



Compréhension des troubles psychiques à l'adolescence et spécificité de la prise en charge

Philippe Jeammet
Professeur
de psychiatrie
de l'enfant
et de l'adolescent

L'adolescence occupe une place particulière dans le cours de la vie de chaque être humain. On peut considérer qu'elle est la réponse de la société à un phénomène physiologique, la puberté, avec pour conséquences l'accession à la maturité physique et à la capacité de procréer. Cette évolution n'est certes pas propre aux êtres humains mais elle prend chez eux, du fait de leurs caractéristiques psychiques, une importance particulière qui permet de comprendre que dès que les humains se sont organisés en sociétés structurées ils ont éprouvé le besoin d'encadrer ce temps de mutation par des rites, comme s'ils en craignaient les possibles effets désorganisateur sur le groupe.

Chez les êtres humains, cette menace sur le groupe se double en miroir d'une menace semblable pour chaque adolescent. Menace de la perte de la protection parentale et menace de la confrontation avec ses pairs et avec les adultes. Du fait de la conscience qu'il a de lui-même, cette conscience réflexive propre aux humains, cette situation oblige l'adolescent à se questionner sur ses forces propres et sa valeur. L'adolescence n'est pas une maladie bien sûr, mais elle contraint l'adolescent à faire sien, à s'approprier ce qu'il a reçu de ses parents sans l'avoir choisi, héritage génétique et éducatif. On comprend que ce moment exceptionnel de transition puisse être un révélateur puissant à la fois de nos appétences et de nos attentes mais aussi de nos vulnérabilités qu'il contribue à révéler.

La puberté est donc un facteur de vulnérabilisation de l'individu. À ce titre, elle peut servir de modèle à l'observation et à la compréhension des réponses aux menaces de désorganisation de la personnalité et en particulier de tout ce qui entre dans le champ de la psychopathologie. Il existe pendant toute cette période une communauté d'enjeux qui fait de cet âge une période critique, à risques spécifiques. Ces enjeux se situent dans la possibilité de voir ce qui est de l'ordre d'une vulnérabilité dans l'enfance, faire place dans l'adolescence et l'immédiate post-adolescence à des conduites pathogènes car susceptibles de réorganiser la personnalité autour d'elles et de figer le sujet dans la répétition de ces comportements, que l'on peut alors qualifier de pathologiques. C'est cette capacité de fixation et d'organisation, particulièrement active à cet âge, qui en fait tout le risque, mais aussi, à l'inverse, tout l'atout possible.

Les émotions : une menace interne potentielle

Comme l'animal, nous sommes programmés pour réagir

à toute menace sur notre territoire. Réagir, c'est-à-dire mettre en œuvre des réponses actives dont le but est de préserver la vie de l'individu. Réactions déclenchées sous la contrainte d'émotions primaires dont encore une fois nous ne choisissons ni la nature ni l'intensité. Mais ce qui différencie les êtres humains, c'est que les facteurs déclenchant de ces émotions, c'est-à-dire les sources de la menace, se sont considérablement complexifiées, mais aussi que la conscience qu'il en a autorise des possibilités de contrôle et donc de choix de la réponse.

Diversification des sources de la menace parce que celle-ci ne provient plus seulement du monde externe mais de l'intérieur même du sujet. Les émotions suscitées par le seul désir ou besoin de quelqu'un ou de quelque chose peuvent être ressenties comme un pouvoir de celui-ci ou de celle-ci sur nous et donc comme une menace potentielle. Tout objet de désir peut ainsi devenir un facteur de déséquilibre de l'homéostasie de l'individu, une menace pour son autonomie et engendrer un sentiment d'impuissance proportionnel au pouvoir conféré à cet objet. Ceci d'autant plus que les émotions suscitées sont plus fortes. Les émotions humaines ont ainsi cette propriété spécifique de pouvoir être en quelque sorte le cheval de Troie des autres en nous. Toute la vie quotidienne est imprégnée de cette potentialité qui ne prend une tournure dramatique que si la vulnérabilité de l'intéressé est telle que le désir est vécu comme une menace de débordement et de désorganisation. Mais elle contribue aussi aux charmes de la vie, amoureuse notamment. Comme toujours, ce sont les sujets les plus fragiles qui en feront les frais.

Selon le contexte, être ému par une pensée, un souvenir, la présence de quelqu'un, des propos, son attitude à notre égard, peut être source de plaisir intense, d'euphorie, de gratitude, de bonheur, la liste des sentiments positifs possibles est infinie. Dans ce cas loin d'être une menace, les émotions suscitées peuvent renforcer la confiance en soi et le sentiment de sécurité. Mais ce qui est possible dans le positif l'est aussi dans le négatif. Cette valeur négative fait alors des émotions un ennemi interne : « *Si tu me touches, tu me menaces* ». Être ému devient alors synonyme de faiblesse. Par l'émotion, l'autre fait intrusion dans notre intimité et menace l'image que nous voulons avoir et donner de nous-mêmes et au-delà peut faire craindre un effondrement. Ainsi les émotions, qui à l'origine sont là pour perpétuer la vie et protéger l'individu des menaces vécues de l'extérieur, peuvent se transformer, du fait

de la conscience que l'homme en a, en un ennemi de l'intérieur, comme de façon analogique les anticorps destinés à nous défendre des agresseurs extérieurs peuvent donner naissance aux maladies auto-immunes.

La destructivité : une réponse toujours possible à l'impuissance

Quoi qu'il en soit, que la menace vienne de l'extérieur ou de l'intérieur, son caractère menaçant est lié au risque d'impuissance face au danger présumé. Risque que les émotions primaires à but défensif qui surgissent sont censées conjurer par la mise en place de conduites très différentes, voire opposées, dans leurs expressions qui vont de l'agression à la soumission à l'agresseur, mais qui ont en commun de redonner un rôle actif au sujet menacé. Être actifs face à la menace, y compris en faisant le mort ou l'autruche, voilà à quoi sont programmés les êtres vivants. L'homme n'échappe pas à cette règle. Mais à cette conduite qu'on peut qualifier d'instinctive, en tout cas en lien direct avec les émotions primaires déclenchées par la menace, fait écho par la conscience réflexive l'effet de ces conduites sur l'image que l'individu se fait de lui-même. Or ces réponses, quelles qu'elles soient, à partir du moment où elles existent ont un effet positif sur cette image du sujet, parce qu'elles lui donnent le sentiment de redevenir acteur de sa vie, d'échapper à l'impuissance et de renforcer une identité incertaine, voire menacée.

Qu'est ce qui est susceptible de susciter une telle adhésion à ces réponses quelles qu'elles soient ? Le point commun, c'est toujours à mes yeux le défaut de ressources internes de sécurisation et ses conséquences : la nécessité de développer une relation d'emprise et de se cramponner à des éléments perceptivo-moteurs de la réalité externe ou à une conviction interne. La sécurité que le sujet n'a pas, il la trouve dans l'effet de soulagement apporté par le comportement actif qui lui redonne la position d'agent de sa vie.

La clinique psychiatrique, et plus particulièrement celle de l'adolescence, vient illustrer de manière spectaculaire et paradoxale la portée adaptative des troubles psychiatriques qui peut rendre compte de l'adhésion du patient à ses troubles aussi destructeurs puissent-ils être. Demandez à des jeunes filles qui se scarifient pourquoi elles le font, elles hésitent, disent que c'est elles et pas elles, que c'est plus fort qu'elles mais en fin de compte, ce qui revient comme un *leitmotiv*, c'est « ça me soulage ». On peut comprendre comme relevant du même processus le soulagement du mélancolique quand il a programmé son suicide : « Si cela me soulage c'est que c'est vrai et que c'est mon choix ». C'est ce que m'ont appris les adolescents : la destructivité comme créativité du pauvre, c'est-à-dire de celui qui se sent impuissant. Avant de s'effondrer, de disparaître, un acte de vie, prométhéen en quelque sorte, reste toujours possible : détruire. « Je n'ai pas choisi de naître » nous disent les adolescents qui ont des comptes à régler avec leur filiation ; « mais je peux choisir de mourir » affirmant

par-là à la fois une radicale différence avec ceux qui leur ont donné la vie et leur pouvoir démiurgique de refuser ce dont ils ont hérité et qu'ils n'ont pas choisi au profit d'une destruction qui leur appartient. Détruire, y compris soi-même, devient ainsi une façon paradoxale, propre aux êtres humains, de manifester leur volonté d'exister et leur capacité de sortir de l'impuissance et de demeurer agents de leur vie.

Les troubles dits psychiatriques qui apparaissent plus comme des tentatives de maîtrise d'un débordement voire d'une désorganisation émotionnels secondaires à un vécu d'impuissance, de menace sur notre équilibre de ce que l'on peut appeler « l'homéostasie » psychique, ont ceci de spécifiques qu'ils retentissent massivement sur la relation du sujet à lui-même et à son environnement. La dimension psychique n'intervient que par voie de conséquence. Le trouble émotionnel demeure dépendant des neurotransmetteurs, eux-mêmes régulés à la fois par la biologie des émotions et par la qualité des liens de confiance avec l'entourage. Les différents troubles psychiques ne correspondent pas à autant de maladies différentes comme peuvent l'être les maladies infectieuses ou toutes autres maladies somatiques habituelles. Le « choix » des formes d'expression des symptômes psychiatriques dépend à la fois du tempérament du sujet, de sa dimension génétique et de son contexte environnemental, affectif et culturel. C'est la contrainte émotionnelle initiale qui confère son caractère pathogène à ces conduites quand elles génèrent des effets négatifs sur les capacités d'échanges et de développement du sujet. Au fond, tous ces troubles ne sont pas « fous » car ils apportent au sujet un sentiment de se retrouver acteur de sa vie, mais ils sont potentiellement dangereux et injustes car ils dupent le patient sur sa capacité de choisir et sur les conséquences délétères.

Ce caractère contraignant d'une conduite et son pouvoir réorganisateur sur la personnalité de l'adolescent dépendent de deux ordres de paramètres :

- l'importance et la nature des facteurs de vulnérabilité mais aussi de protection ou de résilience qui appartiennent au passé du sujet : comme son hérité, son histoire individuelle et familiale ;
- la conjoncture dans laquelle se déroule l'adolescence, qu'elle concerne l'environnement immédiat de l'adolescent ou le contexte social plus général, en lien aussi bien avec les événements qu'avec la qualité des réponses de l'environnement aux attentes explicites et implicites de l'adolescent.

C'est la conjonction de l'ensemble de ces paramètres qui est spécifique à l'adolescence. Ceux-ci demeurent pour une grande part d'entre eux à l'état de virtualités que l'adolescence est susceptible de concrétiser d'une façon temporaire ou durable voire définitive. Nous nous trouvons donc en présence d'un éventail de possibles entre les situations où le poids des contraintes pathogènes de tous ordres est tel que l'adolescence ne pourra pas se dérouler sans la concrétisation d'une ou



La santé : un capital en construction dès l'enfance

de plusieurs conduites pathologiques, et celles qui ne s'exprimeront, puis ne s'organiseront, qu'en fonction de la nature de la réponse environnementale.

Les motifs de consultation à l'adolescence

Ils sont extrêmement divers. Certains sont plus représentatifs des difficultés de l'adolescent : les troubles du comportement, et à un moindre degré les plaintes somatiques, ne préjugent pas nécessairement de la gravité des difficultés de l'adolescent et ils appartiennent à des registres psychopathologiques différents.

Plusieurs étapes seront nécessaires dans la démarche du thérapeute face à ces motifs de consultation :

- Savoir les entendre et ne pas les disqualifier par une méconnaissance de leur portée pour l'adolescent, par une banalisation et une attitude qui se voudrait rassurante mais qui ignorerait la souffrance et l'attente cachées derrière le motif apparent.
- Savoir les situer dans leur contexte, c'est-à-dire apprécier s'ils se soutiennent pour l'essentiel de leur intrication avec les problèmes et les conflits de l'entourage ou s'ils appartiennent d'une façon déjà bien organisée et contenue à l'économie psychique interne de l'adolescent.
- Savoir évaluer leur signification psychopathologique en particulier par rapport : à un risque de passage à l'acte notamment suicidaire ; à une évolution dissociative ; à une perte des capacités relationnelles ; à un risque d'organisation de la personnalité, de l'identité et de l'image de lui-même qu'a l'adolescent autour de la conduite déviante.

Trois constatations s'imposent au préalable :

- Les adolescents viennent rarement consulter d'eux-mêmes. Ceci demande bien sûr à être relativisé et plus on s'éloigne du début de l'adolescence, plus il est possible que l'adolescent exprime une demande personnelle. Ce sera alors essentiellement pour des motifs de rupture avec la famille : conflits aigus, violences parentales, fugues, prise de drogues. Ces cas restent cependant marginaux par rapport à une demande indirecte qui passe par les parents ou les adultes qui s'occupent de l'adolescent : enseignants, éducateurs.
- Les motifs de consultation varient sensiblement avec l'âge de l'adolescent et la période de l'adolescence correspondante. Plus on s'approche de la fin de l'adolescence, plus l'adolescent présente des symptômes proches de la psychiatrie de l'adulte et plus il peut exprimer une souffrance personnelle.
- Les motifs de consultation et les signes d'alarme ne coïncident pas nécessairement. Du fait même de la difficulté des adolescents à exprimer une plainte personnelle, l'entourage sera surtout sensible aux manifestations les plus bruyantes de l'adolescent pour lesquelles il consultera le plus rapidement, alors qu'elles ne sont pas toujours les plus inquiétantes. Par contre, toutes les attitudes de retrait, de repli sur la famille et sur soi, de répression pulsionnelle, d'inhibition et d'évitement seront tolérées beaucoup plus longtemps alors qu'elles

peuvent témoigner d'un processus pathologique grave qu'il aurait fallu dépister plus précocement.

Il n'est pas nécessaire ici de dérouler le catalogue de la diversité des modes d'expression des difficultés d'adaptation des adolescents à leur situation. Derrière l'extrême variété de ces manifestations, on retrouve ce fond commun de menace et d'insécurité qu'aggrave le sentiment de solitude. Le mode de réponse n'est pas choisi, il répond à cette contrainte émotionnelle à agir et tire son sens non pas tant de sa forme expressive que du fait d'exister et donc d'être agi, même si cet agir est une plainte ou une dépression. En revanche, sa forme et ses effets ne sont pas indifférents, et c'est là le vrai problème. Le caractère pathogène commun réside dans les effets de maîtrise au détriment de ce qui fait la vie, les échanges dans les trois domaines déjà cités. Le degré de pathogénie dépendra bien sûr de la force et de l'étendue de la contrainte ainsi que du domaine concerné. Les conséquences ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'une phobie des serpents, d'une agoraphobie ou d'une phobie scolaire ; de même, s'il s'agit de tourner systématiquement trois fois la clé dans la serrure ou de passer une heure à se laver les mains. Il est probable, pour ne pas dire certain, que le champ d'expression de ces contraintes s'élargira au fur et à mesure que nous découvrons d'autres perspectives d'expression de ce qui peut faire notre singularité, comme c'est déjà le cas dans le domaine des choix alimentaires ou du champ du virtuel.

Conduite à tenir

Elle dépend beaucoup de la conception que l'on a des troubles psychiques. Cette conception devrait être partagée par tous les acteurs susceptibles d'être concernés : les parents en premier, mais aussi le milieu scolaire, médical et éducatif. Il convient de repérer le trouble, même et surtout si l'adolescent essaie de le cacher ; d'aider celui-ci à l'exprimer, à en comprendre le rôle et parfois même les avantages immédiats en matière de maîtrise notamment mais aussi les risques d'enfermement et d'autorenforcement. Comprendre qu'il faut chercher à répondre au malaise qui alimente ces troubles par d'autres moyens que de s'abîmer et de se priver, ce à quoi l'adolescent a droit pour s'épanouir dans les trois domaines du développement de son corps, de ses compétences et de sa sociabilité.

Les premières règles de conduite à adopter peuvent se résumer à :

- prendre en compte ce qui ne va pas mais sans le dramatiser, le diaboliser, le psychiatriser ;
- ouvrir le dialogue avec l'adolescent, en accroissant si nécessaire le nombre de personnes impliquées en passant d'un des parents au couple, à la fratrie, à des personnes de confiance mais aussi éventuellement l'école, des intervenants divers comme ceux des maisons de l'adolescent, un psychologue, un psychiatre ;
- ne pas tout focaliser sur l'adolescent, mais pouvoir mobiliser les parents voire la fratrie. Devant le refus de

l'adolescent, c'est aux parents à demander et même à savoir exiger un entretien ou une consultation commune avec l'adolescent, ne serait-ce que parce qu'eux en sont demandeurs et ont besoin d'en parler avec un professionnel.

Le projet thérapeutique fondamental a pour objectif de sortir l'adolescent de l'enfermement lié au sentiment de menace. Il suppose une ouverture vers les circuits normaux, l'école en particulier, parfois vers une mise à distance partielle d'avec la famille par l'internat, la mise en place de réponses thérapeutiques plus spécifiques, individuelles ou familiales, psychothérapie et/ou psychotropes selon les cas. Il est important d'être convaincu que tous ces moyens sont avant tout des outils de liberté susceptibles d'aider l'adolescent à se libérer de ses contraintes internes à effets négatifs.

Le but est toujours d'éviter l'enfermement dans ces comportements et d'éviter que des vulnérabilités pré-existantes ne s'expriment à l'occasion de ces difficultés, essentiellement dans les deux domaines où le poids des facteurs génétiques est important, ceux des troubles de l'humeur et ceux appartenant au champ de la schizophrénie. Il ne faut pas y penser tout le temps mais il faut être attentif le plus tôt possible aux signes en faveur de ces diagnostics qui, on le sait, justifient un traitement adapté précoce, facteur de meilleur pronostic.

Le dilemme et la difficulté du projet thérapeutique seront de satisfaire les besoins de dépendance en tant qu'ils entravent la reprise des besoins de maturation de la personnalité sans renforcer ou créer une dépendance aux soignants par agrippement à leur réalité matérielle. Il faudra donc créer les conditions d'une relation rendue tolérable.

Comment dénouer le piège et ouvrir le lien ? C'est à ce double défi que sont confrontés les thérapeutes de ces patients. Comment les aider à retrouver une motivation à prendre soin d'eux ? Comment rendre tolérable cette motivation et éviter qu'elle ne soit perçue comme un facteur de déséquilibre interne, une perte de la sécurité narcissique que leur procure leur conduite pathogène et un pouvoir sur eux donné à celui qui les motive ? L'expérience montre que cette motivation naît difficilement spontanément et nécessite le détour par l'intérêt pour eux d'un autre ou de plusieurs. Mais comment à la fois faire en sorte que cet intérêt soit perceptible par le patient, qu'il y soit sensible et qu'il le tolère ?

Comment sortir de l'impasse ? À un paradoxe, il faut parfois savoir répondre par un autre paradoxe. Parce que ce dont ont besoin ces patients est aussi ce qui les menace, il faut savoir leur prescrire, et parfois leur imposer, ce qu'ils n'oseraient pas se permettre d'acquiescer ni même de montrer qu'ils le désirent. À cette contrainte interne, il faut savoir opposer une contrainte externe porteuse de liberté potentielle. La prescription et parfois même l'imposition de ce que le sujet attend sans oser se l'avouer peut être paradoxalement quelque chose qui soulage. En effet, avoir des exigences permet à celui qui en est l'objet de satisfaire un certain nombre de ses

désirs et besoins, sans avoir à les reconnaître, mais en pensant qu'il ne fait que subir une contrainte extérieure. Or, celle-ci est toujours ressentie moins péniblement que les contraintes intérieures liées aux besoins et désirs qui représentent la véritable passivité, la plus dangereuse pour l'intégrité du Moi, car ce dernier ne peut se révolter totalement contre elles, comme dans le cas des contraintes externes puisqu'il en est le complice et qu'elles font partie de lui. Mais à condition d'éviter la confrontation en miroir dans l'emprise réciproque. Elle n'est pas toujours évitable, car il faut tenir dans la durée. Mais on l'évitera d'autant plus que ce qui nous fait imposer certaines limites n'est pas le désir d'être le plus fort, mais la conviction, qui s'oppose momentanément à celle du patient, que derrière le refus se cache l'appétit et la peur qu'il inspire. C'est à l'adulte de prendre le parti de la vie parce qu'il sait lui que c'est l'ouverture qui permettra à l'enfant de s'épanouir et de garder un lien de plaisir et non plus de contrainte. Dans ces conditions, les mesures éducatives et pédagogiques, d'ordre individuel ou institutionnel, lorsqu'elles sont nécessaires, ne sont pas antagonistes de la démarche psychothérapeutique, mais au contraire peuvent être conçues comme son complément utile, voire indispensable, et faire partie intégrante de la même approche compréhensive et dynamique de l'adolescent. Au travers de la forme et de la technicité propre à chaque approche (éducative, pédagogique, ergothérapeutique...) il s'agira d'offrir à l'adolescent une zone transitionnelle, dans le sens donné à ce terme par Winnicott, un espace de rencontre avec l'adolescent où puisse se développer une aire d'échanges et de plaisirs partagés, sans que ceux-ci soient sexualisés et excitants, c'est-à-dire sans que l'adolescent ait à prendre clairement conscience de ces plaisirs et surtout sans qu'il ait à se poser la question de leur provenance et du rôle et de la place d'autrui dans leur déroulement. Le but de ce « faire avec l'adolescent » est de restaurer un plaisir de fonctionnement le plus large possible qui s'étaye sur la relation d'une façon la moins conflictuelle possible.

C'est pour tenir compte de ces données qu'il nous paraît que la thérapie bi ou plurifocale représente par sa seule mise en place une potentialité de prévention et de réponse en quelque sorte extemporanée de ces difficultés inhérentes au fonctionnement adolescent. Elle consiste en ce qu'un thérapeute s'occupe de la réalité externe de l'adolescent : son ou ses symptômes, sa famille, son environnement, scolaire notamment. C'est lui qui prescrit des médicaments si nécessaire, ou des thérapies complémentaires, qui pose l'indication de la psychothérapie et peut discuter avec l'intéressé du bien-fondé ou non de la continuité de cette psychothérapie. Le référent, qui est souvent celui qui a reçu initialement le patient et sa famille, constitue le garant narcissique du projet thérapeutique et au-delà de l'adolescent lui-même. Il représente un lien de continuité, se prête facilement à une idéalisation car le lien relativement lâche, en tout cas plus qu'avec le psychothérapeute, permet de



le maintenir plus aisément. Il s'offre enfin comme un transfert latéral possible, tout en garantissant dans la réalité externe un support de différenciation susceptible de soutenir la différenciation des objets internes. La différence de sexe entre les deux thérapeutes peut être sur ce point un atout supplémentaire.

Le travail avec l'adolescent est guidé par cette nécessité première de lui rendre tolérable ce dont il a besoin et dans une certaine mesure ce qu'il désire afin que besoin et désir ne soient pas perçus par lui-même comme un risque d'aliénation à l'objet ainsi investi. Dans cette optique, le travail sur les limites et les fac-

teurs de différenciation est primordial et ce à tous les niveaux : différenciation entre dedans et dehors, entre les intervenants externes avec qui il entre en relation, mais également entre les différentes composantes et représentations qui constituent son monde psychique interne. C'est souligner que la diversification et la complémentarité des intervenants et des approches sont une nécessité, mais la contrepartie en est une nécessaire cohérence dans la diversité. Cette cohérence qui a elle-même fonction de tiers et de limite ne peut venir que d'un travail d'élaboration en commun sur la compréhension des modalités de fonctionnement de ces sujets.

Handicap dans l'enfance

Léa Conversy
Julie Le Foll
Antoine Guedeny
Service
de psychiatrie
infanto-juvénile,
hôpital Bichat
Claude-Bernard
APHP, université
Denis-Diderot, Paris

Qu'appelle-t-on handicap ?

Étymologiquement, le mot handicap vient de la contraction de trois mots anglais *Hand In Cap* (la main dans le chapeau).

Une première classification, la Classification internationale des déficiences incapacités et handicap (CIDIH) ou modèle de Wood, a été élaborée dans les années 1970 par Philip Wood au sein de l'OMS. Elle a été introduite en complément de la Classification internationale des maladies (CIM) qui ne prend pas en compte les conséquences de ces dernières sur la vie de l'individu.

La CIDIH est un modèle tridimensionnel décrivant l'ensemble des phénomènes qui succèdent à la lésion et conduisent au handicap. Le premier niveau d'analyse est lésionnel, caractérisant les déficiences ; le deuxième niveau est fonctionnel, caractérisant les incapacités et le troisième concerne le désavantage social, caractérisant le handicap.

Une déficience est la perte de substance ou l'altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

L'incapacité est la réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une action dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Le handicap est le préjudice ou désavantage social pour un individu qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité et limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) [19].

La dernière classification de l'OMS, apparue en 2001 pour remplacer la CIDIH, est la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui prend davantage en compte les facteurs environnementaux. Cette nouvelle approche se veut moins négative et vise à faire reconnaître les efforts et actions développés par les personnes handicapées pour s'insérer dans la société.

Dans la CIF, l'OMS propose la définition suivante : « *Handicap est le terme générique qui désigne les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation.* »

Dans ce concept comme dans celui de la CIDIH, une même déficience n'entraîne pas forcément les mêmes retentissements sur l'activité ou la participation.

Le fonctionnement décrit le versant positif des composantes d'activité et de participation ; le terme de handicap désigne le versant négatif [19].

La loi française du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » réformant la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, précise : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » [17].

L'enfant handicapé est l'enfant qui n'a pas les activités ni la participation normales pour son groupe d'âge dans la société dans laquelle il vit.

Chez le même enfant, la coexistence de plusieurs déficiences avec conservation des facultés intellectuelles définit le multi ou plurihandicap à différencier du polyhandicap, qui associe déficience mentale et déficience physique de cause unique, où l'enfant présente des troubles des capacités de communication et une dépendance majeure.

Origine des handicaps chez l'enfant

Cinq grandes catégories de déficiences sont identifiées :

- les déficiences psycho-intellectuelles, comportementales et/ou cognitives ;
- les déficiences motrices (d'origine congénitale ou acquise) ;

Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 56.