

De l'adulte à la personne âgée

M.C. Dubrey (psychologue spécialisée en neuropsychologie)
Service de Neurologie – CHU d'Angers
Service de Pédiatrie – CHU de Nantes

Introduction

Selon les lieux d'exercice, envisager ce qui se joue à chaque âge de la vie et notamment de l'adulte à la personne âgée sur le plan des aspects sociaux, cognitifs mais également de la personnalité

Plan

Introduction

A- Adulte jeune

B- Adulte à l'âge moyen

C- Adulte à l'âge avancé

D- Normal et Pathologique

Introduction

Définition de l'adulte: *qui a cessé de croître,*

Age adulte: fleuve

Vision idéalisée de l'adulte

Différentes définitions selon la discipline:

Biologie: acquisition des capacités de reproduction

Juridique: majorité légale

Maturité Psychologique

Maturité Sociale: autonomie

Introduction

Trois périodes de l'âge adulte:

- de 20 à 40 ans: début de l'âge adulte
- de 40 à 65 ans: âge adulte moyen
- de 65 ans jusqu'à la mort: âge adulte avancé

Division reflétant des changements dans les rôles mais également des étapes dans les modifications physiques et cognitives

Différences individuelles

Introduction

- Maturation et vieillissement

Différence entre âge adulte et enfance: rôle de la maturation et des autres changements

Développement de l'enfant: croissance et évolution - les changements se font dans un ordre prévisible en lien avec la maturation physique

L'adulte connaît des changements de rôles mais existe-t-il une direction prévisible?

Il existe des changements physiques inévitables et communs, c'est le *vieillessement*

Introduction

-Facteurs de risque et de protection

Habitudes de vie au début et au milieu de l'âge adulte → différences individuelles face au vieillissement

Soutien social: ↓ risque de maladie, de dépression, ↓ effet négatif du stress

Sentiment de maîtrise: croyance en sa propre capacité de gérer les événements, à maîtriser son comportement et son environnement → sur la santé et la dépression

A. Adulte jeune

A. Adulte jeune

I. Développement physique

Entre 20 et 30 ans: sommet au niveau de la masse et la force musculaires, la vitesse, calcification achevée, poids et volume du cerveau stabilisés, système immunitaire très efficace...

Capacité de reproduction: fertilité chez la femme > dans la vingtaine que dans la trentaine puis déclin progressif – chez l'homme, capacité de fécondation stable puis léger déclin après 40 ans

Décès en lien avec accident, suicide plus que la maladie

Période où santé physique optimale est celle où plus victime de pathologies psychologiques

A. Adulte jeune

II. Développement des relations sociales

Période où acquisition de différents rôles

Trois rôles majeurs: conjoint, parent, travail

Enjeux de cette période : trouver un équilibre entre exigences sociales et besoins personnels

Moment d'acquisition des rôles → trajectoire de vie

Rôle social: fonctions propres à un statut particulier dans une culture

II.1. Relations avec la famille

Départ du foyer → émancipation psychologique et transfert de l'attachement

A. Adulte jeune

II.2. Relations amoureuses

Choix du partenaire: paramètres généraux (idéal commun, correspondance de rôles...), principe de similitudes (théorie de l'homogamie: âge, scolarité, classe sociale, religion, champs d'intérêt...) et principe de différence, attirance sexuelle, personnalité, types d'attachement (sécurisant, insécurisant ambivalent, fuyant ou désorganisé) –

Divorce: la moitié survient au cours des sept 1ères années – âge moyen: ♀ = 37 ans ♂ = 40 ans

Stress considérable associé à l'augmentation de maladies physiques et des troubles affectifs

A. Adulte jeune

II.3. La maternité et la paternité

Changements des relations avec lui-même et autrui

Codification sociale de la grossesse et de la maternité: droits et devoirs

Concept de maternalité de Racamier : ens. des phénomènes affectifs qui entourent la grossesse et la maternité et notamment, l'ambivalence vis-à-vis de l'image du corps

Réactivation de conflits infantiles avec la question de l'identification à la mère- Le père doit se positionner par rapport à la filiation

Enfant: partie de soi extériorisée dont il faut assurer l'autonomie et jouer le rôle de contenant positif pour protéger de l'angoisse

Parents: joie et stress – accentuation de la différenciation des rôles sexuels

Satisfaction conjugale ↓ après la naissance du 1^{er} enfant

Les adultes en concubinage sont plus satisfaits de leur vie que les adultes célibataires

A. Adulte jeune

II.4. Relations avec les amis

Escorte sociale: famille, amis, conjoint

Relations familiales stables et solidaires

Nombre d'amis plus élevés en début de l'âge adulte qu'à n'importe quel moment

Femme: relations de complicité, d'intimité et Homme: relations de compétition

II.4. Relations avec le milieu de travail

Choix professionnel: sexe, milieu social et familial

Satisfaction professionnelle: ↑ avec l'âge (rémunération, plus créatif et plus de responsabilités)

Rôle professionnel: deux stades (phase d'essai et stade de stabilisation) + stade supplémentaire pour la femme (emploi/non-emploi)

Travail: facteur de stress

A. Adulte jeune

Epuisement professionnel ou trouble d'adaptation au travail avec humeur dépressive

Epuisement professionnel: secondaire au stress lié au travail qui exige un grand engagement ou à des traits de personnalité (anxiété) – risque plus élevé dans le soin

Pour le combattre, il faut en prendre conscience et reconnaître les symptômes (manque d'énergie avec éléments de dévalorisation et tristesse, irritabilité et méfiance, sentiment d'isolement et manque de soutien, démotivation, conduite de fuite), réajuster les objectifs, se protéger de la pression, tisser un réseau de soutien, ne pas se sentir responsable de tout...

A. Adulte jeune

III. Développement de la personnalité

Définition de la personnalité: « ensemble stable de conduites propres à un individu lequel s'acquière à mesure du développement et dépend à la fois de facteurs innés et de facteurs environnementaux. Cet ensemble va en quelque sorte conditionner nos pensées, nos comportements et nos affects en interaction avec autrui et en fonction du contexte ». Le caractère renvoie à l'idée d'armature de la personnalité, à une fonction de protection.

Plusieurs types de théorie de la personnalité:

théories stadistes: fonction de la maturation et des événements de vie (Freud, Jung, Erikson, Levinson)

théories définitionnelles: traits de personnalité qui déclenchent et guident certains de nos comportements (Mc Crae et Costa)

Travaux divergents

A. Adulte jeune

Théories stadistes:

Erikson (1950-1982)

8 stades de développement dont 3 à l'âge adulte

Chaque stade → crise développementale

Chaque stade a deux pôles (positif et négatif) et chaque individu doit trouver un équilibre

Adolescence: identité plus ou moins consolidée

A l'âge adulte jeune, le stade oppose intimité (avec soi-même et autrui) et isolement (absence de sécurité, sentiment de solitude)

A. Adulte jeune

Levinson (1977)

Vie divisée en 4 ères d'une durée de 25 ans composée de trois périodes
Création de structures de vie comprenant les rôles, la qualité des relations qui reflètent la personnalité

Transition de l'âge adulte: départ de la maison et établissement d'une identité individuelle

Entrée dans l'âge adulte: exploration des rôles liés au travail et des rôles adultes stables

A l'âge de 30 ans, adoption du rêve: vision idéaliste incluant les objectifs de vie et les aspirations d'une personne

Théorie définitionnelle:

Mc Crae et Costa: 5 traits de personnalité (stabilité émotionnelle, extraversion, ouverture à l'expérience, amabilité, intégrité): stabilité de ces traits

D'autres parlent de changements: entre 30 et 40 ans, + indépendants, + confiants, + orientés vers la réussite...

B. AGE ADULTE MOYEN

B. Age adulte moyen

I. Développement physique

Changements graduels mais relativement faibles

Changements plus importants dans le domaine sensoriel (presbytie, presbyacousie), la masse osseuse (ostéoporose)...

Perte de la capacité de reproduction ou climatère

Importance de l'exercice pour la condition physique et cognitive

Augmentation considérable du taux de maladie et de mortalité (cancer et maladie du cœur)

Fréquence moins importante des troubles affectifs au milieu de l'âge adulte

B. Age adulte moyen

II. Développement des relations sociales

II.1. Relations conjugales

Augmentation de la satisfaction conjugale

Diminution du cumul de rôles

II.2. Relations parents-enfants

génération médiane entre parents et enfants

envers descendants, aide financière et conseils éducatifs

envers ascendants, aide domestique et soutien moral

Syndrome du nid vide?

III.3. Rôle de grands parents

relation distante, de camaraderie ou engagée

III.4. Rôle d'aidant

risque de dépression ou d'épuisement → fardeau

risque accru si parent atteint de démence

B. Age adulte moyen

II.5. Rôle amical

Stabilisation du nombre d'amis vers l'âge de 40 ans et réaugmentation vers 60 ans

Absorption par d'autres rôles

II.6. Rôle professionnel

Sommet de la satisfaction professionnelle

Travail n'est plus le centre de l'existence – possible révision des attentes

Certaines femmes augmentent leur temps de travail ou recherchent un travail à la suite d'un divorce ou du décès du conjoint ou après l'éducation des enfants

Période de préparation de la retraite: diminution du nombre d'heures travaillées (préparation à la gestion du temps libre) et possible participation à des séminaires

B. Age adulte moyen

III. Développement de la personnalité

Période de décentration

Dans le modèle d'Erikson, quarantaine = débat entre la générativité et la stagnation – couvre le mitan de la vie

Générativité: préoccupation envers génération montante et univers – l'individu a pour but de se prolonger

Stagnation: risque de sentiment de vide

De ce débat, naît la sollicitude (souci envers l'autre)

Dans le modèle de Levinson, réévaluation de son rêve → transition du milieu de la vie (vers 40-45 ans): préoccupation grandissante envers sa propre mort, crise du mitan de la vie

B. Age adulte moyen

IV. Développement cognitif de l'âge adulte jeune et moyen

IV. 1. Intelligence

Etudes longitudinales: stabilité au cours de l'âge adulte de ce qu'on appelle l'efficacité intellectuelle (QI)

Mais, différences si on décompose la mesure: Intelligence cristallisée et fluide

L'intelligence cristallisée se maintient au cours de l'avance en âge alors que l'intelligence fluide déclinerait

IV.2. Développement de la pensée post-formelle

D'après les apports piagétiens, la pensée formelle continuerait à se développer à l'âge adulte.

Selon les théoriciens post- piagétiens, l'âge adulte entraîne une réorganisation qui permet d'aboutir à un autre type de pensée

B. Age adulte moyen

La pensée formelle qui est le stade précédent atteindrait un plafond au début de l'âge adulte ce qui imposerait deux types de changements.

- évolution vers une forme plus pragmatique de pensée pour faire face aux difficultés liées aux rôles et aux tâches professionnelles
- acceptation de l'incertitude - ex: tous les problèmes de la vie ne peuvent pas se résoudre avec des « si...alors » -

IV.3. Mémorisation

Déclin des capacités d'apprentissage, notamment des processus de recherche en mémoire

Critique des études: comparaison jeunes et âgés

Bonne analyse de son propre fonctionnement mnésique et des stratégies compensatoires

La productivité et la créativité restent élevées au milieu de la vie adulte (aptitude à exécuter un travail très productif de haut niveau et aptitude à résoudre des problèmes)

C. Age adulte avancé

C. Age adulte avancé

Quelques définitions

Vieillesse

ens. des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme. Il est la résultante de facteurs génétiques et environnementaux – processus lent et progressif

Vieillesse primaire et secondaire

primaire: changements inévitables liés à l'âge que tous les individus de l'espèce subissent. Ces changements sont davantage associés au processus biologique sous-jacent qu'à l'expérience particulière d'un individu

secondaire: c'est le résultat des influences de l'environnement, de l'hygiène de vie et de la maladie.

→ les recherches tentent de déterminer quels sont les changements attribuables au vieillissement normal et quels sont ceux liés à des facteurs évitables

C. Age adulte avancé

Quelques définitions

Vieillesse: l'OMS retient le critère de l'âge à savoir 65 ans et plus; la définition sociale est l'âge de cessation de l'activité; aspect subjectif

Longévité maximale : durée de vie maximale observée pour une espèce

Espérance de vie: nombre d'années que peut espérer vivre les personnes d'une classe donnée – on peut déduire la définition de l'*espérance de vie sans incapacité*

Gériatrie: prise en charge des personnes âgées

Gérontologie: science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects: biomédical, socio-économique,...

C. Age adulte avancé

En 2009, 1 pers sur 10 avait 75 ans ou plus (= 8,7% de la pop° totale)

D'après les prévisions, l'année 2010 compterait plus de 60 ans que de moins de 20 ans

Trois sous-groupes:

- 3^{ème} âge de 65-75 ans
- 4^{ème} âge de 75-85 ans
- 5^{ème} âge de 85 ans et +

Importance différence individuelle sur le plan cognitif et physique

C. Age adulte avancé

I. Développement physique

Changements cérébraux: réduction de la masse cérébrale, perte de la substance grise, diminution de la densité des dendrites, ralentissement de la vitesse synaptique

Baisse sensorielle: vue (difficultés d'adaptation à l'obscurité, + sensibles à l'éblouissement) et audition, déclin olfactif

Modification de l'*alimentation* et du *sommeil* (diminution du temps de sommeil et + de réveils)

Modification *osseuse* et *musculaire* (élasticité, arthrite,..)

→ diminution de l'équilibre, de la dextérité, de l'endurance et ralentissement d'où difficultés d'adaptation à l'environnement, notamment lorsqu'il exige une adaptation rapide à des conditions changeantes (ex: bus et escalier) au niveau du corps et de la force musculaire afin de maintenir une bonne position (= risque de chutes), sans compter l'impact des facteurs cognitifs.

Plus facile de se déplacer dans des environnements familiers, assez épurés

C. Age adulte avancé

Le corps et le psychisme sont deux dimensions qui constituent l'être humain
Toute modification de l'un rejaillit sur l'autre
Cette lecture est particulièrement importante en gérontologie

A côté du corps biologique, médical, il y a le corps dans lequel la personne habite et dans lequel elle se sent plus ou moins bien

Ce corps investit affectivement en termes plaisir-déplaisir ou jouissance-souffrance est le corps érogène (dans la psychanalyse)

L'image personnelle du corps est très influencée par les représentations collectives et culturelles d'une époque

Les modifications corporelles ont des répercussions durables sur le comportement de la personne âgée

Ex: déficits sensoriels → Impact sur la relation à l'environnement: maîtrise des objets environnants, identification des émotions par la vue, la baisse de l'audition = mauvaise discrimination des mots, des conversations dans les réunions familiales ou les conférences.
→ repli sur soi

C. Age adulte avancé

Lors de plaintes somatiques répétées, il faut parfois s'interroger sur la symbolique du corps.

Plusieurs facteurs influencent la santé et la longévité: hérédité, maladie, habitudes de vie (exercices physiques et cognitifs), soutien social

L'ensemble de ces facteurs joue particulièrement sur la question de la dépression dont la fréquence augmente après l'âge de 70-75 ans

On sait que les habiletés qui ne sont pas entraînées ont davantage tendance à décliner

Par ailleurs, le risque d'entrée dans un processus neuro-dégénératif de type maladie d'Alzheimer croît de manière exponentielle avec l'avancée en âge

C. Age adulte avancé

II. Développement cognitif

DSM-IV: déclin cognitif lié à l'âge

Différents changements neuroanatomiques (↓ de la masse du cerveau),

neurophysiologiques (↓ du nbre des neurones et perte de l'efficacité des contacts synaptiques),

neurochimiques (↓ de la concentration des neurotransmetteurs)

Différences individuelles: certains conservent un haut niveau de fonctionnement et d'autres déclinent (incidence de l'état affectif, du style de vie (solitude, isolement), du niveau d'éducation, de la personnalité)

Se différencie d'une affection neurologique ou d'un trouble mental

Le fonctionnement cognitif reste dans la limite de la normale compte tenu de ce qui est attendu pour l'âge

C. Age adulte avancé

Vieillesse des mémoires:

Plainte mnésique chez 48% des + de 65 ans
(oubli des noms propres, perte des lunettes,
besoin de noter les rendez vous...)

Souvent en rapport avec l'état psycho-affectif,
les capacités sensorielles, les événements de
vie, la crainte d'une maladie d'Alzheimer et
son propre niveau d'exigence

5 systèmes mnésiques: mémoire de travail,
mémoire épisodique, mémoire sémantique,
mémoire procédurale, mémoire prospective

C. Age adulte âgé

Résultats:

↓ des capacités de mémoire de travail: difficultés dans les tâches exigeant la réalisation simultanée d'opérations de stockage et de traitement

↓ des capacités d'encodage et de récupération en mémoire épisodique, selon les études. Les personnes âgées mettraient plus de temps à retrouver une information rangée dans leur mémoire. La situation de choix ou de reconnaissance faciliterait les performances.

↓ des capacités prospectives si le sujet doit se souvenir par lui-même de réaliser quelque chose à un temps t

Possible enrichissement de la mémoire sémantique avec acquisition de nouveaux concepts et préservation du stock de connaissances sur le monde

C. Age adulte avancé

Vieillessement du langage

Pas de modification de l'expression mais possibles difficultés à accéder au mot précis au moment où l'on en a besoin (= manque du mot)

Diminution de la capacité à traiter des informations complexes sur le plan syntaxique ou des phrases longues (a priori, impact de la mémoire de travail)

Vieillessement de l'attention

↓ de l'attention soutenue, sélective, partagée

D'où difficultés à suivre plusieurs conversations à la fois ou s'il y a plusieurs intervenants (ex: médecin/infirmier/patient), plus grand risque de distractibilité

C. Age adulte âgé

Vieillesse des fonctions exécutives

Capacités d'adaptation à la nouveauté

Beaucoup de situations de vie quotidienne = mise en place de plans d'action et prise de décisions avec possibilité de changement en cas d'erreur

Les personnes âgées auraient davantage de difficultés dans les prises de décisions ou à passer d'une décision à une autre, et auraient plus de difficultés à inhiber les informations non pertinentes

Ex: prise de médicaments ou changements de prescription

Hypothèse du ralentissement

↓ de la vitesse de l'impulsion nerveuse = ralentissement qui touche la traduction des pensées en actes

Les personnes âgées auraient besoin de plus de temps pour réaliser des activités mnésiques ou autres mais pas de réelle atteinte des fonctions cognitives

Question du déclin intellectuel

Intelligence cristallisée > Intelligence fluide

→ hétérogénéité entre les individus, mise en avant de la notion de sagesse

C. Age adulte avancé

III. Développement des relations sociales

III.1. Relations avec le travail

Age moyen de la retraite tendait jusqu'à maintenant à diminuer, diminution du revenu (85 à 100% de leur ancien revenu en fonction de leurs biens...), plus délicat pour les femmes notamment qui n'ont jamais travaillé (< seuil de pauvreté)

Images négatives de la retraite?

Importance d'un rite de passage, d'une reconnaissance collective

Selon les études, état de stress important associé à un pic de morbidité et mortalité

Modifications du réseau social, familial, de la perception de soi en fonction de si le retraité reste actif

Dans ce cas, bonne préservation de l'estime et de la confiance en soi, du sentiment d'utilité

C. Age adulte avancé

III.2. Relations conjugales

Réaménagement de l'espace conjugal avec confirmation de l'indépendance réciproque, de l'autonomie partagée, ou de l'éloignement

Pic de divorce

Personnes mariées (soutien et soins) = meilleure santé

Événement majeur: décès du conjoint

Période de deuils: augmentation de la mortalité chez les endeuillés

Facilitation de la réadaptation après le deuil: sexe, facteur d'anticipation, soutien social

C. Age adulte avancé

III.3. Relations familiales

Visites régulières des enfants

Résultats contradictoires mais il n'existerait aucun lien entre nbre de visites et satisfaction de vivre

Importance des relations avec la fratrie

III.4. Relations avec les amis

Influence importante sur la satisfaction de vivre

III.5. Problèmes spécifiques

Relogement (représentation négative des institutions = mouvoir),

Mort: la représentation de la mort est déterminée par la religion, l'urbanisation, l'évolution de la technologie médicale, le passage de la famille élargie à la famille nucléaire, les modifications épidémiologiques, l'évolution des pratiques et des coutumes mortuaires

Les personnes âgées parlent davantage de la mort (gestion de l'anxiété, acceptation de son caractère inéluctable). Elles redoutent généralement la période d'incertitude (perte d'autonomie et de maîtrise, lieu de vie...) précédant la mort

C. Age adulte avancé

IV. Développement de la personnalité

Dans le modèle d'Erikson, prise de conscience de sa finitude →
évaluation de sa propre vie

Questionnement autour du sens de son existence

Dernier stade opposant l'intégrité (sentiment de satisfaction) versus
le désespoir

Intégrité: sentiment de satisfaction

Désespoir: regrets et amertumes

Observation d'un degré de satisfaction élevé chez les personnes qui
se détachent le moins

Vieillesse réussie = santé physique, bon fonctionnement cognitif
et social, soutien social et sentiment de maîtrise

C. Age adulte avancé

Théorie de l'activité: plus une personne est active et engagée dans différents rôles, plus elle est satisfaite de sa vie, plus elle est en bonne santé et plus son moral est bon

Théorie du désengagement: le détachement progressif de la vie sociale à l'âge adulte avancé constitue une réaction normale et saine au vieillissement (Cumming et Henry, 1961)

C. Age adulte avancé

Vieillesse induit différentes pertes

Du point de vue psychanalytique, mise à mal du narcissisme

Nécessité de faire face à ces remaniements et nécessité de différents mécanismes de défense pour faire face à l'angoisse de mort: déni (faire comme si une idée n'existait pas – s'enfermer dans le présent), déni (ex: nier le déclin physique), régression

Réinvestissement de la libido au travers de la sublimation: activités artistiques et intellectuelles

C. Age adulte avancé

Le sujet âgé à l'hôpital

- Favoriser l'autonomie: ne pas infantiliser, favoriser la réalisation de tout ce qui peut être fait, à hauteur de ses capacités
- Favoriser l'activité: éviter le repli dans l'absence d'activités – encourager l'activité physique (marche...), intellectuelle (lecture,...) et sociale (salle commune)
- La communication à l'épreuve du vieillissement:
 - Veiller à ce que la personne ait son appareil dentaire et ses prothèses sensorielles,
 - Eviter l'effet cocktail (repli ou interprétation des propos),
 - Recours à des adaptations (conditions d'écoute favorable au sein d'un groupe, écouteurs pour la télévision...)
 - Vigilance sur la distance interpersonnelle (pour une meilleure analyse des émotions, intimité)
 - Ajuster le discours (rythme en référence à la mémoire de travail et aux aspects auditifs, vocabulaire, pauses...)

C. Age adulte avancé

Pallier aux éventuelles difficultés (manque du mot, perte du fil des idées, reprise de la conversation pour resituer l'échange)

Développer la communication non verbale (geste, regard, intonation).
Les mains des soignants ne seront-elles que de simples outils occupés à panser, piquer, porter...réduisant la personne âgée à un corps manipulable ou manipulé?

- De manière générale, nécessité d'adaptation à la personne
- Connaître ses limites en tant que soignants et découvrir ce que la relation met en jeu: attirance spontanée (besoin de protection ou projection) ou rejet, respect et acceptation de la confrontation à la mort
- Travail auprès des personnes âgées : lourd impact émotionnel et nécessité de prendre en compte la famille, partenaire privilégié (gestion parfois du sentiment de culpabilité, besoin de maîtrise)

C. Age adulte avancé

Tentation de « pathologiser » le vieillissement
Ne pas attribuer à tort certains symptômes au vieillissement

Certaines pathologies augmentant en fréquence avec l'âge ont longtemps été confondues avec le vieillissement

Différencier ce qui relève du vieillissement normal et pathologique

Qu'est ce que le normal et le pathologique?

D. Le Normal et le Pathologique

« Sans les concepts de normal et de pathologique, la pensée et l'activité du médecin sont incompréhensibles » (Canguilhem, 1966)

Relativité culturelle, historique, personnelle des concepts

Normal: ce qui est conforme à la règle, régulier; ce qui ne penche ni à droite, ni à gauche; ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée ou ce qui constitue sa moyenne

La norme est le juste milieu

La moyenne représente l'équilibre instable de normes qui s'affrontent – ex: durée de vie moyenne

D. Le Normal et le Pathologique

Normalité statistique: pourcentage majoritaire de comportements par rapport à une moyenne statistique

Les individus « normaux » sont les individus moyens et sont considérés comme pathologiques, les individus déviants de la norme ou de la moyenne

Raisonnement peut être aberrant – ex: longévité = pathologie?

A l'intérieur de quelles oscillations autour d'une valeur moyenne, on tiendra les individus pour « normaux »?

Tout écart est-il anormal?

Les individus rencontrés peuvent plus ou moins s'écarter des moyennes...tout cela prend son sens lors de comparaison sur la base des conditions socio-économiques, des différences culturelles...

Ex: étude de la glycémie à Brazzaville

D. Le Normal et le Pathologique

Le pathologique comme écart quantitatif à la norme biologique:

Claude Bernard (1813-1878): maladie = dérégulation d'un processus biologique à corriger, identifiable par analyse biochimique

Auguste Comte (1798-1857): état pathologique = imperfection, dégradation de l'état parfait à partir duquel création de norme

La maladie fait du pathologique un extrême de l'état normal, une variante quantitative mesurable en degrés

→ passage graduel de l'individu sain à malade

Critiques: très grande banalité de certaines altérations pathologiques (par exemple, la carie dentaire qui de par sa fréquence constituerait statistiquement l'état normal...)

De plus, des examens de manière systématique peuvent découvrir chez les sujets en bonne santé des anomalies et inversement

Grande variabilité des paramètres biologiques au sein d'une population d'individus en bonne santé (rythmes circadiens, vieillissement)

D. Le Normal et le Pathologique

Le pathologique comme rupture de l'état de santé:

Pour Canguilhem (1966), « un individu sain est celui qui peut tomber malade et se rétablir, capable d'instaurer de nouvelles normes de fonctionnement dans des contextes différents; c'est la normativité biologique »

La santé serait définie par « des capacités de changements et d'adaptation, et non uniquement par l'absence de symptômes ou de maladies ».

« Être en bonne santé, c'est pouvoir maintenir l'état d'équilibre physiologique et biologique toujours menacé de notre organisme, en l'adaptant continuellement aux variations et aux agressions extérieures (microbiennes, toxiques, traumatiques) et en guérissant après avoir été malade »

D. Le Normal et le Pathologique

Pas d'opposition entre le normal et le pathologique dans le sens où le pathologique ne manque pas d'être normal – c'est-à-dire qu'il a des normes de fonctionnement

Quand on dit « qu'une santé continuellement parfaite, c'est anormal, on traduit ce fait que l'expérience du vivant inclut la maladie »

En d'autres termes, « être malade, c'est vivre et vivre, c'est toujours fonctionner selon des normes mais qui sont restreintes »

« La maladie est une autre allure de la vie et réduit la marge de tolérance aux variations du milieu »

→ Pour Canguilhem, le normal et le pathologique sont deux conditions différentes, sans continuum entre les deux

D. Le Normal et le Pathologique

Plusieurs notions fondamentales de Canguilhem:

- « L'état de santé est un état d'innocence organique qui tient le sujet dans l'inconscience de son corps »
- « La normalité ne peut être définie qu'en référence à un milieu ». « Un être vivant est la solution morphologique et fonctionnelle trouvée par la vie pour répondre aux exigences de ce milieu »
- « L'organisme doit être appréhendé dans son ensemble. Capable d'autorégulations, il ne sera perçu comme pathologique par le malade que si son mode de fonctionnement global est devenu qualitativement autre, c'est-à-dire non identique au passé »
- « La santé ne peut être simplement définie comme l'absence d'anomalie ou d'infirmité »
« Il n'y a pas en pathologie de dissociation entre le physique et le psychologique »

D. Le normal et le Pathologique

- L'anomalie biologique = « irrégularité de constitution qui ne devient une infirmité que si elle a des incidences sur l'activité de l'individu et le conduit à la dévalorisation. Elle n'est une pathologie que si elle est liée à un sentiment direct et concret de souffrance, un sentiment d'impuissance et de vie contrariée »
- « Le pathologique devient également fonction du référentiel propre de l'individu, de son univers psychique et affectif, de sa culture, de ses valeurs mais aussi des événements de sa vie, de ses expériences affectives... »
- Nécessité de distinguer le normal et le pathologique sur la base de critères quantitatifs et qualitatifs sur la base d'une approche individualisée (corporelle, psychique et sociale)

D. Le normal et le Pathologique

Classifications de la CIH

- **déficience**: dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique
- **incapacité**: cela correspond à une réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales par un être humain
- **Handicap ou désavantage social**: cela résulte d'une déficience ou incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels)

Bibliographie

Bee, H, et Boyd, D. (2003). Psychologie du développement: Les âges de la vie. De Boeck, Québec.

Bideaud, J., Houdé, O., et Pardinielli, J-L. (1993). L'homme en développement. PUF, Paris.

Cabestan, P. (2005). Le normal et le pathologique: un point de vue philosophique. PSN, volume III, numéro 13.

Canguilhem, G. (1966). Le normal et le pathologique. PUF, Paris.

(2010). Manuel de psychologie à l'usage des soignants. Elsevier Masson.

Mémin, C. (2001). Comprendre la personne âgée. Bayard (pp 9-199).

Michel, G, et Purper-Ouakil, D. (2006). Personnalité et développement: du normal au pathologique. Dunod, Paris.

Moutel, G., et Planche, O. (2003). Le normal et le pathologique: évolution historique du concept de maladie et du pathologique. Etudes et synthèse.

















































