

Estados Generales del Psicoanálisis: Segundo Encuentro Mundial, Rio de Janeiro 2003

Estados Generales del Psicoanálisis. Segundo encuentro mundial

Tema: Psicoanálisis, Política y Estado

Subtema 1.b : El psicoanálisis entre la práctica liberal y la práctica en las instituciones públicas.

CONSIDERATIONS PSYCHOANALYTIQUES DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE PERSONNES HANDICAPEES MENTALES

Samuel Gonzales-Puell,

Dr. en Psicología

Psicoanalista

Cécilia Gallo Salleres

Educadora spécialisée

Centro "Espoir et Joie"

Bruselas, Belgique

La psychanalyse comme modèle conceptuel nous permet de définir les termes possibles d'une aide psychothérapeutique ou psychanalytique pour les personnes présentant un handicap mental. Notre objectif est de donner au lecteur quelques idées pour réaliser un tel travail. Nous essayons également d'aborder la dimension sociale du handicap mental et, en particulier quelques idées pour comprendre les effets de l'stigmatisation du handicap mental sur la constitution de l'expérience subjective de la personne porteuse d'un handicap, ainsi que, finalement, nous essayons de dévoiler quelques pistes pour aider les personnes handicapées à vivre avec leur différence.

INTRODUCTION

Les enfants et adultes handicapés mentaux constituent un groupe humain considéré comme différent: sans être malades ils sont souvent perçus en tant que tels, nous les considérons aussi avec un certain rejet, car nous ne comprenons pas leurs besoins, leurs désirs.

Les handicapés mentaux se voient confrontés à toutes sortes des barrières qui empêchent leur intégration.

Si les handicapés physiques ou sensoriels doivent faire face à des barrières de type physique qui empêchent leur intégration dans la société et que la disparition

de ces dernières conduit à l'élimination d'une grande partie de ses difficultés. Il n'est pas de même pour les personnes handicapées mentales.

Le problème de la personne handicapée mentale est plus complexe car ils n'ont pas de barrières physiques à éliminer ou à compenser. Les handicapés mentaux sont surtout victimes des préjugés sociaux et d'une vision appauvrie d'eux-mêmes car ils sont traités souvent pour ce qu'ils ne sont pas.

On peut dire que le stéréotype social duquel ils sont victimes rend leur vie sociale difficile.

C'est un fait certain et peut être aussi en raison des éléments préalablement évoqués, qu'ils ont besoin des traitements et d'une aide spécialisée dès la plus petite enfance. Leur handicap est aussi et très souvent limitatif et parfois, il faut le dire, puissante déclencheur de difficultés intra-familiales.

Les handicapés mentaux sont un groupe psychologiquement fragilisé, dans lequel, il n'est pas rare de voir apparaître des problèmes de comportement (la fréquence des troubles de ce type est deux fois plus élevée chez ces personnes que dans la population générale) et des décompensations psychosomatiques qui témoignent de leur mal de vivre..

La réalité du handicap mental dans la société d'aujourd'hui

Comme nous le savons déjà, dans la grande majorité des cas l'incidence épidémiologique du retard mental se trouve liée à la précarité sociale et à la pauvreté - marginalité. Ces facteurs aggravent les risques d'accident pre-natale, des problèmes neo-natales et post-natales.

Ceci est confirmé par le fait que lorsqu'il existent des causes liées au développement cérébrale ou liées à des facteurs génétiques, l'incidence démographique, la morbidité, se répartie de manière homogène dans l'ensemble de la population et dans tous les strates sociales.

Déjà Rutter, en 1970 signala que l'absence de la mère, le chômage du père, les grossesses multiples et le manque de soins maternels étaient corrélés significativement à une haute incidence de handicap mental léger.

En 1990, Reiser et Mason estimaient qu'au début des années 80 près de 100 millions d'enfants de par le monde, présentaient un handicap ou retard dans le développement, pour cause de malnutrition.

En Angleterre et aux Etats-Unis les données statistiques montrent une situation bien triste en ce qui concerne les personnes handicapées mentales.

Les données statistiques anglaises nous montrent que 80 % de personnes handicapées mentales présentent un type retard léger. La plupart de ces personnes étant d'origine sociale modeste et ayant vécu très souvent, des situations socialement défavorables.

Ces données statistiques montrent également que, si nous tenons compte de tous les handicaps, aussi bien physiques que mentaux, le nombre global de handicapés pourrait atteindre le chiffre de 6 millions (14 % de la population adulte de ce pays).

En 1993 il existait aux Etats-Unis entre 5 et 6 millions de sujets intellectuellement handicapés - enfants et adultes - ce qui équivalait à 3 % de la population totale.

Il apparaît également que aux Etats-Unis, le rejet des personnes handicapées était plus important dans les zones où la population avait les revenus les plus bas, ce qui démontre la corrélation entre handicap et pauvreté, mais qui peut indiquer également, que les attitudes de rejet étaient plus importants là où il y avait précarité, c'est-à-dire, dans les zones défavorisées.

En 1993, la Commission Nationale de l'enfance (USA) estimait à 500.000 le nombre d'enfants atteints de malnutrition, population susceptible de devenir une sous-classe socio-économique marginale mais des personnes diminuées intellectuellement (illettrés).

On estime aujourd'hui à près de 100.000 le nombre d'enfants sans foyer (homeless) aux Etats Unis et à 11 millions le nombre d'enfants n'ayant pas accès ou droit aux soins de santé. Un enfant sur cinq vit aujourd'hui en Amérique du Nord au-dessous du seuil de pauvreté. La situation des enfants de race noir ou hispanique étant encore plus dramatique.

En 1987 le taux de pauvreté parmi les enfants de couleur était de 45 %, parmi les enfants d'origine « hispanique » (latino-américaine) de 39 %, et parmi les enfants « blancs » de seulement 15 % .

Ceci a des nombreuses conséquences; les organes fédéraux américains chargés de la santé s'intéressent à l'évaluation des conséquences des situations génératrices de stress et marginalisation, et à ses répercussions sur le niveau moyen de santé. Sur le plan de la déficience intellectuelle, des expériences négatives telles que le divorce, le chômage, le décès des parents, la maladie ou les changements fréquents de domicile affectent le taux d'apparition de ces cas.

Des statistiques nous montrent également que beaucoup de handicapés légers ont vécu pendant leur petite enfance un nombre important de situations de manque, de changement et/ou de perte.

Par ailleurs, on estime qu'en Angleterre 48 % des enfants qui ont vécu des situations de fort stress familial auront besoin de soins alternatifs suite à des problèmes d'apprentissage ou des problèmes psychologiques se manifestant pendant la période scolaire.

Quelques 300.000 citoyens anglais sont atteints d'un handicap intellectuel sévère ou grave, particulièrement d'origine organique; une grande partie de ceux-ci présente également un handicap physique (neurologique) et, ce qui ne devrait pas nous surprendre, des troubles émotionnels directement liés à la gravité du handicap.

Tout ceci nous montre l'importance des soins maternels pendant l'enfance pour ce groupe de personnes et surtout la nécessité d'un traitement précoce.

Sans aucun doute le handicap est un domaine complexe et présente de multiples aspects; l'un de ces derniers est de savoir quelles sont les attitudes et sentiments qui nous accompagnent lorsque nous nous trouvons face à ces personnes, et également comment ces personnes se sentent face à nous.

La littérature scientifique est extrêmement restreinte en ce qui concerne des études de la personnalité sur des sujets atteints d'un handicap. D'autre part l'étude des attitudes du public face à l'intégration sociale de ces personnes démontre que, en général, les handicapés ne sont pas acceptés comme des membres à part entière de la société. C'est ainsi que leurs droits sont très souvent ignorés (difficultés d'accès au marché de l'emploi, dissymétries de salaire, etc...).

V. Sinanson, psychanalyste anglaise signale que, souvent, nous gardons un sentiment de culpabilité et de compassion à l'égard des handicapés qui nous empêche de découvrir leurs potentiels. Elle estime également qu'avec le handicap primaire il se forge au cours du temps un handicap secondaire de type défensif dont l'individu se sert pour se protéger de l'attitude induite chez « l'autre » par la perception de leur handicap.

Cet handicap secondaire peut se manifester selon trois formes:

1° Au moyen d'une exagération des problèmes causés par le handicap de type primaire. Le sujet qui agit de la sorte essaie d'obtenir que les soins dont ils bénéficient leur soient agréables, se comportant comme ces personnes qui essaient toujours de plaire à autrui et qui ont toujours peur d'offenser ceux dont ils sont dépendants pour leurs soins et leur existence. Ceci peut conduire à un mutisme et à une passivité totaux et extrêmes.

Ce mécanisme de protection possède en réalité une valeur stratégique pour les personnes handicapées, et elles ne sont pas les seules à l'utiliser: des individus « normaux » en font usage lorsque des circonstances sociales adverses leur montrent qu'il vaut mieux « ne pas comprendre » que « tout comprendre ».

N'oublions pas que lorsqu'un peuple ou une nation se trouvent sous le joug de régimes autoritaires et/ou cruels qui cherchent délibérément à séparer la raison de l'intelligence, il n'est pas rare que les individus aient tendance à se montrer non-intelligents.

Les sujets américains de couleur, à l'époque de l'esclavage usaient de ce subterfuge face aux « blancs », évitant de la sorte tortures et vexations.

Nous savons de nos jours que, au temps de Staline, beaucoup de gens qui se doutaient des mauvais traitements infligés aux opposants au régime préféraient ne pas savoir ou essayaient tout simplement de se montrer complaisants avec le régime en place

Nous usons donc de cette forme de protection psychologique pour nous éviter des difficultés dans la gestion de conflits et problèmes intra-psychiques générés à l'extérieur de nous-mêmes. Il s'agit d'une forme d'inhibition de l'intelligence grâce à laquelle nous nous replions sur nous-mêmes en ignorant la réalité extérieure; et nous pouvons dire que c'est seulement lorsque nous nous sentons sûrs de nous-même, que nous sommes capables de revendiquer la connaissance et être capables de appréhender la réalité extérieure.

Nous le faisons parce que nous nous sentons sûrs de nous-mêmes et libres de pouvoir exprimer nos pensées, nos idées sur quelque chose ou sur quelqu'un car nous jouissons d'une confiance basique (pour le dire en termes Ericksoniens) et c'est de cette confiance basique que les personnes handicapées ont besoin pour pouvoir bénéficier de situations d'apprentissage et d'enrichissement personnel.

2° Nous observons souvent chez les handicapés graves un second handicap que nous pourrions qualifier d'opportuniste dans la mesure où il s'ajoute au premier uniquement pour montrer la gravité des difficultés interpersonnelles et d'intégration sociale de la personne. Cet handicap se manifeste par des troubles graves de la personnalité qui nous conduisent souvent à donner un double diagnostic: d'une part le handicap intellectuel et son déficit cognitif associé, et d'autre part les troubles psychologiques de type névrotique, psychotique ou autre.

Il est nécessaire d'isoler ces deux problèmes, de pouvoir les identifier et les traiter pour éviter les amalgames simplistes car ces troubles de la personnalité nécessitent une étude détaillée et un traitement thérapeutique approprié.

3° Finalement nous avons les cas dans lesquels le handicap intellectuel apparaît comme une défense face au traumatisme psychologique, c'est-à-dire comme une conséquence de situations ou expériences traumatisantes vécues par la personne handicapée dans les premières années de son existence.

Dans ces cas le handicap se trouve au service du *self* et protège l'individu de l'insoutenable « souvenir-réminiscence » du traumatisme et d'un affaiblissement ultérieur de ses défenses psychologiques.

Face à ces situations nous sommes forcés à réagir par des mesures thérapeutiques et donner à ces personnes l'orientation psychologique adéquate. Ceci est nécessaire pour que l'individu soit capable d'utiliser toute son énergie à autre chose que la lutte contre des conflits internes.

Sinanson (1994) considère que les expériences traumatisantes sont courantes dans la vie des personnes handicapées, et que ces situations peuvent se trouver à l'origine ou être la cause du handicap intellectuel ou même augmenter l'importance de ce dernier.

Il est certain que des personnes ayant un handicap intellectuel constituent un groupe à haut risque d'abus sexuel ou d'être victimes de violences et mauvais traitements.

LES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES DU HANDICAP SUR LE NOYAU FAMILIAL ET L'ENTOURAGE EDUCATIF: NECESSITE D'UNE APPROCHE THERAPEUTIQUE INDIVIDUELLE ET INSTITUTIONNELLE.

Selon Hoxter (1988), les enfants handicapés physiques sont souvent perçus comme des générateurs de stress et d'expériences traumatisantes pour leur entourage.

Les parents et les personnes qui les soignent sont d'accord lorsqu'ils affirment que toute expérience de ce genre apporte une dose de douleur et de souffrance.

Il est difficile pour les parents d'accepter que leur enfant présente un handicap mental et la personne handicapée sera perçue comme génératrice d'expériences stressantes et traumatisantes.

Une telle attitude de l'entourage n'est pas sans importance pour l'enfant ou l'adulte handicapé car ce dernier est capable de percevoir de manière inconsciente les attitudes de son entourage. Ces dernières seront génératrices de contre-réponses défensives - c'est-à-dire négatives - ou bien des réponses positives - c'est-à-dire approbatrices -.

D'autre part il n'est pas facile d'accepter, non plus, l'existence de problèmes de comportement et autres troubles chez cette catégorie de personnes. Comme on le sait, ce n'est pas tant le handicap psychique en soi le générateur de cela car les problèmes liés au déficit cognitif sont différents de ceux issus de la relation avec l'entourage, même lorsque nous avons l'impression qu'il s'agit d'un seul et unique problème.

PSYCHANALYSE ET HANDICAP MENTALE /

L'idée que la psychanalyse n'est pas un moyen thérapeutique à utiliser chez les déficients mentaux est une idée largement enracinée.

Dès le moment où l'enfant est catalogué de déficient mental, il est assujéti aux soins d'autres spécialistes, hormis du psychanalyste.

Cependant, quelques analystes ont essayé de développer des concepts psychanalytiques applicables au champ de la déficience intellectuelle. Influencés par Lacan et Maud Mannoni, les études psychanalytiques sur la déficience intellectuelle ce sont centrés dans un premier temps sur la relation mère-enfant et les conséquences sur le développement affectif et intellectuel.

Selon Mannoni, grande diversité de réussite scolaire et social à laquelle peuvent accéder des enfants qu'ont un même quotient intellectuel (entre 50 et 80) nous conduit à penser que ce qu'intéresse ce n'est pas tant le Q.I. mais plutôt ce que l'enfant est capable de réaliser avec son Q.I. Pour Mannoni, c'est le contexte affectif qui détermine son ultérieur développement et plus particulièrement, la relation fantasmatique que l'enfant établira avec sa mère.

Mannoni prétend que « les constellations familiales des enfants déficients intellectuels sont semblables à celles qui peuvent se rencontrer dans le champ des psychoses et des perversions. Dans celles ci, l'enfant le moins doué est celui qui est le plus exposé à se convertir en vecteur pathogène car on lui assigne le rôle d'objet traduisant les carences dont ils sont le témoignage vivant. » Mannoni affirme que dans les anamnèses de ces enfants, on découvre des événements familiaux graves, des événements auxquels l'enfant débile va donner un sens au travers de son état.

Il est possible que derrière la débilité puisse se cacher une évolution psychotique ou perverse, mais ce qui est beaucoup plus fréquent, ajoute-elle, c'est l'existence des troubles d'allure psychosomatique.

Une autre caractéristique de ces familles signale Mannoni, est l'absence de l'un des géniteurs dans l'éducation familiale, généralement, le père. Cette absence rend impossible la triangulation oedipienne. Et sans la triangulation oedipienne et la présence d'une relation duale avec la mère, il semble impossible que puisse se manifester la fonction régulatrice du père. Ceci va conduire le sujet débile, au rejet de la castration symbolique et par conséquent, à l'apparition des difficultés au niveau de l'accès au fonctionnement symbolique et à la pensée abstraite.

Comme le signale Benet(1992) : « il s'agit des mères qui présentent un vide existentielle (une manque à être) qui tentent de remplir avec leur enfant débile, en faisant de lui leur propre symptôme : « comme si elles se disaient que à celui qui leur manque quelque chose est à leur enfant et non pas à elles-mêmes », pendant que la mère soit persuadée de ceci, la maladie de leur enfant va dissimuler leur propre maladie. En raison de ceci, la mère va noyer radicalement toute tentative évolutive de leur enfant qui terminera par renoncer, par se persuader lui-même, qu'il n'est pas capable, ou que seulement s'il est « incapable » va continuer d'être aimé par sa mère. L'enfant qui est destiné à remplir le vide existentiel de la mère, n'a pas d'autre alternative, que d'exister pour elle et pas pour lui même.

Mannoni (1964) considère que l'enfant déficient lui sert à la mère comme couverture à son sentiment dépressif : « le drame de ces enfants est marqué par le désespoir. Comment peuvent-ils combattre ce que les parents acceptent avec résignation c'est-à-dire leur impossibilité de progresser ? peut être il y a rien à faire... mais si nous leur permettons accéder au statut des sujets en lieu de les considérer en tant qu'objets, nous leur permettons de peut être de surpasser leur propre désespoir. »

C'est qu'importe, continue Mannoni, est de rechercher au delà du déficit, ce que dans le discours du sujet, constitue la preuve de leur propre désir, et non pas, le désir de la mère.

Face à cette constellation familiale une thérapie de type psychanalytique devra avoir en tant qu'objectif, de permettre à l'enfant et à la mère de faire possible l'accès à la triangulation et à la pensée symbolique.

Selon Bruno (1986) la conception de Mannoni a permis de redonner à l'enfant, son statut de sujet et l'accès au traitement psychanalytique. Mannoni ne prétend pas

de chercher une nouvelle cause à la déficience mais aller au-delà de l'étiquetage qui constitue selon elle, le point de cristallisations de l'angoisse familiale. Benedet(1991) souligne que la psychanalyse ne prétend pas guérir la déficience mais simplement que l'enfant soit capable d'assumer son propre désir d'améliorer, ce qui lui permettra de profiter au maximum des rééducations spécialisées, profiter au maximum de ses propres capacités cognitives.

Le groupe psychanalytique de clinique Tavistock de Londres développent actuellement des programmes spécialisés dans le traitement psychanalytique des personnes adultes ayant des déficiences intellectuelles. Chose singulière, ce sont les analystes d'enfants qui s'intéressent le plus pour les personnes handicapés mentales.

La question est de savoir si la formation des analystes d'enfants prépare le mieux à ce type de travail ?

Pour Sinanson (1992), d'une part, « les analystes d'enfants sont ceux qui se sentent le plus attirés par le travail avec ces personnes, étant donné que le travail avec des enfants, implique communiquer avec les désirs et les craintes inconscientes au travers du jeu ou de la communication non verbale c'est-à-dire sans faire usage médiateur de la parole.

Les analystes d'enfants se forment par ailleurs à l'écoute de cet type, pendant que les analystes d'adultes se trouvent rarement interpellés des situations de contact visuel ou non verbal avec ses patients.

D'autre part, les analystes d'enfants ont également une formation au travail avec des enfants très petits, ce qui leur permet de pouvoir donner des interprétations justes en ce qui concerne les mouvements transférentielles et contre-transférentielles qui se manifestent dans le jeu ou dans la relation non verbal établit avec la personne déficiente.

Bion (1959) a développé l'idée que l'analyste doit se comporter en tant que « contenant » des expériences intolérables de ses patients, de la même manière que les parents assument face à leurs enfants, le rôle des contenant, des réceptacles de leurs expériences et angoisses infantiles.

L'enfant ou le nouveau-né, de même que les personnes handicapés mentales, ont besoin de part du thérapeute d'un travail intensif à ce niveau, travail que doit se focaliser sur la compréhension des mouvements transférentielles une et des messages qui s'adressent à eux.

Dans ce sens, nous savions aussi que quand le bébé envoie des signaux de détresse, d'aide au travers des pleurs wazzu et mouvements, si les parents sont capables de les identifier et les tolérer, donnent au bébé quelque chose qui les permettra de faire disparaître leur déplaisir, leurs transmettant ainsi, des expériences qu'en se clarifiant deviennent maîtrisables.

Quand, au contraire, les parents ne sont pas capables de percevoir ces messages, il est possible que des processus déficitaires affectifs au 'cognitifs' puissent se déclencher.

Segal estime que la capacité à freiner, à retenir l'angoisse propre fruit de la frustration, serait le principe organisateur d'une stabilité mentale et affective nécessaire au développement psychique et qui serait encore plus important, au développement intellectuel harmonieux.

Segal estime également que c'est ce modèle de base auquel s'adresse le thérapeute dans son effort thérapeutique, il s'adresse à cette capacité développée par l'enfant à contenir ses propres anxiétés, cette capacité essentielle qui détermine la réussite dans tout processus thérapeutique.

En ce qui concerne la communication non-verbale et la capacité du thérapeute à identifier les mouvements transférentielles de son patient, Bernan et Pick(1985) signalent que certains patients sont très attentifs à la tonalité affective qui accompagne la parole du thérapeute au moment par exemple d'avancer une interprétation. Une incapacité de la part de l'analyste à percevoir de manière fine, la souffrance, la rage, ou tout autre émotion intense, peut annuler l'effet thérapeutique de son intervention, et la possibilité de changement à partir de celle-ci.

Dans ce sens, si l'on ignore la réalité du handicap mental et ses conséquences sur la vie affective des personnes, peut-être, il ne nous sera pas non plus possible, d'aider ces personnes, à s'améliorer dans sa relation au monde.

Dans la psychanalyse ceci est parfois plein de controverses, car Freud lui même mettait en garde les analystes du danger de trop s'immiscer dans la réalité quotidienne du patient car, disait-il, la attention de l'analyste doit être orientée sur la réalité interne. Mais peut-on suivant certains auteurs analytiques comme Sinanson,(1992) penser autrement ? Quand il existe des expériences traumatiques, le thérapeute peut-il oublier la massivité de cette réalité ? Ou seulement l'aborder comme s'il s'agissait d'une réalité interne ? Pour illustrer ceci, Sinanson , nous parle du suivant :

« Il s'agit d'un enfant épileptique et déficiente intellectuel qui vivait en parfaite symbiose avec ses parents. Toute forme de séparation, été vécue comme une menace vitale. Les parents se sentaient incapables de rompre les liens qui les unissaient à leur fils, ils craignaient pour leur vie.

Parents et enfant couchaient dans la même chambre et fonctionnaient dans la vie de tous les jours, comme une unité indissoluble.

Alors que cette situation devait prendre fin pour permettre une plus grande autonomie pour l'enfant, un travail psychologique fut décidé et mise en place. Il consistait à tenter que les parents puisse s'organiser de manière à préparer la séparation. Des systèmes d'écoute dans les chambres à coucher adjacents furent installés, ainsi que d'autres moyens techniques tentant à remplacer la vigilance nocturne. Malgré toutes ses précautions l'enfant percevant la séparation imminente, ne fut capable de contenir son sentiment d'abandon et de séparation et décède au cours de la première nuit. « Sinanson estime que cette expérience démontre que pour certaines personnes, l'équation séparation égale mort n'est pas un fantasme, ou un simple fait extérieur au sujet ! Il ne faut pas oublier que au cours de la deuxième guerre mondial, dans les orphelinats anglais, les enfant mouraient de crise cardiaque lorsqu'ils se sentaient abandonnés et sans personne pour les aimer.

Or, on peut constater, au cours de notre pratique, que dans bon nombre de foyers où il y a des enfants ou des adultes handicapés, ceux-ci sont traités ou mieux encore, tolérés seulement s'ils maintiennent un comportement infantile, c'est-à-dire, comme s'ils étaient des bébés, des sujets non encore nés au langage, comme s'ils seraient des objets « fétiches » de leurs parents.

Ceci conduit l'enfant, à ne pas vouloir grandir, car pour eux, la seule manière d'être, c'est d'être un bébé. Crainte de grandir, comme si le rejet et la mort existaient, dans la réalité physique et non seulement dans leurs fantasmes.

Une autre manière d'empêcher la croissance de ces personnes apparaît ici dans cette illustration clinique également tirée de V. Sinanson. :

« Il s'agit d'une jeune fille trisomique appelée Dora, qui consulte pour des comportements d'automutilation (coups à la tête, dans les parties génitales). À la consultation la mère se montre comme personne extrêmement surprotectrice. Au cours de la séance, Dora rit constamment, cherchant aux yeux de l'analyste, le geste approuvateur de sa maman. Face à cette situation, le thérapeute focalise son travail à faire comprendre à la jeune fille, qu'elle n'est pas seulement « la jolie petite fille » qui se transfigure dans les yeux de sa mère, ou l'objet de son émerveillement, que si bien elle est habillée comme une petite fille de 8 ans, elle n'est pas habillée en fonction de son âge chronologique, et que la manière dont elle tente de se faire accepter par le thérapeute n'est que la copie conforme de la relation qu'elle entretient avec sa mère, c'est-à-dire, rechercher l'approbation des adultes en étant pour eux, une jolie petite fille ». Cette interprétation dans le transfert, permet d'établir des liens entre la réalité interne et la réalité externe. La relation avec le thérapeute est d'un côté, un bras tendu, à la réalité extérieure, et de l'autre côté, une possibilité à l'établissement d'une relation structurante et organisatrice pour la jeune fille.

Blum (1983), considère que le fait de maintenir face au patient une seule et unique position transférentielle, est théoriquement impossible, et peut amener une réduction artificielle de la capacité associative de celui-ci.

Rosenfeld (1972), estime que certains patients, se trouvent sévèrement perturbés lorsque le thérapeute met en lumière, ou discute, des situations de leur vie quotidienne, c'est-à-dire, lorsqu'il fait des commentaires non analytiques. Cette manière de procéder n'aide pas le patient à faire face à leur réalité. Nous pouvons penser, à l'écoute de ces commentaires, qu'il n'existe pas une possibilité d'adapter la technique psychanalytique à des circonstances spéciales de traitement comme serait le cas des personnes handicapées mentales.

Mais c'est qu'apparaît comme certain, c'est que lorsque nous sommes en traitement avec des enfants ou des adultes ayant été victimes de traumatismes graves; la réalité à laquelle nous devons les aider à vivre ou faire face, est une réalité différente à la simple réalité extérieure. Nous nous proposons de les aider à s'adapter à un aspect de la réalité qui se trouve fortement lié à la réalité psychique du sujet.

Bicknell, a prouvé que les enfants victimes d'abus sexuels, de maltraitance, de violences familiales ne perçoivent pas les limites qui séparent la réalité du fantasme. Leur monde intérieur ayant été détruit par la massivité des expériences

traumatiques, les événements externes prennent alors plus d'importance que leur réalité intérieure. Tout traitement cherche en effet à leur donner un soutien tant au niveau de leur vécu et de leurs fantasmes, qu'au niveau de leur réalité quotidienne.

La gravité d'un déficit intellectuel peut aussi amener le sujet handicapé mental à manifester, à extérioriser, tout ce qui est en train de le détruire intérieurement et qui lui est impossible d'intégrer dans sa personnalité, en raison des attitudes de rejet inconscient desquels, ils sont très souvent victimes !

L'éthique en tant que réflexion, c'est l'ensemble des règles qui portent sur les relations entre un individu et un groupe social, sur la mise en harmonie des relations de l'individu avec la société.

Il convient de parler des morales et non pas de la morale, car la morale est redevable de la société qui l'inspire.

C'est ainsi qu'à côté de notre morale judéo-chrétienne, existent d'autres morales basées, par exemple, sur l'hindouisme ou sur le bouddhisme en extrême Orient.

Par contre, l'éthique doit être considérée comme ayant une portée plus large que "les morales".

L'éthique n'est autre chose qu'une réflexion théorique qui pourrait permettre à l'être humain d'accéder à une sorte de morale universelle. L'éthique se situe au-delà des différences culturelles.

Une éthique Institutionnelle est un questionnement de l'Institution par ses propres acteurs, voulant à tout moment essayer d'intégrer les démarches pédagogiques et thérapeutiques comme des espaces différents, mais complémentaires.

Avant tout, il faut comprendre que tout handicap entraîne une fragilité psychologique et que cette fragilité psychologique s'associe à des déficits intellectuels plus ou moins importants.

Les personnes handicapées mentales sont fragiles aussi parce que, leur croissance psychologique a été entravée par la maladie, parce qu'elles ont vécu, en général, dans des milieux familiaux protégés, sécurisants et que lorsqu'elles sont devenues adultes, leur adaptation au milieu a nécessité des supports adéquats à leur handicap.

Elles le sont encore parce que les milieux où elles évoluent ne prennent pas en considération leurs limitations.

De ce fait-là, elles peuvent développer des comportements non-adaptés ou des maladies psychiatriques; leur difficulté à s'exprimer, à satisfaire leurs besoins fait barrage à l'autosatisfaction et à l'épanouissement de leur personnalité. Les symptômes qui apparaissent constituent des formes graves d'expression, des appels incessants. L'automutilation, la destruction de la propriété d'autrui ou l'agression physique ou verbale doivent être compris comme étant des formes ultimes de communication, d'expression.

Face aux comportements agressifs et automutilants, les réponses des équipes sont toujours restrictives et ont comme objectif d'empêcher le sujet d'accomplir de tels gestes ou actes.

Ce faisant, nous limitons le sujet sans comprendre le sens de son symptôme, sans reconstituer les causes d'une telle action.

Introduire une éthique au quotidien, implique : donner une dimension linéaire aux différentes occupations de la personne à notre charge, que l'individu sujet de nos soins soit un être humain et cela au-dessus de tout technicisme.

L'éthique consiste à "savoir" utiliser la technique et notre savoir sans jamais se laisser abuser et croire que celle-ci puisse avoir plus d'importance que l'être humain chez lequel ils sont mis en oeuvre.

L'éthique et la morale ne peuvent en aucun cas découler des progrès scientifiques. C'est une illusion de penser que l'éthique découle directement des progrès scientifiques.

Face à l'annonce d'un handicap, par exemple, notre éthique consiste, d'une part, à aider les parents dans l'acceptation du handicap de leur enfant et, d'autre part, à respecter les parents dans leurs choix.

L'éthique repose donc sur la reconnaissance de l'impossibilité pour certains parents ou sujets, à accepter leur enfant handicapé ou leur maladie mentale.

L'éthique du professionnel, concerné par ses problèmes, serait de faire en sorte que les pratiques institutionnelles soient en accord avec les attentes des usagers.

Toute admission en Institution doit être marquée par un triple compromis :

1. Assurer un maximum de bien-être pour l'individu.
2. Le souci d'améliorer constamment la prise en charge institutionnelle dans le respect de la personne.
3. Eviter les jugements hâtifs, les attitudes ou les décisions dévalorisantes pour le sujet.

1. ASSURER LE BIEN-ETRE :

Le devenir d'une personne handicapée est étroitement lié à la notion de bien-être dans son éducation.

Une bonne éthique institutionnelle doit éviter la souffrance physique et morale de ses pensionnaires.

La souffrance physique est une notion assez vague et vaste.

Elle se situe aussi bien au niveau de l'hygiène, de l'alimentation, des soins infirmiers que des besoins occupationnels et de loisirs de la personne.

Au niveau de la morale, la souffrance relève de l'obligation des éducateurs de posséder des stratégies éducatives cohérentes, permettant une stimulation et la possibilité d'une activité enrichissante du point de vue intellectuel, affectif et humain.

Le respect de la personne doit aussi interdire au personnel d'utiliser en sa présence des commentaires désobligeants à son égard, même si cette personne n'est pas censée pouvoir comprendre les propos tenus.

Paradoxalement, c'est une bonne éthique de s'adresser constamment par la parole à ces personnes, paroles enveloppées de gestes et d'intonations non verbales qu'enrobent une intention communicative.

Ce langage infraverbal peut aussi impliquer le toucher et le contact maternant ou paternaliste.

2 AMELIORER NOS PRATIQUES :

Au niveau médical, le bien-être physique de la personne doit primer avant tout autre besoin. L'état de santé physique, l'absence de souffrance due à la maladie doit être l'objectif primordial avant tout autre prise en charge.

Une attitude éthique implique aussi l'interdiction de tout essai thérapeutique qui ne soit pas réalisé chez des sujets normaux. L'expérimentation médicale est autorisée seulement si elle peut être directement utilisée pour la personne elle-même.

Au niveau éducatif, c'est le respect des personnes qui doit primer avant tout autre principe.

L'éducation et la rééducation de la personne handicapée doit se faire au regard de quelques principes de base.

Elle doit être modérée dans son intensité. Elle évite ainsi de tomber dans des extrêmes : l'abandon au nom de l'absence de résultats et le "jusqu'au boutisme" d'une thérapeutique agressive niant les limites propres de la personne.

L'éducation repose sur la formation préalable des intervenants, la qualité éthique d'une institution est le fruit du professionnalisme de ses intervenants.

La formation est le seul moyen qui existe pour ne pas s'épuiser et pour aimer son travail.

L'évaluation des pratiques et des institutions est un thème à la mode, et il est certain qu'il faut évaluer, mais le tout est de savoir qu'est-ce qu'on évalue et quel est le sens ultime de cette évaluation.

Les critères de rentabilité, d'homogénéité des méthodes ne correspondent pas toujours à ce qu'est la réalité du handicap et à l'importance des soins et des programmes individualisés qui échappent naturellement à tout effort visant son uniformisation.

Certains critères objectifs peuvent néanmoins être efficaces dans l'évaluation des pratiques institutionnelles.

Par exemple, un premier critère pourrait se baser sur le calcul du temps véritable consacré à la personne elle-même, c'est-à-dire le temps de la relation avec la personne bénéficiaire des services.

3.4.- PRATIQUES DEVALORISANTES :

L'utilisation des techniques aversives pour les personnes qui présentent un handicap intellectuel ou psychique associé à ce qui est appelé un comportement difficile n'est pas en soit une nouveauté.

De nombreuses personnes se rendent compte aujourd'hui que ce type d'intervention comportementale est au mieux inefficace et au pire destructive.

Un examen de la documentation démontre que la majorité des recherches effectuées sur les méthodes d'amélioration du comportement déviant portent sur les traitements aversifs.

Se fondant sur la supposition que le personnel des milieux institutionnels et communautaires se basent sur des ensembles conventionnels de recherche, il est un fait que les techniques aversives sont utilisées couramment et sans aucun contrôle dans les Institutions de soins.

L'utilisation des traitements aversifs nous oblige, d'un point de vue déontologique, à définir ce que l'on entend par le terme réussite. Nous devrions déterminer si la notion de réussite se limite simplement à l'accomplissement d'une tâche assignée, indépendamment de la nature de la tâche, ou si elle devrait être vue différemment lorsque le bien être des personnes est en jeu.

L'utilisation des traitements aversifs à l'égard des personnes présentant un comportement indésirable soulève la question de l'importance que la société accorde au savoir et de l'échelle selon laquelle sont classés ces différents savoirs ou, la manière selon laquelle on associe de plus en plus le "vrai savoir" avec ces techniques qui permettent la manipulation des individus.

Ceux qui sont à la recherche d'une certaine crédibilité auront à utiliser une technologie impressionnante afin de pouvoir faire admettre leur point de vue. Les aspects comme le respect de soi, les relations humaines, l'acceptation de soi, le sentiment de plénitude et de bien-être, ne pouvant être évalués quantitativement, ils sont de plus en plus exclus des discussions.

Il devient alors trop facile de prétendre qu'il suffit de contrôler la fréquence d'un comportement difficile par rapport au changement de stimulus et aux coûts que cela exige, pour le faire disparaître.

L'utilisation des traitements aversifs amène les gens à se demander jusqu'à quel point les services sociaux s'éloignent des valeurs comme : le simple respect des personnes, le droit à la liberté, au traitement humain et au soutien raisonnable.

Les associations des personnes handicapées et les professionnels devraient arriver à établir une carte déontologique institutionnelle qui prenne en considération :

- La nécessité d'allouer des fonds visant à développer, à mettre en oeuvre, à évaluer, à répandre et à promouvoir des mécanismes de soutien non abusifs, appropriés à un milieu intégré et à l'intention des personnes qui présentent des difficultés de comportement prononcées.

- Que soient éliminés les procédés habituellement jugés inacceptables pour les personnes non handicapées et tout particulièrement la dégradation sociale, l'isolement social, les injures, les chocs électriques, les appareils de contention, la vaporisation à l'eau ou au jus de citron, et les moyens de stimulation nocifs, qu'il s'agisse du goût, de l'odorat ou de l'ouïe.

- Que soient éliminées toutes les techniques d'intervention pédagogique qui ont recours au conditionnement aversifs et qui présentent l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :

- . Recours systématique à la douleur physique ou à des traumatismes physiques ou émotionnels.

- . Tout traitement déshumanisant pour la personne.

- . Les traitements hors de proportion avec le comportement visé.

On se pose quelque fois des questions quant aux obligations morales de la société envers ses membres.

Par exemple : Quelle obligation a-t-elle d'assurer que les différentes formes de soins, autres que la maîtrise du comportement, soient données aux personnes qui présentent un handicap.

D'un point de vue moral, la société n'est pas en droit de considérer si les solutions à ces problèmes sont ou non légitimes. C'est sur le savoir scientifique que repose la responsabilité de telles pratiques.

Les traitements aversifs constituent une catégorie à part.

Ces traitements visent directement à faire subir des douleurs à l'individu et la sensation de douleur procurée à l'individu constitue l'essence du traitement, et théoriquement provoquant la disparition du comportement indésirable.

Ceci est très différent des autres thérapies : bien que les thérapies et les procédés "légitimes" (chirurgie, rééducation physique) peuvent être douloureux, le thérapeute n'a aucune intention d'infliger des douleurs au malade de façon délibérée.

Les thérapeutes sont tenus, par obligation déontologique de réduire au minimum le malaise de l'individu, tout particulièrement lors des procédures thérapeutiques extrêmes.

Une autre question d'ordre éthique est de savoir s'il est permis d'essayer de maîtriser le comportement déviant d'une personne, en utilisant des techniques aversives, alors qu'aucune tentative sérieuse n'a été faite dans le but de comprendre les causes qui pourraient donner naissance à ces comportements.

Il est scientifiquement absurde de prétendre que les comportements déviants, lesquels surgissent dans des milieux où l'individu est habituellement soumis à un contrôle continu, ne sont pas, d'une certaine façon, reliés à ce milieu, aux techniques de contrôle utilisées et aux personnes qui en font usage.

Le fait de procéder à un traitement comme si la source principale du problème était l'individu lui-même sans connaître vraiment le problème et son étendue, est injustifiable moralement.