c'est toujours à lui qu'incombe la tâche capitale de se débrouiller au milieu des affects : amour, désir, jalousie, humiliations, chagrins et deuil, toutes manifestations qui accompagnent les désirs sexuels ; haine, colère, fureur, liées aux pulsions agressives.

Tous ces affects... se voient soumis à toutes sortes de mesures qu'adopte le Moi pour les maîtriser...

Chaque fois qu'un affect se modifie... c'est que le Moi a agi. ».

LA DESCRIPTION DES PRINCIPAUX MÉCANISMES DE DÉFENSE

L'identification

C'est le processus par lequel le sujet assimile un aspect ou une attitude d'une autre personne, et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci.

Pour l'enfant:

L'identification est la première forme d'attachement. C'est aussi le moyen de s'approprier les attributs enviés de l'adulte (sa puissance par exemple).

Cela constitue donc un aspect très important de la formation de sa personnalité (séries d'identifications).

Pour l'adulte:

Ce mécanisme s'observe chez l'acteur qui s'identifie au personnage du scénario, les jeunes qui s'identifient à leur idoles, etc.

Mais ce mécanisme peut être utilisé en pathologie, par exemple dans la mélancolie où le sujet s'identifie à l'objet perdu (deuil) et cherche ou désire la mort.

La sublimation

La sublimation canalise « des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables (ex : les sports

de contact pour canaliser des accès impulsifs de colère) » (DSM-IV). La sublimation permet aussi de transformer le déplaisir lié à l'impossibilité de décharger la pulsion en plaisir.

- Ce mécanisme est considéré comme non pathologique et servant à l'enrichissement de la personnalité.
- C'est le mécanisme le plus bénéfique et le plus économique pour la personnalité,
- Elle joue un rôle important dans l'adaptation du sujet à son environnement et participe au développement social de l'individu.
- En effet, elle procure au sujet un sentiment d'équilibre et de satisfaction.

La définition du DSM-IV étend clairement la sublimation à l'agressivité et élargit l'expression de la sublimation aux activités positives de la vie quotidienne. La sublimation permet également de lutter contre les affects dépressifs.

Le refoulement

Mécanisme fondamental, toujours présent chez le normal et le pathologique. Il consiste à repousser et à maintenir dans l'inconscient les représentations (pensées, images, souvenirs) interdites.

C'est le mécanisme de défense prévalent dans les névroses.

C'est le mécanisme qui est à l'origine de la séparation du conscient et de l'inconscient (refoulement primaire). On peut, en conséquence, le voir à l'œuvre dans toutes maladies mentales.

Le refoulement expulse « de la conscience des désirs, des pensées ou des expériences perturbantes.

La composante affective peut rester consciente mais détachée des représentations qui lui sont associées » DSM-IV). L'affect peut être déplacé, isolé ou refoulé.

En clinique, le refoulement peut se trahir par des vides, par l'absence des réponses auxquelles on s'attendrait comme à des réactions appropriées à la réalité : le clinicien n'observe pas les idées, sentiments, attitudes qu'il s'attendrait à retrouver. Le refoulement peut aussi se manifester par une

absence de souvenirs. Le refoulé, bien qu'il ne soit pas accessible à la conscience, reste toujours actif et nécessite une consommation incessante d'énergie psychique qui peut se manifester par de la fatigue, de l'inhibition, un appauvrissement général de la personnalité. L'insuffisance ou la défaillance du refoulement permettent le retour du refoulé : 1) les actes manqués, lapsus, montrant des pensées, des sentiments, des intentions en contradiction avec les contenus conscients ; 2) les rêves révélant clairement des désirs, des pulsions, des sentiments, des pensées, différents de ce que le sujet éprouve dans la vie diurne ; 3) Ce qui est insuffisamment refoulé peut être déplacé ou projeté ; 4) des symptômes névrotiques.

Le déplacement

Le déplacement transfère « un sentiment ou une réaction d'un objet à un autre objet substitutif (habituellement moins menaçant) » (DSM-IV). Le déplacement est à l'origine de phobies.

Ce mécanisme a été particulièrement évoqué pour les phobies d'animaux dont le cas le plus célèbre est celui du petit Hans dont la peur du père est déplacée sur le cheval. Ce déplacement permet de circonscrire la peur à une situation évitable et de résoudre un conflit d'ambivalence : si l'enfant ne se sent plus menacé par son père, il peut éviter de le haïr ce qui diminue sa peur de la rétorsion et sa culpabilité.

Le déplacement peut concerner une autre personne, un objet inanimé, ou une autre situation.

La projection

Opération par laquelle le sujet expulse de lui et localise dans l'autre, un sentiment ou une idée qu'il méconnaît ou refuse en lui.

C'est un mécanisme de défense efficace contre l'anxiété, puisqu'il permet de liquider et d'évacuer la tension intérieure, mais il fausse les rapports avec autrui et peut entraîner des difficultés relationnelles.

La projection attribue « à tort à un autre ses propres sentiments, impulsions ou pensées inacceptables ». Elle permet d'expulser de soi et de percevoir dans un autre ce que le sujet refuse de reconnaître en lui-même. Plus

généralement, la projection peut concerner tout ce que notre esprit ressent comme douloureux ou déplaisant.

Ce mécanisme est différent du déplacement car en plus il y a un changement du sens de l'énergie. En effet, l'enfant par le déplacement, change seulement l'objet de sa peur (policier à la place du père), s'il dit que le policier lui veut du mal, à ce moment là il y a une projection. La projection est fréquente chez l'enfant : il frappe et se dit être frappé.

Chez l'adulte: ce mécanisme est souvent pathologique Ex :

La paranoïa: les pulsions de haine sont projetées sur les autres, qui deviennent des persécuteurs.

Un homme qui a envie de tromper sa femme, l'accusera de vouloir le tromper.

On retrouve la projection dans des conditions non pathologiques telles que les croyances culturelles : mauvais œil, djinns...

L'isolation

L'isolation sépare « les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés. Le sujet perd ainsi le contact avec les sentiments associés à une idée donnée (ex : un événement traumatique) alors qu'il reste conscient des éléments cognitifs qui l'accompagnent (ex : des détails descriptifs) » (DSM-IV). L'isolation de l'affect peut être formulée comme un refoulement de l'affect sans refoulement de la représentation.

L'isolation de l'affect peut s'observer comme défense normale face à la survenue d'un événement traumatique où sa fonction adaptative est souvent évidente. Consiste à détacher une image ou une idée de son contexte émotionnel.

Exemple : parler de la mort d'une personne proche et chère avec une indifférence émotionnelle totale.

Elle peut persister à distance, liée à une absence d'élaboration psychique, et s'intégrer aux symptômes d'un état de stress post-traumatique.

L'annulation

Consiste à faire l'inverse de l'acte ou les pensées précédentes. Ou bien de faire un acte dans le but d'effacer un acte précédent. Ainsi, dans le comportement de vérification : le fait de répéter le même acte constitue à chaque fois une annulation de l'acte précédent.

L'annulation rétroactive est un mécanisme particulièrement employé dans la névrose obsessionnelle où elle est souvent liée à la pensée magique. Elle est évidente dans les rituels expiatoires succédant à des pensées agressives ou sexuelles, vécues comme inacceptables.

La formation réactionnelle

Une pulsion inacceptable est transformée en son contraire : le sujet va alors manifester ou adopter un comportement diamétralement opposé à ses tendances instinctuelles.

Les formations réactionnelles peuvent être localisées comme dans le cas de « l'inquiétude excessive que manifeste un petit garçon » quand son père doit quitter la maison le soir ou par temps de brouillard » » qui « indique à coup sûr des souhaits de mort refoulés ».

Le désir de mort serait refoulé et remplacé par son contraire, la peur de la mort du père. Les formations réactionnelles peuvent être durables mais limitées à une relation ou une catégorie de relation.

Ainsi, une surprotection peut-être une formation réactionnelle contre l'agressivité à l'égard d'un enfant.

Les formations réactionnelles peuvent être généralisées et se manifester par un trait de caractère. Par exemple, l'agressivité contre le père peut conduire à un trait de personnalité réactionnel marqué par une attitude sociale générale de soumission.

Le déni

C'est le refus de reconnaître un fait réel existant. Il peut réaliser une négation de la réalité des perceptions sensorielles objectives.

Il s'agit habituellement des faits douloureux de la réalité.

Il peut être utile, dans les suites immédiates d'un événement traumatisant, à condition de ne pas se prolonger longtemps ni entraver l'adaptation à la réalité.

Exemples : « le membre fantôme » de certains amputés
déli de la mort dans les deuils
déli de maladie grave.

La régression

C'est lorsque le sujet cherche à résoudre ses conflits par le retour à des conduites, à des pensées ou à un style relationnel, d'un stade dépassé et antérieur, du développement de la personnalité.

Elle permet d'éviter la tension et le conflit, évoqués au niveau actuel du développement. Son utilisation excessive signe l'immaturité de la personnalité.

Elle peut être transitoire (au cours d'une maladie, qui laisse le sujet dans une situation infantile) ou durable (comme dans la personnalité hystérique).

Elle peut représenter le mécanisme fondamental de formation des maladies mentales : à chaque stade du développement, auquel régresse systématiquement le sujet, correspond un type de maladie mentale.

CONCLUSION

Les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes. Les concepts d'organisation défensive, de style défensif, décrivant des combinaisons de mécanismes de défense, relativement stable et caractéristique de la personnalité d'un sujet, apparaissent une dimension majeure du fonctionnement de la personnalité, du normal au pathologique. Les études sur les mécanismes de défense ont conquis l'intérêt des cliniciens largement en dehors du champ psychanalytique.

Evaluation :

Situation n°1 :

Melle L. est une jeune étudiante brillante qui a toujours très bien réussi dans ses classes. Depuis deux mois elle étudie dans un collège situé loin de chez elle. Elle a quitté sa famille pour la première fois. Elle s'ennuie des siens et se sent un peu « insécure » dans ce milieu nouveau. Elle aime ce qu'elle fait, mais n'a pas vraiment réussi à se faire des amis. Au début, elle s'occupait à lire et à faire ses travaux, trouvant un bon équilibre avec ses loisirs. Mais depuis quelque temps, elle est prise de cafard et s'installe de longues heures devant la télévision. Ses résultats scolaires s'en ressentent grandement. Lorsque son professeur lui souligne la baisse de sa performance et l'interroge sur ses loisirs et sur le nombre d'heures passées devant la télé, elle lui dit qu'elle travaille et minimise son comportement passif. Ce n'est pas nécessairement qu'elle cherche à lui mentir, mais elle ne peut accepter que son insuccès soit de sa responsabilité et elle ne peut le reconnaître.

Quel mécanisme de défense est utilisé dans cette situation ?

Cette idée intolérable l'amène à faire du déni, un mécanisme où la personne nie inconsciemment des pensées, des désirs, des comportements, des besoins ou des éléments de la réalité qui lui sont inacceptables ou qui briment son image d'elle-même.

Pour combler son besoin non satisfait d'attention et d'affection, elle se gave devant la télé. Et, lorsqu'il lui arrive de se poser des questions sur son comportement, là encore elle fait du déni et chasse immédiatement cette pensée.

En classe, elle a développé une grande admiration pour l'une de ses compagnes un peu plus âgée qu'elle et d'une autre éducation. C'est une personne extravertie, qui parle fort et émaille son langage de grands gestes et d'expressions vulgaires. Lise croit que ces comportements la rendent populaire auprès des autres qui la trouvent drôle. Elle tente alors inconsciemment de l'imiter afin de se rendre plus intéressante. Elle utilise les

mêmes paroles, les mêmes mimiques et les mêmes gestes, tant et si bien qu'elle n'est plus elle-même.

Quel mécanisme de défense est utilisé dans cette situation ?

C'est l'identification, un mécanisme où la personne adopte inconsciemment les caractéristiques de la personnalité de quelqu'un d'autre qu'elle admire.

Situation n°2 :

P. est un étudiant âgé de 21 ans. Débordant d'énergie, il pratique plusieurs sports. Il y passe d'ailleurs beaucoup plus de temps qu'à ses études ce qui a retentit sur ses résultats.

Voyant qu'il est devant une mission difficile, il se sent maintenant angoissé par les résultats qu'il anticipe. Il craint malgré tout de décevoir ses parents. Lorsque ceux-ci lui posent des questions sur ses difficultés, il répond « C'est la faute du prof. Il n'explique pas bien et personne ne comprend dans la classe » ou encore « Il ne nous donne pas assez de temps pour les examens et les travaux. C'est impossible de tout couvrir en si peu de temps ». De cette manière, il se cache sa paresse en rendant quelqu'un d'autre responsable de son insuccès.

Quel mécanisme de défense est utilisé dans cette situation ?

C'est de **la projection**, un mécanisme de défense qui porte la personne à attribuer ses propres sentiments, ses intentions, ses comportements jugés inacceptables ou ses responsabilités, à une autre personne. Comme il ne peut envisager cette perte d'estime de soi que constitue un échec, il doit s'en cacher la faute en la projetant sur le professeur.

Mal en point sur le plan psychologique, il tombe en même temps malade d'une grippe. Gâté par sa mère qui se met à son service, il n'a de cesse de lui donner des ordres et d'exprimer toutes sortes de caprices

Il s'agit de **la régression** : C'est un mécanisme où la personne retourne à une étape antérieure de son développement jugée plus confortable et émotionnellement plus sécurisante. Une période de maladie, peut facilement

entraîner une certaine régression. Mais il peut s'agir d'un véritable recul manifesté par des comportements infantiles.

EMOTIONS ET MOTIVATIONS

Pr Inès FEKI ZOUARI

Service de psychiatrie A, CHU Hédi Chaker, Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Définir l'émotion et la différencier d'un sentiment ou de la passion.
2. Reconnaître les 3 phases de l'émotion et les caractéristiques de chacune d'entre elles.
3. Reconnaître les déterminants des émotions.
4. Identifier les effets de la maturation sur les émotions.
5. Comprendre le rôle des émotions dans le conditionnement, la généralisation et l'extinction.
6. Définir la motivation.
7. Reconnaître les motivations primaires et secondaires.
8. Comprendre la formation des motivations secondaires.
9. Enumérer, dans l'ordre, les motivations selon l'échelle de MASLOW.

DOCUMENT DE BASE

I- EMOTIONS :

A. DEFINITION

C'est un état affectif, survenant de façon brusque, sous forme de crises assez violentes et passagères.

Elle réalise une force motivante pour l'action.

La peur, la colère, la joie et l'angoisse, répondent à cette définition. Elle est à différencier des :

- **sentiments** : états affectifs moins intenses que les émotions, mais plus durables.

Exemples : la sympathie, l'amour, la jalousie, l'orgueil...

- **passions** : états affectifs intenses, comme les émotions, mais durables. Elle est ainsi considérée comme un effet persistant des émotions. Exemples :

Passion du sport, de la peinture. Certaines émotions peuvent persister et se transformer en passions, comme «l'amour-passion».

B. DETERMINANTS DES EMOTIONS

Une même situation peut déclencher des émotions différentes d'un sujet à l'autre ; inversement, des situations différentes peuvent déclencher une émotion identique, chez un même sujet. Cela dépend de 2 déterminants :

- La nature de la situation
- Facteurs individuels

1. La nature de la situation

Ce n'est pas tant sa nature objective que sa perception subjective, qui dépend des expériences émotionnelles antérieures, se rapportant à cette situation. Ces expériences vont réaliser un conditionnement à cette situation.

Exemple :

L'enfant n'a pas spontanément peur des rats. Si on associe la présentation d'un rat à un bruit violent, un certain nombre de fois, la présentation du rat seul déclenchera une réaction de peur. **C'est le conditionnement.**

Au bout d'un certain temps, on constate que tous les petits animaux couverts de fourrure, et dans un deuxième temps même les objets inanimés, produiront le même effet. C'est **la généralisation**, qui joue un rôle considérable dans la structure des réactions émotionnelles de l'individu, d'autant qu'on a pu montrer que **l'extinction** du conditionnement était plus difficile que sa création.

2. Facteurs individuels

- **La personnalité du sujet** : intervient dans le contrôle des émotions et la manière de les présenter et la réponse qui leur sera apportée.

- **L'état pulsionnel et la tonalité affective de l'humeur**, au moment de survenue de l'émotion. Ainsi, on a constaté que les accès de colère étaient le double de la normale, pendant les périodes qui précèdent les repas. Il en est de même pour la plupart de ceux qui font le Ramadan ou pour les femmes, lors des règles.

- **Les facteurs biologiques** : la constitution biologique de chacun, détermine des réactions corporelles différentes, en réponse à une même émotion.

C. DESCRIPTION

L'émotion évolue en 3 phases successives :

1. La réponse immédiate (ou primaire)
2. La réponse secondaire
3. Les effets persistants

1. La réponse immédiate (ou primaire)

Caractérisée par des modifications de trois ordres :

a) physiologiques :

Qui se dévoilent dans l'expression faciale, la voix, les battements du cœur, l'expression des yeux, etc. Ces manifestations sont sous la dépendance du système nerveux autonome (sympathique et parasympathique).

Les sièges cérébraux des émotions se répartissent dans le thalamus, le bulbe et le cortex cérébral.

b) Comportementales

Ainsi, la peur peut être paralysante ou susciter la fuite et l'agitation. La colère entraîne habituellement des mouvements agressifs. La tendresse conduit le sujet à adopter une attitude de douceur et à des gestes caressants.

c) Psychologiques

En cas de choc émotionnel trop intense, dépassant les capacités adaptatives du sujet, on peut assister à un effondrement psychologique ou au déclenchement de troubles névrotiques ou psychotiques réactionnels.

2. La réponse secondaire

Consiste en les sentiments et les comportements qui succèdent à la réponse primaire. Ainsi, les émotions agréables sont généralement suivies d'une réponse secondaire de détente et d'aisance ; alors que les émotions désagréables sont généralement suivies de tension et de malaise.

Cette réponse secondaire est très variable d'un sujet à l'autre (en fonction des expériences antérieures de chacun et de sa personnalité), et chez un même sujet d'un moment à l'autre (selon son état affectif du moment).

Ainsi, après une grande frayeur et après la réponse émotionnelle primaire, certains vont rapidement retrouver un comportement adapté, alors que d'autres vont s'agiter et un troisième groupe va rester prostré. Ce dernier comportement est le plus fréquent et il correspond à une période de récupération.

De même, une même émotion aura des réponses secondaires différentes, suivant qu'elle survient dans un moment de stabilité affective ou non.

3. Les effets persistants

Après les phases primaires et secondaires, l'organisme va développer des habitudes comportementales et réactionnelles, qui visent à tirer leçon de l'expérience passée, en cherchant à éviter les effets désagréables des émotions et à provoquer ou à prolonger les effets agréables.

Ainsi, la timidité, effet persistant fréquent des émotions négatives d'anxiété, peut se développer comme conduite adaptative, destinée à éviter les effets de l'anxiété.

ALEXANDER F. évoque l'existence de liens entre la nature de l'émotion réprimée et la survenue de certaines maladies psychosomatiques :

- L'asthme** serait lié avec une peur de séparation avec la mère.
- Les symptômes gastriques fonctionnels**, en rapport avec un désir inconscient de dépendance et de fuite des responsabilités, en tant que formations réactionnelles à un besoin d'agressivité et d'indépendance, difficile à assumer.
- L'anorexie mentale**, en rapport avec des impulsions inconscientes de haines, de jalousie et des sentiments de culpabilité.
- La boulimie**, en rapport avec la compensation des tendances émotionnelles frustrées.

Ces effets persistants constituent l'élément essentiel des motivations de l'individu.

D. EFFETS DE LA MATURATION SUR LES EMOTIONS

Chez le petit enfant, le comportement émotionnel inclut le corps tout entier. Ainsi, le nouveau-né répond-t-il aux stimuli par une excitation générale.

A mesure que l'enfant grandit, il va enrichir son comportement émotionnel par l'apprentissage de nouvelles conduites et par l'effet de la maturation psychologique.

Il devient ainsi, capable de contrôler et de masquer, au moins relativement, l'expression de ses émotions. D'ailleurs, le contrôle émotionnel est un critère important de la maturation psychologique, dont l'un des critères est la capacité du sujet à utiliser une gamme étendue de possibilités émotives. A l'opposé, l'hyperémotivité et la nervosité excessive, témoigneraient de l'immaturité affective.

L'expression des émotions n'est pas parallèle à l'impression : certains ressentent profondément des émotions sans les exprimer dans leur comportement ni les extérioriser, alors que d'autres expriment avec intensité des émotions faiblement ressenties. Il s'agit d'un véritable conditionnement socio-familial et culturel aux émotions et à leur expression.

Dans cette expression émotionnelle, plusieurs facteurs interviennent :

- Maturation du système nerveux (facteur âge).
- Facteurs biologiques** : constitution émotive ou non du sujet.
- Facteurs psychologiques** : plus le Moi est fort, meilleur est le contrôle émotionnel.
- Facteurs culturels** : **exemple** : dans nos milieux ruraux, l'expression exagérée des affects, surtout lorsqu'ils sont négatifs (deuil, jalousie,..), est appréciée voire exigée. C'est le contraire dans la culture de certains pays occidentaux.

II – MOTIVATIONS :

A. DEFINITION ET GENERALITES

C'est l'ensemble des raisons, conscientes ou inconscientes, qui sont à l'origine du comportement individuel.

La psychologie cognitive et la psychanalyse, étudient les motivations, pour élucider les déterminants psychologiques, qui sous tendent les

comportements, ce qui permet de mieux comprendre la psychologie de l'individu.

La réalisation d'une motivation s'ensuit d'une réclamation d'autres, alors que la non satisfaction entraîne une révision vers la baisse du but fixé (MASLOW). La non satisfaction d'une forte motivation, entraîne un sentiment de frustration, qui peut perturber l'équilibre psychologique du sujet, en dégradant son image de soi, ce qui peut aboutir à une dévalorisation de soi. Lorsque plusieurs motivations importantes pour le sujet se trouvent inassouvies, les frustrations s'accumulent, entraînant une augmentation de la tension psychologique, qui peut aboutir à l'émergence de troubles psychopathologiques, de type anxieux, agressif, dépressif ou régressif (passivité).

Un individu bien équilibré est celui qui aura appris, dès l'enfance à supporter, à surmonter ou à contourner les obstacles, sur lesquels il bute : il apprendra à utiliser des mécanismes de défense du Moi, pour liquider le surplus de tension psychologique, né des interdictions éducatives (Surmoi). Ainsi, les enfants manifestent depuis leur jeune âge, un besoin fondamental de jouer, puis ultérieurement un besoin d'intellectualisation des conflits (par le raisonnement, l'humour, les critiques, la médisance, etc.) ou de se dépenser dans des activités professionnelles ou de loisir.

B. CLASSIFICATION

Les motivations sont déterminées par des besoins physiologiques (ou motivations primaires), mais surtout par des besoins psychologiques (ou motivations secondaires).

1. Les motivations primaires (ou besoins physiologiques) :

Sont déterminés par les besoins physiologiques du corps : faim, soif, besoin d'oxygène, d'activité sexuelle, d'activité maternelle, etc.

Leur satisfaction obéit au «principe du plaisir», selon lequel l'organisme cherche à assouvir ces pulsions, de façon primitive (ou brute), pour apaiser l'état de tension, qui résulte de leur non-satisfaction.

2. Les motivations secondaires (ou besoins psychologiques)

Sont de loin, les plus nombreuses et masquent souvent des motivations primaires, qui sont à leur base.

Dès sa petite enfance, l'individu apprend à ajouter à ses motivations primaires, une série de motivations «artificielles», en ce sens qu'elles sont

imposées par le milieu éducationnel et par le besoin de valorisation et d'estime de soi.

Elles se développent par l'apprentissage. En effet, tôt après sa naissance, l'enfant se rend compte, qu'il ne peut satisfaire ses besoins primaires, que grâce à la collaboration des adultes (tout d'abord de sa mère, puis de son entourage familial et enfin de son entourage social et professionnel). Ainsi, petit à petit, il comprendra l'importance de l'aide extérieure et des relations sociales (au sens le plus large), pour la réalisation de ses buts et de ses pulsions. Les motivations sociales deviendront rapidement les plus importantes : besoin d'être approuvé par son entourage puis par les autres, besoin d'acquérir un pouvoir personnel, du prestige, d'un statut valorisant, etc. Il apprendra aussi à différer une satisfaction, à contrôler une pulsion, à inhiber un désir ou à accepter des conditions, en tant que compromis pour arriver à un but. (Exemple : travailler durant l'année scolaire, pour avoir de bonnes notes et décrocher le vélo qu'il convoite ! !).

Ainsi, sous l'effet de la maturation et des expériences antérieures, l'individu va se rendre compte que la satisfaction directe de ses pulsions lui est souvent interdite et qu'il doit moduler ses motivations, pour réussir la socialisation. Par sa volonté et son intelligence, il va libérer ses instincts de leur automatisme animalier.

Concilier entre le principe du plaisir et les exigences de la réalité extérieure, dominer ses instincts, remplacer le principe du plaisir par une autre valeur plus évoluée, qui respecte les habitudes et les règles du groupe (telle que la sublimation), c'est se plier au «principe de la réalité».

MASLOW a classé les motivations (ou besoins), selon une hiérarchie :

1. **Besoins vitaux** (d'oxygène, d'eau, de nourriture, etc.) : sont indispensables à la survie.
2. **Besoins de sécurité** (de stabilité, de sûreté, d'être à l'abri) : au début, ces besoins sont recherchés au sein de la famille, puis dans le groupe social.
3. **Besoins d'amour et d'appartenance** (de donner et de recevoir l'affection, de se sentir appartenir à un groupe). C'est le besoin de se sentir aimé, accepté par le groupe social auquel il appartient.
4. **Besoins d'estime (respect de Soi et des autres)**: amène chacun à essayer de se créer une place dans la société et d'y obtenir un statut qui le satisfera. Il essaiera de se valoriser aux yeux des autres, pour avoir une image agréable de soi, qui le rassurera.

5. **Besoin de réalisation de Soi** (réalisation de ses potentialités et exercice de ses talents). Il permet au sujet d'œuvrer pour la réalisation de ses aspirations et de ses idéaux dans la vie.

Une défaillance dans la réalisation d'un besoin inférieur bloque le développement personnel et empêche d'atteindre des besoins plus élevés. Ainsi, un sujet affamé ne peut penser au besoin de réalisation de Soi !!

MASLOW estime que la plupart des gens n'atteignent pas ce dernier stade, parce qu'ils n'ont pas pu trouver satisfaction à leurs besoins inférieurs, surtout les besoins d'estime et d'amour.

Auto-évaluation formative:

Les émotions :

- A- C'est un état affectif
- B- survenant sous forme de crises assez violentes et passagères.
- C- Elle réalise une force motivante pour l'action.
- D- La peur, la colère et la joie sont des émotions.
- E- Signifient passion.

La réponse immédiate de l'émotion est caractérisée par

- A- Modifications psychologiques sous la dépendance du système nerveux autonome (sympathique et parasympathique).
- B- Les sièges cérébraux des émotions se répartissent dans le thalamus, le bulbe et le cortex cérébral.
- C- Modifications comportementales
- D- un effondrement psychologique
- E- déclenchement de troubles névrotiques ou psychotiques réactionnels.

La réponse immédiate de l'émotion est caractérisée par

- A- des modifications de quatre ordres
- B- des modifications physiologiques
- C- des modifications comportementales
- D- des modifications psychologiques
- E- des modifications sociales

MASLOW a classé les motivations

- A- selon une hiérarchie de 4 niveaux
- B- les besoins vitaux sont indispensables à la survie.
- C- Besoin de réalisation de Soi : Il permet au sujet d'œuvrer pour la réalisation de ses aspirations et de ses idéaux dans la vie.
- D- Une défaillance dans la réalisation d'un besoin inférieur bloque le développement
- E- la plupart des gens n'atteignent pas le dernier stade

STRESS ET VULNERABILITE

Pr Ag Imen BAATI
Service de Psychiatrie « A », CHU Hédi Chaker Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Décrire les fonctions du stress
2. Enumérer les agents stressants physiques et psychologiques
3. Décrire la réponse physiologique au stress
4. Enumérer les facteurs de vulnérabilité
5. Enumérer les maladies psychosomatiques
6. Décrire les moyens pour faire face au stress

DOCUMENT DE BASE

Introduction :

De toutes les espèces, il semble que nous soyons la plus émotionnelle. Nous avons besoins de nos émotions ; elles donnent une couleur à notre existence. En période de STRESS, l'émotion peut « perturber » ou « sauver » notre vie !!

A – Stress et facteurs de stress :

I. Définition du « stress » :

Ce concept a une origine linguistique anglaise qui signifie une « souffrance matérielle ». Il était couramment utilisé dès le XVIIIe siècle avec cette connotation en physique et dans l'industrie indiquant alors une force qui agit sur un objet, jusqu'à le faire céder. Ce n'est qu'au vingtième siècle qu'il y a eu son introduction dans le langage médical.

Il s'agit de « l'ensemble des perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme et des réponses de celui-ci ».

Il s'agit donc des ajustements permanents de l'organisme face aux sollicitations externes afin de maintenir une stabilité du milieu intérieur. Ce processus biologique est au service de l'action, voire de la survie de l'individu.

II. Fonctions de stress :

Le stress est une émotion **normale, utile** et même **essentielle**. Il suscite une mobilisation de l'organisme pour :

- Se défendre contre les agents stressants (= fonction de suivre)
- Réussir tout un ensemble d'activités sociales

Cependant, il peut être **nocif** s'il est : prolongé ou répété, intense et sur des terrains bien particuliers. Dans ce cas, il peut constituer une sorte **d'agressivité** pour l'organisme.

III. Les agents de stress :

Ils sont de deux types : physiques et psychiques.

Agents physiques	Agents psychiques
Froid, chaleur	Evènements stressants : <ul style="list-style-type: none">- Catastrophes (guerre, désastre naturel, attentats terroristes..)- Changements importants (DC, divorce, chômage...)- Tracas quotidiens (embouteillage, disputes, charge importante de W...)
Effort physique violent	
Traumatismes	
Interventions chirurgicales	
Infections A / CH	
Intoxications aiguës (alcool, toxiques drogues, etc)	
Intoxications chroniques (tabac, alcool, café, médicaments, etc)	

IV. Système de réponse au stress :

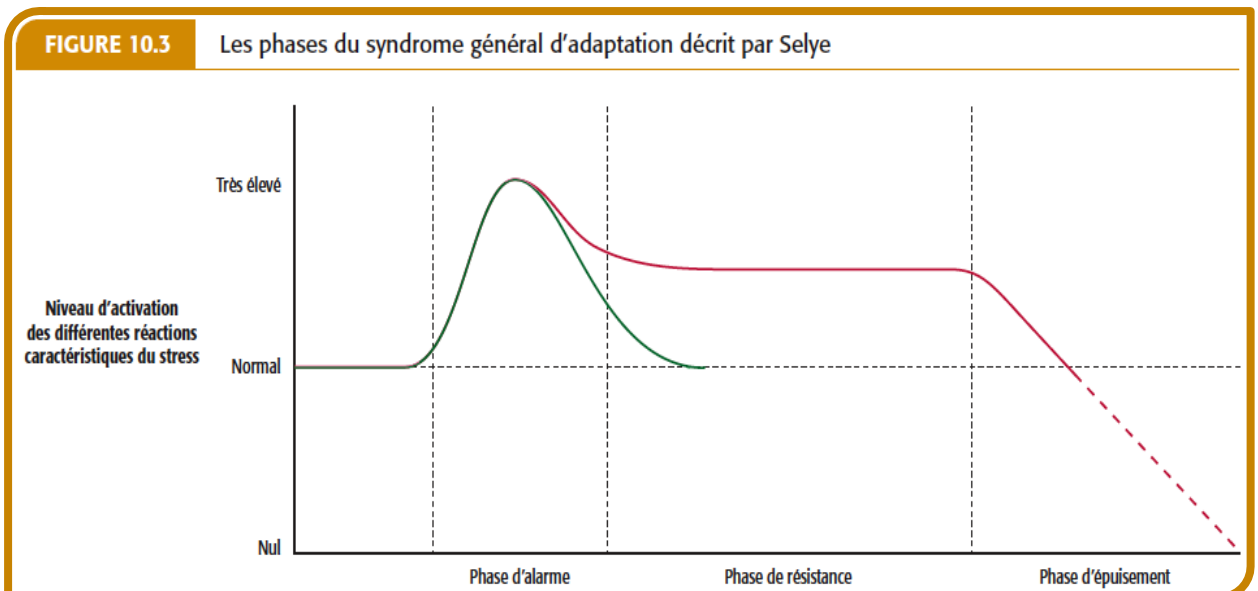
1) Le système neuro-endorcrinien

Dans des conditions de stress physiologique, émotionnel, ou psychologique, le système périventriculaire de l'hypothalamus libère la corticotropin-releasing hormone (CRH) dans le système porte hypothalamo-hypophysaire. Cette

hormone déclenche la libération de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) dans la circulation générale. A son tour, l'ACTH stimule la sécrétion de cortisol à partir de la corticosurrénale. Le cortisol peut agir sur beaucoup d'autres neurones situés en dehors de l'hypothalamus. Le cortisol agit rapidement sur le cerveau et lui permet de mieux réagir au stress.

2) Le syndrome général d'adaptation (selon SELYE) :

Le syndrome général d'adaptation (fig) est la réponse de l'organisme élaborée par le cerveau et transmise à l'organisme dans le but de s'adapter aux facteurs stress.



On y décrit trois phases :

- a) **Phase d'alarme** : réaction aigue de l'organisme caractérisée par une accélération des principales fonctions de l'organisme (cœur, respiration, cérébrale..) afin de mobiliser toutes ses ressources. C'est donc un état de très grande vigilance où il s'agit de décider si on va fuir la situation ou l'affronter.
- b) **Phase de résistance** : réaction d'adaptation destinée à faire face au stress et à entreprendre les actions appropriées. Pendant cette phase, on peut observer le recours à des substances psychoactives pour « tenir le coup » ou pour se calmer.

Normalement, ces deux premières phases sont bénéfiques. Les réactions de stress agissent comme stimulants pour l'organisme afin qu'il mobilise la maximum de ses ressources et réagisse à la situation. Une fois l'évènement réglé, la réaction de détente s'enclenche et le corps ressent de la fatigue. Après une période de repos, l'organisme retourne à son métabolisme habituel.

Mais si la situation stressante dure trop longtemps sans que la personne la régle, ou qu'elle se reproduit trop souvent pour les capacités de la personne, ou encore si le système nerveux ne peut plus mettre fin à la phase de résistance, l'organisme entre dans une troisième phase : la phase d'épuisement.

c) **Phase d'épuisement** : elle correspond à l'épuisement des ressources de l'organisme : certains organes ou systèmes s'affaiblissent ou se relâchent. Elle est caractérisée par une fatigue extrême, l'apparition de maladies, l'effondrement de l'organisme, la dépression... et dans des situations extrêmes, le stress continu peut entraîner la mort

B - La vulnérabilité au stress :

I. Définition de la vulnérabilité :

Elle consiste en une certaine forme de **fragilité de l'individu**, à une **moindre capacité de résistance** et à une plus grande sensibilité à l'adversité.

II. Facteurs Individuels :

1) Facteurs Individuels :

- Le sexe féminin
- Les âges extrêmes :
 - Chez le jeune enfant, l'immaturation neurologique, la dépendance, l'absence d'expérience... le rendent plus vulnérables au stress

- Chez le sujet âgé : l'a fragilité corporelle et l'éventuel soutien social réduit lui constituent des facteurs de vulnérabilité.
- Les facteurs génétiques
- Une enfance marquée par une carence affective, une maltraitance, des abus sexuels...
- Certaines personnalités dites « fragiles »
- Personnalité de type « A » (selon Friedman) marquée par une compétitivité, une agressivité, une impatience et une tendance coléreuse. Ce type de personnalité est plus exposé au stress et ses effets néfastes notamment le risque cardiaque (toxicité cardiaque des hormones de stress).
- Les maladies psychiatriques et somatiques rendent le malade plus vulnérable au stress.

2) **Facteurs environnementaux :**

- Relationnels : l'absence de liens familiaux, amicaux et sociaux de bonne qualité
- Un niveau socio-économique précaire.

III – Facteurs dits « protecteurs »

1) **Facteurs individuels :**

- Bonne estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle.
- Personnalité endurente
- Personnalité de type « B » (selon Friedman) : paisible, détendue, douce, organisée au travail. Ces traits de personnalité « protégeraient » contre le stress et ses effets néfastes.
- Mécanismes de défense...

2) **Facteurs parentaux :**

- Education adéquate
- Relation positive marquée par un accompagnement, une confiance...

3) **Facteurs environnementaux :**

- Bonne qualité du réseau amical et social

IV – Notion de « résilience » :

- C'est la capacité d'un système à absorber une perturbation, à se réorganiser, et à continuer de fonctionner de la même manière qu'avant.
- A l'échelle individuelle, c'est la propriété d'un individu à résister psychologiquement aux épreuves de la vie et à trouver la force de se reconstruire sans se résigner à la fatalité du stress.

C – Stress et maladies :

Les mécanismes physiologiques du stress chronique sont nombreux et peuvent contribuer à une grande variété de dérèglements dans tous les systèmes et à l'installation consécutive de maladies.

1) **Stress et maladies psycho-somatiques :**

Il s'agit de maladies physiques **provoquées** ou **aggravées** par une cause psychologique. Exemple : HTA, maladies coronariennes, ulcère gastro-duodéal, vitiligo, asthme, céphalées...

Plusieurs perturbations peuvent être à l'origine :

- des troubles des sécrétions hormonales
- des troubles de la mémoire cérébrale
- des troubles de la régulation immunitaire.

2) **Stress et système immunitaire :**

Le cortisol produit en réponse au stress peut causer un affaiblissement du système immunitaire par l'inhibition des lymphocytes combattants les maladies : le corps devient alors plus susceptible aux agents infectieux, bénins ou graves, et aux différents types de cancer. Donc, le stress ne provoque pas directement les maladies, mais il rend l'organisme **plus vulnérable en diminuant l'énergie du système immunitaire.**

3) **Stress et « mauvaise hygiène de vie » :**

Le stress permanent peut entraîner de mauvaises habitudes. Certaines d'entre elles servent à « tenir le coup » face au stress. D'autres traduisent un état d'épuisement. Il peut s'agir de :

- Consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances psycho-actives...
- Mauvaise alimentation
- Sommeil irrégulier
- Sédentarité..

Ces habitudes pourraient alors multiplier le risque d'installation de maladies notamment celles cardio-vasculaires.

4) **Stress et maladies psychiatriques :**

Le stress répété peut entraîner des changements de structure dans le cerveau avec des troubles de la sécrétion de certaines neuro-médiateurs tels que la **sérotonine**. Progressivement, ces perturbations peuvent occasionner des symptômes plus graves :

- Dépression
- Troubles anxieux
- Troubles des conduites alimentaires.

Conclusion :

Le stress est un processus naturel et indispensable au fonctionnement de la vie. Certains individus sont plus vulnérables au développement des symptômes du stress et ses effets néfastes. Pour faire face aux agents de stress, l'organisme établit des mécanismes réflexes qui modifient de façon importante l'équilibre biologique. Tous ces mécanismes qui, à court terme, permettent au corps de réagir adéquatement peuvent, à plus long terme, contribuer à des dérèglements sévères. En effet, lorsqu'il devient chronique, le stress peut contribuer de manière importante au mal de vivre, à l'affaiblissement du système immunitaire et à l'apparition de différents troubles et maladies.

EVALUATION :

QROC : Citer deux agents stressants de type physique.

QCM : Concernant le stress :

- A. Il est toujours anormal et nocif
- B. Il provoque directement les maladies
- C. Il ne peut pas être déclenché par les soucis quotidiens
- D. Les âges extrêmes sont plus vulnérables face au stress

Réponses : D

LA COMMUNICATION

Pr Ag Imen BAATI

Service de Psychiatrie « A », CHU Hédi Chaker Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Décrire les objectifs de la communication
2. Citer les différents maillons de la communication
3. Décrire l'importance de chaque maillon dans la communication
4. Décrire les fonctions du message
5. Décrire les différents moyens de la communication verbale et non verbale
6. Enumérer les obstacles à la communication
7. Décrire les conditions d'une bonne communication

DOCUMENT DE BASE

I. Introduction

La communication est l'action de communiquer. Le verbe communiquer est issu du latin *Communicare* : Rendre commun, transmettre, faire part.

La communication établit donc un lien, entre deux ou plusieurs partenaires, utilisant un moyen de transmission et permettant l'échange de l'information.

En effet, c'est un acte volontaire, qui permet à deux ou plusieurs individus d'échanger des idées, des sentiments, d'élaborer une conduite commune.

C'est la base des rapports humains. Une bonne relation entre deux personnes dépend de leur façon de communiquer.

Nous avons tous intérêt à bien communiquer avec les autres et à connaître leurs points de vue, pour ne pas vivre enfermé dans nos seules perceptions, qui ne tiennent pas compte, la plupart du temps, de la complexité de la réalité.

« Nul ne peut prétendre détenir la vérité absolue ».

A l'ère actuelle, celle d'Internet et des multimédias, nous vivons une véritable révolution dans les moyens de communication, qui occupent une place grandissante dans notre vie quotidienne.

En **pratique médicale**, pour **bien traiter le malade**, il faut savoir :

- le comprendre
- être compris par lui
- créer un climat de confiance
- orienter la discussion (diagnostic et thérapeutique)
- analyser la situation à tout moment.

Ces mêmes consignes sont valables pour ce qui concerne la communication des confrères médicaux entre eux, ou avec le personnel paramédical et administratif.

II. Les objectifs de la communication

1. Créer et maintenir une **alliance thérapeutique** soignant/soigné
2. Réduire les **obstacles** à une **compréhension mutuelle** entre la personne soignée et celle soignante
3. Aider la personne **soignée** à identifier et à explorer ses **propres problèmes relationnels** avec les autres.

III. Les maillons de la communication

Quand deux personnes communiquent, il y a :

1. **un émetteur** : celui qui **parle** et qui a l'intention de **transmettre un message**
2. **un récepteur** : celui qui va **recevoir** le message et qui en accusera l'**impact** ou l'effet
3. **un message** : le contenu de la communication, l'ensemble des signes perceptibles. Le message peut être **parlé, écrit, dessiné, gestuel**. Il va être codé.
4. **Le canal (médium)**

Ce qui permet la transmission du message	Ce qui permet la réception
<p><i>Tous les instruments matériels et physiques</i></p> <p>cordes vocales, larynx, écriture, papier, câbles télégraphiques, feux de la circulation...</p>	<p>oreille, œil, antenne...</p>

5. **L'impact** : c'est l'**objectif** à atteindre.

Le message n'est efficace que lorsqu'il produit un effet et suscite une **réaction**.

Emetteur → Message → Médium → Récepteur → Impact
 (qui parle) (intention) (moyen utilisé) (qui reçoit) (effet)

Ce processus n'est pas linéaire, ni à sens unique, puisqu'il y a un **réajustement** perpétuel du message de la part de l'émetteur, en fonction du **feed-back** provenant du récepteur.

IV. Les fonctions du message

Selon Jacobson, il existe six fonctions ± présentes dans toutes les communications :

1. Fonction expressive : centrée sur l'émetteur

C'est sa **subjectivité** et son **attitude** générale (paroles, idées, émotions...)

2. Fonction d'appel/ d'incitation/ conative : centrée sur l'auditeur

Ce qui prime c'est la **2^{ème} personne, celle qui écoute**. Tout message vise à exercer une **action** sur le récepteur (demande, ordre, injonction).

3. Fonction référentielle, symbolique :

C'est la **description de l'objet** (référence) auquel renvoie le message.

Exemple : le discours scientifique qui décrit objectivement des faits concrets ou des concepts.

4. Fonction phatique, relationnelle :

Elle a pour but de maintenir le contact (formules de politesse, allo, êtes-vous en ligne...)

5. Fonction métalinguistique :

Elle vise à donner des **précisions sur le code** utilisé, (système de signes commun à l'émetteur et au récepteur) pour qu'émetteur et récepteur aient recours au même code, lexique, syntaxe.

6. Fonction poétique :

C'est l'**esthétique** du discours ; le "message" est **embelli** dans un but de **séduction** (jeux de mots, figures de style...). C'est le « Plaisir de parler », très utilisée par les humoristes et les poètes.

V. Les moyens de la communication

Pour communiquer adéquatement, il ne suffit pas de savoir quoi dire, il faut aussi savoir **comment** le dire. Ainsi, la communication utilise aussi bien les moyens verbaux (35%) que non verbaux (65%).

1. La communication verbale :

Le discours verbal peut être significatif autant par ce qu'il **apporte** que par ce qu'il **tait**. Parfois, le **non-dit** est plus important que ce qui est **dit**.

Ainsi, certains silences, sont-ils plus éloquents que de longs discours !

Dans certains contextes, on est amené à «**lire entre les lignes**» de cette communication verbale (allusions, sous-entendus...).

Il y a aussi les erreurs du discours, ou « ***lapsus*** » très significatifs sur le plan communicationnel. Ils donnent une idée sur un discours latent, caché, refoulé et différent du message que le sujet s'acharne à transmettre autrement.

« ***Celui dont les lèvres se taisent parle avec le bout de ses doigts*** » (Freud).

2. La communication non verbale :

Elle est plus **subtile** et plus **efficace**, permettant de transmettre des intentions que les mots transmettent difficilement.

Elle coexiste toujours avec la communication verbale pour la compléter, la nuancer ou parfois la contredire.

Elle est souvent **inconsciente** et échappe au contrôle de son auteur ; d'où l'importance d'**observer** l'interlocuteur qui parle (ou qui se tait !).

La **contradiction** entre le **langage parlé** et le **langage du corps** donne de précieux renseignements, qui resteraient inaccessibles autrement.

a. L'expression corporelle :

Elle se fait par trois dimensions :

- **Statique** : mimique, posture, contact des yeux, apparence générale (maquillage, vêtements, parfums, tatouage, etc.).

Exemple : un sourire ou un clin d'œil peuvent dire beaucoup sur nos émotions ou changer complètement la signification d'une phrase.

- **Dynamique** : gestes et mouvements du corps.
- **Neurophysiologique** : ton de la voix, sueur, rougeur ou pâleur du visage.

b. L'affectivité :

L'affectivité est l'ensemble des réactions psychiques de l'individu face au monde extérieur. Il existe six émotions primaires (selon P. Ekman) : la joie, la tristesse, la peur, la colère, le dégoût et la surprise.



L'affectivité est présente dans toute relation humaine. Son contrôle n'est pas aisé, d'où son importance, puisqu'elle reflète des **aspects latents du discours**.

Elle s'exprime à travers des réactions :

- **Motrices** (tremblements, agitation, fuite, attaques...)
- **Neurovégétatives** (coliques intestinales, trouble du rythme respiratoire ou cardiaque).

c. La distance interindividuelle :

Elle est réglée par des facteurs sociaux et culturels. Il existe **trois types** :

Distance d'observation	Distance sociale	Distance intime
-> 1,5 m - Vision globale - Echanges verbaux rares Ex : le salut	- 0,5 - 1,5 m - Relations sociales ; - Tous les moyens de communication sont utilisés (voix, vision...) 	- < 0,5 m - Contacts physiques (combat, étreinte sexuelle) - Distance du médecin examinant le patient. 

Cependant, lors de l'**examen du patient**, il y a des **précautions** à prendre pour éviter que la situation ne soit vécue comme une **agression** ou une relation **érotisée** par le patient ou par le médecin (expliquer certains gestes, maîtriser les pulsions éventuelles au cours de certains examens).

VI. Les critères d'une bonne communication

1. Techniquement :

La communication est bonne lorsque l'émetteur obtient l'effet qu'il voulait avoir sur le récepteur : l'intention = l'effet.

Pour cela, les différents maillons de la communication doivent être optimisés : l'émetteur, le médium et le récepteur.

a. L'émetteur :

Il doit être capable de clarifier ses intentions, en exprimant le plus fidèlement possible ce qu'il pense, veut ou ressent.

Cela suppose que l'émetteur connaisse bien ses intentions, ses pensées et ses sentiments.

Plus notre conscience de notre perception de la situation est bonne, plus nos émotions sont claires et plus nous savons ce que nous voulons dire à l'autre (intention).

b. Le médium :

Le **langage** doit être **clair** et **précis**, pour que le récepteur n'aie pas à deviner ce que l'autre veut dire ni à lire entre les lignes.

En effet, personne ne peut lire les pensées des autres, ni deviner leurs désirs, ni n'est obligée de comprendre ce qui n'a pas été clairement exprimé.

c. Le récepteur :

Il doit saisir le plus fidèlement possible l'intention de l'émetteur :

- comprendre le contenu du message
- Reconnaître le sentiment qui accompagne les mots.

2. Psychologiquement :

La bonne communication nécessite :

- La reconnaissance de ses propres sentiments, besoins et désirs.
- La reconnaissance des sentiments, besoins et désirs des interlocuteurs.
- L'acceptation que notre logique et nos arguments peuvent paraître illogiques ou non convaincants aux yeux des autres.
- L'écoute de ce que les autres pensent de nous.

La meilleure communication sera **affirmative** :

- on exprime ses pensées, sentiments et points de vue,
- par des **mots** et des **gestes**,
- d'une façon **calme, honnête et appropriée**,
- tout en cherchant à connaître les sentiments, les pensées et les points de vue de l'autre.

« Voici ce que **je** pense, ce que **je** ressens et comment **je** vois la situation ; mais **je suis prêt à écouter et à essayer de comprendre** ce que **tu** penses, **tu** ressens et comment **tu** vois la situation. »

VII. Les obstacles à la communication

1. **Un manque de désir de communication** (peu de disponibilité, de motivation...)
2. **Une influence perturbatrice** de son propre système de valeurs, de référence.
3. **La présence de « parasites »** (réactions **affectives+++**).

4. **Un emploi de « cadre » ou de langage différents** → malentendus ou incompréhension.
5. **Une absence de « retour » de l'information** émise → aucune possibilité de vérification.

Les obstacles rencontrés dans les structures sanitaires

1. L'insuffisance de l'infrastructure sanitaire, mais aussi une utilisation peu rationnelle de celle qui existe par rapport aux besoins de la population.
2. La présence d'un système rigide de communication verticale.
3. La formation très individualisée et compartimentée du personnel de la santé.
4. Le manque de travail en équipe.
5. Le manque de standardisation des moyens écrits de communication.
6. Le manque de formation de certains personnels à la communication interpersonnelle et à l'aspect psychologique de la maladie.

VIII. Les moyens pour améliorer la communication

1. Savoir exprimer ses idées :

- Utiliser **plusieurs moyens** de la communication : c'est le principe des multimédias (mémorisation du message : la vue (85%) versus l'oreille seule (11%)).
- Faire preuve de **cohérence** entre l'expression verbale et non verbale.
- **Le langage verbal** doit être **clair, simple et précis**. Éviter la formule standard et stéréotypée, les mots passe-partout.
- Préférer les phrases qui commencent par « je », « cela me... » au lieu de celles qui commencent par « tu ».

- Utiliser la voie la plus efficace : le **face à face** et veiller à avoir la **distance opportune** avec l'interlocuteur.
- **Adapter son discours** à celui de l'interlocuteur (son niveau socioculturel, intellectuel, moral, etc.).

2. Savoir écouter :

L'art d'écouter est aussi important que l'art de parler.

« Personne n'est plus sourde que celle qui ne veut pas écouter »

L'écoute doit être **active** :

- Laisser l'interlocuteur parler, écouter **tout le message** et ne pas entendre seulement ce qu'on a envie d'entendre.
- Cela signifie aussi qu'on **accepte les critiques** des autres, sans pour autant se sentir rabaissé.
- **Synthétiser** assez régulièrement le message et vérifier sa compréhension **en reformulant**, si besoin, les propos de l'interlocuteur : *« si j'ai bien compris, vous voulez dire... »*
- **Reconnaître ses limites** quant à la compréhension des autres. Il faut éviter de chercher à tout deviner de l'autre ou à lui montrer qu'on a tout compris.
- **Bien analyser le message et le décoder**, en fonction des différents signes reçus (verbaux, non verbaux) et le vérifier.
- Poser des **questions précises** qui amènent des **réponses concrètes**.

3. Encourager l'échange relationnel :

- En cherchant à **dénouer les obstacles** à la communication et en favorisant l'expression franche et ouverte des opinions, même en cas de désaccord.
- Eviter toujours de porter un **jugement de valeur** sur autrui.

- En cas de tension relationnelle, chercher à rétablir le lien et à **ne pas rompre avant de détendre l'ambiance**.

4. **Maintenir un feed-back mutuel** qui permet à chacun de savoir où il en est dans cette communication.

IX. Les conséquences d'une bonne communication

Le développement des capacités de communication aura un double effet positif:

1. Effet individuel

Il se traduit par une **meilleure estime de soi**. En effet, l'individu qui sait **bien** communiquer avec les autres aura des sentiments de compétence, de capacité et de pouvoir.

Par contre, un sujet qui communique **mal** s'estime peu et souffrira d'un sentiment d'infériorité. Il se sentira inapte à faire face au stress suscité par les événements de la vie → manque de confiance en soi, dépression et maladies psychosomatiques (asthme, hypertension artérielle, etc.).

2. Effet collectif

Une bonne communication interpersonnelle constitue l'assise du bon fonctionnement d'une équipe, d'un groupe de travail ou d'une entreprise.

➔ Meilleure ambiance collective, optimisation du rendement du groupe.

« *Savoir communiquer, c'est savoir-vivre et savoir réussir* ».

Auto-évaluation formative:

Les objectifs des techniques de communication sont:

- A. Créer et de maintenir une alliance thérapeutique « soignant / soignée »;
- B. Piéger une alliance thérapeutique « soignant / soignée »;
- C. Alléger la réticence des patients
- D. de réduire au maximum les obstacles de la communication
- E. d'aider la personne soignée à identifier ses problèmes relationnels avec les autres.

Toutes les fonctions suivantes du message sont justes sauf une. Laquelle ?

- A. fonction expressive
- B. fonction d'appel
- C. fonction référentielle symbolique
- D. fonction métalinguistique
- E. fonction manipulatrice

Les moyens de la communication

- A. peuvent être verbaux
- B. ne sont pas influencés par l'affectivité
- C. sont essentiellement non verbaux
- D. sont influencés par l'expression corporelle
- E. ne sont pas influencés par la distance interindividuelle

Les obstacles à la communication comportent :

- A. Un manque de désir de communication
- B. Une influence perturbatrice du système de valeurs
- C. L'absence de « parasites » et plus particulièrement les réactions affectives
- D. Un emploi de « cadre » ou de langage différents
- E. Une absence de « retour » de l'information émise, donc aucune possibilité de vérification.

PSYCHOLOGIE DU GROUPE

Pr Inès FEKI ZOUARI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Définir le groupe.
2. Décrire les deux variétés du groupe.
3. Décrire les mécanismes d'action des groupes sur l'individu.
4. Donner les deux sens de la suggestion comme mécanisme d'action du groupe sur l'individu.
5. Citer les modifications des processus psychologiques infligées par le groupe.
6. Citer les quatre mécanismes permettant d'attacher un individu à un groupe.

DOCUMENT DE BASE

A. DEFINITION :

Le terme de groupe s'applique à un ensemble humain qui présente les caractéristiques suivantes :

1. ***L'interaction entre les membres de l'ensemble*** : c.-à-d. : les comportements s'influencent réciproquement. L'action d'un membre du groupe sert d'un stimulus au comportement de l'autre et réciproquement. Cette notion distingue le groupe d'une catégorie statistique (exemple : ensemble de sujets nés entre le 1^{er} janvier et le 31 Décembre 2003)

2. ***La structure*** :

Ensemble organisé ou cadre social stable et organisé qui constitue une structure (exemple : structure familiale).

Cette organisation différencie le groupe d'une situation collective, ou réunion de personnes (exemple : les passants dans une rue).

Une situation collective peut devenir une situation de groupe grâce à la structuration.

B. VARIETES DE GROUPE :

La classification des groupes peut reposer sur des critères différents : nombre d'individu, structuration, fonction, ...

La classification la plus importante oppose le groupe primaire et le groupe secondaire. :

1. Le groupe primaire ou face à face :

Selon Homans, « un certain nombre de personnes qui communiquent entre elles, souvent pendant un temps assez long, et qui sont peu nombreuses pour que chacune puisse communiquer avec toutes les autres, non pas indirectement par l'intermédiaire des autres, mais face à face »

C'est donc, un groupe dans lequel la communication se fait face à face, et qui est souvent en nombre limité. (Exemples : famille, personnel dans un service...).

2. Le groupe secondaire :

Il s'agit d'un groupe plus nombreux, avec un mode de communication non limité à celle face à face.

C. MECANISMES D'ACTION DES GROUPE SUR L'INDIVIDU :

L'interaction entre les différents membres d'un groupe entraîne des modifications pour chacun. Ceci selon plusieurs mécanismes.

1. L'imitation :

L'imitation correspond à

*un apprentissage qui est renforcé, soit par la démonstration de son efficacité, soit par la relation affective avec la personne imitée, tel que **l'identification** à un idéal.

* la réaction identique de plusieurs individus à la même situation. Ceci est renforcé par l'interaction.

2. La suggestion :

La suggestion est employée dans deux sens différents :

* la tendance à répéter une réaction que l'on eu déjà, dans une situation analogue, et la tendance à continuer ce qu'on a commencé à faire : Suggestion idéomotrice.

* La tendance à croire et à faire ce que les autres vous disent, pour des motifs sociaux : Suggestion de prestige. Elle dépend surtout des caractéristiques individuelles et de la personnalité du sujet. D'autre part, cette suggestion est d'autant plus efficace qu'elle provient d'un membre du groupe qui occupe dans la structure une position supérieure. (Exemple d'utilisation thérapeutique : l'hypnose)

3. La facilitation sociale :

C'est le fait que lorsque les individus se trouvent dans un groupe, ils tendent à avoir, devant une tâche, de meilleurs résultats que lorsqu'ils sont seuls. Cette amélioration des performances s'appelle « **gain social** ». Ce dernier est dû à la **compétition**. Elle survient pour les comportements approuvés par les normes du groupe.

4. Le conformisme :

L'appartenance à un groupe pousse le sujet à accepter les normes sociales. C'est le résultat de 4 facteurs :

- la suggestion de prestige,
- l'inexistence d'autres coutumes connues par le sujet,
- l'exclusion, en cas de déviation par rapport à ces normes,
- la punition en cas de transgression.

D. MODIFICATIONS DES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES INFLIGÉES PAR LE GROUPE :

1. Action sur les motivations :

Au cours de l'éducation, l'enfant apprend ce qu'il doit aimer ou ne pas aimer.

Les normes du groupe vont s'intérioriser progressivement. Ce qui dépend du degré d'attachement à ce groupe.

4 motivations permettent d'attacher un individu à un groupe :

- A. L'attrait du but commun.
- B. L'attrait de l'action collective.
- C. L'attrait du groupe lui-même, si ce dernier procure des prestations, des gratifications, et une sécurité.
- D. L'attrait des autres membres du groupe.

D'autre part, le fait que, dans le groupe, les membres sont amenés à confronter la même situation collective, développe un ensemble de normes communes et de motivations identiques.

Les motivations individuelles ne sont pas forcément identiques, mais doivent être convergentes.

2. Action sur les attitudes :

Les membres tendent à modeler leurs attitudes en fonction des normes du groupe, dans un esprit de fidélité, et de solidarité. On parle d'attitude « in group »

Le sentiment de différence par rapport aux autres groupes, peut induire un sentiment de supériorité et des attitudes d'hostilité. On parle d'attitude « out group ».

3. Action sur la perception :

Tous les membres d'un groupe sont amenés à percevoir les choses dans un cadre commun de références.

E. ROLE ET CARACTÉRISTIQUES DU CHEF :

Plus le **niveau d'organisation** d'un groupe est grand, plus son **efficacité** est grande.

L'appréciation du niveau d'organisation se fait généralement par le pourcentage de sujets occupant un rôle spécifique.

Il revient à un membre de **coordonner** les actions du groupe : c'est le chef. Ou « **leadership** ».

S'il existe déjà un réseau de **communication**, le chef reçoit et transmet la plus grande quantité d'informations.

Si la structure de communication n'est pas bien établie, son rôle dépend surtout des caractéristiques psychologiques de l'individu.

On a constaté que dans les groupes se créent toujours deux personnes aux caractéristiques différentes :

* un chef de « l'efficacité et des idées » : c'est lui qui a le plus d'idées et qui parle le plus.

* un chef « le plus aimé » : c'est celui qui accepte toutes les idées, et qui diminue les tensions du groupe.

Il peut arriver qu'une même personne joue les deux rôles.

Il y a des individus qui sont faits pour être chef quelque soient les circonstances, et ou ils se trouvent. D'autres n'assureront jamais cette tâche.

Les caractéristiques du chef sont difficiles à établir car il y a plusieurs façons d'être chef :

- Le chef traditionnel : dont le rôle est déterminé par une règle de succession ininterrompue, il est généralement le plus aimé.
- Le chef charismatique : il réunit les deux caractéristiques.

- Le chef bureaucratique : c'est le chef qui s'impose par sa compétence et son efficacité.

La position du chef traditionnel est très stable. Alors que celle des deux autres, dépend des résultats qu'ils peuvent obtenir.

F. APPLICATIONS A LA PSYCHOLOGIE MEDICALE :

1. le malade et le groupe social :

Lorsqu'un sujet est considéré comme malade, son rôle à l'intérieur du groupe s'en trouve modifié. Ce qui amène une restructuration du groupe.

La maladie, fait du sujet un individu déviant, donc à part et auquel les lois du groupe ne s'appliquent plus.

On peut considérer, plus particulièrement, le milieu professionnel et le milieu familial ; la tolérance de ces groupes joue un rôle fondamental dans le pronostic et la réadaptation sociale du malade.

2. la structure hospitalière :

Le personnel médical et les malades d'un service hospitalier constituent un groupe.

Des études expérimentales ont permis de dégager des notions importantes à prendre en considération pour changer les rapports à l'intérieur des hôpitaux.

* Tout d'abord l'humanisation des hôpitaux, c-a-d, l'amélioration de la communication entre les malades et le personnel soignant.

* D'autre part, la notion de « travail d'équipe », c-a-d, l'amélioration de la communication et la complémentarité des rôles au sein de l'équipe soignante qui apparaît souvent divisée, sinon opposée. (Les dires du médecin sont, par exemple, contredits par le surveillant, ou un assistant...)

3. la psychothérapie du groupe :

L'idée que le groupe modifie les sujets qui le composent est à la base de la psychothérapie de groupe.

Souvent, cette technique est plus efficace que des psychothérapies individuelles.

Elle peut intéresser des malades hospitalisés (ayant le même diagnostic), ou bien d'anciens malades, et vise alors à prévenir les rechutes (exemples : l'association d'anciens alcooliques).

Auto-évaluation formative:

Quels sont les mécanismes d'action du groupe sur l'individu ?

- A. L'imitation
- B. La manipulation
- C. La suggestion
- D. La facilitation sociale
- E. Le conformisme

Quelles sont les motivations qui permettent d'attacher un individu à un groupe :

- A. L'attrait du but commun.
- B. L'attrait de l'action collective.
- C. L'attrait du groupe lui-même, si ce dernier procure des prestations, des gratifications, et une sécurité.
- D. L'attrait des autres membres du groupe.
- E. Le narcissisme

Deux caractéristiques suivantes permettent de définir le groupe. Lesquelles ?

- A. L'interaction entre les membres de l'ensemble
- B. La structure
- C. l'attachement des individus les uns aux autres
- D. le lieu de la rencontre
- E. l'absence d'un chef

LA RELATION MEDECIN MALADE

Dr Fatma GUERMAZI

Pr Jawaher MASMOUDI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1) Définir la relation médecin malade
- 2) Définir le statut et le rôle
- 3) Connaître l'influence de la communauté de culture sur la relation médecin malade
- 4) Citer les facteurs individuels de la relation médecin malade
- 5) Définir le transfert et le contre transfert
- 6) Expliquer comment le narcissisme interfère dans la relation médecin malade
- 7) Connaître les différents types de la relation médecin malade
- 8) Décrire les conditions d'une bonne relation médecin malade

DOCUMENT DE BASE

I) GENERALITES :

La relation médecin malade est **l'ensemble des liens qui s'établissent entre le médecin et son malade, au cours de leurs rencontres, et qui ont une action positive ou négative dans l'établissement de la rencontre, sa poursuite dans le but de guérir ou de soulager les souffrances.**

C'est un élément fondamental de l'action thérapeutique qui ne peut se concevoir, sans qu'il y est une certaine **alliance** entre les deux. Donc, la qualité de cette relation médecin malade est souvent déterminante pour l'effet thérapeutique.

II) LES PRINCIPAUX FACTEURS DE LA RELATION MEDECIN-MALADE :

A/ FACTEURS GENERAUX :

a. **le statut et le rôle :**

Comme à toute relation humaine, la relation médecin malade obéit à la loi du statut et du rôle.

Le **statut** est *l'ensemble des comportements qu'une personne peut attendre légitimement de la part des autres en rapport avec la place qu'elle occupe dans le système.*

Le **rôle** est *l'ensemble des comportements qui sont légitimement attendus d'une personne par les autres, en rapport avec son statut.*

Evidemment rôle et statut sont complémentaire est réciproques.

De la part du malade :

- **Droit à l'aide** : La maladie est une forme d'incapacité et la société se doit d'aider ses malades.
- **Obligation de désir de guérir** : le patient doit tout faire ou guérir, il ne doit pas désespérer.
- **Obligation de coopérer** : avec le médecin et tous ceux qui s'occupent de la santé du malade.
- **Exemption de responsabilité** (repos, incapacité,...)

De la part du médecin :

- **Compétences techniques** qui est assurées garanties par la société (études, diplômes...)
- **Attitude universaliste** : c'est-à-dire que le médecin doit traiter toutes les personnes suivant les mêmes règles, sans distinction d sexe, de race, de religion...
- **Spécificité fonctionnelle** : le médecin a libre accès au corps du malade et à sa personne morale. En contre partie, tous ces éléments sont réglementés et garantis par la loi (exemple du secret médical)
- **Neutralité affective** : le médecin ne doit pas juger son malade, ne unit pas, ne le séduit pas... la relation doit être humaine et non personnelle,

c'est pour cette raison que le médecin ne peut pas traiter les membres de sa famille.

- **Attitude altruiste** : le médecin se doit être désintéressé du côté matériel et ne percevoir que ce qui est exigé par la loi.

b. La communauté de culture :

Dans une société donnée, médecins et malades, spécialistes et profanes, ont les mêmes conceptions d'ensemble des maladies, de leurs causes et de leurs traitements. On dit, alors, qu'il y a communauté de culture. C'est la condition qui permet l'adéquation des rôles et des statuts et la satisfaction du malade.

En réalité, la communauté de culture n'est jamais parfaite et les conceptions du malade ne sont pas identiques à celles du médecin, ce qui entraîne des difficultés au niveau de la satisfaction des malades.

La conception profane de la maladie, est celle de l'ensemble de la société, par exemple la croyance dans le mauvais œil ou la sorcellerie

La conception scientifique, c'est celle officielle de la médecine. Elle a évolué progressivement avec le progrès de la médecine.

Le désaccord des conceptions est très grand lorsque le médecin et le malade n'appartiennent pas à une même culture ; de même que dans les pays en voie de développement, du fait du phénomène de l'acculturation, il peut exister des conceptions différentes et contradictoires.

B/ FACTEURS INDIVIDUELS :

1) Influence de la personnalité :

La personnalité détermine son **style relationnel** propre qui présente des analogies avec sa manière habituelle d'entrer en relation avec autrui. En fait, le sujet tend à **répéter** ses attitudes et ses positions affectives **inconscientes**, qu'il avait développées, lors de son enfance, avec ses parents ou leurs représentants moraux.

Si les aspects sociaux représentés par la communauté de culture déterminent dans une large mesure l'attitude du médecin envers les malades, cette attitude sera **nuancée** dans chaque cas individuel par la personnalité du médecin.

2) L'impression :

Phénomène peu étudié, mais qui pourtant a beaucoup d'influence dans la relation. La première impression que ressent le médecin en présence du malade, et le malade en présence du médecin, joue souvent un rôle déterminant dans la suite des relations qui s'établiront entre eux, et conditionnera l'attitude que chacun adoptera vis-à-vis de l'autre. La connaissance de l'importance de ce phénomène est indispensable au médecin.

L'impression peut jouer, aussi, un grand rôle dans l'établissement du diagnostic. Elle provient de l'ensemble des signaux adressés par le malade : mimique faciale, style général, démarche, tonalité de la voix... Le médecin, aussi, adresse des signaux qui vont être déchiffrés.

Si le médecin veut faire évoluer la relation dans le bon sens, il doit être très attentif à ce phénomène : savoir décoder les signaux provenant du malade et savoir le contenu de ses propres signaux en lisant les réactions (et en les ajustant) que le malade apporte à ses propres signaux.

3) Le « transfert » et le contre-transfert :

Toute relation sociale véhicule un **contenu affectif** et la relation médecin malade n'échappe pas à cette règle. Bien plus, cette relation est un terrain favorable à l'établissement de contenus affectifs.

C'est la psychanalyse qui a permis d'étudier largement ces facteurs affectifs. Les dénominations transfert et contre transferts découlent du langage psychanalytique.

Le **transfert** : c'est le sentiment du patient envers son médecin.

Ce sentiment, est souvent la répétition dans la vie actuelle du malade et particulièrement dans ses relations avec le médecin, des attitudes émotionnelles inconscientes développées pendant l'enfance vis-à-vis des parents.

Le transfert explique la dépendance et la soumission du malade, mais aussi, parfois, son rejet. (Le médecin est alors identifié à un mauvais parent non aimé)

Il est dit **positif** lorsqu'il inspire la confiance, l'attachement affectif, voire la séduction. Le médecin acquiert alors, aux yeux du malade, toutes les qualités positives (pouvant aboutir à une relation avec ce médecin).

Il est nécessaire à une bonne relation. Mais, parfois, un transfert trop intense peut être un handicap à cette relation : le patient peut refuser de guérir et de se détacher à son médecin.

Par contre le transfert est **négatif** quand le malade ne voit dans le médecin que des défauts. Cette situation est généralement incompatible avec la poursuite de la relation.

Paradoxalement, aussi, le transfert négatif peut être le seul moyen pour le patient pour ne pas rompre la relation (il s'agit dans ce cas de patients incapables d'avoir un transfert positif, car trop dangereux pour eux)

De même, le médecin va avoir des sentiments envers son malade ; on parle alors de **contre-transfert**.

Ces sentiments qu'éprouve le médecin son patient, et qui vont influencer, inconsciemment, sa motivation, son enthousiasme et même ses attitudes thérapeutiques pour ce patient.

Il peut être **positif** si les sentiments envers le malade sont marqués par l'intérêt, la sympathie, ou **négatif** si les sentiments ressentis envers le malade sont à type d'antipathie, de méfiance, de désintérêt.

Il est à noter que le médecin de famille est très souvent confronté à ce phénomène de transfert, vu qu'il établit des relations de longue durée avec la plupart de ses patients et qu'il participe souvent aux moments clefs de leurs vies.

4) Narcissisme :

C'est l'amour de soi.

Il est normal quand il est équilibré avec le reste des forces psychiques, et particulièrement avec l'amour des autres. Il est anormal et pathologique quand il est excessif et empêche l'établissement de bonnes relations avec les autres.

La relation d'objet narcissique est une relation dite en miroir ou complémentaire. Cela veut dire que le narcissique ne retient, de l'autre, que les aspects identiques, alors que les aspects différents sont méconnus.

La maladie réveille toujours le narcissisme, parfois même, elle réalise une véritable blessure avec hémorragie narcissique. Le malade vient au médecin pour combler cette blessure narcissique. Le médecin, de sa part, fonctionne avec un narcissisme : toujours à l'épreuve. Le médecin est confronté à la peur de ne pas répondre à son image idéalisée et à l'image de toute puissance que lui renvoie le patient.

La relation médecin malade met, ainsi, deux narcissismes face à face. Souvent chacun a intérêt à ne pas souligner ce qui le sépare de l'autre, chacun essaie de gonfler le narcissisme de l'autre. Ce type de fonctionnement est renforcé dans le système libéral : le malade choisit son médecin et le médecin est honoré pour son travail. Le médecin essaie de répondre aux vœux du malade et d'être le bon médecin choisi par le patient.

En pratique, médecin et malade se choisissent, selon certains critères de similitude ou de complémentarité, pour pouvoir se liguer ensemble contre la maladie. S'il y a trop de différences entre eux, la relation ne peut tenir et sera vite rompue.

III) Différents types de la relation médecin-malade :

La relation médecin malade peut s'établir de différentes façons :

- 1) **Relation scientifique** : Le médecin a pour objectif une meilleure connaissance scientifique des processus pathologiques de la maladie. Il s'intéresse davantage à la maladie qu'au malade. Ce type de relation existe souvent dans les structures de recherche médicale.
- 2) **Service de réparation** : C'est la recherche d'un retour à un niveau de fonctionnement de l'organisme assimilable à la santé. Cette relation est fréquente en pratique médicale et chirurgicale à défaut de guérison, le médecin se contente de réparer. Cette relation assimile un peu le malade à une machine en panne.
- 3) **Relation de consultant** : Le consultant est souvent un spécialiste sollicité, souvent par le médecin traitant, pour donner un avis compétent dans son domaine. Le consultant discutera avec le médecin traitant, mais ne prend pas en charge le malade. C'est donc une relation, limitée dans le temps, à la consultation.
- 4) **Relation d'expert** : L'expertise est un avis écrit, motivé concernant un problème médical et destiné à une autorité. Le sujet de l'expertise n'est pas nécessairement un malade et l'examen ne se fait pas sur sa demande.

Exemples :

- Une expertise psychiatrique d'un criminel pour déterminer si le crime est en rapport avec une maladie mentale
- Une expertise d'une personne victime d'un accident de la route pour déterminer s'il y a des séquelles de l'accident et une incapacité éventuelle.

L'expert répond à l'autorité qui l'a commis (c'est-à-dire celle qui a le pouvoir de demander l'expertise). Il n'y a pas de relation ultérieure avec l'expertisé. Ici, aussi, la relation est limitée dans le temps à l'expertise.

- 5) **Relation pédagogique** : Le médecin essaie d'inculquer au malade un certain nombre d'attitudes et de comportements dans le but d'améliorer son état de santé. Ce genre de relation est fréquent dans les maladies chroniques et invalidantes.
- 6) **Relation de soutien** : Le médecin soutient les parties saines et les mécanismes de défense du patient, pour que celui-ci puisse surmonter, si possible d'une manière autonome les difficultés en rapport avec la maladie. Ici, la relation prend un aspect psychothérapeutique.

Il faut noter que ces différents types de relation sont « théoriques » et qu'une relation, en pratique (hormis le cas du consultant et de l'expert), peut associer 2 ou plusieurs types de ceux décrits.

De même, une relation peut évoluer avec le temps et voir ses buts changer, soit du fait de la maladie ou d'autres facteurs.

IV) QUELQUES CONDITIONS POUR UNE BONNE RELATION MEDECIN MALADE :

Pour réussir sa relation avec les malades, le thérapeute doit montrer :

- a. **Une empathie et une spontanéité dans le contact avec le malade** : il ne faut pas dissocier la « médecine scientifique » de la « médecine humaine », et il faut toujours s'intéresser à la personne du malade (en tant que tout) et non pas uniquement à son symptôme.
- b. **Une disponibilité** (lors de l'examen de son malade) : il doit prendre le temps nécessaire pour établir une relation avec ce dernier, en se montrant dégagé de toute autre préoccupation.
- c. **Une absence d'a priori** concernant son malade : il ne doit pas donner l'impression au malade, qu'il connaît d'avance son

histoire (d'après la lettre d'un confrère ou le discours des parents,..) et laisser le malade exprimer librement et par lui-même, ses difficultés, en lui assurant, si besoin, la confidentialité de ses propos.

Il faut aussi savoir déchiffrer, parfois la demande réelle du patient, qui se cache derrière sa demande apparente.

- d. **Sa sincérité, son esprit scientifique et sa modestie** : il ne faut pas mystifier son action ou donner des espoirs irréalistes, ni non plus démissionner de son rôle.

Auto-évaluation formative:

Les facteurs de la relation médecin-malade comporte :

- A. Le statut et le rôle
- B. La communauté de culture
- C. Influence de la personnalité
- D. L'impression
- E. Le transfert et le contre transfert

Dans la relation médecin-malade, le médecin est garant de :

- A. Compétences techniques
- B. Attitude personnalisée
- C. Secret médical
- D. Neutralité affective
- E. Attitude égoïste

La relation médecin-malade peut revêtir les types suivants, sauf un. Lequel ?

- A. Relation scientifique
- B. Service de réparation
- C. Relation de consultant
- D. Relation pédagogique
- E. Relation amoureuse

REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A LA MALADIE

Pr Ag MESSEDI NEILA
Service de Psychiatrie B

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

1. Décrire la résistance à la maladie.
2. Décrire les représentations de la maladie.
3. Décrire les réactions du malade face à la maladie :
 - Citer les mécanismes de défense
 - Décrire les conduites défensives
4. Décrire les effets psychologiques de la maladie
5. Décrire les réactions de l'entourage face à la maladie d'un de ses membres.
6. Citer les facteurs conditionnant les réactions psychologiques à la maladie.

DOCUMENT DE BASE

I) Introduction :

Chaque être humain est intimement concerné par la maladie, que ce soit comme menace potentielle, comme réalité à vivre pour soi ou comme souffrance d'un être cher. La maladie prend nécessairement sens dans l'histoire d'un sujet. Cette relation intime du malade avec la maladie, s'exprimera et s'organisera en fonction de la personnalité du malade et des représentations de la maladie qu'il se sera forgé sous l'influence, notamment, de la culture à laquelle il appartient.

La survenue d'une maladie, détermine des réactions, à la fois biologiques et psychologiques et mobilise les mécanismes de défense du Moi, qui ont pour mission le maintien d'un nouvel équilibre. Les réactions sont diverses et se traduisent par des comportements plus ou moins accentués, selon le cas.

Leur étude revêt une importance capitale pour le médecin, afin qu'il adapte et maîtrise sa relation avec le malade, ce qui constitue un facteur non négligeable dans la prise en charge thérapeutique.

II) L'entrée dans la maladie :

Le diagnostic et le pronostic donnés par le médecin ont deux fonctions contradictoires : ils sont à la fois un danger, dans la mesure où ils confirment l'état de malade ; mais aussi un espoir, car seul le médecin est capable d'apporter une aide. Suivant la solution du conflit, le malade acceptera ou refusera la possibilité d'entrer dans sa maladie. Cet état d'indécision peut durer longtemps, le malade pouvant passer d'une position à une autre. Il est important de savoir que le malade va chercher, par ses propres moyens, à connaître ce qu'il a : il va questionner les voisins, les amis et ou ceux qui présentent les mêmes troubles que lui. Il cherchera à connaître tous les détails. Si aucune personne de ses connaissances ne présente ce qu'il a, il va se tourner à d'autres sources : chercher un professionnel de la santé parmi les siens, écrire aux rubriques médicales des journaux... parfois, le tradithérapeute est consulté avant ou après le médecin.

III) La résistance à la maladie :

La résistance à la maladie se manifeste par le refus de consulter ou par l'arrêt prématuré du traitement. Cette résistance est un phénomène assez fréquent et il importe d'en connaître les mécanismes :

- La résistance à sa propre faiblesse : la maladie est une faiblesse, pour cela, il faut résister pour se démonter sa propre force. Ceci dépend des systèmes de valeurs en cours. En effet, dans le milieu rural, la résistance à la maladie est mise sur le même plan que la résistance à la fatigue ou à la douleur. De même, pour les sujets dont le statut est élevé, la résistance à la maladie est forte.
- L'optimisme : certains sujets refusent d'accepter la maladie, parce qu'ils surestiment la possibilité de guérir rapidement. Cette façon de

voir constitue une négation. Le malade attendra une guérison spontanée ou bien il fera des prières pour guérir ou bien même dira qu'avec traitement ou pas, le moment de leur mort ne saura avancer ou reculer!

- La crainte du diagnostic et du traitement :Le sujet ressent une crainte de tout ce que cela représente d'inconnu et de menaçant.

IV) L'accueil de la maladie :

Lorsque le sujet accepte la possibilité de la maladie, il consulte le médecin. Il attend de son médecin réassurance et soulagement. En effet, une souffrance diagnostiquée est moins pénible, de même que le traitement rassure par son existence même.

C'est le médecin qui, par le choix parmi *les symptômes offerts par le malade*, va définir une maladie et contribuer à organiser les symptômes et à fixer la maladie.

Il est essentiel que le diagnostic précède le traitement ; si le médecin propose un traitement sans porter un diagnostic, le malade sera déçu et irrité. Si le médecin déclare ne rien découvrir, le malentendu sera plus grave. Le malade croira que le médecin a été incapable de reconnaître sa maladie.

V) La maladie et ses représentations :

***Bouleversement de la représentation de soi et du sentiment de toute puissance.**

***Remise en cause de l'aménagement défensif** : L'aménagement défensif de la première partie de la vie adulte est tourné autour de la créativité professionnelle, familiale et sociale. Cette créativité représente aussi une fuite en avant faisant oublier le vieillissement et la menace de la maladie.

***Atteinte du narcissisme :** Le narcissisme est une admiration de soi-même, attention exclusive portée à soi.

Le narcissisme indispensable au développement de la vie affective et sociale, est né de l'amour maternel et de la confirmation par celle-ci des capacités de son enfant et de son aptitude à séduire, conquérir et être aimé.

La maladie est la première menace à ce narcissisme de vie : remise en cause de la force, de l'invincibilité et la capacité à séduire.

***Difficultés d'investissement d'un corps malade ou mutilé :** dans ce cas le corps est non reconnu, avec nécessité de vivre en faisant le deuil de l'organe disparu.

VII) Comportement dans la maladie :

Une fois la maladie acceptée et dépassé les premiers moments, ce comportement peut se manifester de trois manières différentes :

- La dépendance dans la maladie : le malade accepte sa faiblesse et se laisse régresser ; ce sont les autres qui doivent s'occuper de lui, le médecin en premier lieu. L'intensité de cette dépendance dépend des personnalités du malade et du médecin. Les sujets souffrant de culpabilité inconsciente et de masochisme accepteront facilement cette dépendance et sont prêts à accepter tous les régimes imposés. Ces malades sont souvent considérés par les soignants comme de « bons malades », car obéissants et pleins de respect pour les soignants.
- L'évasion dans la maladie : certaines maladies remplissent, pour le malade, une fonction d'évasion, c'est à dire lui fournissant un moyen efficace d'échapper à ses difficultés existentielles. Ces maladies revêtent l'aspect d'un trouble fonctionnel. Les tensions psychiques du malade sont converties, en symptômes plus acceptables, d'un trouble corporel.

L'évasion dans la maladie s'explique par la régression qui permet une fuite de la situation d'adulte et des responsabilités ; de même que l'évasion dans

la maladie est favorisée par les bénéfices secondaires que le malade tire de sa situation.

- L'exaltation du Moi : dans certains cas, paradoxalement, la maladie crée chez le sujet une satisfaction par l'orgueil qu'elle éveille en lui. Il s'agit souvent de bénéfices secondaires que le malade s'attribue de par sa maladie. Par exemple, avoir une maladie rare, objet d'intérêt des médecins ; ou bien une maladie qui donne une infirmité laquelle devient source d'intérêt ou de bénéfices. Ces bénéfices se voient, d'autant plus fréquemment, que le malade possédait un statut social inférieur.

VIII) Les effets psychologiques de la maladie :

La maladie est une situation de faiblesse et de dépendance, il en découle des effets psychologiques qui peuvent être :

- Dépression : souvent minime mais peut néanmoins être profonde et nécessiter un traitement approprié. Le malade perd l'illusion de toute puissance ou d'invulnérabilité consacrés par l'état de santé et de bien être. IL aura un vécu de dévalorisation, de fatalité avec abandon de tout projet et de tout souhait. La dépression est souvent masquée par des attitudes réactionnelles du malade ou des plaintes somatiques multiples. On devra donc se focaliser sur les troubles de l'humeur, les sentiments de désespoir, la culpabilité, la présence des idées de mort, des idées suicidaires et des tentatives de suicide.
- Anxiété : elle est aussi très fréquente au cours des maladies somatiques graves. Elle pose des problèmes d'évaluation, dans une situation où elle est considérée comme une réponse « normale ». Elle est présente à tous les moments clefs de l'évolution et aggravée par de multiples facteurs :

**la douleur physique/ l'anxiété augmente la perception de la douleur, qui en retour exagère l'anxiété ;*

* *Angoisse de transformation du corps*, due à la maladie : le malade vit dans la crainte de perdre toutes ses fonctions au fur et à mesure de l'atteinte des organes. Certains organes possèdent une valeur cruciale, suscitant des angoisses particulières. *L'atteinte du cerveau « tumeur ou SIDA » fait redouter une perte de la personnalité et/ou de l'intelligence. Les testicules renvoient à la virilité et à la fertilité donc à la filiation.*). Avant sa maladie, le sujet se vit comme immortel et invulnérable. Lorsqu'elle survient, il est brutalement confronté à sa propre mort. Cette réalisation brutale s'accompagne cliniquement d'une angoisse intense.

➤ **Des émotions diverses :**

Le malade se sent honteux, voire coupable du poids qu'il impose à sa famille.

Par ailleurs, des sentiments nouveaux et donc étranges pour ceux qui les vivent se font jour : inquiétude, peur de l'aggravation du mal ou de l'issue fatale, deuil anticipé. Il peut y avoir la colère et le vécu de l'impuissance, la rancœur, la tristesse profonde...

IX) Les réactions du malade face à la maladie:

Ce sont les principales attitudes réactionnelles ou de défense que tout malade est susceptible d'adopter face au traumatisme de la maladie et à ses répercussions psychologiques.

IX- 1/ Mécanismes de défense :

Le choix des mécanismes, par le sujet, est inconscient. L'utilisation des défenses varie d'un sujet à l'autre et d'un moment à l'autre de la maladie. Leur mise en œuvre est maximale dans les périodes de crise évolutive (début, rechutes, phase terminale). En cas de stabilisation, ou d'évolution favorable, leur utilisation diminue beaucoup. Ces mécanismes doivent être bien compris et respectés par les soignants.

- **Le déni:** C'est le refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Ainsi, le déni peut être défini comme la non prise en compte d'une réalité extérieure menaçante, inconfortable ou non désirée. Cette réaction permet au malade de se protéger en rejetant une réalité insupportable de façon, rarement ouverte mais le plus souvent inconsciente et même parfois camouflée par une pseudorationalisation. Le déni peut s'observer au début de la maladie, mais également aux phases terminales, en cas de pronostic fatal. Il traduit une fragilité psychique et la peur. Le médecin doit rassurer le malade par la qualité de sa relation pour vaincre ce déni.

Toute fois, il a été montré que le recours au déni avait non seulement un effet favorable sur l'anxiété et la dépression en cas d'infarctus myocardique aigu et lors des premières semaines suivant un pontage coronarien, mais aussi en cas de cancer, faisant de ce « mécanisme de défense du Moi » une stratégie efficace pour s'adapter au stress de la maladie.

- **L'isolation :**

L'isolation est une réponse à des conflits et des stress « en séparant les idées des sentiments qui leur étaient initialement associés ».

L'isolation se traduit par l'absence apparente de toute émotion accompagnant la prise de conscience de la maladie. *Le malade dont l'émotion est retenue à l'intérieur, parle de sa maladie de façon détachée, en termes scientifiques.*

- **Le refoulement :** ce mécanisme consiste en la tendance à maintenir à l'écart de la conscience et d'une manière active, tout élément perturbateur susceptible de menacer la sécurité du fonctionnement psychique.
- **L'illusion et l'idéalisation :** l'idéalisation de la science et/ou des soignants comme remparts contre la mort et la croyance en la toute puissance de la médecine procurent au patient une certaine

réassurance. Il y a régression infantile avec création d'un objet contra phobique (le médecin) identifié à une image parentale rassurante.

- **La sublimation** : la sublimation est une réponse aux conflits et aux stress « en canalisant des sentiments ou des impulsions potentiellement inadaptés vers des comportements socialement acceptables (*exemple : les sports pour canaliser des accès impulsifs de colère*) ».

Le patient peut aussi utiliser son énergie en se plongeant dans des lectures médicales compliquées ou adaptées.

C'est une réorientation de ses centres d'intérêt vers des objectifs compatibles avec la maladie.

IX-.2 /Conduites défensives :

Elles résultent du couplage d'un mécanisme et d'un comportement défensif. Ce sont des défenses agies dont la résultante sera soit du registre de la passivité, soit de la combativité (attaque ou fuite en réponse au stress).

a) L'adaptation : c'est la réaction que le soignant souhaite voir chez le patient. Il ne s'agit pas une attitude passive de dépendance totale, mais une attitude souple et équilibrée qui lui permet de changer son mode de fonctionnement habituel. Il s'agit d'une dépendance suffisante mais non pathologique.

Cette adaptation est largement conditionnée par la personnalité du malade.

Le soignant doit faire attention à ces comportements et les respecter et surtout à ne pas les encourager.

b) La réaction persécutive :

Le malade projette l'agressivité, engendrée par la maladie, sur les autres et le monde extérieur.

On lui veut du mal, on l'a mal soigné, les soins sont responsables de ses troubles, son état a empiré avec les soins... tels sont les propos avancés par le patient.

Le malade raconte qu'il n'a connu que des médecins incompetents et qu'il n'a plus confiance dans la médecine.

c) Les conduites obsessionnelles :Le patient suit méticuleusement les prescriptions médicales et les traitements qui ritualisent sa vie.

d) Passage à l'acte et troubles du comportement : à type de fuite, fugue, sortie contre avis médical, agression des soignants, auto-agression, tentatives de suicide,...

e) La régression :c'est le retour à un stade antérieur du développement.

Elle se caractérise par l'émergence d'un comportement de type infantile avec :

- réduction des intérêts ;
- égocentrisme ;
- dépendance à l'entourage : Toutes les maladies peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance. Exp Les affections dégénératives du système nerveux

La régression permet de quitter ses soucis et ses exigences habituelles pour recentrer ses forces sur soi-même ; permet d'accepter l'aide d'autrui.

Il s'agit d'un processus défensif, parce qu'en régressant, le sujet évite probablement une décompensation anxiodépressive plus grave. Elle permet, aussi d'accepter l'aide de l'entourage et des soignants, et de ne pas gêner tous les actes nécessaires au diagnostic et au traitement.

IX- .3/ Le Coping :

C'est l'ensemble des stratégies à court, à moyen et à long terme visant à réduire et surtout à maîtriser le stress de la maladie qui devient un "Challenge" à gagner. Contrairement aux défenses inconscientes qui cherchent l'apaisement grâce à l'évitement, le "Coping" est une stratégie d'affrontement actif qui cherche la résolution du problème.

le "Coping" est un processus dynamique changeant en fonction des circonstances, du jugement du sujet et est directement lié à la force du Moi. Plus un sujet est fort et sain, mieux il s'adaptera.

X) Les réactions de l'entourage :

En effet, la maladie n'est pas uniquement un problème individuel, elle mobilise également toute une **famille** dont la dynamique est modifiée. La maladie d'un des membres de la famille induit un fonctionnement groupal régressif au niveau intra-familial, une blessure narcissique familiale et une grande souffrance de type syncrétique et transgénérationnelle.

En cas de maladie d'un membre de la famille, diverses réactions peuvent être observées au sein de l'entourage :

- **La maladie va permettre aux membres de ces familles de se rapprocher.**

la maladie renforce parfois, dans l'entourage du malade, des conduites d'aide et de soutien (aide ou substitution dans les tâches habituellement menées par le malade, attention particulière portée à l'amélioration du confort de celui-ci,).

Ces transmissions sont fondamentales pour une évolution adéquate de la famille : elles impliquent l'existence d'une reconnaissance réciproque des membres de la famille et des liens qui les unissent

- **La maladie inhibe chez le jeune malade lui-même l'entrée dans une phase de plus grande autonomisation propre à son âge** (adolescence ou jeune adulte). Le patient peut être tiraillé entre la nécessité de dépendance que lui impose son mal et le besoin d'autonomie que suscite en lui son niveau de développement affectif. Ce tiraillement induit des tensions dans la famille qui se surajoutent à celles qui sont liées directement à la maladie.
- **Modification du regard de l'entourage** : La dépendance modifie le regard de l'entourage envers une personne âgée. Les enfants peuvent occuper une place de type parental vis-à-vis de leurs propres parents. Cette inversion des rapports peut réactiver des problématiques oedipiennes très souvent sources de culpabilité.
- **Surinvestissement ou désinvestissement** : Le surinvestissement des enfants est issu d'une culpabilité non fondée, d'un souci de bien faire. Il peut résulter également d'une réponse à une demande excessive de leurs parents. Cet excès doit être repéré.

Ainsi, si le système familial est assez souple, il s'adaptera, au prix de quelques modifications, à la nouvelle situation. Dans le cas contraire, et si le système est rigide, deux situations sont possibles :

- **Le rejet du malade** : ce rejet peut être direct (refus de s'en occuper, placement,...) ou bien indirect et camouflé : attention excessive, angoisse exagérée. Ces comportements cachent l'agressivité et le rejet, avec des attitudes revendicatives envers le médecin : *il s'est trompé de diagnostic, il a donné des médicaments qui ont aggravé la situation du malade....*
- **Utilisation du malade et de la maladie** : le malade et la maladie vont devenir le centre du système familial et base de son équilibre. C'est dire que la famille « obligera » le malade à rester malade. La famille va jouer un rôle pathogène, problème très fréquent chez les enfants, les adolescents et les vieillards.

La relation entre le malade et son entourage s'inscrit donc dans une ambivalence fondamentale entre rejet et désir d'aide. Le patient perçoit clairement cette ambivalence, tandis que l'entourage la dénie.

XI) Facteurs conditionnant les réactions psychologiques :

- **Facteurs socio-culturels :**
- **Facteurs individuels :**
 - **L'âge de survenue de la maladie :** On observe des réactions différentes selon l'âge du malade.
 - **La personnalité :** il y a des personnalités de type rigide (obsessionnel ou paranoïaque) qui ont tendance à nier la maladie et avoir des comportements agressifs.

Les personnalités moins structurées de type hystérique, ont tendance à avoir des comportements de régression et de dépendance.

- **Variations en fonction de l'évolution clinique de la maladie**
- **Variations en fonction de la nature et/ou du site de la maladie**
- **Famille et entourage social du malade**

Conclusion:

La santé étant, non pas l'absence de maladie, mais un état de bien-être physique, moral et social. Le médecin doit considérer la maladie, quelle qu'elle soit, sous le triple aspect physique, moral et social.

La maladie, quelle que soit sa durée et sa gravité, marque la vie psychologique et sociale de l'individu. C'est une épreuve, une crise qui modifie une situation relationnelle préalablement établie. Les réactions psychologiques à la maladie ne peuvent être considérées comme des épiphénomènes. Elles font partie intégrante du processus de maladie lui-même, influençant parfois de façon inquiétante son évolution.

Evaluation :

1-Parmi les représentations de la maladie, la difficulté d'investissement d'un corps malade. Donner un exemple.

2- Citer deux manifestations de la résistance à la maladie.

3- Citer deux mécanismes de défenses utilisées en réaction à la maladie.

L'APPROCHE CULTURELLE DE LA MALADIE

Dr Fatma GUERMAZI

Pr Jawaher MASMOUDI

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

- 1 -Décrire les raisons de la prise en compte de la culture dans l'approche de la maladie
- 2 -Citer les facteurs dont dépend l'approche culturelle de la maladie.
- 3 -Citer les niveaux d'approche culturelle de la maladie.

DOCUMENT DE BASE

I/INTRODUCTION

La psychologie de la santé a curieusement été aveugle au jeu des dimensions collectives qui interviennent dans la gestion, individuelle et publique, de la santé et de la maladie. Parmi ces dimensions, la prise en compte de la culture est pratiquement inexistante. Or, elle était au centre des premiers travaux qui ont porté sur le binôme santé/maladie, et se trouve au cœur des contributions décisives que l'anthropologie, l'histoire et la sociologie apportent aujourd'hui à la compréhension des problèmes liés à la prévention, protection et promotion de la santé.

Il paraît important de réfléchir sur la place que l'on peut et doit accorder à la culture dans le champ de cette nouvelle discipline.

En effet, la nécessité d'introduire aujourd'hui le thème de la culture dans notre réflexion tient à trois ordres de raison qui renvoient :

- à l'histoire des approches du binôme santé/maladie dans les sciences humaines;

- à l'ouverture de la psychologie vers la culture;
- au développement d'une perspective multidimensionnelle pour traiter des pratiques de santé.

II/RAISONS HISTORIQUES DE LA PRISE EN COMPTE DE LA CULTURE :

Toujours d'un point de vue historique, la place de la psychologie de la santé peut être également rapportée à l'évolution de la définition de la santé dans laquelle l'OMS (organisation mondiale de la santé) a joué un rôle certain. C'est au congrès d'alma mata en 1978 que la définition de la santé comme « absence de maladie et d'invalidité » a été remplacée par celle « d'état de bien-être complet, physique, mental et Social », enregistrant la contribution de la psychologie de la santé. Plus tard, l'appel à la prise en compte de la culture dans le champ de la santé s'est formellement exprimé, en 1986, et a défini une nouvelle orientation au système de santé : la promotion de la santé, qui ajoutait à l'offre des services cliniques et curatifs, la prise en compte et le respect des besoins culturels.

III/ RECIT D'UNE SITUATION

Durant une garde, j'étais sollicitée par le sénior, afin de « jouer » l'interprète face à une jeune fille de 12 ans. Mlle K., hospitalisée depuis 10 jours, pour une suspicion de tuberculose pulmonaire. Cliniquement, elle présentait depuis 6 mois une altération de l'état général avec une toux, des sueurs nocturnes et une perte de poids non quantifiée. À noter qu'elle est en France depuis 10 mois, est la 2e d'une fratrie de 6, avec une symptomatologie identique chez le plus jeune. Il était question pour moi de faire l'état des lieux car celle-ci refusait systématiquement le traitement, et surtout passer outre la barrière linguistique, de par mes origines. Elle paraissait ravie, voire même « apaisée »... Finalement, il y en aurait une qui pourrait la comprendre...Et pas des moindres. Après évaluation de ses connaissances actuelles au sujet du diagnostic évoqué, elle me paraît détachée, voire dubitative.

« Vous savez, on m'a porté le mauvais œil, et je sais qui c'est, ma mère le sait aussi, elle va s'en occuper ». j'avais conscience du fossé dans lequel j'allais m'engouffrer dorénavant, bien au courant des croyances locales..

« Bah oui, au dernier mariage tout le monde me regardait car j'étais la plus jolie, mes parents ont mis la pâtée à tout le monde aussi en apportant de gros cadeaux, les gens étaient jaloux ! Mais maman m'avait dit qu'elle me retirerait le mauvais œil avec son rituel de piments (réaliser des cercles au dessus de la tête) mais elle a oublié au final». Tout à fait... Ne la « braquons » pas... « Et revenons à la tuberculose, mauvais œil ou pas, tu sais en quoi ça consiste et pourquoi on traite ? » « je n'ai pas de maladie, ils m'ont jeté un sort car ils étaient jaloux. Maintenant, maman va aller voir un pratiquant des sciences occultes.

IV/ FACTEURS DE DEPENDANCE :

L'abord culturel peut dépendre de :

- questions logistiques ;
- facteurs liés à la qualité de la relation entre médecins et patient ;
- la nature de la maladie et les caractéristiques du régime thérapeutique ;
- représentations et pratiques locales en matière de santé et de maladie.

C'est le groupe social, en fonction de sa culture, donc de sa représentation du monde, qui définit le normal et le pathologique.

Par conséquent, un comportement peut être considéré comme pathologique dans une société donnée (par exemple, la transe dans les sociétés occidentales modernes) et normal dans une autre (par exemple, les transes rituelles dans certaines sociétés africaines, comme celles qui pratiquent le vaudou). Bien qu'exceptionnel, cet état est modelé culturellement et a une fonction sociale et religieuse : c'est le signe de la transmission d'un message pour le groupe par un esprit.

V /UN SYSTEME DE SANTE EST LE PRODUIT D'UNE CULTURE :

Il est ainsi d'être conscient qu'une représentation de la santé et de la maladie (un système médical ou thérapeutique) repose, souvent inconsciemment, sur une conception de l'homme, de son rapport aux autres.

Ainsi dans la conception africaine de la santé, les causes des maladies sont très souvent personnalisées.

L'interprétation qu'on donne à une épreuve affecte beaucoup la façon de l'assumer. Au thérapeute ou à l'accueillant de partir à la découverte de cette cohérence, pour mieux percevoir les enjeux de la maladie ou de la pathologie.

S'il nie la pertinence du discours du patient, il peut perdre toute crédibilité auprès de lui et les thérapies qu'il proposera risquent de ne pas être prises en compte ou de perdre une bonne partie de leur efficacité.

Face à des personnes qui se disent « envoûtées », que cela soit dans la sphère privée ou professionnelle, la difficulté du temps nécessaire pour écouter la version du patient concernant la genèse et l'origine des troubles, sans disqualifier son explication, est sans doute facilitée par la connaissance préalable de ses particularités (et failles) propre à sa « communauté ».

Quand un patient se réfère à des représentations inconnues pour le soignant, le risque existe que celui-ci se désintéresse du sens que le patient donne lui-même à ce qu'il vit. Il peut considérer ses explications ou ses réactions comme incohérentes, irrationnelles et même ridicules, à moins qu'il les ignore parce que cela le renvoie à une réalité qui le dérange ou qu'il ne peut maîtriser. Elles n'entrent pas dans la cohérence de son propre système explicatif. Il est donc nécessaire que le soignant tente de rejoindre le patient dans son univers mental et psychologique, dans sa représentation culturelle et parfois religieuse de la maladie. Cette attitude repose sur l'apriori que toute culture, en tant que système de significations, comporte une cohérence interne, certes non exhaustive.

L'approche reste souvent individualiste et morcelante. Ce n'est pas le cas dans les médecines traditionnelles d'Afrique ou d'Asie (médecine indienne – ayurvédique–, chinoise, tibétaine, etc.), Qui ont été utilisées avec une certaine « efficacité » durant des millénaires. Dans la relation thérapeutique, la personnalité du patient, son caractère, son environnement physique et psychologique, ses relations interpersonnelles, ses problèmes moraux, ses croyances, sont pris en compte, en plus des symptômes cliniques...

En somme, il ne saurait s'agir d'un cheminement à sens unique entre le patient et son médecin, l'un tentant d'exprimer ses souffrances, son angoisse et ses symptômes, l'autre le considérant du haut de son savoir. Ce qui les lie indissolublement réside dans leur regard conjoint sur la maladie et ses conséquences, et dans leur espoir partagé de la guérison. La maladie a-t-elle pour chacun la même signification ? les symptômes et les conditions préalables au diagnostic sont-ils bien compris du médecin ? Dès lors, la difficulté est de s'interroger mutuellement sur la maladie en partant de conceptions, souvent radicalement antinomiques, sur les détenteurs du savoir médical, selon les cultures scientifique ou traditionnelle.

VII/ NIVEAUX D'APPROCHE CULTURELLE DE LA MALADIE :

-Au premier niveau comme cité plusieurs fois ci-dessus, il s'agit pour le médecin de s'approprier les données ethnologiques qui régissent la santé et la maladie dans la culture de son patient. Parce que la nosologie des maladies n'est pas toujours, loin s'en faut, telle qu'elle est enseignée.

Or, il serait illusoire et dangereux de croire qu'une telle réalité ne s'applique qu'à l'étranger...

De ce fait, modifier le discours médical permet de mieux adhérer à la réalité du patient.

-Le deuxième niveau d'apprentissage culturel de la maladie suppose d'en intégrer les données dans l'organisation et le déroulement de la consultation.

Ainsi, Par exple: En nouvelle Calédonie, certains médecins du travail, conscients de l'impact des médecines traditionnelles sur leurs patients, cherchent non à critiquer ces pratiques ni à les cautionner, mais à reconnaître que leur patient est un tout, autour duquel il sera plus efficace de rassembler ce qui peut le rendre positivement actif dans la prise en charge de sa maladie.

Entre autres exemples, le médecin peut choisir de discuter avec le patient, tous deux assis sur une natte sur le sol.

-Le troisième niveau est celui de la médiation culturelle de la maladie, qui s'applique aux situations de crise, par exemple à l'annonce d'un handicap visuel sévère, ou lors de la prise en charge d'une complication après rupture thérapeutique, etc. Au médecin traitant et au patient, il faut adjoindre un traducteur qui puisse assurer la médiation culturelle, voire un médecin qui en soit l'animateur. Le dispositif est d'autant plus lourd qu'il nécessite une consultation sur plusieurs heures d'affilée, éventuellement à renouveler.

CONCLUSION :

La pratique médicale est ainsi tenue de s'adapter en permanence aux différentes cultures, et seule une confrontation éclairée à la pluralité des valeurs et des choix culturels de chacun peuvent enrichir le colloque singulier qu'entreprennent le médecin et le malade. Dans ce dialogue, les différents raisonnements culturels doivent entrer non en concurrence mais en confluence, et une telle approche permet de répondre aux obligations du code de déontologie.

EVALUATION :

1- L'abord culturel peut dépendre de :

a-questions logistiques ;

b-facteurs liés à la qualité de la relation entre médecins et patient ;

c- la nature de la maladie et les caractéristiques du régime thérapeutique ;

d-représentations et pratiques locales en matière de santé et de maladie.

e- la maladie elle-même

2- Expliquez les niveaux d'approche de la maladie.

3- Que risque le patient si son abord de la maladie est différent de celui du médecin ? expliquez

LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF CHEZ L'ENFANT

Service de pédopsychiatrie, CHU Hédi Chaker, Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

1. Définir le développement affectif.
2. Décrire les différents stades du développement affectif chez l'enfant selon Freud (stade oral, stade anal, stade urétral, le complexe d'Oedipe et la phase de latence).
3. Citer les organisateurs de Spitz et préciser la date d'apparition et la signification de chaque organisateur.

DOCUMENT DE BASE

I. INTRODUCTION

L'affectivité recouvre à peu près les domaines des émotions et des sentiments.

C'est le domaine des affects c'est-à-dire les "états affectifs ; pénibles ou agréables, vagues ou qualifiés, qu'ils se présentent sous la forme d'une décharge massive ou comme tonalité générale"

La compréhension du développement affectif comme de la vie psychique, en général est enrichie par certaines données psychanalytiques, de travaux psychologiques parfois expérimentaux, d'études s'inspirant de la méthode éthologique chez l'animal.

II. QUELQUES NOTIONS PSYCHANALYTIQUES DE BASE

1 - les pulsions

Ce sont des processus dynamiques qui consistent dans une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Elles sont en d'autres termes l'expression concrète et psychologique des intérêts profonds du sujet (Pulsions sexuelles, Pulsions agressives).

2 - Les instances de la personnalité :

Repères dans l'appareil psychique des zones différentes caractérisées par un fonctionnement propre. Il s'agit des trois instances de la personnalité : le ça, le moi et le Surmoi.

Le ça: comporte le système des pulsions : domaine **inconscient**, obéissant au principe du plaisir.

Le moi : instance chargée d'un double rôle, celui de la prise en considération de la réalité (fonctionnement selon le mode du principe de réalité), celui encore de la lutte contre l'angoisse liée aux conflits (ce sont les mécanismes de défense contre l'angoisse).

Le Surmoi : représente l'instance interdictrice interne.

III. LES STADES DU DEVELOPPEMENT SELON S.FREUD

Sigmund FREUD est le père fondateur de la psychanalyse et le 1er à étudier la sexualité infantile ; ses travaux ont été poursuivis et se sont particulièrement intéressés aux stades précoces.

Le développement affectif est une longue suite d'expériences plus ou moins conflictuelles liées à la confrontation de désirs différents voire opposés entre l'enfant et son entourage ; à l'affrontement des diverses exigences internes du sujet.

La succession de stades caractérisés par un investissement de l'énergie pulsionnelle (libido). Chaque stade est caractérisé par la conflictualisation d'un investissement devenu prédominant en raison de la maturation neurobiologique de l'enfant et l'évolution des demandes et des modes relationnelles de l'adulte envers l'enfant.

Le développement affectif se fait selon Freud en stades. Chaque stade est caractérisé par :

- zone privilégiée de plaisir (source) : Partie du corps d'où vient l'excitation.
- objet : Par lequel la satisfaction sera obtenue.
- conflit particulier

- angoisse particulière
- relation d'objet : des modes relationnels particuliers aux **personnes** et aux choses

Les différents stades ne sont pas nettement séparés les uns des autres. Ils passent plus ou moins graduellement l'un dans l'autre et se chevauchent.

1. Stades prégénitaux :

Ce sont les stades qui précèdent l'organisation du complexe d'Oedipe, c'est-à-dire les stades se situant avant la réunification des différentes pulsions partielles sous le primat de la zone génitale.

Caractérisés par des pulsions partielles: centrés sur un organe.

On distingue classiquement : le stade oral, le stade anal et le stade phallique.

a. Le stade Oral :

Il recouvre approximativement la première année de la vie.

La zone érogène prévalente de ce stade est la zone bucco-labiale

Les plaisirs et les tensions que le nourrisson éprouve tiennent en grande partie aux satisfactions et aux besoins oro-digestifs. Il y a plaisir lors de l'absorption alimentaire, mais il y a plaisir aussi tiré de la seule existence de la zone orale dont la sensibilité est très vive.

L'objet pulsionnel est représenté par **le sein** ou son substitut. La fonction alimentaire sert de médiateur principal à la relation à la mère. Sur cette fonction alimentaire s'étaye le plaisir oral, en effet l'enfant découvre rapidement que l'excitation bucco-linguale éprouve un plaisir (suçotement des lèvres ou du pouce).

Le but pulsionnel est double :

- plaisir **auto-érotique** par stimulation de la zone érogène orale
- **désir d'incorporation** des objets. Celle-ci sert de prototype pour les identifications et les introjections ultérieures.

NB : D'autres satisfactions sont nécessaires et forts importantes pour le bien-être du nourrisson/ tactiles (contacts cutanés), kinesthésiques (besoin

d'être tenu, bercé, manipulé), auditives (effet lénifiant de la voie humaine), olfactives. Certaines mères ou nourrices, essentiellement centrées sur l'alimentation, sont à l'origine d'authentiques carences de soins.

La relation d'objet : relation duelle (à deux).

Pendant la première enfance, il y a passage, d'une relation de dépendance absolue à la mère (ou substitut), et d'une expérience de fusion à elle (**Relation anaclitique**), à un certain degré d'autonomie, à une différenciation de soi et à une reconnaissance de la mère.

La résolution du stade oral se fait suite au sevrage

b. Le stade anal :

Il recouvre approximativement la deuxième année de la vie : année consacrée à la maîtrise et à l'emprise.

✓ Les intérêts de l'enfant :

Il s'agit de la période où se développe le contrôle sphinctérien anal volontaire.

La zone érogène prévalente est la **muqueuse ano-rectale**. Il s'agit soit de

L'objet pulsionnel est relativement complexe. Il peut être

- **boudin fécal** mais

- **la mère ou l'entourage** sont à cette époque un objet partiel à maîtriser et à manipuler.

Le but pulsionnel : est aussi double.

- **plaisir auto-érotique** par stimulation de la zone anale grâce aux selles. Il s'agit soit de conserver les objets passés à l'intérieur de soi, contrôler maîtriser (sauvegarder) soit de les expulser après destruction.

- recherche de **pression relationnelle** sur les objets et les personnes qui commencent à se différencier. L'enfant considère **ses selles comme une partie de lui même**, qu'il peut soit expulser, soit retenir (distinction progressive entre le dedans et le dehors) et qui devient ainsi une **monnaie d'échange** entre lui et l'adulte.

La relation d'objet est de type anal :

1/ Mise en place de l'axe sado masochique :

- **Le sadisme** : agression chargée de plaisir contre un objet qui caractérise tout le stade anal. Il ya une manipulation relationnelle des objets extérieurs (mère ou substitut). Ce plaisir est souvent lié à des représentations sadiques agressives.
- **Dimension masochique** qui correspond à la recherche active de plaisir à travers les expériences douloureuses (plaisir de la fessée).

2/ Ambivalence (aimer, haïr, prendre, rejeter) : Le même objet fécal peut être conservé ou expulsé. L'objet fécal peut prendre la valeur soit de bon objet soit de mauvais objet (arme ou cadeau relationnel).

3/ Consolidation de la frontière entre l'intérieur et l'extérieur entre le soi et le non soi, et qu'il commence à prendre plaisir

Organisation de la personnalité : Au cours de ce stade, il ya un progrès du Moi : grâce à une meilleure représentation de soi, de l'image du corps.

c. Le stade urétral ou phallique

Il recouvre approximativement la troisième année de la vie. Il est centré autour d'une thématique liée à l'absence ou la présence de l'organe sexuel masculin (pénis). Il annonce et précède la problématique œdipienne sans parler véritablement de génitalisation de la libido.

La zone érogène : l'urètre et la zone génitale

L'objet de la pulsion : Le phallus (représentant symbolique de l'organe sexuel masculin). Il ne s'agit pas du pénis conçu comme un organe génital, mais comme organe de puissance, de complétude narcissique.

Le but pulsionnel : double **plaisir de la miction et de la rétention**. Les modes de plaisir sont centrés aussi sur **l'exhibition** être vu mais aussi voir l'autre (nombreux **jeux** autour de la découverte de la différence des sexes (Curiosité sexuelle et théories sexuelles infantiles), et sur **la manipulation génitale** (peut être présente en fait déjà plus précocement) .

Organisation de la personnalité : A ce stade, l'enfant est capable de différencier les sexes seulement au niveau d'une réalité anatomique extérieure

Ce stade est pré-génital : le pénis /organe porteur de puissance ou de complétude ≠ organe génital

Il ya naissance de l'angoisse de castration (ou de mutilation pénienne) : angoisse de perdre l'organe de puissance (angoisse d'incomplétude, de manque) : il s'agit d'une castration dans une perspective plus **narcissique** qu'objectale

2. **Complexe d'Œdipe** : De la 4^{ème} année à 6 ans.

Il s'agit du premier stade génital. De duelle, la relation devient triangulaire : C'est un conflit entre les 3 personnages familiaux : l'enfant, le père, la mère, on parle de triangulation de la relation d'objet.

Complexe d'œdipe : est « l'ensemble organisé, de ces désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents, désirs amoureux à l'égard du parent de l'autre sexe et sentiment hostile envers le parent de même sexe ».

➤ Chez le garçon :

Attrait érotisé pour la mère ; allant de pair avec une certaine hostilité à l'égard du père. Il semble qu'il puisse avoir au fond de lui-même une certaine crainte, une angoisse de perdre son pénis, d'être châtré (c'est l'angoisse de castration) par son père, ressenti comme susceptible de se venger de son intérêt pour sa mère.

➤ Chez la fille :

Elle constate cette privation et s'en lamente. Il semble que cette privation soit ressentie comme un manque douloureux. Il se développe chez elle une réaction d'envie « l'envie du pénis » qui se manifeste sous des formes multiples : fantaisie imaginaire de développement de pénis, comportement d'allure garçonnière. La mère est ressentie de façon dévalorisée puis qu'elle est sans pénis, et en même temps comme une rivale auprès du père. La petite fille a envers son père des sentiments de plus en plus positifs.

Peu à peu l'illusion et l'espoir devrait s'effacer, devant la réalité la petite fille sera amenée dans cette quête séductrice auprès du père à se rapprocher de sa mère, à s'identifier à certaines de ces conduites. Le garçon s'identifie à son père.

L'organisation de la personnalité : Le complexe d'Œdipe permet l'accession à la génitalité (avec dépassement de l'auto érotisme primitif, et orientation vers des objets extérieurs), et la constitution du Surmoi et de l'Idéal du Moi.

3. la phase de latence.

Entre 5 et 7 ans, l'enfant sort de la situation œdipienne.

✓ Intérêts :

L'enfant se trouve peu à peu disponible pour de nouveaux intérêts, de nouvelles connaissances scolaires et extra-scolaires, pour des activités intellectuelles etc.... C'est l'époque de l'entrée à l'école primaire et des premiers apprentissages.

✓ La relation d'objet :

Elle s'étend à l'extra-familial (maître ; professeur ; camarades ...). Ces nouveaux échanges sont l'occasion de nouvelles identifications venant enrichir, nuancer les précédentes. Il y a une déssexualisation de la relation aux parents. Des sentiments d'affection et de tendresse subsistent ; s'affirment sans culpabilité. Les sentiments hostiles s'apaisent.

✓ Organisation de la personnalité :

Renforcement du moi qui perçoit de mieux en mieux la réalité, contrôle de manière plus adaptée des conflits de l'enfant avec l'entourage ou à l'intérieur de lui même. L'apparition de nouvelles possibilités de raisonnement est un moyen important de maîtrise du milieu extérieur.

IV. LES APPORTS DE R. SPITZ:

Spitz a établi trois signes du bon développement psychique de l'enfant: les organisateurs de Spitz

1er Organisateur : 1er Sourire socialisé du bébé face à un visage en mouvement: 40 jours.

2ème Organisateur : Angoisse de l'étranger du 8ème mois : l'enfant intériorise l'image de la mère. Il manifeste alors devant l'étranger un malaise car celui-ci est reconnu comme n'étant pas sa mère.

3ème Organisateur : Acquisition du Non par identification à l'agresseur : 12-18 mois.

V. LES APPORTS DE J.BOWLBY

Son approche est éthologique, basée sur l'étude du comportement des espèces. Il souligne le besoin **d'attachement** primaire du bébé à sa mère qui est à la base d'un certain nombre de comportements caractéristiques de l'espèce (sucrer, s'accrocher, suivre, pleurer, sourire) définies comme des conduites d'attachement.

La mère de son côté a une propension de répondre aux signaux du bébé. La mère doit favoriser, par son comportement un attachement sécurisé à son petit.

AUTOEVALUATION

QCM : questions à choix de réponses multiples

1. le but pulsionnel au stade oral est
 - a. le sein
 - b. la zone bucco-labiale
 - c. le plaisir autoérotique
 - d. le désir d'incorporation
 - e. la passivité

2. les relations de l'enfant au stade anal sont caractérisées par :
 - a. la conformité aux parents
 - b. l'ambivalence
 - c. l'agressivité
 - d. la passivité
 - e. le masochisme

3. le but pulsionnel au stade phallique
 - a. exhibition
 - b. excréation
 - c. succion
 - d. manipulation des parents
 - e. manipulations génitales
4. l'angoisse de castration
 - a. naît dans l'oedipe
 - b. naît à la 3ème année
 - c. est narcissique au stade oedipien
 - d. disparaît à l'âge de 6 ans
 - e. est absente chez la fille
5. la phase de latence est caractérisée par
 - a. l'accalmie des conflits
 - b. son début à la puberté
 - c. la sublimation
 - d. l'amour envers l'un des parents
 - e. l'absence de soumission aux règles

REPONSES

1. c ; d
2. b ; c ; e
3. a ; b ; e
4. b ; d
5. a ; c

DEVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

1. Citer les 4 fonctions du langage
2. Reconnaître les organes impliqués dans l'acquisition et la réalisation du langage
3. Identifier le rôle de la relation de l'enfant avec son entourage dans le développement du langage
4. Reconnaître les 3 lois linguistiques qui régissent une langue
5. Décrire les différentes étapes du développement du langage chez l'enfant :
 - Phase pré linguistique
 - Phase linguistique

DOCUMENT DE BASE

Introduction :

Le langage remplit différentes fonctions dans la vie de l'enfant :

- Une fonction d'échange relationnel et de communication. pour qu'il y ait communication, il faut qu'il y ait désir de communication.
- Une fonction d'affirmation de soi et d'expression des expériences personnelles.
- Une fonction d'information et de représentation du monde extérieur.
- Une fonction d'abstraction, en liaison avec les processus de pensée.

De ce fait le langage ne serait étudié seulement comme un instrument, mais est bien une fonction structurante de l'organisation du moi de l'enfant.

II- conditions nécessaires au développement et à la réalisation du langage :

A/ Organes impliqués

1- Fonctionnement cérébral :

Diverses structures corticales et sous corticales sont impliquées dans le décodage et la réalisation du langage, notamment les circonvolutions

temporales superficielles et frontales prérolandiques gauches.

- A la naissance, et au cours des premières années de la vie, il y a une équipotentialité des deux hémisphères cérébraux et il n'y a pas de centre préétabli dans l'apprentissage du langage ; qui céderait progressivement le pas à une latéralisation. Le langage étant dévolu à l'hémisphère gauche chez le droitier.
- Chez les enfants atteints de lésion traumatique unilatérale après acquisition du langage, des symptômes aphasiques identiques peuvent apparaître. Cependant si l'atteinte se produit avant l'âge de 10 ans, on peut observer une récupération très active et une prise en charge de la fonction verbale par l'hémisphère mineur, du fait de la **plasticité fonctionnelle** du cortex cérébral à cette période de la vie.

2- L'audition :

- Il est évident que l'enfant doit entendre pour parler.
- Une perte de l'activité auditive retentit sur l'acquisition des sons de la langue (phonèmes).
- Une perte de 70 décibels ou plus sur les fréquences conversationnelles (2500 à 4000 hz) empêche l'acquisition du langage sans éducation spécialisée.

3- Le fonctionnement des organes phonatoires :

Les anomalies anatomiques des organes de la phonation peuvent retentir sur l'articulation de certains phonèmes mais non sur l'acquisition du langage lui même.

B/ Relation avec l'entourage :

On peut admettre qu'il existe une certaine capacité à acquérir le langage, inscrite génétiquement ; cependant le langage ne s'acquiert que dans l'interaction avec l'environnement.

- L'influence de la relation de l'enfant avec son entourage sur l'acquisition du langage est liée :
 - D'une part à la qualité de la relation affective qui s'établit.

- D'autre part à la richesse linguistique du milieu dans lequel vit l'enfant, à l'importance et la qualité des stimulations linguistiques qu'il reçoit.

III- Les lois linguistiques :

Par rapport aux autres systèmes de communication naturelle (mimique, gestuelle), le langage se caractérise par une double articulation :

- articulation des mots entre eux à l'intérieur de la phrase, qui définit un niveau grammatical
- articulation des sons du langage (ou phonèmes) entre eux, qui définit le niveau phonétique ou plus précisément phonologique
- Outre les aspects phonologique et grammatical, la langue comporte un aspect lexical : l'apprentissage et l'usage des mots.

IV- Les étapes du développement du langage

A/ Phase pré-linguistique :

Cette phase se caractérise par l'apparition de cris puis de vocalisations.

- Durant les premières semaines de vie, l'enfant n'émet que des cris ou des pleurs qui sont rapidement constitués en véritable système de communication présymbolique entre le bébé et sa mère.
- Dans le courant du 2^{ème} mois, apparaissent le sourire et les vocalisations : [babillage, lallation, jasis] constituant le début de socialisation du bébé.

Il s'agit initialement d'une activité ludique procurant du plaisir à l'enfant, et à laquelle il se livre dans les périodes de détente et de bien être.

Les émissions produites par l'enfant à ce stade et durant le premier semestre de la vie, ne correspondent pas exactement aux phonèmes de la langue, mais s'étendent à une gamme plus riche qui, pour certaines correspondrait aux sons de toutes les langues humaines.

Progressivement, les vocalisations acquièrent peu à peu, une certaine précision, et il devient possible d'identifier certains phonèmes de la langue.

II) B/ Phase linguistique

1- De 10 mois à 2 ans

a) Le premier mot (12 mois en moyenne)

L'âge d'apparition du premier mot (servant à désigner une personne, un objet, une situation) est difficile à fixer car la subjectivité de l'entourage intervient dans l'appréciation de ce qui est le premier mot. Il n'est pas rare qu'une mère attribue à certains sons du jasis de l'enfant une signification qu'ils n'ont peut être pas pour lui.

Selon que l'on se fie aux dires de la mère ou qu'on exige une observation objective, l'âge moyen d'apparition du premier mot est de 11 mois dans le premier cas, 13 à 14 mois dans le second.

Le plus souvent il consiste en une monosyllabe redoublée et il est fréquent qu'il soit l'appellation familière des parent « papa – mama », mais c'est loin d'être la règle. On s'est interrogé sur l'origine de ces appellations, qui sont très voisines dans beaucoup de langues. On a interprété « mama » comme la reproduction des mouvements des lèvres que fait l'enfant pour prendre le sein.

b) Le stade du « mot-phrase » (1 an → 18 mois - 2ans)

Le linguiste Marcel Cohen a désigné sous le terme de « mot-phrase » les mots monosyllabiques redoublés, puis bi syllabiques, que l'enfant utilise dans les premiers stades de langage. Ces mots n'ont pas la valeur que nous attribuons aux mots dans le langage adulte ils ne prennent leur signification que dans un contexte linguistique donné. L'enfant se contente d'un seul « mot-phrase » dont la signification est donnée par le contexte extralinguistique : les circonstances dans lesquelles il l'émet, la communication mimique et gestuelle qui l'accompagne. Ainsi « papo » peut signifier : « Maman est partie chercher mon chapeau pour me le mettre » ou « je veux mettre mon chapeau pour sortir » etc...

c) L'apparition du « non » (18 mois)

Spitz en a fait un moment privilégié de l'évolution affective et relationnelle de l'enfant, qu'il appelle le 3^{ème} organisateur du psychisme, en tant qu'il marque

le moment où l'enfant devient capable de s'opposer consciemment à autrui en s'identifiant à l'adulte interdicteur.

d) La première phrase (20-24 mois)

Elle consiste en l'apposition de deux mots, sans mot de liaison ou de relation : « Mama pati ». L'apparition de la première phrase se situe en moyenne à la fin de la 2^{ème} année, entre 20 et 24 mois. C'est un repère beaucoup plus sûr que le premier mot dans l'étude anamnétique du langage, car la subjectivité de l'entourage n'y a aucune part.

e) L'écholalie (18mois-24mois) :

On appelle ainsi l'imitation de phrases entières ou de fragments de phrases, en général le fragment terminal de la phrase que l'enfant vient d'entendre. Ce langage écholalique n'a pas de valeur de communication.

L'écholalie s'observe surtout entre 18 et 24 mois. A cet âge, elle n'est pas constante mais très fréquente. Normalement elle disparaît complètement. La persistance d'une écholalie à un âge nettement plus avancé prend une signification pathologique.

2- Le langage entre 2 et 3 ans

L'évolution du langage entre 2 et 3 ans se caractérise par quatre ordres de faits :

- l'enrichissement considérable du vocabulaire,
- l'acquisition progressive de la syntaxe,
- l'apparition du « je »,
- la persistance de simplifications phonétiques, « parler bébé ».

a) L'enrichissement du vocabulaire :

La plupart des mots utilisés dans la vie courante sont acquis pendant cette année. Le gain est de 800 à 1 000 mots.

Les mots appris sont surtout ceux qui désignent les parties du corps, les objets, personnages familiers, les aliments etc... Ce sont surtout des mots concrets. Les mots servant à désigner des relations sont en nombre beaucoup plus restreint.

b) L'acquisition progressive de la syntaxe :

L'enfant dépasse la syntaxe par simple apposition et enrichit progressivement sa syntaxe de « signes grammaticaux », c'est-à-dire de mots ou de parties de mots qui ne désignent ni des objets (noms), ni des actions (verbes ou prédicats), mais les relations entre mots de la phrase : article, genre des mots, nombre (singulier / pluriel), préposition etc...

Dans le courant de la 3^{ème} année, l'enfant découvre la valeur fonctionnelle de ces signes grammaticaux.

c) L'apparition du « je » :

La façon dont l'enfant se désigne lui-même évolue au cours de l'acquisition du langage. C'est d'abord par son prénom, ou son surnom qu'il le fait. Puis il se désigne par « moi ». Enfin il accède au « je » vers 3 ans. Cette accession au « je » marque une étape essentielle dans la construction de son sens de l'identité.

Les troubles graves de l'individuation, telles que les psychoses précoces, sont toujours marqués par l'impossibilité d'utiliser le « je ».

d) La persistance de simplifications phonétiques : le « parler bébé »:

Le « parler bébé », est caractérisé par les éléments suivants :

- la non-apparition de certaines consonnes, en particulier les soufflées : z, s, j, qui peuvent être remplacées par une labiale (p, b, m), une dentale (d, t) ou réalisée sous une seule forme (z) ;
- la simplification des groupes consonantiques, la deuxième consonne en est supprimée : « b » pour « bla », « ta » pour « tra » ;
- la simplification des voyelles complexes : « é » pour « ié » ;
- certaines facilitations articulatoires, comme l'assimilation, c'est-à-dire le rapprochement des points articulatoires de 2 consonnes successives : « crain » pour « train » ;
- la réduction d'un mot à une seule de ses syllabes (le plus souvent la première, parfois la dernière), qui peut être redoublée : « ta » pour « table ».

La persistance au-delà de 3-4 ans d'un parler bébé, qui a souvent une signification régressive, définit ce qu'on appelle un retard de parole.

3- Le développement du langage après 3 ans

Après trois ans, l'enfant continue à enrichir son vocabulaire, en particulier de mots abstraits et de mots de relation. Il perfectionne sa syntaxe.

Un langage achevé permet de communiquer ce que l'on veut dire indépendamment d'un contexte concret. On parle de langage explicite lorsque toute l'information nécessaire est contenue dans le langage, de langage implicite lorsque la compréhension du message nécessite en outre des informations extra-linguistiques données par la connaissance du contexte concret dans lequel l'enfant émet son message.

A l'acquisition naturelle du langage oral, fait suite l'apprentissage scolaire de la langue écrite (légalement à partir de 6 ans). Les relations entre l'acquisition de la langue parlée et l'apprentissage de la langue écrite sont à double sens : un retard dans l'acquisition du langage peut gêner voire empêcher l'apprentissage de la langue écrite. A l'inverse, dans quelques cas, l'apprentissage de la lecture corrige des défauts de langage, en apportant à l'enfant un nouveau moyen de discrimination. D'autre part, l'apprentissage de la langue écrite permet une augmentation considérable des connaissances linguistiques, grâce à la lecture.

Auto-évaluation formative

- Le premier mot chez l'enfant normal peut être acquis à l'âge de :
 1. 6 mois
 2. 12mois
 3. 2ans
 4. 18mois
 5. 3ans

Réponse : 2- 4

- La première phrase chez l'enfant normal peut être acquise à l'âge de :

1. 12 mois
2. 18 mois
3. 24 mois
4. 36 mois
5. 20 mois

Réponse : 3-5

- Le non chez l'enfant normal est

1. Organisateur de la personnalité
2. Apparaît à l'âge de 3 ans
3. Apparaît à l'âge de 2 ans
4. Apparaît à l'âge de 4 ans
5. Apparaît à l'âge de 18 mois

Réponse : 1-5

- Le langage entre 2 ans et 3 ans est caractérisé par :

1. l'enrichissement du vocabulaire,
2. l'acquisition progressive de la syntaxe
3. l'apparition du « je »
4. la persistance du « parler bébé »
5. l'apparition de la première phrase

Réponse : 1-2-3-4

DEVELOPPEMENT INTELLELCTUEL CHEZ L'ENFANT

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

- 1- Enumérer les facteurs du développement de l'intelligence.
- 2- Définir : Adaptation, Assimilation, Accommodation
- 3- Préciser l'âge de survenue des :
 - 3 stades du développement de l'intelligence. (sensori-motrice, préopératoire et opératoire)
 - 6 stades de l'intelligence sensori-motrice.
 - Etapes de la construction d'objet.
- 4- Définir :
 - Réaction circulaire primaire.
 - Réaction circulaire secondaire.
 - Réaction circulaire tertiaire.
- 5- Enumérer les 5 étapes du développement de la fonction symbolique.
- 6- Décrire les 4 caractéristiques de la pensée pré-conceptuelle.
- 7- Définir :
 - Pensée intuitive.
 - Pensée opératoire.
 - Pensée opératoire concrète.
 - Pensée opératoire formelle.
- 8- Préciser les acquis de la période opératoire : concrète et de celle formelle.

DOCUMENT DE BASE

I- Généralités et définitions :

Le développement cognitif donne accès à la connaissance et au savoir.

JEAN PIAGET (1896 – 1980) psychologue suisse s'est intéressé à l'étude de la genèse des structures logiques fondamentales et à l'élaboration de la pensée catégorielle. Pour PIAGET la pensée naît de l'action. Il existe une interaction entre l'inné et l'acquis, entre l'enfant et le monde extérieur.

Le développement cognitif de l'enfant est donc le résultat d'une construction active, d'une équilibration continue et progressive.

II- Définitions:

1/ Intelligence :

Pour J. PIAGET, l'intelligence est « La capacité qui permet au sujet d'adapter son comportement, ses connaissances et sa pensée aux modifications du milieu ».

2/ Bases fondamentales :

Trois mécanismes fondamentaux dans la mise en place du maniement des opérations intellectuelles :

1- L'assimilation :

C'est une sorte d'incorporation, d'intégration d'éléments nouveaux, extérieurs aux structures du sujet.

Exemple : La flamme provoque une sensation de chaud.

2- L'accommodation :

Elle représente la transformation des structures propres du sujet en fonction du milieu extérieur.

Exemple : Lorsqu'on a froid on se couvre davantage.

3- L'adaptation :

La pensée permet un perpétuel rétablissement d'équilibre entre l'organisme et le milieu où il vit.

L'adaptation est le résultat d'un équilibre permanent entre assimilation et accommodation.

III- Facteurs du développement de l'intelligence :

- La maturation du système nerveux central.
- Les expériences progressivement intégrées.
- Les interactions sociales qui s'exercent sur lui et qu'il exerce sur le monde extérieur.
- Une certaine autorégulation qui permet au sujet de réagir activement face à des perturbations venues de l'extérieur pour conserver un certain équilibre cognitif.

IV- Stades du développement intellectuel (J. Piaget):

A/ 1^{ère} phase : la période sensori-motrice (0 à 18 mois) :

1- L'intelligence sensori-motrice :

Il s'agit d'un fonctionnement intellectuel purement empirique, collant au concret, à l'immédiat, fondé sur l'utilisation de schèmes moteurs et des activités perceptives qui font entrer l'enfant en communication avec le monde extérieur et qui s'enrichissent progressivement par leur propre fonctionnement en ce que Piaget appelle des « réactions circulaires » :

a) Réactions circulaires :

- « Réaction circulaire primaire », qui est le simple exercice d'un schème sensori-moteur inné, telle la succion, dont le résultat sert directement de stimulus à la réaction à laquelle il a donné naissance.

- « Réaction circulaire secondaire », qui est la répétition de schèmes sensori-moteurs, mais dirigés vers un but extérieur, vers les objets ; l'action a pour seul but d'entretenir ce résultat : par ex. faire remuer le berceau pour entendre les hochets.

- « Réaction circulaire tertiaire », qui est la recherche active d'actions et de résultats nouveaux par un processus de tâtonnement : par ex. les expériences dans le bain de lancers, d'immersion d'objets.

La phase sensori-motrice se divise en six stades qui marquent chacun une évolution progressive dans le sens d'une décentration du sujet par rapport à lui-même :

b) Stades :

1^{er} stade : (0 – 1^{er} mois) utilisation rythmique de schèmes sensori-moteurs primitifs réflexes (surtout succion).

2^e stade : (2mois – 4 mois et ½) acquisition d'habitudes sensori-motrices (qui sont des R.C.I.) par assimilation reproductrice (reproduction du schème moteur inné en dehors du besoin biologique correspondant) et généralisatrice (application du schème moteur à d'autres objets que l'objet auquel il est primitivement destiné) ; ex : succion du pouce.

3^e stade : (4 mois et ½ à 8 – 9 mois) répétition intentionnelle de découvertes fortuites, par exemple tirer un cordon qui actionne un hochet, mais sans que le lien de causalité soit clairement perçu. Ce stade apparaît vers 4 mois ½, au moment de la coordination oculo manuelle. Les R.C.II apparaissent à ce stade.

4^e stade : (8 – 9 mois à 11 – 12 mois) : utilisation d'un moyen déjà connu pour un but nouveau : par exemple l'enfant, qui savait déjà soulever un objet, utilise ce comportement pour écarter un obstacle entre un objet et lui.

5^e stade : (11 – 12 mois à 18 mois) : recherche active de moyens nouveaux, de schèmes pour atteindre un but donné, par combinaisons de plusieurs schèmes, mais toujours par tâtonnement. C'est là qu'apparaissent les R.C.III

6^e stade : (18 mois à 2 ans) : combinaison soudaine et immédiate de schèmes sans tâtonnement. L'enfant a découvert de façon expérimentale les lois qui régissent le déplacement d'un objet, lois qui forment une structure logique que Piaget appelle le « groupement des déplacements ».

2/ Construction de l'objet :

Piaget distingue trois phases dans la construction de l'objet perceptif (à ne pas confondre avec l'objet libidinal) :

- Phase adualistique : l'enfant ne prend connaissance, ne s'intéresse à un objet qu'en fonction de son désir immédiat. En l'absence de désir, l'objet n'existe plus pour lui.

- Phase de permanence partielle de l'objet : à partir de la coordination oculomanuelle (5^e mois), l'objet se distingue du désir immédiat de l'enfant ; celui-ci le recherche activement, mais seulement dans les limites de son champ perceptif. Il suffit de le cacher derrière un écran pour que l'enfant cesse sa recherche, comme si l'objet s'était résorbé.

- Phase de permanence de l'objet : elle débute au moment où l'enfant devient capable de combiner plusieurs schèmes sensori-moteurs entre eux, c'est-à-dire au 5^e stade sensori-moteur, vers 8-9 mois, et ne s'achève qu'à la

fin de la période sensori-motrice à 18 mois avec l'acquisition du « groupement des déplacements ».

B/ 2^{ème} phase : La Période préopératoire :

1/ Les nouvelles possibilités :

A partir de 20 mois, l'enfant rentre dans sa période préopératoire. Avec l'intériorisation, son intelligence cesse d'être purement sensori-motrice. Il peut se détacher de la perception immédiate et différer l'action pour « penser » grâce à la représentation mentale qui donne accès à la fonction symbolique ou ce que Piaget appelle la fonction sémiotique.

La fonction sémiotique est la possibilité qu'acquiert l'enfant à partir d'un an et demi de représenter quelque chose par un symbole ou par un signe. Piaget la définit : la capacité à représenter quelque chose, « un signifié », par un « signifiant » différencié et ne servant qu'à cette représentation.

Piaget décrit 5 conduites marquant l'apparition de la fonction sémiotique :

1- L'imitation différée : qui prend la place de la simulation immédiate.
Exemple : faire semblant de pleurer à distance de tout épisode de tristesse.

2- Le jeu symbolique :
Exemple : faire semblant de manger dans un jeu de dinette.

3- Le dessin :
Exemple : symboliser une maison, une fleur.

4- Les images mentales : images de situations vécues intériorisées dans le psychisme.

Exemple : une expérience avec le chat qui lui a renversé son lait.

5- Le langage : utilisation de signes unis dans un code permettant une communication.

L'intelligence progresse donc vers l'intériorisation et offre peu à peu des possibilités d'abstraction et de généralisation.

2/ Développement de la pensée :

Il passe, lors de cette phase préopératoire, par deux stades :

a) Stade de la pensée préconceptuelle :

Ce stade s'étend de 18 mois à 4 ans.

Le « préconcept » est à mi-chemin entre la généralité du concept et l'individualité des éléments qu'englobe le concept. Par exemple, un enfant de cet âge, qui voit la lune en différentes positions, parlera « des lunes », ou encore il aura l'impression qu'une montagne se déforme réellement au cours de l'excursion qu'il fait. Il est donc victime de son point de vue perceptif par rapport auquel il n'opère aucune décentration.

Stern et Piaget ont donné le nom de « transduction » au type de raisonnement que l'enfant utilise à ce stade, qui est donc caractérisé par une décentration par rapport au désir du moment et par la notion de permanence des objets, mais aussi par une absence totale de décentration par rapport à la perception et aux éventuelles illusions perceptives.

b) Stade de la pensée intuitive :

Il s'étend de 4 à 7 ans. Le raisonnement à cet âge est « prélogique », fait les régulations intuitives résultant de décentrations partielles de l'enfant par rapport à sa perception. Il est capable de raisonner logiquement mais sur une partie seulement des données, sur un seul aspect des choses ; il peut changer de point de vue, mais ne peut inclure qu'un seul point de vue à la fois dans son raisonnement.

La pensée de l'enfant pendant cette période reste cependant préopératoire et pré-logique, caractérisée par quatre grands traits de raisonnements :

- L'animisme, qui est la tendance à concevoir les choses comme vivantes et douées d'intentions (« Maman, les petits bateaux qui vont sur l'eau ont-ils des jambes ? »).
- Le finalisme : c'est la définition d'une action par son résultat, que l'on retrouve dans les si fréquents « pourquoi » des petits enfants de cet âge, qui recherchent la raison d'être des choses, c'est à dire une raison à la fois causale et finaliste.

- L'artificialisme : c'est la croyance que les choses ont été construites par l'homme ou par une activité divine oeuvrant à la manière de la fabrication humaine (par exemple, les montagnes « poussent » parce qu'on a planté des cailloux après les avoir fabriqués, les lacs ont été creusés etc.).

- Le réalisme : les contenus de conscience de l'enfant sont considérés comme des objets. En effet, si le petit enfant anime les corps inertes, en revanche il matérialise la vie de l'âme : les rêves, par exemple, sont des images qui sont dans la tête quand on est réveillé et qui en sortent pour se poser sur le lit ou sur l'oreiller dès que l'on dort.

C/ 3^{ème} phase : La période opératoire :

Lors de cette période, l'enfant accède au raisonnement logique, d'abord concret, puis abstrait.

1/ Période des opérations concrètes (7-8 ans à 11-12 ans) :

La pensée devient structurée selon une logique qui permet à l'enfant de prendre en compte et de coordonner plusieurs paramètres : c'est la pensée opératoire, mais les opérations cognitives se situent dans le concret et sont liées à l'action, les capacités d'abstraction sont limitées.

De nouvelles notions sont intégrées :

a) Réversibilité de la pensée :

Elle permet à l'enfant de faire progressivement :

- des classifications
- des sériations
- des opérations, qui sont indispensables à l'apprentissage général.

b) Opérations de conservation :

* La conservation de la quantité de matière est acquise vers 7-8 ans.

Exemple : boule de pâte à modeler écrasée.

* La conservation du poids vers 9 à 10 ans,

Exemple : poids de matière différente.

* La conservation du volume : 11 à 12 ans.

Exemple : liquide dans des récipients de largeur ou hauteur différente.

c/ Les notions de temps et d'espace :

Elles sont de mieux en mieux maîtrisées.

En définitive, l'activité cognitive de l'enfant devient opératoire quand, l'action effective (classer additionner) ou la transformation perçue dans le monde physique (boule, volume liquide) peut être annulée en pensée par une action orientée en sens inverse.

2/ Période des opérations formelles : (après 12 ans)

La pensée devient réellement conceptuelle et hypothético-déductive.

L'enfant réalise de véritables raisonnements concernant des problèmes abstraits, avec un matériel purement symbolique.

Il n'a plus besoin de rester attaché à des objets concrets de la réalité pour raisonner.

L'adolescent devient capable de :

- poser des hypothèses
- développer un raisonnement
- déduire des conclusions
- généraliser d'autres situations abstraites ou concrètes
- manier des opérations
- appliquer des opérations à d'autres (mathématiques).

Auto-évaluation formative

QCMS :

Parmi les caractéristiques suivantes, quelles sont celles des réactions circulaires tertiaires :

- a- Apparition avant l'âge de 12 mois.
- b- Découverte de l'expérimentation.
- c- Recherche active d'actions et de résultats nouveaux.
- d- Découverte par tâtonnement.
- e- La permanence de l'objet non encore acquise.

Q C S :

Parmi les âges suivants, choisir l'âge adéquat :

1- Les opérations de conservation de quantité de matière sont acquises à :

- a- 5 ans
- b- 6 ans
- c- 7 ans
- d- 9 ans
- e- 10 ans

2- Les opérations de conservation du poids sont acquises à :

- a- 6 ans
- b- 7 ans
- c- 8 ans
- d- 9 ans
- e- 11 ans

Q R O C S :

1- Quel est le type de pensée qui permet à l'enfant l'emboîtement du puzzle ?

2- A quel âge l'enfant commence à emboîter un puzzle ? .

REPONSES :

QCMS :

b-, c-, d-.

Q C S :

1-c, 2-d.

Q R O C S :

1- Pensée pré-opératoire.

2- 18 à 24 mois.

LA PSYCHOLOGIE DE L'ADOLESCENT

OBJECTIFS EDUCATIONNELS:

1. Définir l'adolescence
2. Enumérer les modifications psychologiques (modèle psychanalytique) de l'adolescence
3. Reconnaître les changements de l'image du corps à l'adolescence
4. Reconnaître l'adolescence en tant que travail de deuil
5. Identifier les mécanismes de défenses à l'adolescence
6. Reconnaître les modèles identificatoires de l'adolescent
7. Reconnaître les modifications cognitives de l'adolescence

DOCUMENT DE BASE

I -Introduction :

Adolescence signifie en latin « grandir ».

Elle est définie comme un passage délicat, nécessaire et créatif entre l'enfance et l'âge adulte.

Elle débute à la puberté et entraîne un bouleversement de l'équilibre acquis à la phase de latence

Quatre modèles principaux :

1. Le modèle physiologique avec la crise pubertaire,
2. Le modèle sociologique et environnemental
3. Le modèle psychanalytique qui rend compte des remaniements identificatoires, des changements dans les liens aux objets oedipiens et de l'intégration dans la personnalité de la pulsion génitale ;
4. Les modèles cognitif et éducatif qui abordent les modifications profondes de la fonction cognitive.

II- Le modèle psychanalytique :

La perspective psychanalytique repose sur un postulat : la possibilité de décrire et comprendre l'adolescence comme un processus psychologique relativement homogène selon les sociétés. A la suite de S. Freud, chacun reconnaîtra l'importance de la puberté, le rôle joué par l'accession à la sexualité et par là même le regroupement des pulsions partielles sous le primat de la pulsion génitale.

A- L'excitation sexuelle :

La puberté caractérisée par l'apparition de la capacité orgastique et l'avènement de la capacité reproductive, entraîne une explosion libidinale, une éruption pulsionnelle génitale et un mouvement de régression vers les pulsions pré-génitales.

D'un point de vue économique, l'apparition brusque d'énergie libre (énergie non liée) conduit l'individu de façon incoercible à la recherche d'une décharge tensionnelle. Dans la perspective dynamique : le conflit intérieur de l'adolescent n'est pas une simple réplique du conflit oedipien, il s'y associe des conflits plus « archaïques » comme par exemple un conflit entre le Moi idéal réactualisé et le Moi déstabilisé ou des conflits ambivalents rappelant ceux de la phase dépressive.

Cette explosion libidinale fragilise le Moi dans son rôle de pare-excitation.

B- La problématique du corps :

La puberté se manifeste par de profondes modifications physiologiques, qui ont évidemment d'importantes répercussions psychologiques aussi bien au niveau de la réalité concrète qu'au niveau imaginaire et symbolique.

a- La puberté et l'accession à la sexualité génitale :

Freud note « avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale ». Pour Freud, la pulsion va dorénavant découvrir l'objet sexuel chez autrui, les diverses zones érogènes dites partielles (orale, anale, urétrale) vont se subordonner au primat de la zone génitale (organe sexuel). La

jouissance sexuelle liée à l'émission des produits génitaux permet d'accéder au « plaisir terminal », opposé en cela aux plaisirs préliminaires liés aux zones érogènes partielles citées plus haut. Edith Jacobson a développé longuement le rôle de ces modifications dans la réactivation de l'angoisse de castration, aussi bien chez les garçons que les premières éjaculations conduisent habituellement à se masturber, que chez les filles dont les premières règles renforcent leur croyance infantile de castration. Ces transformations et cette accession à la sexualité génitale peuvent être à l'origine de rapports sexuels « expérimentaux » ou de repli défensif vers une homosexualité latente ou même transitoirement patente.

b- L'image du corps : Le corps se transforme donc à un rythme variable mais de manière globale : la « silhouette » change aussi bien pour l'adolescent lui-même que pour ceux qui le regardent. L'image du corps est bouleversée dans plusieurs domaines.

- *Le corps comme repère spatial*
- *Le corps comme représentant symbolique :* Par exemple, chez le garçon, les cheveux longs ou les cheveux courts peuvent être le reflet d'une mode, mais peuvent aussi être l'expression symbolique de l'identité sexuelle.
- *Le corps et le narcissisme :* Quel adolescent n'a passé de longs moments devant sa glace ? L'intérêt que porte par moments l'adolescent à son propre corps illustre la présence parfois prépondérante de la dimension narcissique dans le fonctionnement mental à cet âge.
- *Le corps et le sentiment d'identité :* « Le sentiment de bizarrerie ou d'étrangeté qu'ont beaucoup de sujets à cet âge à propos de leur corps est du même type, en dehors de tout facteur psychotique, que le sentiment de ne pas s'identifier de manière sûre ».

C- L'adolescence en tant que travail de deuil :

Aux modifications physiologiques et pulsionnelles s'ajoute un autre grand mouvement intrapsychique, lié à l'expérience de séparation des personnes influentes de l'enfance, à un changement dans les modes

relationnels, les projets et les plaisirs élaborés en commun, mouvement qui peut être rapproché d'un travail de deuil.

- 1) Perte de l'« objet primitif » d'abord faisant parfois comparer l'adolescence à la petite enfance (phase de séparation de l'objet maternel) du processus de « séparation-individuation ».
- 2) Perte de l'« objet oedipien » chargé d'amour, de haine, d'ambivalence : l'adolescent est amené « à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation oedipienne ». On peut en rapprocher le fait que l'imaginaire parental idéalisée, le sentiment de tout pouvoir réaliser (« l'idéal mégalomane infantile »), projetés durant l'enfance sur les parents, sont eux aussi remis en cause par le désir d'autonomie, par la rencontre d'autres idéaux et par une meilleure perception de la réalité.

D- Les moyens de défense :

A l'adolescence la pulsion sexuelle ravivée, la maturation génitale bouleversent l'équilibre antérieur et réactivent l'angoisse.

L'adolescent va mettre en jeu ce qu'on appelle des systèmes de défense face à la pulsion sexuelle.

L'ascétisme transitoire ou qui peut aboutir à un revirement subit ou tout ce qui était interdit devient permis (ascétisme de ces adolescents qui s'imposent des privations, tentative de contrôle des désirs sexuels, marches forcées...).

- 1) L'intellectualisation : discussion interminables, abstraites, construction de vastes systèmes philosophiques, créations artistiques... militantisme politique extrême, sans nuance....
- 2) L'intransigeance : l'adolescence, c'est l'horreur du compromis, de la demi-mesure, c'est la loi du tout ou rien, passage d'un extrême à un autre, contradiction, demande de liberté en même temps qu'il exige la présence des parents.
- 3) Le clivage a pour but de protéger l'adolescent de son conflit d'ambivalence centré sur le lien aux imagos parentales. L'adolescent

se sert également du clivage pour disperser ses désirs génitaux et ne pas s'affronter à la menace incestueuse.

- 4) La mise en acte enfin est parfois si importante qu'elle occupe apparemment tout le champ comportemental.

E- Le narcissisme :

Le narcissisme pris dans le sens investissement de soi. L'investissement de soi peut se faire sur un mode mégalomane. En effet, la rupture avec son passé, les modifications de l'image de son corps, les questions sur son identité poussent l'adolescent à se tourner vers lui-même dans une sorte de sentiment mégalomane de toute puissance normal (mégalomanie = image de soi grandiose) pour obtenir de lui-même une image satisfaisante et une réponse rassurante sur les deux grandes questions qu'il se pose : qui suis-je ? qui je deviens ?

Ce narcissisme est confronté au narcissisme parental projeté sur l'adolescent : celui qui peut réaliser les fantasmes grandioses des parents, mais aussi qui peut se sentir dévalorisé de ne pas les réaliser ; déception, désillusion, dépression.

Les défaillances narcissiques de l'estime de soi amènent T.S., échec scolaire, échec sentimental.

F- Identité-Identification :

L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations, en particulier des relations de soins précoces constitutives de ce narcissisme. Plus ces relations précoces ont été satisfaisantes, ont permis un investissement du soi en continuité et équilibré, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré.

Dans ce cas la survenue de l'adolescence marquée par son « besoin d'objet » ne menacera pas l'assise narcissique de l'individu.

A l'opposé, le sentiment d'identité est d'autant plus fragile et/ou incertain, et que le jeune enfant a connu et subi des défaillances excessives dans la qualité ou la continuités de son investissement, qu'il a vécu des ruptures

traumatiques ou qu'il n'a jamais pu faire l'expérience de brèves et positives séparations lui procurant les préformes de son autonomisation.

Quand l'identité narcissique est assurée, l'adolescent peut sans danger s'engager dans une quête identificatoire qu'elle soit mimétique ou oppositionnelle. L'adolescent tend à rejeter les objets parentaux parce que l'émergence pubertaire le contraint à « sexualiser » ses relations avec ceux-ci. C'est l'époque où l'adolescent multiplie les expériences, les nouvelles relations d'objet lui servant de support aux intériorisations puis identifications à venir.

Identification au groupe de pairs : Le groupe permet à l'adolescent l'identification à un idéal du groupe partagé par les congénères

Les groupes d'adolescents assurent donc plusieurs fonctions :

- ils procurent à l'adolescent un statut autonome, symbolique, provisoire et transitoire.
- Ils attribuent à l'adolescent une identité par l'appartenance au groupe.
- Ils permettent un soutien dans le mouvement d'émancipation par rapport aux parents en assurant une certaine sécurité et estime de soi.
- Ils constituent enfin des lieux d'apprentissage en particulier pour les rôles sexuels et facilitent la transition vers l'hétérosexualité.

2) **Identification type « grand frère**) : Dans cette catégorie, on retrouve les identifications massives aux chanteurs à la mode à qui on attribue une liberté de dire, aux héros qui n'ont pas peur de la mort et sont capables d'aller jusqu'au bout de leur désir en bravant tous les interdits de la logique phallique, la mort étant la limite ultime de sa consécration.

3) **Identification aux ascendants** : L'adolescent va s'identifier alors à l'un de ces ascendants (grand parent) moins dangereux sur le plan oedipien que ses propres parents.

IV- Le modèle cognitif et éducatif :

Après le stade opératoire concret l'accèsion au stade opératoire formel se caractérise par la capacité du préadolescent (entre 12 et 16 ans) à raisonner par hypothèse, d'envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel comme un simple cas particulier Sur le plan pratique, la mise en place d'une possibilité de raisonnement hypothético-déductif.

A contrario, les perturbations affectives et comportementales souvent très importantes que la puberté provoque chez les enfants encéphalopathes montrent clairement combien « l'intelligence » est une donnée nécessaire pour que l'adolescent puisse assumer les modifications corporelles, affectives et relationnelles qui s'opèrent dans et autour de lui.

Auto évaluation formative :

- A l'adolescence l'image du corps est bouleversée dans le domaine :
 1. spatial
 2. symbolique
 3. narcissique
 4. social
 5. identitaire

Réponse : 1-2-3-5

- Les mécanismes de défense spécifiques à la période d'adolescence sont
 1. L'ascétisme
 2. La formation réactionnelle
 3. L'intellectualisation
 4. La sublimation
 5. L'intransigeance

Réponse : 1-3-5

- A l'adolescence l'intelligence est
 1. Sensorimotrice
 2. Intuitive
 3. Pré conceptuelle
 4. Opératoire formelle
 5. Opératoire concrète

Réponse : 3

➤ Les modèles identificatoires de l'adolescent sont

1. Grand parents
2. Parents
3. Pairs
4. Professeurs
5. Héros

Réponse : 1-3-4-5

PSYCHOLOGIE DE L'ÂGE ADULTE

Dr Imen GASSARA - Pr MAALEJ Mohamed
Service de psychiatrie "C"
CHU Hédi CHAKER- Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Citer les trois phases de l'âge adulte.
- 2- Décrire la maturité.
- 3- Définir l'autonomie.
- 4- Décrire les deux principes déterminants dans le choix du partenaire.
- 5- Citer deux conditions nécessaires pour l'épanouissement du couple.
- 6- Décrire le rôle du travail pour l'adulte.
- 7- Définir la crise du milieu de vie.
- 8- Décrire les problèmes sexuels de l'homme d'âge moyen.
- 9- Décrire les problèmes sexuels de la femme d'âge moyen.
- 10- Décrire l'attitude des femmes d'âge moyen envers la ménopause.
- 11- Décrire le syndrome du nid vide.

DOCUMENT DE BASE

I- Introduction :

L'âge adulte (adulte du latin «adultus » : être dont la croissance est achevée) est la période la plus longue de la vie. C'est le stade dans lequel les individus sont supposés être pleinement matures et développés, et c'est la période considérée comme ayant le plus de potentiel pour la réalisation personnelle. L'âge exact de début correspond à la fin de l'adolescence et varie donc selon les personnes. Habituellement, trois phases sont individualisées : âge adulte jeune ou première partie de l'âge adulte (de 20 à 40 ans), âge adulte moyen (de 40 à 65 ans) et dernière partie de l'âge adulte ou vieillesse.

Nous décrivons ici les deux premières parties de l'âge adulte.

II- Première partie de l'âge adulte :

On considère habituellement que la première partie de l'âge adulte commence à la fin de l'adolescence (vers 20 ans) et qu'elle finit vers 40 ans. Pendant cette période, les objectifs se déplacent vers l'autonomie, le choix de la profession et l'engagement dans une relation.

1- La maturité :

Au principe du plaisir de l'enfant (c'est-à-dire qu'il veut obtenir la satisfaction de ses demandes de façon immédiate, sinon il réagit par les pleurs ou la colère) fait place, chez l'adulte, le principe de réalité. L'adulte devient capable de maîtriser ses désirs et de les satisfaire, seulement, quand les circonstances rendent cette satisfaction possible, sans pour autant se sentir malheureux par cette attente. Cette possibilité de maîtrise est un indice de maturité. Un autre aspect de la maturité c'est la prise de distance par rapport aux événements et la prise d'un temps de réflexion avant toute action ou décision. C'est aussi la possibilité de se retenir et de ne pas réagir de façon trop spontanée.

2- L'autonomie :

Devenir autonome, c'est acquérir les habilités nécessaires pour vivre de façon indépendante et non plus à la charge ou sous la tutelle d'une autre personne.

Certaines circonstances favorisent la prise d'autonomie : départ loin du foyer pour la poursuite des études ou pour l'accomplissement du service national...

La prolongation des études rend cette prise d'autonomie souvent difficile en raison de la dépendance matérielle prolongée qu'elles imposent à l'adolescent.

3- La vie en couple :

D'un point de vue psychanalytique, le choix d'un partenaire est motivé par des raisons qui nous échappent (inconscientes).

Quoi qu'il en soit, deux principes joueraient un rôle plus ou moins important dans le choix du partenaire :

- l'influence des images parentales : chacun de nous est fortement marqué par les images de ses parents (ou des personnes qui l'ont éduqué) et il aurait tendance, inconsciemment, à l'âge adulte, à choisir son partenaire en référence à l'image parentale (pour la fille par exemple, choix d'un garçon qui ressemble au père ou au contraire qui est à l'opposé du père...).
- le principe de la complémentarité ou de l'identité : chacun de nous cherche dans son partenaire celui qui le complète (donc ce qui lui manque) d'o

un couple contradictoire : fort-faible, grand-petit, etc. Ou bien, le contraire c'est à dire la recherche d'un partenaire identique (ici c'est le principe du narcissisme : je ne peux aimer que ce qui me ressemble, c'est à dire moi-même).

Le couple ne peut se développer et s'épanouir que s'il est formé de deux adultes, prêts à l'échange et à accepter la différence entre eux.

Les deux personnalités qui composent le couple sont différentes par les caractères biologiques et psychologiques propres à leur sexe. Leurs façons d'être, leurs comportements, leurs goûts imposent une adaptation permanente, des concessions réciproques, jamais achevées.

Le plus souvent, après quelques années, une accoutumance se crée, chacun finissant par tolérer chez l'autre ce qui lui paraissait irritant pendant les premiers temps de la vie commune.

Le couple n'est pas un état statique mais une entité dynamique et, par définition, un équilibre sans cesse menacé et sans cesse à reconstruire.

Il faut insister sur l'importance de la vie sexuelle dans l'équilibre de l'individu et du couple. La vie sexuelle au sein du couple a deux racines, génitale et sentimentale, l'une et l'autre indispensable à son équilibre et à son harmonie. Chez l'homme, c'est souvent la composante génitale qui l'emporte sur celle sentimentale alors que ce serait plutôt l'inverse chez la femme.

Le couple, condition nécessaire du foyer, ne saurait être considéré comme suffisant pour qu'existe une famille ; c'est la venue de l'enfant qui la crée. C'est autour de l'enfant, en fonction de l'enfant et pour l'enfant que s'ordonnent les relations familiales normales.

4- Le travail:

Le travail apporte à la personne, outre l'autonomie matérielle, un sentiment d'identité et de compétence. Il contribue à l'accomplissement de la personne et l'affirmation de ses capacités créatrices. Pour l'adulte, une grande partie de la réponse à la question: "qui êtes vous?" est la réponse à la question "que faites-vous dans la vie?".

III- Age adulte moyen :

Classiquement cette période s'étend de 40 à 65 ans. Certains psychologues ont constaté que lorsque les gens atteignent la quarantaine, ils vivent une période de transition dite "du milieu de vie", vers l'âge mûr, qui, pour beaucoup correspond à une crise psychologique existentielle, à un moment de lutte, voire à une impression d'être dépassé par la vie. Ceux-ci remettent en question leurs engagements professionnels et familiaux. Lorsque cette période se termine, vers l'âge de 45 ans en général, ils s'impliquent de nouveau dans des relations nouvelles, ils cherchent à terminer leur carrière et deviennent plus réfléchis, plus compatissants. Cette période se caractérise généralement par le pouvoir, le commandement, la sagesse et la compréhension.

La période de l'âge adulte moyen correspond au stade de productivité (processus par lequel on guide la génération montante ou on améliore la société) ; ce qui inclut le fait d'avoir des enfants et de les élever. Certains adultes ne manifestent aucun désir de guider la nouvelle génération ou ont des enfants sans s'en occuper. De telles personnes, incapables de surmonter les tâches du milieu de l'âge adulte, sont en grand danger. Elles ne sont pas préparées pour le stade suivant du cycle de vie.

1- La sexualité :

La sexualité est une question très importante dans le milieu de la vie. La peur de l'impuissance et sa réalité constituent un problème fréquent chez les hommes d'âge moyen. La cause la plus fréquente de l'impuissance n'est pas l'âge mais la consommation excessive d'alcool, les médicaments (tels que les tranquillisants et les antidépresseurs) et le stress associé à la fatigue et l'anxiété ; 90 % des cas d'impuissance chronique sont liés à des causes psychologiques plutôt qu'à des causes organiques.

Une diminution de l'activité sexuelle, chez les femmes, est aussi souvent liée à des causes psychologiques qu'à des causes physiques. Les femmes atteignent leur maturité sexuelle vers le milieu de la trentaine ; en conséquence, elles ont une plus grande aptitude à l'orgasme au milieu de l'âge adulte que

dans sa première partie. Toutefois, elles sont plus vulnérables que les hommes aux blessures narcissiques, au jugement qu'elles portent sur elles-mêmes quand elles perdent l'apparence de la jeunesse, qui est surestimée dans la société actuelle. Pendant cette période, elles peuvent se sentir moins désirables sexuellement qu'au début de l'âge adulte et, par conséquent, se sentir moins aptes à la vie sexuelle.

2- le fonctionnement biologique et physiologique :

L'âge adulte moyen correspond au moment de la période critique chez l'homme et la femme, période de vie caractérisée par une diminution du fonctionnement biologique et physiologique.

Pour les femmes, la période critique correspond à la ménopause laquelle peut débuter dans la quarantaine ou le début de la cinquantaine et peut évoluer sur une période de plusieurs années. Elle survient le plus souvent progressivement, parallèlement à la diminution de la sécrétion des œstrogènes, se traduisant par des perturbations du rythme et du volume des règles, puis par leur arrêt ; une instabilité vasomotrice (bouffées de chaleur) peut survenir. On peut noter une anxiété (inquiétude excessive) et une dépression (tristesse durable malade), mais habituellement la structure de la personnalité prémorbide (avant le début de la maladie) est un facteur important dans le déterminisme des troubles psychologiques de la ménopause. La disparition des règles est vécue différemment selon les femmes. Pour certaines, la ménopause est une libération vis-à-vis de la contraception, de la crainte d'une grossesse et des demandes d'enfants ; pour d'autres, elle sera difficilement acceptée et sera perçue comme un signe de perte de féminité et de pouvoir d'attraction sexuelle.

Pour les hommes, la période critique n'a pas de démarcation nette comme la ménopause. Les taux d'hormones mâles demeurent assez constants dans la quarantaine et la cinquantaine. Néanmoins, les hommes doivent s'adapter au déclin du fonctionnement biologique et surtout de la force physique.

3- Le syndrome du nid vide :

Un autre phénomène décrit dans l'âge adulte moyen a été appelé le syndrome du nid vide, caractérisé par une dépression qui touche les hommes et les femmes quand le plus jeune des enfants va quitter le foyer. Toutefois, la plupart des parents ressentent le départ du plus jeune enfant comme un repos plutôt que comme un stress. Si des activités de compensation n'ont pas été développées, en particulier pour la mère, certains parents risquent de présenter une dépression.

Evaluation

QCM 1 : Les principes qui déterminent le choix du partenaire à l'âge adulte sont :

- A- Identification aux images parentales
- B- Principe du plaisir
- C- Principe de la complémentarité
- D- Principe de l'identité
- E- Principe de la réalité

Réponse : A- C- D

QCM 2 : Concernant le syndrome du nid vide :

- A- C'est un phénomène décrit à l'âge adulte moyen
- B- Il survient quand l'aîné des enfants quitte le foyer
- C- Il correspond en fait à un syndrome anxieux
- D- La plupart des parents ne le ressentent pas
- E- Certaines activités de compensation permettent de réduire son risque

Réponse : A- D-E

QROC 1 : Décrire le syndrome du nid vide

Réponse 1 : Le syndrome du nid vide correspond à une dépression qui touche les hommes et les femmes quand le plus jeune des enfants va quitter le foyer.

Toutefois, la plupart des parents ressentent ce départ comme un repos plutôt que comme un stress.

La probabilité de sa survenue augmente si des activités de compensation n'ont pas été développées, en particulier pour la mère.

QROC 2 : Décrire l'attitude des femmes d'âge moyen envers la ménopause

Réponse 2 : La disparition des règles est vécue différemment selon les femmes :

- Pour certaines, la ménopause est une libération vis-à-vis de la contraception, de la crainte d'une grossesse.
- Pour d'autres, elle sera difficilement acceptée et sera perçue comme un signe

de perte de féminité et de pouvoir d'attraction sexuelle.

QROC 3 : Définir la crise de milieu de vie

Réponse 3 : Il s'agit d'une période de transition qui survient vers l'âge de 40 ans et qui correspond, pour beaucoup de gens, à une crise psychologique existentielle, à un moment de lutte, voire à une impression d'être dépassé par la vie. Ceux-ci remettent en question leurs engagements professionnels et familiaux.

Lorsque cette période se termine, vers l'âge de 45 ans en général, ils s'impliquent de nouveau dans des relations nouvelles, ils cherchent à terminer leur carrière et deviennent plus réfléchis, plus compatissants.

LA SEXUALITE NORMALE

Dr Najeh SMAOUI- Pr Mohamed MAALEJ

Service de psychiatrie "C"

CHU Hédi CHAKER- Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

- 1- Décrire les facteurs qui peuvent influencer la sexualité.
- 2- Citer les cinq phases de l'activité sexuelle.
- 3- Définir le désir sexuel.
- 4- Décrire l'érection.
- 5- Détailler les modifications physiologiques au cours de l'excitation chez l'homme.
- 6- Détailler les modifications physiologiques au cours de l'excitation chez la femme.
- 7- Décrire l'orgasme sexuel.
- 8- Citer les deux types d'orgasme chez la femme.
- 9- Définir la période réfractaire chez l'homme.

DOCUMENT DE BASE

I- Introduction :

La sexualité est une réalité humaine complexe, universelle, multidimensionnelle. Elle ne se limite pas à la génitalité et aux pratiques sexuelles ; les aspects affectifs et relationnels sont au centre de l'univers de la sexualité. Elle est le produit d'une relation complexe entre les expériences personnelles, les influences extérieures et les contingences sociales ou morales. Elle est au cœur de l'identité, de la relation à l'autre, de l'épanouissement et du bien-être d'une personne.

La sexualité est, du point de vue de la perpétuation de l'espèce, orientée vers la procréation. Néanmoins, elle a toujours eu des significations autres : pouvoir, valeur, place sociale de l'individu..... L'apparition de moyens efficaces de contraception et la légalisation de l'avortement ont apparemment affranchi la sexualité de sa liaison avec la grossesse et ont favorisé une

libération certaine des mœurs, de même qu'un changement dans le statut et les rôles sociaux des femmes et des hommes depuis quelques décennies.

II- Normalité et normes en matière de sexualité :

La sexualité dite « normale » fait partie de la définition de la «bonne santé» selon l'OMS. On parle désormais de « santé sexuelle ». Selon l'OMS, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence».

Il est difficile de définir une norme en matière de sexualité. Chaque individu a ses propres repères et sa position dans la société peut influencer le développement de sa sexualité selon ce qu'on pourrait appeler le plus petit dénominateur commun de ce qui est toléré, de ses références culturelles et religieuses.

Même s'il n'est pas possible de définir une pratique sexuelle normale, un trouble de l'une de ses composantes physiologiques expose l'individu à des souffrances psychologiques parfois importantes.

La compréhension et la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dysfonctions sexuelles font partie intégrante de la pratique médicale. Le soulagement de la souffrance des patients ainsi que la restauration d'une sexualité satisfaisante sont les objectifs à atteindre.

III- Phases de l'activité sexuelle :

La connaissance de la physiologie de la sexualité a bénéficié des travaux de William Masters et Virginia Johnson, sexologues nord-américains, qui ont publié à la fin des années 60 les résultats de leurs observations sur des volontaires hommes et femmes, ainsi que leur méthode de traitement des difficultés sexuelles. Ces observations ont été complétées par Helen Kaplan et Harold Lief vers la fin des années 70.

L'activité sexuelle est divisée en 5 phases :

1- Phase du désir : Encore appelé libido ou appétit sexuel, elle est caractérisée par des idées et fantaisies érotiques et le souhait d'avoir des rapports sexuels. Il s'agit d'une phase de préparation à l'acte sexuel ; On reconnaît dans le désir sexuel, d'une part, une composante biologique, neuroendocrinienne et, d'autre part, dans l'espèce humaine, une composante psychoaffective venant moduler la composante biologique de manière stimulante ou inhibitrice.

Le désir masculin est principalement captatif et primaire se focalisant sur l'objectif final, c'est-à-dire le rapport sexuel, selon un mécanisme relativement simple de besoin-récompense, alors que le désir féminin est le plus souvent indirect, secondaire, se nourrissant de la relation et de la tendresse dans un réseau émotionnel complexe en miroir : c'est un peu le désir du désir de l'autre.

Ainsi, le désir va pousser vers la recherche de l'autre sexe pour obtenir satisfaction. Etant donné la nature complexe de l'homme, il existe un certain nombre d'interdits sociaux à la réalisation sexuelle : la recherche de partenaire obéit à certaines règles sociales. Dans la plupart des sociétés, dont la notre, c'est l'homme qui prend la position active dans la conquête. Cependant, la femme, malgré sa passivité apparente, reste active, mais souvent de façon subtile et inapparente. Cependant, la tendance moderne est vers l'annulation de ces différences, avec la tendance à l'annulation des différences des sexes. Ce qui ne va pas sans retentissement sur les rapports entre les sexes et sur la relation sexuelle proprement dite, en particulier l'attente mutuelle que l'autre commence le premier pas ou la première démarche. Le partenaire souhaité, doit obéir à un certain nombre de critères, qui sont rarement, aussi objectifs qu'on ne le pense. En fait, souvent il y a des complexes inconscients qui dictent ces critères. Ces complexes inconscients sont en rapport avec :

- L'histoire infantile de l'individu,
- Ses relations à ses parents (et leurs substituts),
- Ses expériences sexuelles antérieures.

- Sa personnalité.
- Sa santé mentale et physique.

2- Phase d'excitation : Le rapprochement physique, puis la stimulation des zones érogènes, qui réalisent le prélude ou les préliminaires, permettent l'intensification progressive de l'excitation sexuelle. Chez l'homme, la sensibilité, en dehors de la zone ano-génitale, se concentre principalement au niveau de la bouche, le reste de la peau est moins sensible. Chez la femme, il existe beaucoup de zones sensibles, certaines femmes ont une sensibilité du corps entier. Mais cette sensibilité est très individuelle, variable selon les personnes en intensité et en emplacement. Généralement, les zones sensibles, en dehors de la zone ano-génitale, sont le cou, les lobules des oreilles, le sein et particulièrement l'aréole et le mamelon, le ventre et les fesses. Tous les sens participent au prélude : la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe et le toucher. Le prélude est nécessaire à la femme, pour atteindre un degré d'excitation suffisant. Beaucoup d'hommes ignorent ce point important et pensent que la femme peut être prête au rapport aussi rapidement que l'homme.

L'excitation elle est caractérisée chez l'homme par l'érection et chez la femme par une augmentation de la vascularisation vaginale et de la vulve se traduisant par la lubrification vaginale et l'érection du clitoris. La phase d'excitation résulte de stimulations cérébrales (visuelles, auditives, fantasmatisques) et/ou périnéales. Elle nécessite l'intégrité des composantes sympathiques d'origine spinale thoracolombaire (T12-L2) et parasympathiques d'origine spinale sacrée (S1-S3) de l'innervation végétative pelvi-périnéale et du système vasculaire ;

La lubrification vaginale est en rapport avec un transsudat vasculaire et non une sécrétion glandulaire. La lubrification du vagin commence dans les 10 à 30 secondes après le début de l'excitation. Une femme de 20 ans a besoin de 15 secondes pour lubrifier complètement son vagin, ménopausée, il lui faudra 3 à 4 minutes. Le lubrifiant est en général un liquide transparent, produit non pas par des glandes mais par une exfiltration de plasma au

travers des parois grâce à l'engorgement vasculaire, à laquelle vient s'ajouter un liquide sécrété par les glandes de Bartholin situées légèrement en dessous, à gauche et à droite de l'orifice vaginal.

L'érection est un phénomène vasculaire actif faisant intervenir la musculature lisse des corps caverneux. Les Corps caverneux s'engorgent de sang sous forte pression aboutissant à un pénis rigide. Les mensurations de la verge en érection varient de 10 à 20cm en longueur et de 3 à 5cm en largeur selon les ethnies et les études publiées.

Sa commande nerveuse est parasympathique ; des médiateurs spécifiques intra-caverneux, tels l'oxyde nitrique, y participent. Le pénis est maintenu habituellement flaccide par un tonus sympathique inhibiteur, qui doit cesser pour permettre l'érection.

La physiologie de l'excitation génitale féminine est moins bien connue. Au niveau central on commence à repérer les zones du cerveau impliquées. Parmi les neuromédiateurs, la dopamine est celui du plaisir et probablement du désir, tandis que la sérotonine est plutôt anti-libido et retarde l'orgasme.

La physiologie sexuelle nécessite que la testostérone ne soit pas effondrée chez l'homme, tandis que chez la femme désir et plaisir seraient aussi sous la dépendance du peu de testostérone produit par la surrénale.

3- Phase de plateau : elle consiste en la réalisation du coït ou la poursuite de la stimulation (masturbation). Les phénomènes de la phase d'excitation y restent stables, au maximum de leur développement ;

4- Phase d'orgasme : il s'agit d'une sensation de plaisir intense. L'orgasme est accompagné dans les deux sexes de contractions de la musculature striée périnéale, au rythme de 0,8 par seconde. Chez l'homme, elle coïncide avec la seconde phase de l'éjaculation ou expulsion saccadée du sperme au méat urétral. Lorsque l'éjaculation est absente (ex : après prostatectomie totale), l'orgasme persiste, ainsi l'éjaculation n'est pas un prérequis pour la survenue de l'orgasme. L'orgasme est accompagné par des signes généraux : tension musculaire, de polypnée, tachycardie, augmentation de la pression artérielle ;

L'orgasme clitoridien, déclenché par la stimulation du clitoris, et l'orgasme vaginal, déclenché par la stimulation intravaginale, sont physiologiquement identiques. L'orgasme vaginal peut être plus difficile à obtenir sans que cela soit pathologique.

5- Phase de résolution : les phénomènes caractéristiques de la phase d'excitation diminuent rapidement. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas, et la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme. Chez l'homme, l'orgasme est suivi d'une période réfractaire pendant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace. Très courte chez l'adolescent, elle augmente avec l'âge et interdit le plus souvent la répétition immédiate du rapport sexuel chez l'homme vieillissant.

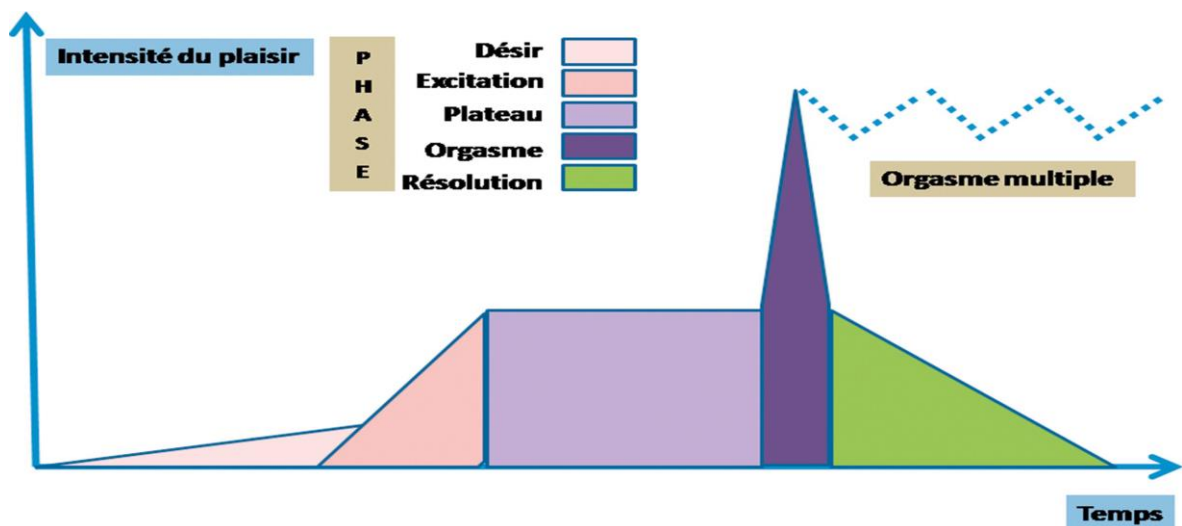


Figure 1 : Les différentes étapes physiologiques de l'acte sexuel

IV- Facteurs qui peuvent affecter la vie sexuelle :

- Le type de personnalité
- Les croyances religieuses
- Le milieu social et culturel
- La santé physique, y compris les changements comme la puberté, la grossesse et la ménopause

- La santé mentale et le stress
- La relation avec le partenaire
- La santé du partenaire
- Les conditions de vie

Auto-évaluation formative :

Qrocs :

- 1- Citer les phases de l'activité sexuelle ?
- 2- Définir la période réfractaire ?
- 3- Quelles sont les modifications physiologiques qui accompagnent l'excitation chez l'homme et la femme ?

QCM :

1- Les Préludes :

- A- Intensifient l'excitation sexuelle.
- B- Ne sont pas nécessaires pour l'excitation sexuelle chez la femme.
- C- Beaucoup d'hommes ignorent leur rôle dans la sexualité.
- D- Entraînent la stimulation des zones érogènes.
- E- Font intervenir tous les sens.

2- L'excitation est caractérisée par :

- A- La diminution de la vascularisation vaginale et de la vulve.
- B- La lubrification vaginale.
- C- L'érection du clitoris.
- D- Résulte de la stimulation cérébrale.
- E- Nécessite l'intégrité de certaines voies nerveuses.

3- L'orgasme :

- A- Il s'agit de sensation de plaisir intense.
- B- Est accompagnée de contraction de la musculature striée périnéale.
- C- Elle s'accompagne de polypnée et de tachycardie.
- D- Il existe deux types d'orgasme chez la femme.
- E- S'accompagne toujours d'une éjaculation.

Réponses :

Crocs :

- 1- Phase du désir, phase d'excitation, phase de plateau, phase de l'orgasme, phase de résolution.
- 2- Une période pendant laquelle la stimulation sexuelle est inefficace.
- 3- L'excitation est caractérisée chez l'homme par l'érection et chez la femme par la lubrification vaginale et l'érection du clitoris.

QCM : 1- A-C-D-E ; 2- B-C-D-E ; 3- A-B-C-D

PSYCHOLOGIE DE LA VIEILLESSE

Dr Rim MASMOUDI
Pr Jawaher MASMOUDI
Service de Psychiatrie « A » CHU Hédi Chaker Sfax

OBJECTIFS EDUCATIONNELS

1. Décrire les modifications physiques lors du vieillissement.
2. Décrire les facteurs physiques interférant dans la sexualité du sujet âgé.
3. Décrire les modifications intellectuelles lors du vieillissement.
4. Décrire le profil de personnalité de la personne âgée, habituellement dépeint.
5. Décrire la théorie de désengagement.
6. Citer trois modes de réaction de la personne âgée face au vieillissement.
7. Citer les réactions possibles face aux différents deuils imposés par la vieillesse.

DOCUMENT DE BASE

I- INTRODUCTION

Le vieillissement de la population générale est un fait nouveau dans l'histoire de l'humanité, et nous confronte à un remaniement sans précédent de nos représentations et de nos attitudes médicales.

Le vieillissement est un processus physiologique concourant à l'ensemble des modifications physiologiques durables, après une phase de maturité, pour une espèce donnée. Il est progressif, universel, inéluctable, irréversible (modulable pour certains aspects).

Ce processus lent et progressif conduit à l'état de vieillesse ou sénescence.

Ce cheminement **physiologique** vers la vieillesse est accompagné d'un cheminement **psychologique, affectif, intellectuel, social**.

Ce cheminement universel est aussi **différentiel** :

- Les personnes sont plus différentes les unes des autres dans le grand âge qu'à n'importe quelle autre époque de la vie

- Pour une même personne : un groupe d'organes altérés en opposition à certaines capacités intactes

Le vieillissement progressif se fait **par étapes** ponctuées par des événements biologiques ou sociaux : ménopause, retraite...

C'est donc par rapport à toute une série d'événements que l'individu va réagir selon : sa personnalité, sa vigueur physique, son environnement social...

Il n'y a pas une psychologie du vieillissement qui rendrait les personnes âgées identiques les unes aux autres, mais des personnes qui vieillissent en fonction de ce qu'elles sont.

II- MODIFICATIONS CORPORELLES LIEES AU VIEILLISSEMENT

1- Les différentes fonctions de l'organisme présentent des modifications caractéristiques

- Déclin général des performances physiques (cardiaque, respiratoire, musculaire, rénal, neurologique, articulaire...)
- Baisse des acuités sensorielles (presbytie, presbyacousie...)
- Modifications de l'aspect extérieur (rides, ridules, blanchissement des cheveux, pertes de dents...)

Par conséquent, **l'image du corps**, tout autant que le corps, est amenée à de profonds remaniements.

2- La sexualité perd de son importance

Le vieillissement sexuel commence dès l'âge de 20 ans, au moment où les cellules cessent de se multiplier pour commencer à décroître.

Le déclin des hormones sexuelles joue un rôle important dans les modifications extérieures : la fonte musculaire et son remplacement progressif par l'augmentation des masses graisseuses, différemment réparties, mènent à la **modification de la silhouette**.

- La diminution de la **mobilité**, avec les **douleurs articulaires** fréquentes chez le sujet âgé, affectant gravement le périmètre d'action sexuel.
- **L'émoussement sensoriel** influe aussi sur la sexualité des sujets âgés.

- **L'altération de l'image du corps** est souvent citée comme un **frein** à la sexualité des plus âgés, autant par eux-mêmes que par leur entourage.
- L'altération progressive des cellules neurologiques et vasculaires entraîne globalement un émoussement, une diminution de la **perception** des **stimuli** sexuels et une modification de la **réponse** sexuelle par les organes effecteurs, chez l'homme comme chez la femme. **Le niveau du seuil d'excitation**, permettant le déclenchement des réactions sexuelles, **s'élève** au fil du temps.
- **Les réactions sexuelles** dans les deux sexes ne disparaissent pas, mais elles sont comme amorties, décalées dans le temps.
 - Chez l'homme, on observe les modifications spécifiques suivantes :
 - > un temps plus long pour l'érection,
 - > une période réfractaire plus longue,
 - > une diminution plus ou moins importante de l'éjaculation.
 - Chez la femme, on observe une diminution de la lubrification et une atrophie vaginale liées à la diminution des taux d'œstrogènes.
- L'incidence des maladies augmente avec l'âge (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, syndromes métaboliques...) et peut avoir des conséquences négatives sur la sexualité (par exemple, les dysfonctions érectiles).
- En outre, l'emploi de médicaments peut influencer négativement le comportement sexuel.

Le « corps-plaisir » risque de se transformer en « corps-déplaisir ». Et pourtant, la sexualité est loin d'être finie à cet âge.

3- Fixation corporelle sur un mode hypocondriaque

Ce corps défaillant, le décès des proches, la perte d'amis..., rappellent la proximité de la mort. Chacun des problèmes somatiques va être vécu comme un danger grave.

Ce mécanisme est souvent à la base de la tendance hypocondriaque de beaucoup de personnes âgées.

Ces mêmes préoccupations hypocondriaques reflètent **l'insatisfaction** de soi et de son corps, en rapport avec la **dévalorisation narcissique** du sujet.

III- MODIFICATIONS INTELLECTUELLES LIEES AU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement entraîne une certaine **détérioration** des fonctions intellectuelles. Malgré les très grandes différences individuelles, nous pouvons admettre l'atteinte d'un certain nombre de fonctions intellectuelles :

- La mémoire à court terme est diminuée.
- L'attention est plus difficile à soutenir.
- L'imagination et la curiosité intellectuelle sont moins vives.
- Le sujet âgé se fatigue vite.
- L'intelligence stagne.
- Il y a des difficultés à acquérir des notions nouvelles telles que de nouvelles langues.
- La pensée créatrice diminue.

La compétence cognitive fait appel à ces processus fondamentaux (attention, apprentissage et mémoire). De ces processus dépendent largement :

- > les capacités de comprendre et de réagir aux stimuli du milieu,
- > les capacités d'apprendre à partir de l'expérience,
- > les capacités de se souvenir de ce que l'on a vécu et de construire une base de connaissance qui contient la sagesse accumulée au cours de la vie.

Cette réduction, est souvent compensée par la **valorisation d'autres fonctions**. Par exemple, ces troubles sont compensés par plus de soins et de **précision** apportées à la tâche à accomplir. La **lenteur** devient alors un élément positif pour certains (Il fait peu de choses, mais de façon meilleure). En réalité, on s'est aperçu que la détérioration intellectuelle dépendait largement de **l'entraînement** de l'individu aux tâches intellectuelles : elle est importante chez le manoeuvre, alors qu'elle n'est perceptible que très tard chez l'enseignant qui s'adapte mieux au vieillissement.

Il faut faire également intervenir **l'intérêt** pour les tâches en question, le contexte culturel qui joue un rôle de sollicitation.

C'est parce qu'elles ont une **motivation** à s'intéresser à tout ce qui est nouveau que nombre de personnes âgées gardent un esprit ouvert et curieux jusqu'à un âge très avancé. C'est dire qu'on ne peut séparer les fonctions cognitives de **l'affectivité**.

IV- MODIFICATIONS AFFECTIVES LIEES AU VIEILLISSEMENT

On a généralement admis que le **contrôle** des réactions émotives diminuait (incontinence émotionnelle) et que l'affectivité allait en **s'émoussant** avec le vieillissement.

On a décrit aussi un profil de personnalité de la personne âgée tout en négatif :

- Elle se réfugie dans le passé ;
- Elle se complait dans la répétition des faits anciens ;
- Elle a peur de tout ce qui est nouveau ;
- Elle n'a plus d'activité créatrice ;
- Elle devient insensible pour le monde extérieur ;
- Elle fait preuve **d'égoïsme, d'autoritarisme, d'avarice** et de préoccupations **hypocondriaques**.

Le cercle des personnes, affectivement proches, se rétrécit ; mais aussi, il se produit une **sclérose** (absence de vivacité) des relations existantes.

En outre, l'affection restante se mêle parfois à **l'agressivité** dans un contexte d'appauvrissement affectif global, voire de **repli** narcissique.

Venant des Etats-Unis, **la théorie de désengagement** a eu un grand retentissement dans les années soixante. Elle stipule qu'à mesure de l'avance en âge, la **personne** âgée et la **société** se désengagent mutuellement, aboutissant à un repli narcissique avec perte des intérêts pour la première.

De nombreuses études ont cherché à établir une relation entre certains modes de vieillissement et certains types de personnalité antérieure, car il est évident que les comportements des personnes âgées ne sont pas uniformes.

Trois modes de réaction ont été décrits :

1. Certains individus ont suffisamment de **ressources psychologiques en eux** pour que la vieillesse soit une source de renouvellement ;
2. D'autres trouvent un soutien **en dehors d'eux** dans les valeurs culturelles stables et protectrices qui les entourent ;
3. Un troisième groupe, n'ayant de protection ni au dehors ni au dedans, **décline**.

C'est faire intervenir deux notions rendant l'individu capable ou non de faire face aux réalités du vieillissement:

1. l'influence du **milieu** environnant
2. et **la force du « Moi »**,

V- MODIFICATIONS SOCIALES LIEES AU VIEILLISSEMENT

1. La retraite

Au milieu du XX^{ème} siècle, commencent à se développer les premières théories tendant à rendre compte du glissement en train de s'opérer chez les plus âgés : la retraite n'est plus définie comme l'antichambre de la mort, mais comme un **nouvel âge de la vie**.

La vieillesse peut être combattue par l'engagement dans de nouveaux rôles sociaux: ce qui deviendra plus tard la théorie de la « vieillesse active » (« *activity theory of ageing* »).

La retraite est alors une **libération** qui permet de faire autre chose, de réserver du temps à sa passion, aux loisirs...

Mais la retraite, plus particulièrement, celle imposée par la loi, peut parfois mener à une déchéance sociale, à une atteinte de l'amour-propre, à une baisse d'activité, et à une diminution du revenu...

Ce qui renvoie là encore aux théories du désengagement ; pour certains auteurs, le vieillissement se marque principalement en terme de **perte progressive d'un certain nombre de rôles sociaux** (retraite, départ des enfants, veuvage...), et de **désengagement progressif de ses investissements passés**.

Seuls certains individus hors du commun (capitaines d'industrie, célébrités, grands esprits politiques littéraires ou scientifiques...) pourront vivre jusqu'au bout dans la continuité

2. La famille

Dans la société occidentale, très mobile, les personnes âgées, se trouvent fréquemment **éloignées** de leur famille et placées dans des lieux de vie nouveaux pour eux.

De plus, on ne leur demande **pas** souvent leur **avis** dans des domaines comme les problèmes familiaux, les affaires ou d'autres sujets pour lesquels elles ont pourtant une expérience considérable.

Elles **dépendent** parfois des assistantes sociales, de leurs voisins, de leurs amis ou de leurs médecins.

Certains peuvent se sentir **coupables** d'être un fardeau financier ou affectif pour leur famille.

VI- MODIFICATIONS PSYCHODYNAMIQUES LIEES AU VIEILLISSEMENT

La tendance générale des auteurs est de considérer le vieillissement dans une perspective psycho-dynamique sous l'angle d'une série de **pertes** qui jalonnent la dernière partie de la vie :

- Perte de l'activité professionnelle,
- Perte de divers rôles sociaux,
- Eloignement des enfants, décès des amis, du conjoint,
- Parfois perte du domicile, du niveau de ressources économiques, handicaps physiques
- Perte de la fécondité pour la femme,
- Perte de la capacité de séduction, etc.

Du point de vue psycho-dynamique, ces pertes entraînent un **deuil** à faire, auquel chacun répond en fonction de sa personnalité et de l'aide apportée par l'entourage et l'environnement socioculturel.

C'est dans cette perspective qu'on peut comprendre la notion de **crises**, au cours du vieillissement, développée par certains auteurs en France, en réaction au **concept d'involution** : pour eux, le vieillissement n'est pas une détérioration progressive, mais une série de crises à dépasser.

C'est un moment variable selon les individus, où chacun se trouve confronté à sa **fragilité**.

Elle est dépassée par l'acceptation des limites imposées par la réalité de la mort.

En fait, nous entretenons tous en nous un « fantasme d'éternité », un sentiment de toute puissance, alimenté par la conviction narcissique du Moi en son immortalité, et qui nous fait penser que la maladie et la mort sont réservées aux autres. Un jour, ce fantasme d'éternité rencontre « une limite jusque-là ignorée ».

Les réactions aux deuils à faire sont variables : ++++

- **La dépression**, comme réaction normale, a été souvent notée. Elle consiste en un retrait des investissements affectifs pour les autres.
- Mais loin d'entraîner systématiquement la personne âgée à vivre dans la tristesse et le laisser-aller, cette dépression peut être dépassée et suivie d'un **renouveau** et d'un plaisir en rapport avec le changement. Combien de veuves, après le temps du deuil, se découvrent une nouvelle personnalité et sont satisfaites de leur nouvel état.
- Pour d'autres, les changements qu'impliquent les pertes entraînent des **réactions de défense** ; en ce cas le deuil, c'est-à-dire l'acceptation de la perte, ne se fait pas.
- Les personnes évoluent alors de plusieurs façons :
 1. Soit vers la **régression** : elles recherchent les situations de dépendance, se plaignent sans cesse, exigent qu'on les aime, sont jalouses de leurs petits-enfants, et parfois de nombreux conflits mère-fille (pères-fils) découlent de cette situation.
Certains auteurs ont parlé d'Œdipe **inversé** dans lequel les parents deviennent les enfants de leurs enfants.

2. Soit elles évoluent vers des **organisations caractérielles** : ce sont des vieillards acariâtres (arrogants), amers, volontiers persécutés, n'aimant pas la jeunesse et les transformations qu'elle apporte, agressifs, se cantonnant dans leur passé.
3. Certaines de ces réactions vont dans le sens du **refus** et de la **crainte** de la mort.

Ce refus va se traduire par un attachement excessif au symbole de puissance dans un désir d'immortalité, expliquant l'autoritarisme de certains vieillards

On retrouve cette **crainte** de la mort dans la relation du sujet âgé au temps qui se fige : il le ***ritualise***, il le ***découpe*** (en une suite ordonnée d'actes à faire automatiquement tous les jours, de la même façon et aux mêmes moments) pour le dépouiller de tout contenu affectif angoissant. Il vit dans le passé, et se détache du quotidien, jusqu'à l'oublier.

EVALUATION :

La détérioration intellectuelle chez le sujet âgé :

- A. N'affecte pas la pensée créatrice
- B. Concerne surtout la mémoire à long terme
- C. Peut retentir sur la capacité de réagir aux stimuli du milieu
- D. Est indépendante de l'activité intellectuelle antérieure

Réponse : C

Les modifications corporelles liées au vieillissement :

- A. Peuvent concerner les performances physiques
- B. Peuvent toucher les acuités sensorielles

- C. Peuvent être exprimées par des préoccupations hypocondriaques
- D. Ne perturbent pas la sexualité

Réponse : A, B, C

MEDECINE COMMUNAUTAIRE