

Insertion sociale du sujet handicapé mental

ZINET Fatima
Laboratoire SLANCOM, Université d'Alger

La compréhension des sujets doit se faire à partir de l'observation et non seulement par référence à une théorie. En matière d'éducation des personnes handicapées mentales, une place particulière est faite à la communication en tant que moyen de développement des compétences cognitives.

L'équilibre du sujet handicapé mental exige un milieu et un travail adapté à ses capacités.

Il est clair que la lenteur de son développement et les oscillations de son raisonnement, ainsi que son effet négatif sur ses possibilités d'apprentissage, le préparent mal à une acquisition intellectuelle. Il peut comprendre, mais n'utilise pas spontanément ce qu'il a appris dans des situations différentes. L'effort est donc, d'évaluer pour faire évoluer et former.

Certains enfants présentent plus que d'autres des besoins éducatifs. Tous les efforts des communautés éducatives doivent leur permettre de bénéficier des appuis, qui leur permettront l'acquisition des connaissances car il n'existe pas un enfant type, mais des enfants vivant avec leurs particularités. Nous devons donc réagir devant chaque cas, en fonction de sa propre structure psychologique.

L'enfant est sensible à l'idée qu'on se fait de lui, et il se juge lui-même, par rapport à la valeur que les autres lui accordent. Le désir de l'enfant de rejoindre la communauté sociale, ne peut être que réponse au désir de celle-ci de l'accueillir. Il s'agit d'accepter le sujet handicapé mental avec ce qu'il peut donner, et de faire en sorte qu'il soit admis, lui aussi, à collaborer dans la mesure de ses moyens, à la construction d'un monde humain.

Son intégration, qu'elle soit scolaire, sociale ou professionnelle, suppose la volonté de réduire le décalage entre les possibilités de la personne handicapée et les exigences de la société.

L'intégration exprime le droit à l'éducation et aux soins. L'intégration est l'aménagement de l'accueil et l'accompagnement qui permettent de créer progressivement une « autonomisation » et une « dé-marginalisation » de la personne handicapée. Notre accompagnement peut être partiel ou complet, temporaire ou durable, selon le degré du handicap et son évolution. Lorsque cet accompagnement devient inutile, on peut parler d'insertion.

Le monde du travail doit prendre conscience que les personnes handicapées peuvent participer à la vie des entreprises. Les services handicap n'est pas dans la plupart des cas, synonyme d'incompétence professionnelle.

Notre approche thérapeutique doit permettre au sujet handicapé mental d'avoir une meilleure représentation de lui-même, un langage plus élaboré, pour pouvoir s'intégrer au plan social.

Le travail doit s'appuyer sur une approche développementale. L'approche est positive en ce qu'elle vise la valorisation des potentialités, tout en acceptant les déficits. La progression est planifiée en fonction de l'évolution du sujet et de son degré de préparation pour aborder une nouvelle étape.

Ce qui caractérise le travail autour de l'enfant ou de l'adolescent handicapé, c'est la constitution d'équipes pluridisciplinaires qui doivent non seulement savoir travailler ensemble, mais aussi communiquer et agir avec d'autres partenaires. Le sujet doit être en mesure d'identifier les rôles particuliers de chacun. Les équipes pluridisciplinaires ont alors pour mission globale de gérer collectivement l'innovation au bénéfice d'un projet individualisé de prise en charge de l'enfant handicapé. C'est cette pluridisciplinarité, dans un contexte d'ouverture de l'institution et de mise en

réseau des compétences, qui fournit une plus-value éducative et thérapeutique, dans laquelle les équipes peuvent fonder leur existence et ressourcer leurs pratiques. Il est donc essentiel de conjuguer trois facteurs qui permettent l'émergence de l'innovation : l'expérimentation, la recherche et la formation. Dans une telle démarche, on forme à la fois les gens du terrain, progresser la recherche et prendre en considération le point de vue des sujets.

Le désir d'aider, aussi fort soit-il, ne remplace cependant pas les compétences. Le professionnel éprouvera des difficultés pour établir la relation s'il n'est pas porté par un désir, celui « d'être là avec l'autre en souffrance », ni trop distant, ni trop proche.

En outre, la souffrance parentale peut induire un dysfonctionnement de la relation affective avec l'enfant qui pourra éventuellement se traduire selon le cas par des attitudes de super protection ou au contraire des réactions de rejet. Certains parents sont eux-mêmes en situation d'échec, la peur de l'avenir peut être démultipliée. Les questions des parents sont multiples : comment leur enfant va-t-il évoluer ? Sera-t-il capable d'apprendre à lire, à compter ? Pourra-t-il apprendre un métier, obtenir un diplôme, trouver un emploi, être autonome.

C'est pourquoi la famille, qui a un rôle complémentaire, doit être informée, associée, soutenue.

I. Démarche

Notre expérience s'inscrit dans douze années d'exercice au CAT de Birkhadem, ce centre se situe au 4, lotissement Charbonnier, Domaine Tahar Bouchet ; Birkhadem Alger. Il a ouvert ses portes en 1986 pour la prise en charge de la population handicapé mentale, et de notre recherche en magistère d'orthophonie¹⁹⁹ soutenu en 2002 dans le cadre du projet de coopération co-dirigé par F. CHAUMON, hôpital d'Evry, et N. ZELLAL.

Tenant compte de toutes les considérations que nous venons d'énumérer, notre travail s'insère effectivement dans un esprit d'équipe pluridisciplinaire (nous travaillons en collaboration avec le psychiatre, le psychologue, l'éducateur); nous faisons beaucoup de guidance parentale.

Concernant notre démarche spécifique d'orthophoniste, nous avons exploité le langage par le dessin de notions cognitives. Il s'agit, dans notre travail, d'aider le sujet handicapé mental à affronter les situations par l'apprentissage de notions cognitives et de lui permettre d'accéder à la gestion du stress par des méthodes qui soient simples et pragmatiques.

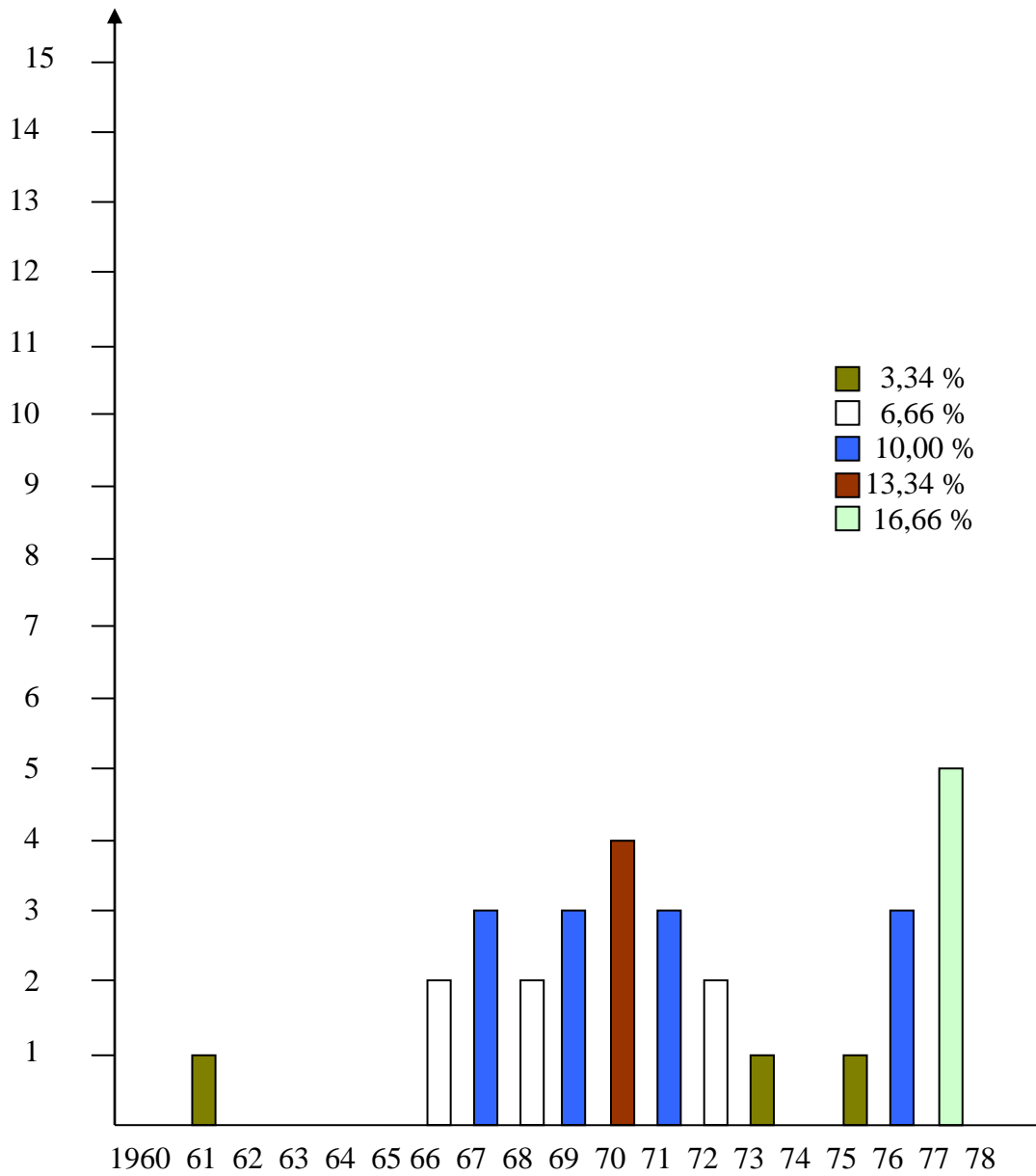
Nous avons approché 30 sujets handicapés mentaux, présentant des retards du développement psychomoteur, des troubles associés aux pathologies du développement mental ou des inhibitions dans un tableau d'anxiété (il s'agit de 30 sujets sélectionnés à partir de l'observation, à la fois transversale longitudinale de 170 adolescents handicapés mentaux).

¹⁹⁹ BENOUMECHIARA-ZINET Fatima, *Expérience de prise en charge du handicapé mental à travers une thérapie cognitive. A propos de 30 cas*, mémoire de magistère, s/d N. ZELLAL, Département de psychologie, des sciences de l'éducation et d'orthophonie, Université d'Alger, 2001.

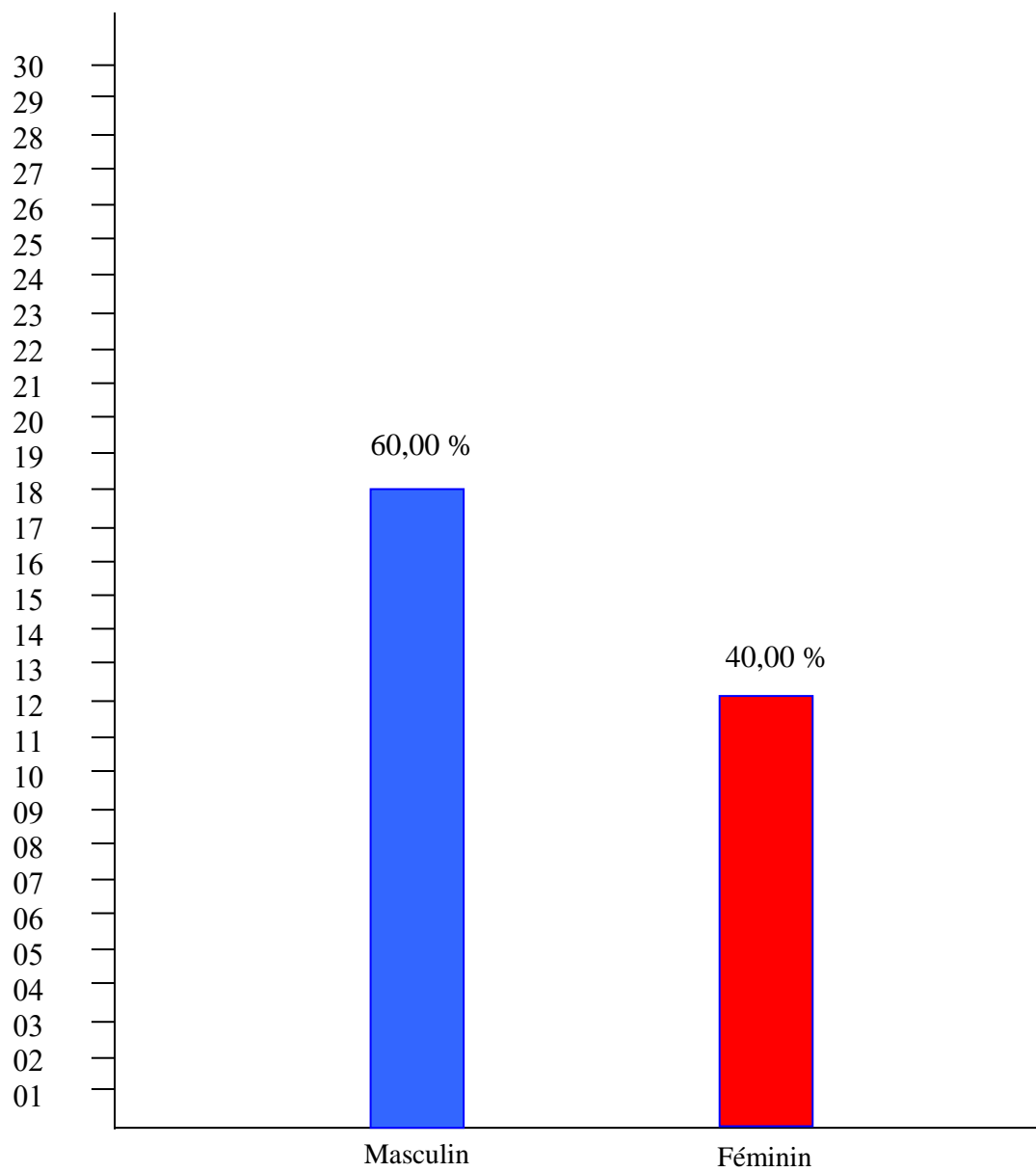
Tableau des 30 cas adolescents handicapés mentaux

Présentation des cas (initiales)	Année de naissance	sexe	Type d'handicap	Troubles associés
N.A	1961	M	- Handicap mental moyen	- Troubles d'articulation - Troubles du comportement
L.K	1966	M	- Handicap mental moyen	- Bégaiement
B.S	1966	F	- Handicap mental moyen	- Trouble de la personnalité
K.R	1967	M	- Infirmité motrice cérébrale - Handicap mental léger	- Troubles d'articulation
Z.N	1967	M	- Surdité - Handicap mental moyen	- Retard de langage
B.H	1967	F	- Handicap mental moyen	- Troubles de la personnalité - Bégaiement
K.K	1968	M	- Trisomie 21 - Handicap mental profond	- Retard de langage
L.K	1968	M	- Handicap mental moyen	- Bégaiement - Troubles du comportement
L.A	1969	M	- Surdité - Handicap mental moyen	- Troubles du comportement
S.L	1969	F	- Handicap mental moyen	- Retard de parole - Bégaiement
D.H	1969	M	- Handicap mental moyen	- Epilepsie - Troubles d'articulation
A.S	1970	M	- Handicap mental léger	- Epilepsie - Bégaiement
B.S	1970	F	- Handicap mental moyen	- Retard de langage
K.R	1970	M	- Handicap mental moyen	- Troubles d'articulation
C.Y	1970	M	- Handicap mental	- Epilepsie

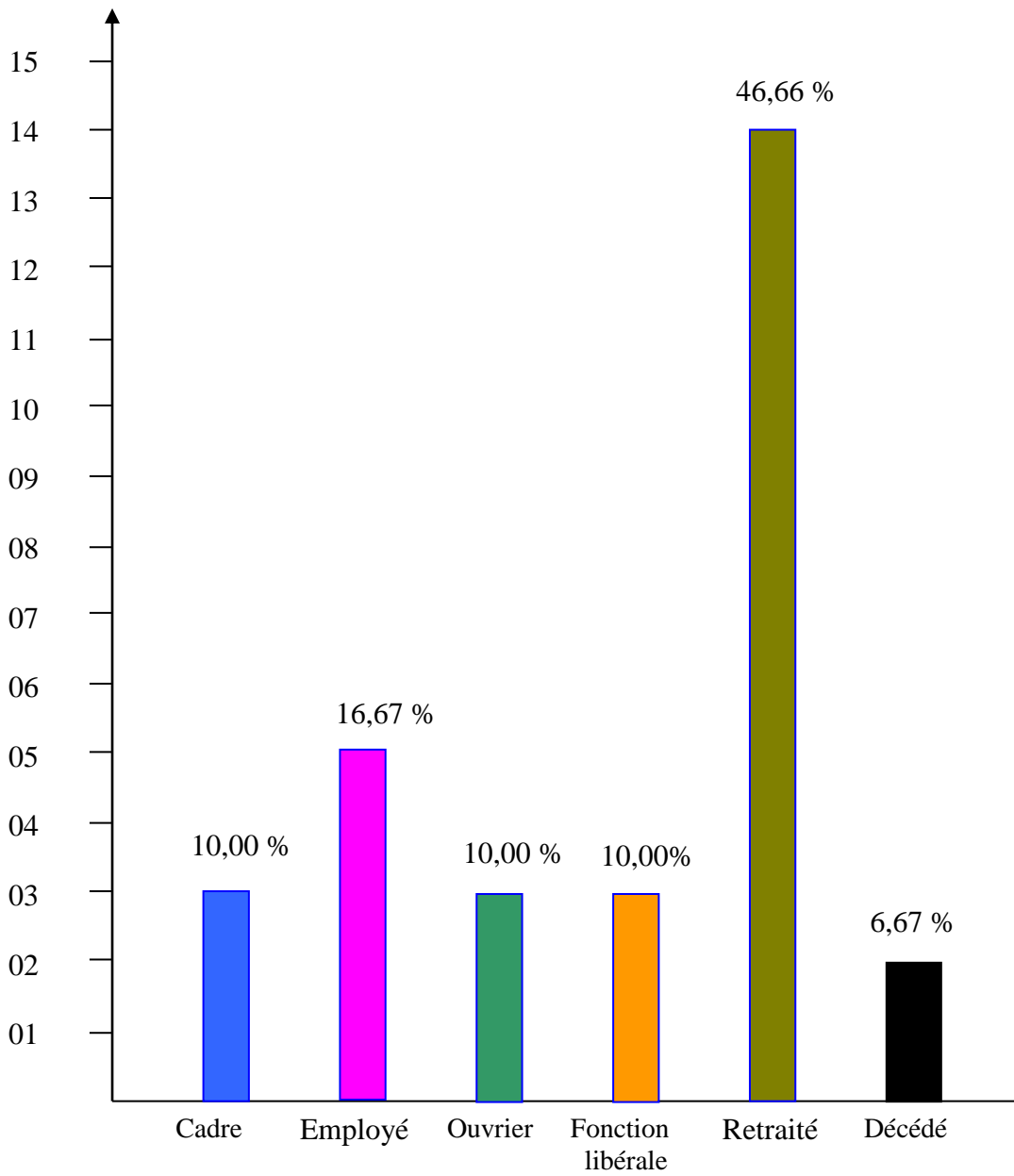
			moyen	
C.M	1971	M	- Handicap mental léger	- Bredouillement - Chlinterment
Y.F	1971	F	- Trisomie 21 - Handicap mental moyen	- Trouble de la personnalité
Z.M	1971	M	- Trisomie 21 - Handicap mental profond	- Retard de langage
H.M	1972	M	- Trisomie 21 - Handicap mental profond	- Retard de langage - Troubles d'articulation - Bégaiement
B.H	1972	F	- Trisomie 21 - Handicap mental profond	- Retard de langage
N.A	1973	M	- Aphasie	- Absence de langage - Troubles du comportement
B.K	1975	M	- Handicap mental moyen	- Trouble de la personnalité
S.M	1976	M	- Handicap mental moyen	- Troubles d'articulation
K.F	1976	F	- Trisomie 21	- Retard du langage
S.H	1976	F	- Surdit�e - Handicap mental léger	- Retard de parole
H.S	1977	F	- Surdit�e	- Retard de parole
T.M	1977	F	- Trisomie 21	- Troubles du comportement
I.F	1977	F	- Infirmité motrice cérébrale - Handicap mental moyen	- Crises d'épilepsie - Troubles d'articulation
A.A	1977	M	- Handicap mental profond	- Chlinterment
H.S	1977	F	- Handicap mental moyen	- Troubles d'articulation



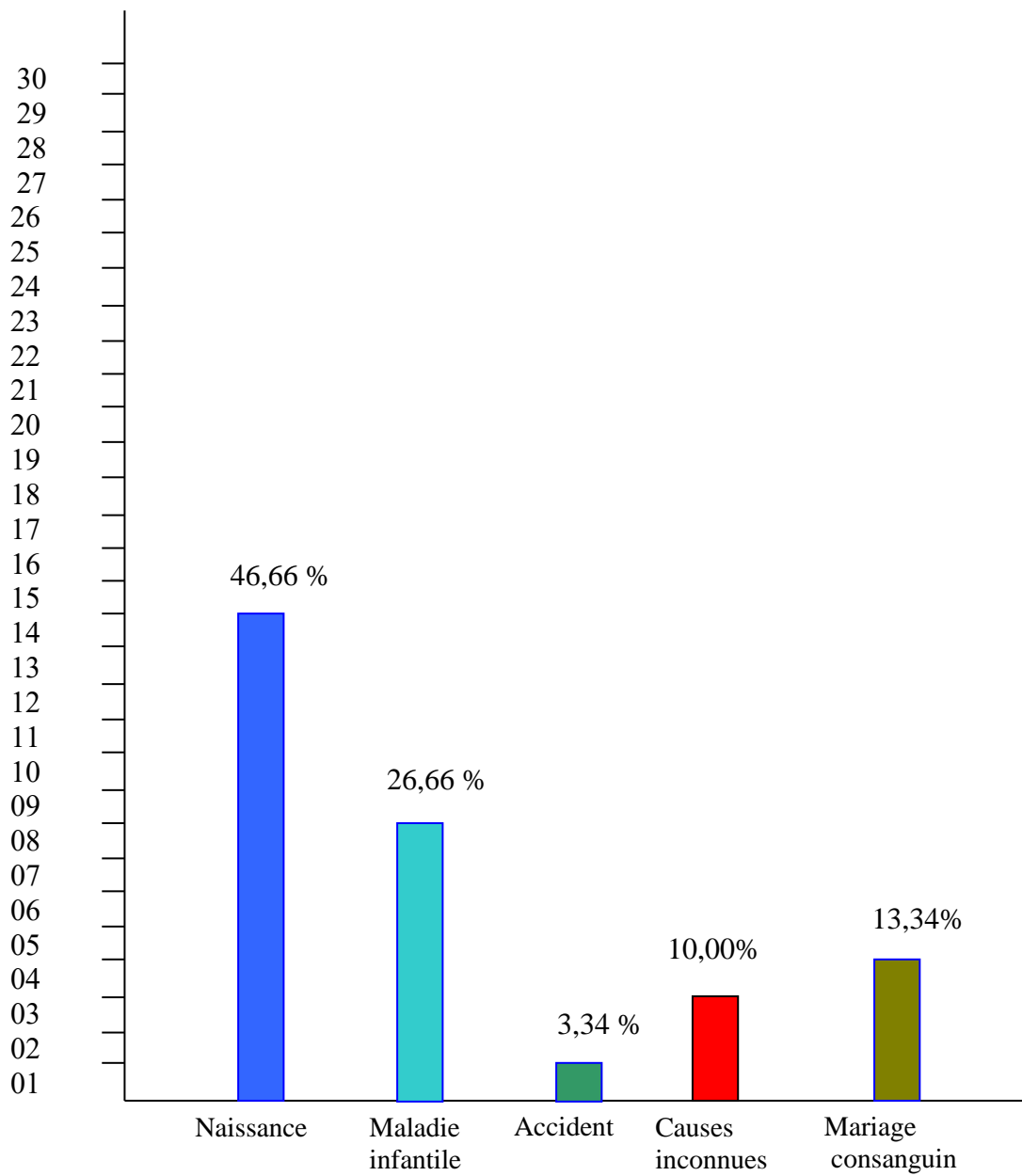
Moyenne d'âge de l'échantillon



Dessin graphique de l'échantillon selon le sexe



Origine sociale de l'échantillon



Étiologie du handicap mental de l'échantillon

L'objectif de notre démarche thérapeutique : mener le sujet handicapé mental, vers l'indépendance et le maximum d'autonomie compatible avec ses insuffisances.

Notre démarche vise l'entraînement du langage, de la mémoire visuelle et du raisonnement.

Il s'agit pour nous d'amener le sujet à établir entre le monde et lui, des rapports inexistantes.

Notre méthode consiste en l'application d'épreuves cognitives empruntées aux travaux de PIAGET : formes, couleurs... le tout, à travers le dessin. Leur emploi a pour but celui d'évaluer et d'améliorer les performances du sujet.

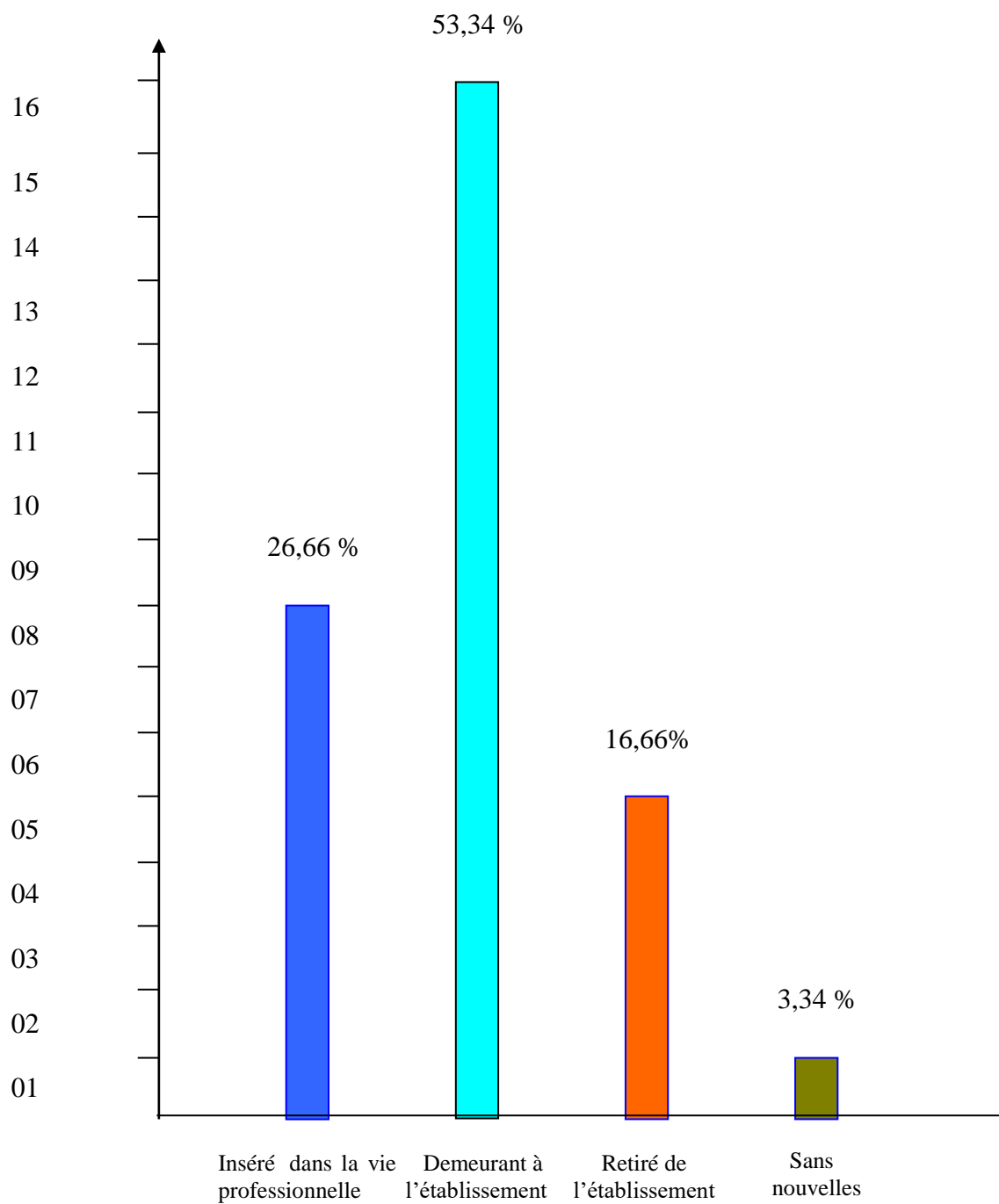
Intérêt de la technique du dessin : Comme tout acte, le dessin est une parole. C'est une conduite expressive qui indique les processus de structuration psychique sur les plans moteur, sensoriel, affectif et intellectuel. Nous avons essayé d'expliquer l'évolution de l'image de soi par rapport, à l'évolution de la pensée et l'apprentissage du langage, à travers un exposé de dessins.

Nous avons complété cette démarche par la technique des trois temps de SEGUIN, la psychomotricité, l'utilisation du miroir et ce, pour la prise de conscience et l'amélioration du schéma corporel.

Nous avons utilisé un certain nombre de notions cognitives dans la prise en charge du sujet handicapé mental, visant à faire acquérir la notion de transfert perceptif et le développement au sens piagétien.

I. Résultats

Nous avons contribué, par ce travail, à une insertion sociale et professionnelle d'un pourcentage de 26,66% de notre population. Nous relevons également, que 53,34% font montre d'un grand épanouissement, mais ces sujets sont restés au sein de l'établissement, faute de possibilité de se placer en institution professionnelle. Nous les considérons néanmoins, comme éléments productifs. Par contre, que 16,66% des sujets ont été retirés de l'établissement. Un pourcentage de 3,34% pour lesquels nous ignorons le devenir. Ainsi :



Insertion sociale et professionnelle de l'échantillon

En conclusion, les adolescents et les adultes handicapés mentaux peuvent accomplir des progrès en matière de langage, si nous intervenons systématiquement pour favoriser leur développement cognitif, leur insertion sociale devient alors possible.