Pour citer cet article :

Lagache (Daniel) (dir.), « Nomenclature et classification des jeunes inadaptés », *Sauvegarde*, n°2, juin 1946, p. I-VIII ; n°3, juillet 1946, p. IX-XII ; n° 4, octobre 1946, p. XIII-XX.





NOMENCLATURE ET CLASSIFICATION DES JEUNES INADAPTÉS

Dr LAGACHE

avec le concours de MM. Dechaume, Dublineau, Girard, Guilemain, Heuyer, Launay, Male, Préaut, Wallon

PREAMBULE

Est inadapté un enfant, un adolescent ou plus généralement un jeune de moins de 21 ans que l'insuffisance de ses aptitudes ou les défauts de son caractère mettent en conflit prolongé avec la réalité et les exigences de l'entourage conformes à l'âge et au milieu social du jeune. L'inadaptation se qualifie selon la situation dont elle est corrélative; exemples: inadaptation familiale, inadaptation scolaire, inadaptation professionnelle.

Pour classer les jeunes inadaptés, on peut soit se placer à un point de vue clinique, en se fondant sur la description des faits, soit se placer à un point de vue pratique, en se fondant sur le mode de traitement et les institutions dont les jeunes inadaptés relèvent ; chacune de ces façons de faire a ses inconvénients, dépassés encore par la confusion qu'introduirait la contamination des deux procédés. C'est pourquoi l'exposé ci-dessous présente d'abord une classification médico-psychologique faite autant que possible d'un point de vue clinique et descriptif, puis une classification médico-pédagogique, faite du point de vue de l'assistance et du traitement.

Annexe I: Nomenclature et classification des jeunes inadaptés.

Dr Lagache avec le concours de MM Dechaume, Dublineau, Girard,
Guillemain, Heuyer, Launay, Male, Préaut, Wallon.

Classification Médico-Psychologique

Dans la définition et la classification des jeunes inadaptés il importe de se placer à un point de vue aussi descriptif que possible, en évitant de faire intervenir les théories et les doctrines ; c'est dire que la symptomatologie doit jouer un rôle plus important que l'étiologie et la pathogénie. Même le critère de la description ne constitue pas un mode de définition et de classification univoque : on peut mettre l'accent tantôt sur la réaction symptômatique, tantôt sur la personnalité de l'inadapté ; cet inconvénient a été délibérément accepté parce qu'il correspond aux éventualités réelles de la pratique clinique.

Parmi les jeunes inadaptés, on distingue trois catégories selon la nature des troubles qui dominent le tableau clinique :

- I. Les malades.
- II. Les déficients.
- III. Les caractériels.

Dans l'ensemble les malades sont des sujets qu'il faut soigner, les déficients et les caractériels des sujets qu'il faut rééduquer. Mais cette distinction n'a rien d'exclusif : il est bien certain que le jeune malade peut relever tôt ou tard de mesures éducatives et que le déficient ou le caractériel peuvent tirer bénéfice de traitements proprement médicaux ou de la psychothérapie.

I. — MALADES

On classe ici les tableaux cliniques caractérisés par le fait que le jeune inadapté apparaît comme un malade qu'il faut soigner et qui relève principalement du médecin. On distingue:

- A. Processus organiques.
- B. Psychoses.
- C. Névroses et troubles névrotiques.
- D. Troubles du développement et syndromes pubertaires.

A. PROCESSUS ORGANIQUES

1) Nous parlons de processus organiques lorsque les troubles psychiques sont symptômatiques d'atteintes organiques et en particulier d'atteintes cérébrales.

11

(I) Le préambule ainsi que la partie II de ce travail ont déjà été rapportés in extense dans le texte. Cf supra.

Certes, tout ensemble de troubles psychiques est solidaire d'un ensemble organique. Mais il est des cas où l'état organique s'impose à l'attention comme nettement pathologique. Quant aux symptômes psychiques ils ne deviennent jamais pathognomoniques par leur nature et leur degré si bien qu'ils figurent également en d'autres parties de cette nomenclature. Il a cependant paru indispensable de citer les affections organiques qui se rencontrent le plus fréquemment dans la pratique de la neuro-psychiâtrie infantile.

- 2) Les dysendocrinies sont des états psycho-biologiques anormaux liés à l'insuffisance ou au mauvais fonctionnement de glandes endocrines. Sont d'importance psychiâtrique avant tout : l'hypothyroïdie (Myxoedème, crétinisme) et accessoirement l'anarrhénie (non-masculinité somatique) ou l'hyparrhénie, le syndrome adiposogénital, l'hirsutisme surrénalien, l'insuffisance parathyroïdienne (tétanie).
- 3) En dehors des troubles mentaux des méningites aigües, inséparables du tableau médical de ces affections, les méningites offrent à retenir la méningite tuberculeuse à début psychique (changement de caractère, morosité); la méningite chronique syphilitique par syphilis congénitale avec arriération physique et intellectuelle; les hydrocéphalies dont les manifestations psychopathiques sont variables.
- 4) La paralysie générale juvénile (maladie de Bayle, méningoencéphalite syphilitique diffuse) est une affection rare, caractérisée par une démence (au sens psychiatrique d'affaiblissement intellectuel); le délire est moins fréquent que chez l'adulte.
- 5 et 6) L'emploi des termes « encéphalite » et « encéphalopathie » est bien délimité : l'encéphalite est une lésion inflammatoire infectieuse ou toxique, chronique, évolutive ou stabilisée ; l'encéphalopathie est un état chronique stable.

Les encéphalopathies infantiles correspondent à des tableaux neuro-psychiatriques où des signes somatiques témoignent d'une atteinte prénatale, obstétricale ou précoce du cerveau.

Parmi les encéphalites sont à retenir : les encéphalites infectieuses de l'enfance et l'encéphalite épidémique (encéphalite léthargique, maladie de Von Economo).

Les unes et les autres comportent le cas échéant des séquelles psychiques post-encéphalitiques (Comportement pervers et agitation hypomaniaque consécutifs à l'encéphalite épidémique; démence, agitation maniaque consécutives aux encéphalites infectieuses de l'enfance).

- 7) Parmi les atteintes infectieuses du névraxe, la chorée mérite une mention spéciale en raison de sa fréquence; soit aiguës, soit constitutionnelles, ses formes frustes peuvent être méconnues; elles s'accompagnent toujours d'un syndrome psychopathique.
- 8) La dénomination d'épilepsie est à réserver aux tableaux cliniques comportant des crises épileptiques ou des équivalents caractérisés (absence, accès vertigineux, épilepsie procursive, impulsions incoercibles ou inconscientes, automatisme incohérent ou eupraxique).

L'épilepsie psychique comprend principalement des troubles de l'humeur et du caractère (turbulence, colères, violences, impulsions conscientes ou non).

Le terme épileptoïdie désigne, en l'absence d'accidents épileptiques proprement dits, la présence de traits de caractère et de comportement qui se retrouvent chez les épileptiques avérés. Ces traits de caractère et de comportement se polarisent entre la stase psychique d'une part (viscosité affective et intellectuelle) et, de l'autre, les libérations fonctionnelles ou décharges paroxystiques.

B. PSYCHOSES

- 1) Les psychoses sont des maladies mentales majeures, troublant gravement l'existence psychique de la personne dans son rapport avec le monde et avec elle-même (altération de la conscience de soi, d'autrui et des choses ; altération de l'affectivité, de l'intelligence et du jugement, de la personnalité et de l'autocritique, désadaptation). Les psychoses des jeunes se répartissent principalement entre deux groupes d'affections : les démences précoces ou schizophrénies et les psychoses maniaco-dépressives.
- 2) Le terme démence désigne en psychopathologie l'affaiblissement acquis, global et définitif des aptitudes psychiques (types : démence sénile, paralysie générale).

La démence précoce (Folie discordante juvénile, schizophrénie) débute rarement avant l'âge de 12 ans et souvent beaucoup plus tard. Ce n'est pas une démence massive au sens psychopathologique habituel du terme ; c'est une affection caractérisée essentiellement par la dissociation intellectuelle, le caractère « discordant » de l'existence psychique, de l'activité mentale, du langage et du comportement ; apparemment indifférent et se détournant des choses et des êtres, du réel, le malade tend à ne plus adapter qu'à lui-même sa pensée et son action (autisme).

Classiquement, on décrit plusieurs formes cliniques de la démence précoce.

- a) La démence précoce simple est caractérisée par les troubles de l'affectivité (indifférence, ambivalence); le malade se désintéresse de la réalité et se replie de plus en plus sur lui-même.
- b) L'hébéphrénie se manifeste par des perturbations émotionnelles marquées (angoisse), des alternances d'excitation pseudo-maniaque et de dépression, de l'incohérence des associations d'idées, des impulsions, du délire (idées de persécution et d'influence, interprétations symboliques, illusions et hallucinations, altérations de la conscience du corps propre).
- c) La catatonie est essentiellement caractérisée par un état de stupeur et des manifestations motrices : conservation des attitudes, stéréotypies, suggestibilité, opposition, barrage, maniérisme, crises d'agitation hyperkinétique.
- 3) Le terme de démence précocissime (Sante de Sanctis) n'est pas à conserver, les tableaux décrits sous ce nom se rapportant soit à la schizophrénie, soit à l'arriération intellectuelle, soit à des psychoses organiques.
- 4) La démence infantile (Heller) est une affection rare survenant dès l'âge de trois ans chez des enfants jusque là normaux ; elle se manifeste par les symptômes suivants : angoisse, agitation extrême, atteinte profonde du langage, développement d'une démence affective et intellectuelle, conservation d'une expression faciale intelligente, pas de signes neurologiques objectifs.
- 5) On appelle parfois héboïdophrénie une forme fruste de démence précoce débutant tôt et caractérisée par une apathie et une inertie peu accentuées, la disparition de l'activité professionnelle et des sentiments familiaux et sociaux, et surtout l'apparition de réactions antisociales.
- 6) La psychose maniaco-dépressive est une affection qui se manifeste par le retour de l'alternance d'états de mélancolie et de manie. Le premier état de mélancolie ou de manie survient parfois dans l'enfance, moins rarement dans l'adolescence. Les états de manie ou de mélancolie peuvent durer de quelques jours à quelques mois, parfois quelques années. Dans leur intervalle, on constate des traits de caractère et de comportement ne dépassant généralement pas les limites des variations caractérielles individuelles et n'empêchant pas l'adaptation.
- 7) Certains rattachent encore aux psychoses la paraphrénie juvénile (délire interprétatif des jeunes sujets).

C. NÉVROSES ET TROUBLES NÉVROTIQUES

- 1) Les névroses ou psycho-névroses sont des maladies mentales mineures comportant avec un degré plus ou moins grand de souf-france psychique (angoisse) une diminution de l'adaptation à la réalité et du rendement mais sans altération grave de la conscience et de l'intelligence, la conscience de la maladie étant généralement conservée. Les troubles névrotiques sont des symptômes dont le caractère partiel ou épisodique ne doit pas faire méconnaître la dépendance par rapport à une structure névrotique moins apparente.
- 2) L'angoisse (anxiété, état anxieux) est un symptôme fréquent de la névrose et peut en constituer à elle seule le tableau clinique. C'est un état de malaise psychique et physique, un sentiment de faiblesse et de détresse, une crainte morbide voisine de la peur, mais qui s'en différencie en ce qu'elle vise non un danger actuel mais l'indétermination propre au possible et au futur (attente). Elle s'accompagne généralement d'impressions corporelles constrictives à localisation le plus souvent laryngée ou thoracique. Les faits cliniques et l'usage de la langue ne permettent pas de maintenir la distinction classique entre l'anxiété (psychique) et l'angoisse (physique).
- 3) L'inhibition névrotique est un conflit entre le désir d'accomplir un acte d'adaptation et l'impossibilité psychologique de l'exécuter souvent à cause d'une angoisse liée aux conséquences de l'acte (faute, échec) ou à sa signification symbolique.
- 4) La névrose obsessionnelle est caractérisée par un conflit anxieux du malade avec lui-même; tout en conservant le sentiment intime de sa spontanéité, exagérant même sa responsabilité, il se sent moralement contraint, pour échapper à une faute possible, à des débats pénibles, interminables, épuisants, qui revêtent la forme du doute et qui retardent ou empêchent les actes d'adaptation.

Cliniquement, on distingue parmi les obsessions : les obsessions idéatives, les phobies et les impulsions. Les psychanalystes ont distrait les phobies du cadre de la névrose obsessionnelle sous la rubrique peu heureuse d'hystérie d'angoisse.

a) Dans la rumination obsessionnelle (idées obsédantes), il peut s'agir de spéculations morales, métaphysiques ou religieuses, par exemple sur la damnation, l'efficacité des intentions et des paroles, etc... La forme la plus fréquente et la plus typique est le scrupule c'est-à-dire la disposition à éplucher la moindre velléité, la moin-

dre action et à y découvrir des intentions mauvaises (sexuelles, agressives) à s'interroger interminablement sur les suites immédiates d'une action ou d'une omission et ses conséquences pour autrui.

- b) Dans la compulsion obsessionnelle (manies des anciens auteurs), le malade se sent obligé d'accomplir certaines actions, certains rites, pour échapper à la crainte angoissante de ce qui arriverait dans le cas contraire (cérémoniaux du coucher, manies de lavages, etc...). Il s'agit souvent d'actes symboliques, à efficacité magique, jouant un rôle de mécanismes de défense.
- c) L'impulsion obsessionnelle est la hantise anxieuse par une action agressive ou sexuelle que le malade réprouve, par exemple l'impulsion à tuer, frapper, crier dans une société, etc... Habituellement le malade ne cède pas à la tentation ou s'y soustrait par la fuite.
- d) La phobie est la crainte pathologique, excessive et obsédante, immotivée ou absurde de situations, d'objets ou d'actions ; exemples : l'agoraphobie ou peur de circuler au dehors, en particulier de traverser des espaces vides ; la claustrophobie ou peur des espaces clos ; la phobie des instruments piquants, tranchants ou coupants ; les zoophobies (phobies d'animaux) sont particulièrement fréquentes dans la petite enfance.

La névrose obsessionnelle ne prive pas le malade de sa lucidité; souvent, il observe minutieusement ses troubles et habituellement il en apprécie le caractère inadapté; cependant il croit au moins en partie à la nécessité de ses scrupules et de ses précautions.

La nevrose obsessionnelle se constitue et peut se manifester dès l'enfance; elle se manifeste plus souvent à l'adolescence.

- 5) L'hystérie (pithiatisme, névrose de conversion) se caractérise par la création de symptômes non organiques dans le domaine de la vie de relation. Exemples : crises convulsives pseudo-épileptiques, anesthésie, paralysies, contractures, troubles fonctionnels du langage, de la marche, etc... A l'insu du patient, la maladie a le sens d'une pathomimie spectaculaire destinée à frapper autrui. Les réactions hystériques sont fréquentes dans l'enfance et l'adolescence, surtout chez la jeune fille.
- 6) L'hypocondrie est un trouble de la conscience du corps propre dans lequel le sujet est porté à s'examiner sans cesse et à se découvrir toutes sortes de malaises et de maladies.
 - 7) L'anorexie mentale a deux formes cliniques selon l'âge.

Chez le nourrisson elle se manifeste par l'inacceptation du lait avant six mois ou d'aliments autres que le lait après six mois.

Chez l'adolescent et en particulier chez la jeune fille l'inacceptation de la nourriture fait partie de tableaux cliniques plus complexes et se rattache principalement à l'hystérie.

- 8 et 9) La boulimie est la compulsion à absorber des quantités excessives de nourriture, la potomanie des quantités excessives de boisson quelconque.
- 10) Les tics sont des mouvements parasites, spasmodiques, habituels et intermittents tels qu'ils pourraient être réalisés par la volonté mais surviennent automatiquement. Ils siègent souvent à la face mais peuvent affecter également les mouvements des mains, la respiration, la marche, etc...

D. TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT ET SYNDROMES PUBERTAIRES

Il convient d'attirer l'attention sur le fait que certains phénomènes de développement peuvent en imposer pour une psychose, une névrose ou une attitude névrotique. Il en est ainsi, en particulier, pour la crise de l'adolescence dont les manifestations, lorsqu'elles sont accentuées, font discuter le diagnostic de certaines névroses et assez souvent de la schizophrénie (associalité, repliement sur soi, ascétisme, intellectualisation, haine familiale, comportements pervers et réactions antisociales). Il s'agit bien en fait de manifestations psychonévropathiques mais dont le pronostic est lié à ce qu'elles sont des traits de développement destinés à disparaître.

II. -- DEFICIENTS

Un déficit peut être partiel (cécité, paralysie d'un membre) ou global (arriération). Plus la nature de la fonction atteinte est psychique, plus le déficit est global.

Parmi les déficits, on distingue les catégories suivantes :

- A. Infirmités.
- B. Déficits moteurs.
- C. Déficits du langage.
- D. Arriération mentale ou intellectuelle.

(à suivre)

A. INFIRMITÉS

Est infirme celui qu'une insuffisance grave et durable met dans la nécessité de compter avec l'assistance d'autrui. Les fonctions atteintes peuvent être soit les plus centrales de la vie psychique (arriération) soit ses instruments ; deux systèmes sont alors susceptibles d'être touchés : le système d'information ou sensoriel, le système d'exécution ou moteur.

- 1° Les grandes infirmités sensorielles comprennent principalement:
 - a) la cécité,
- b) la surdité qui congénitale ou précoce s'exprime cliniquement par la surdimutité (voir déficits du langage).
- 2° Dans la deuxième catégorie rentrent les infirmités des membres:
- a) absence congénitale d'un ou plusieurs membres par amputation amniotique ou traumatique (guerre).
- b) atrophie segmentaire ou totale d'un ou plusieurs membres par paralysie infantile.

Sensorielles ou motrices, les infirmités se signalent à l'attention des médecins et des éducateurs non seulement par leurs effets immédiats mais par leurs conséquences pour le développement et l'équilibre de la personnalité et la nécessité d'une rééducation motrice.

3° A côté des infirmités sensorielles ou motrices, il convient d'ajouter les infirmités viscérales, en particulier les cardiopathies et certaines infirmités pulmonaires (asthme, emphysème, bronchectasie) qui exigent des mesures de placement dans des conditions climatiques, éducatives et professionnelles particulières ; il en est de même des rachitiques graves, des scoliotiques.

B. Déficits moteurs

1) Wallon distingue entre les insuffisances corticales (voir arriération mentale) où la signature d'une atteinte du cortex cérébral peut être évidente (hémiplégie, aphasie) et les insuffisances sous-corticales. Cette distinction, évidemment théorique puisque le système nerveux fonctionne comme un tout, est cependant légitime : il est nécessaire d'opposer aux déficiences intellectuelles qui ont retenu davantage l'attention, les troubles de la conduite et des actes combinés à des syndromes sous-corticaux et extra-pyramidaux.

⁽¹⁾ Cf. Sauvegarde n° 2.

- 2) Une forme particulière d'asynergie motrice et mentale se manifeste par une instabilité dont les effets se font sentir simultanément dans les domaines moteur, affectif et intellectuel.
- 3) Des formes parentes sont réalisées par les syndromes d'hypotonie dont un cas bien connu est l'idiotie dite mongolienne.
- 4) Certains syndromes d'hypertonie combinent un état habituel d'hypertonie et des manifestations souvent perverses.
- 5) Le syndrome subchoréique est caractérisé par une instabilité qui ressemble en petit à celle de la chorée ; il s'y associe de l'émotivité et de l'irréflexion, des actes impulsifs et souvent délictueux.
- 6) Dupré et Merklen ont décrit un syndrome de débilité motrice et mentale qui met en cause les rapports de l'écorce cérébrale avec les centres sous-jacents. Ce complexus de déficiences fonctionnelles, composite et rarement au complet, comprend parmi ses symptômes : le signe des orteils, l'exagération des reflexes tendineux, la diminution des réflexes cutanés, les syncinésies, l'asynergie, la faiblesse et la maladresse des mouvements volontaires, la paratotonie, c'est-à-dire la substitution du raidissement à la résolution musculaires qui se manifeste notamment lors de la recherche des réflexes tendineux.
- 7 et 8) Parmi les symptômes moteurs déficitaires, il y a lieu de souligner et de définir les syncinésies caractérisées par l'inaptitude à dissocier un mouvement d'un ensemble moteur et psychomoteur (par exemple incapacité de séparer les mouvements des yeux de ceux de la tête, souvent observée dans l'exploration de la mobilité oculaire extrinsèque) et l'asynergie qui représente au contraire l'inaptitude à intégrer plusieurs attitudes ou mouvements dans une formule motrice d'ensemble, à réaliser l'unité d'un acte. Syncinésies et asynergie sont particulièrement importantes à connaître pour la rééducation motrice.
- 9 et 10) L'enurésie est l'incontinence des urines, surtout nocturne et moins souvent diurne.

L'encoprésie plus rare, est l'incontinence des matières fécales.

Ces symptômes frappants pour lesquels le médecin est souvent consulté sont solidaires d'ensembles psycho-moteurs affectifs et névrotiques complexes.

11 et 12) L'ambidextrie correspond à l'égalité, la sinistralité ou gaucherie, à la supériorité fonctionnelle de la main gauche par rapport à la main droite; ce sont des atypies plus que des déficits.

C. DÉFICITS DU LANGAGE

- 1) Dans la surdi-mutité, l'enfant qui n'entend pas ne parle pas spontanément et ne parlera qu'à la faveur d'un apprentissage spécial; dans la surdité incomplète, l'enfant ne peut pas entendre des sons d'une certaine fréquence ce qui entraîne l'absence de la perception et de l'émission de certains phonèmes, les sifflantes par exemple.
- 2) Le retard de la parole se présente sous diverses formes cliniques selon l'âge des enfants.
- a) L'audi-mutité (alalie) s'observe chez de jeunes enfants qui jusqu'à quatre et cinq ans n'émettent aucun mot ou seulement quelques mots; le plus souvent ces enfants comprennent plus q'ils ne parlent; il arrive cependant que la compréhension verbale soit ellemême déficiente (asymbolisme).
- b) L'agrammatisme, altération de la structure de la phrase qui reste primitive (parler petit nègre).
 - c) Les formes dyslaliques.
- 3) Les dyslalies sont des troubles de la parole d'origine périphérique ou centrale.
- a) Les dyslalies périphériques sont dues aux malformations et aux lésions des organes périphériques moteurs (dyslalie nasale ou rhinolalie, dyslalie laryngée, palatine, linguale, dentale, labiale; dyslalie par atteinte nerveuse périphérique).
- b) Les dyslalies centrales comprennent notamment les blésités et les bégaiements.
- 4) Les blésités sont des vices de prononciation dus à une anomalie du développement telle qu'un enfant de 7 ou 8 ans a encore l'élocution d'un bébé de deux ans ; mutations de voyelles ou de consonnes, assimilation de phonèmes, altérations de la structure du mot et de la phrase ; l'enfant ne possède pas encore tous les phonèmes de l'idiome qu'il parle ; les voyelles, phonèmes d'émission plus facile, sont en général mieux prononcées que les consonnes. Ce retard d'élocution ne s'accompagne pas de déficit flagrant de la compréhension du langage et de l'intelligence, bien que le développement de celles-ci soit en général plus ou moins retardé.
- 5) Le bégaiement est un trouble de l'émission volontaire de la parole auquel on décrit plusieurs formes : la forme clonique est caractérisée par la répétition convulsive d'une même syllabe sans

pouvoir passer à la suivante ; la forme tonique ajoute au trouble précédent l'impossibilité d'émettre une syllabe malgré la tension volontaire qu'on y apporte ; dans la forme inhibitoire le malade se montre, pendant un temps variable, incapable d'amorcer l'effort d'élocution.

Le bégaiement commence dans l'enfance, après trois ans, souvent au cours de la cinquième année. Il peut être tonique secondairement ou d'emblée; la facilitation de la parole automatique (chant, récitation) s'oppose à la difficulté de la parole volontaire et de l'improvisation. Le bégaiement s'inscrit dans un ensemble de désordre moteurs (syncinésies), respiratoires et organo-végétatifs, ceux-ci du type émotif. Toutes ces manifestations sont intermittentes et surviennent électivement dans les situations sociales.

- 6) On groupe sous le nom d'aphasie, des troubles complexes de la compréhension verbale et de la parole, symptomatiques de lésions au foyer d'un des hémisphères cérébraux (le gauche chez le droitier, le droit chez le gaucher). Les travaux modernes tendent à les ramener à des déficits du jeu synergique des fonctions de discrimination sensorielle (agnosie) et de régulation motrice (ataxie).
- 7) On désigne communément sous le nom d'alexie une inaptitude spéciale à apprendre à lire, en rapport avec la difficulté de saisir la signification symbolique de l'écriture et de passer du signe écrit au phonème. A l'alexie ainsi définie s'associent fréquemment des troubles de l'apprentissage de l'écriture et moins souvent du calcul.

D. ARRIÉRATION MENTALE OU INTELLECTUELLE

- 1) L'arriération mentale ou intellectuelle comprend les états de déficit psychique présentant les caractères suivants :
 - a) le déficit psychique est global;
- b) le trait le plus marquant en est l'insuffisance de l'intelligence que les tests d'intelligence permettent d'évaluer;
- c) le déficit s'il n'est pas congénital s'est constitué et manifesté précocement;
- d) le développement psychique est plus lent et plus limité que chez les enfants normaux;
- e) le déficit a pour cause une insuffisance de développement ou des lésions de l'écorce cérébrale.

(à suivre)

- 2) Le RETARDÉ se distingue de l'arriéré par les caractères suivants:
- a) Le déficit porte sur les acquisitions culturelles et les connaissances scolaires plus que sur l'intelligence qui peut être normale;
- b) Le déficit est une conséquence éducative et scolaire d'une maladie intercurrente ou de conditions d'ordre psychologique et social (négligence des parents, défauts de contacts sociaux et culturels, non-fréquentation scolaire);
- c) Le déficit est amendable à la faveur de mesures médico-pédagogiques appropriées.
- 3) On distingue classiquement trois degrés d'arriération mentale : l'idiotie, l'imbécillité et la débilité intellectuelle.
- a) L'IDIOT est un grand infirme mental, souvent difforme, gâteux, impotent, avec d'importantes déficiences d'ordre organovégétatif et instinctif; sa vie de relation est très réduite: ses émotions et ses mouvements ne sont pas adaptés aux situations et aux objets, il ne parle pas. On a pu caractériser la structure de son existence psychique comme subjective. Il peut être capable d'acquisitions mnésiques et d'un certain dressage.
- b) L'IMBÉCILE se distingue de l'idiot par une mémoire et des connaissances plus développées, par la parole, par l'aptitude à résoudre des problèmes concrets simples. Habituellement propre, il est incapable de s'adapter aux exigences scolaires et plus tard de vivre en liberté et de gagner sa vie sans assistance mais est susceptible de petits travaux ménagers ou manœuvriers. Sa déficience intellectuelle est flagrante.

Le GRAND DÉBILE ou DÉBILE PROFOND se rapproche de l'imbécile auquel il est supérieur.

c) Le DÉBILE LÉGER ou SIMPLE est un sujet dont l'infériorité intellectuelle est assez légère pour être méconnue de l'entourage et pour que le clinicien qui la soupçonne doive recourir à des procédés spéciaux pour la démontrer et l'évaluer. En ce qui concerne l'intelligence, on signale chez lui un ensemble de traits qui caractérisent la structure de la pensée enfantine avant 9-10 ans : prédominance des fonctions d'acquisition sur les fonctions d'élaboration ; prédominance de la pensée sensu-actorielle, c'est-à-dire concrète et pratique, sur la pensée lingui-spéculative ; égocentrisme, difficulté à se placer au point de vue d'autrui et à prendre conscience des opérations de sa propre pensée. Au point de vue caractériel, on peut noter l'instabilité de l'attention, le défaut de jugement et d'auto-

⁽¹⁾ Cf. Sauvegarde nos 2 et 3.

critique, la crédulité et la suggestibilité, la vanité, l'opposition et l'entêtement, l'irritabilité.

4) En se référant aux tests de BINET et SIMON et à la notion d'AGE d'INTELLIGENCE (A. I.) on a convenu de classer de la façon suivante les arriérés parvenus au terme de leur développement psychique:

Idiotie

Imbécilité profonde Imbécilité légère Débilité profonde Débilité légère A. I. inférieur à deux ans (trois ans pour certains auteurs).

A. I. entre deux et cinq ans.

A. I. entre cinq et sept ans.

A. I. entre sept et neuf ans.

A I. entre neuf et dix ans.

L. BONNIS a établi des courbes de développement et des tableaux tels que, pour un enfant d'un âge réel donné, l'âge d'intelligence permet de le situer dans la zone de l'imbécillité, de la débilité profonde ou légère, de la normalité.

En se référant à la notion de QUOTIENT D'INTELLIGENCE:

Q. I.
$$=\frac{A. I.}{A. R.} = \frac{\hat{a}ge \ d'intelligence}{\hat{a}ge \ réel}$$

On admet que l'idiot a un Q. I. inférieur à 0,20, l'imbécile un Q. I. entre 0,20 et 0,40 et le débile un Q. I. entre 0,40 et 0,80.

- 5) On parle d'intelligence limite lorsque l'intelligence, sans être débile, est lente et peu apte en particulier à la pensée abstraite et symbolique. L'attention de l'éducateur et du médecin doit être attirée sur tout enfant dont le Q. I. est compris entre 80 et 90.
- 6) Est perfectible un arriéré susceptible de s'améliorer, c'est-àdire d'atteindre un âge d'intelligence plus élevé, d'acquérir des connaissances scolaires et professionnelles, de s'adapter économiquement et socialement par ses propres moyens.

La perfectibilité dépend de plusieurs facteurs :

- a) Degré de la débilité: plus la débilité est légère, plus la perfectibilité est grande, toutes choses égales d'ailleurs;
 - b) Milieu social: la vie rurale réclame un Q. I. moins élevé;
- c) Milieu familial: le débile entouré est dans une situation plus favorable;
- d) Caractère, motricité et langage, dont les troubles aggravent les conséquences de la débilité et diminuent les chances d'adaptation :
- d) Précocité des mesures pédagogiques adéquates; plus elles sont tardives, plus le pronostic s'assombrit.

III. - CARACTERIELS

Le caractère est l'ensemble des dispositions et attitudes qui commandent la manière d'être et de réagir de l'individu dans ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même.

Les caractériels sont des sujets qui bien qu'inadaptés, et parfois gravement, n'apparaissent pas d'emblée comme des déficients et encore moins comme des malades : ils se présentent comme proches des normaux mais d'un caractère plus ou moins « faible » ou « mauvais ».

Sous la rubrique de CARACTÉRIELS on définira :

- A) Les TROUBLES DU CARACTÈRE.
- B) Les TROUBLES DE LA MORALITÉ.
- C) Les TYPES ÉVOLUTIFS des troubles du caractère et de la conduite.

A. TROUBLES DU CARACTÈRE.

Parmi les troubles du caractère on définira:

- 1) des troubles affectivo-moteurs;
- 2) des troubles différenciés du comportement social.

1. Troubles affectivo-moteurs.

- a) L'apathie et l'asthénie sont l'expression psycho-biologique d'une vitalité insuffisante ou de la restriction des dépenses vitales. Etre apathique, c'est ne pas ressentir, ne pas être affecté; être asthénique, c'est être sans force pour agir, entreprendre, continuer, terminer. Le complexus psychologique de l'apathie et de l'asthénie comprend l'indifférence, la paresse et la nonchalance, la lenteur, l'insuffisance du niveau des conduites adaptatives et du contrôle, le relâchement et le laisser-aller. L'asthénique cherche souvent à corriger son asthénie par la recherche de stimulations physiques, toxiques ou sociales.
- b) Contrairement aux apathiques, les hyperémotifs sentent trop; on dit d'eux qu'ils sont « sensitifs », « impressionnables ». Bien que l'on distingue des émotions sthéniques (joie, colère) et des émotions asthéniques (peur, tristesse), l'usage réserve plutôt le terme hyperémotivité à la disposition excessive aux émotions dépressives de l'ordre de la tristesse et de la peur. La psychologie moderne tend à assimiler le fond de l'hyperémotivité à une vulnérabilité vitale s'actualisant en anxiété ou angoisse, c'est-à-dire en un sentiment de faiblesse, en panique en face des dangers et des difficultés actuelles ou possibles (1). Par suite de l'absence ou du retard de la

⁽¹⁾ Page VI. C (2).

conduite adaptative adéquate et de la décharge, le conflit tend à s'intérioriser et à se prolonger en charge affective.

- c) L'impulsif est caractérisé par la disposition à agir sans réflexion, à accomplir des actes que la volonté et le jugement ne prévoient ni ne contrôlent; l'acte accompli reste plus ou moins étranger à la personnalité totale qu'il a en quelque sorte traversée; l'impulsif en dit : « C'est plus fort que moi ». Favorisés par l'insuffisance habituelle ou la diminution transitoire du contrôle, les actes impulsifs sont souvent des actes de décharge tels que l'agitation, la colère, l'agression; l'épileptoïdie est un type d'impulsivité.
- désigne proprement l'inaptitude habituelle à garder une attitude, à fixer l'attention, à continuer la même action, à soutenir un rythme régulier, à réagir d'une manière constante, à persévérer dans une entreprise et une ligne de conduite. L'enfant instable « a la bougeotte » au moral comme au physique et cela jusqu'à la turbulence. La pétulance de l'enfant normal s'en distingue parce qu'elle n'exclut pas l'aptitude à garder une attitude, à observer le silence et à fixer son attention. Certains auteurs distinguent des formes motrices et des formes affectives de l'instabilité.
- e) La perversité instinctive trouve classiquement sa place parmi les troubles affectivo-moteurs de base; ses éléments essentiels seront définis sous la rubrique « troubles de la moralité ».

2. Troubles différenciés du comportement social.

- a) L'introverti ou schizoïde est celui qui « vit en dedans » plutôt qu'en dehors, qui se désintéresse plus ou moins de la réalité, qui prend difficilement un contact affectif avec ses semblables mais dont les rapports affectifs une fois établis sont stables et intenses
- b) Le timide est un hyperémotif dont l'anxiété se développe électivement dans les situations sociales. Celles-ci sont vécues comme des épreuves, des examens qui éveillent ses sentiments de non-valeur et de culpabilité, sa défiance de soi, et lui font perdre sa présence d'esprit et ses moyens.
- c) Le suggestible est celui qui dépend à l'excès des suggestions d'un meneur ou du conformisme à un groupe. C'est souvent un débile ou un asthénique qui a besoin d'être stimulé et encadré.
- d) L'opposant peut se manifester sous la forme de la rébellion ouverte ou de la résistance passive.
- e) Le despote use de sa force physique ou de son autorité pour imposer sa volonté, ses préférences, ses prérogatives et ses jugements, sans égard pour l'existence et la valeur d'autrui chez qui il

suscite par ses comportements de domination la passivité ou l'opposition.

- f) Le paranoiaque est à la fois orgueilleux et méfiant, vulnérable et combattif, travaillé par les sentiments d'infériorité et le besoin de prestige; enclin à se croire lésé et prompt au sentiment d'injustice subie, il ne l'est pas moins à chercher réparations des dommages qu'il juge à tort ou raison avoir subis; c'est le « persécuté persécuteur » des anciens auteurs.
- g) Le caractère hystérique a pour traits principaux la revendication affective et les comportements spectaculaires déjà signalés.
- h) Le bovaryque est poussé à des comportements spectaculaires ou délictueux par inacceptation de sa propre infériorité et d'une réalité qui lui paraît trop terne; c'est une modalité du complexe d'infériorité, lequel comprend l'ensemble des conduites destinées tant à masquer des insuffisances adaptatives qu'à les compenser réellement.

B. TROUBLES DE LA MORALITÉ

- 1) Les troubles de la moralité sont des troubles du caractère et de la conduite dont un trait dominant est qu'ils sont condamnés par le jugement moral dans un groupe social déterminé; ce sont des dispositions ou des actions dont on dit qu'elles sont mauvaises, qu'elles sont des défauts ou des fautes.
- 2) En psychologie criminelle, on emploie indistinctement les mots criminalité et délinquance sans y introduire de distinction homologue à celle que la terminologie juridique établit entre crime et délit. Les termes délinquance infantile et juvénile, délinquant tendent à prévaloir, et il convient de se conformer à cet usage.

La délinquance des jeunes ne comprend pas seulement les infractions définies par le Code et poursuivies judiciairement, elle s'étend aux réactions anti-sociales au sens large.

La délinquance des jeunes est caractérisée par la triade vol, mensonge et fugue, ces comportements délictueux s'intriquant selon des formules différentes.

Les jeunes délinquants peuvent être des malades, des arriérés, des névrosés, des pervers, des caractériels. On peut cependant distinguer des types de délinquants selon la nature des délits.

Le voleur récidiviste est le type le plus fréquent ; le vol est le mode le plus habituel de la réaction délictueuse du jeune garçon et de l'adolescent.

Moins nombreux sont les fugueurs dont les vols ne sont souvent qu'un moyen ou qu'une conséquence de la fugue. A la fugue se rattachent l'école buissonnière et le vagabondage; les décretslois de 1935 font du vagabond un prédélinquant.

Le mensonge prend les proportions d'une réaction anti-sociale par sa fréquence et la gravité de ses conséquences, sous la forme de la mythomanie (par intérêt et cupidité, vanité ou malignité) et de la simulation des malades ou des attentats.

La délinquance sexuelle se manifeste principalement chez la jeune fille par la conduite légère et la prostitution, celle-ci souvent associée au vol, et chez le garçon par les attentats aux mœurs et la prostitution masculine.

Les coups et blessures se signalent chez le garçon comme effets de comportements combattifs à forme dominatrice et violente, ou de comportements utilitaires.

La prédélinquance est un mode de comportement dont on pronostique qu'il évoluera tôt ou tard en délinquance vraie; les signes d'alarme sont la déficience du milieu familial, les insuffisances des aptitudes et du caractère, l'inadaptation scolaire et professionnelle, les délits mineurs ne sortant pas encore de l'entourage immédiat (mensonges, vols domestiques, insubordination, etc...), l'exercice de métiers prohibés, parmi lesquels la prostitution juvénile.

3) Tandis que les comportements délictueux apparaissent comme des réactions anti-sociales, les perversions ou comportements pervers constituent des infractions à une « nature » dont l'idéal varie avec le groupe social ; ce sont des comportements « contre nature », des « vices », d'où le nom de « perversions instinctives » qui leur est souvent donné.

L'étude des enfants et des adolescents permet d'observer des comportements pervers nombreux et variés ; il en est qui se signalent particulièrement à l'attention des éducateurs et des médecins : ce sont le sadisme et l'homosexualité.

Le sadisme est la jouissance éprouvée à faire du mal à autrui, en lui infligeant une souffrance morale ou physique, en lui nuisant dans sa réputation et ses intérêts (mythomanie maligne). Il intervient également sous une forme plus déguisée dans les comportements de domination et de violence.

L'homosexualité consiste à être attiré sexuellement par des personnes du même sexe. Il convient de noter qu'une homosexualité peut être marquée sans aboutir à un contact sexuel, qu'il existe à l'adolescence des sentiments et des conduites fortement teintées d'homosexualité mais qui n'aboutissent pas à une homosexualité durable (homosexualité de développement) et qu'un contact homosexuel peut être fortuit et épisodique.

La masturbation est normale à certains âges (masturbations du nourrisson, de l'enfant de trois à cinq ans, de l'adolescent). Elle ne peut être considérée comme une perversion que par sa précocité (masturbation pré-pubertaire), ses excès ou sa persistance.

4) La perversité ou mentalité perverse est la disposition profonde et durable à des comportements anti-sociaux et pervers.

On peut lui décrire les caractères suivants :

- a) Amoralité: méconnaissance des normes et des valeurs, absence de la distinction entre l'acte banal et l'acte grave, absence du sentiment de la faute, propension à la réaction d'innocence et au sentiment d'injustice subie.
- b) Inaffectivité, indifférence: méconnaissance de l'existence et de la valeur d'autrui, absence d'amour, affirmation unilatérale des besoins, auto-érotisme.
- c) Impulsivité: insuffisance de la volonté et du contrôle, relâchement, nonchalance morale.
 - d) Inintimidabilité et récidive.
- e) Inadaptabilité: méconnaissance de la réalité, du « sérieux »; incapacité à construire l'avenir.

Pour les classiques, la perversité ainsi définie, est une anomalie tératologique; le pervers est « un monstre de la nature » (perversité idiopathique ou essentielle, doctrine de la perversité constitutionnelle, folie morale).

En restant sur le plan de la description on constate qu'il s'agit là de dispositions répandues à divers degrés chez les délinquants et les pervers ; lorsqu'elles sont réunies au complet et à leur plus haut degré, elles constituent le type clinique du grand pervers ; il existe également des petits pervers.

On distingue des pervers, sous le nom de pervertis, des sujets qui ne deviennent délinquants qu'à cause d'une éducation non seulement déficiente, mais activement mauvaise (mauvaises fréquentations, dressage); en fait, on constate chez eux un certain nombre de traits de la mentalité perverse, l'insuffisance des barrières morales et du contrôle, etc...

C. Types évolutifs des troubles de caractère et de la conduite

Il arrive que les troubles du caractère et de la conduite se manifestent non d'une manière continue ou subcontinue mais sur un mode intermittent, pendant un certain laps de temps. On convient d'appeler CRISES les troubles qui se manifestent d'une manière paroxystique, durant de quelques secondes ou quelques minutes à quelques heures; par exemple : la colère pathologique.

On convient d'appeler PÉRIODIQUES les troubles qui durent de quelques jours à quelques semaines ou quelques mois.

II PARTIE

· CLASSIFICATION MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

Les jeunes inadaptés sont classés ci-dessous en fonction des solutions thérapeutiques et pédagogiques dont ils relèvent. Cette distribution vise la généralité des cas et n'est pas impérative : un grand arriéré peut être laissé à sa famille si celle-ci dispose des moyens de l'assister ; les troubles du caractère relèvent, selon leur nature et leur degré, de la cure libre, de l'internat ordinaire ou de l'internat spécial. Dans l'ensemble on peut distinguer les récupérables, les semi-récupérables et les non-récupérables. A cette progression se superposent approximativement les degrés de la classification ci-dessous :

- 1. Inadaptation réactionnelle (enfants normaux et subnormaux inadaptés pour cause sociale : famille absente, désunie, insuffisante, ètc.).
- 2. Troubles moteurs légers. Troubles du langage (sauf surdité). Psychonévroses. Troubles caractériels légers. Retardés pédagogiques.
- 3. Infirmités sensorielles et motrices. Maladies organiques chroniques (tuberculose par exemple).
 - 4. Débilité perfectible.
 - 5. Troubles caractériels marqués.
- 6. Délinquants récidivistes et pervers.
 - 7. Psychoses.
- 8. Infirmités psychiques : arriération mentale profonde, épilepsie compliquée et non améliorable.

Internats ordinaires, placements familiaux, patronages.

Cure libre (rééducation motrice, orthophonie, psychothérapie, scoutisme, mesures pédagogiques diverses, classes de rattrapage ou de répétition).

Ecoles spéciales, préventoria ou sanatoria.

Instituts d'éducation spécialisés pour débiles (classes et écoles de perfectionnement).

Instituts d'éducation spécialisés pour caractériels.

Etablissements d'éducation surveillée, sections d'anormaux ou de sûreté des hôpitaux psychiâtriques.

Hôpitaux psychiâtriques.

Asiles, garderies, section d'anormaux des hôpitaux psychiâtriques.