

Université ABDEREHMANE MIRA BEJAIA  
Faculté Des Sciences Humaines et Sociales,  
Département des Sciences Sociales

*Mémoire de fin de cycle*

**En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie**

**Option : Psychologie Clinique**

**Le rôle de l'accompagnement social dans la prise en charge des  
handicapés mentaux légers**

**Cas pratique : Etudes des 7 cas au centre psycho pédagogique pour  
enfants inadaptés mentaux de Bejaia**

**Réalisé par**

**M<sup>elle</sup> SADELLI Kahina**

**M<sup>elle</sup> TOUATI Souad**

**Encadre par**

**Dr: BENKERROU FIADH**

**« Session Juin 2017 »**

# Remerciements

*Nous remercions le dieu de nous avoir donné le courage et la détermination*

*Pour mener à ce travail.*

*Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à notre encadreur  
monsieur*

**BENKERRUO FIADH**

*Pour l'encadrement de ce travail, sa disponibilité*

*Ses conseils et surtout ses critiques qui nous ont permis d'avancer*

*Recherche.*

*On tient à remercier le responsable de la spécialité le **DR NIGROUCHE***

*On tient également à remercier tout particulièrement nos très chers parents*

*Pour leur soutien et leurs encouragements.*

*On tient à remercier plus particulièrement notre promoteur de centre des*

*Inadaptées mentaux de Bejaia **Mr FARCHOLI** Brahim pour ses conseils,*

*Pour le temps qu'il nous consacré, pour ces difficultés réunions qui nous ont*

*Aider à comprendre notre travail.*

*Un grand remerciement à toute l'équipe pluridisciplinaire, pour leur  
accueil et*

*De nous avoir dévoilé les raisons du plaisir qu'ils trouvaient dans leur  
travail.*

*Nous tenons à remercier l'ensemble des enseignants de la  
formation « psychologie »*

*Clinique » qui nous nous jamais épargné d'effort pour nous former, ainsi que*

*Tous les enseignants de la faculté **SFS**.*

*Merci aux étudiants de « psychologie clinique » pour leur partage de  
Connaissances, d'idées, de savoir et pour leurs soutien durant notre parcours.  
A tout qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.*

*Un grand merci*

*Souad /kahina*

# Dédicaces

*On dédie ce modeste travail qui est le fruit de plusieurs années  
d'études à :*

*Nos très chers parents qui se sont sacrifié pour nous au tout long de  
nos études*

*Qui nous ont soutenu et donné la foi pendant nous parcourre.*

*Nos chers frères qui m'ont toujours encouragé durant notre parcours  
universitaires.*

*Nos chères sœurs et leurs époux pour leur soutien.*

*Nos neveux et nos nièces.*

*Tous nous oncles et nous tantes.*

*Nous chers cousins et cousines*

*Tout nous amis (es) avec lesquels on a passé cinq années inoubliables*

*Toutes les personnes qu'on aime et qui nous aiment*

## Liste des abréviations

<b>Abréviations</b>	<b>Significations</b>
<b>QI</b>	<b>QuêtionsIntellectuelle</b>
<b>IMC</b>	<b>Infériorité Motrice Cérébrale</b>
<b>OMS</b>	<b>Organisation Mondial de la Santé</b>
<b>FFH</b>	<b>Figure Fondamental de Handicap</b>
<b>CIH</b>	<b>Classification International des Handicapés</b>
<b>CPPEHM</b>	<b>Centre-Psycho Pédagogique Pour Enfant Handicape Mentaux de Bejaia</b>

## Liste des figures

<b>N°</b>	<b>Les titres</b>	<b>Page</b>
<b>Figure N°01</b>	<b>Le sens divers de l'accompagnement</b>	<b>30</b>
<b>Figure N°02</b>	<b>La prise en charge de secteur medico-social et le secteur sanitaire</b>	<b>34</b>

## Liste des tableaux

<b>N°</b>	<b>Les Titres</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau N°01</b>	<b>Les caractéristiques de notre échantillon</b>	<b>52</b>
<b>Tableau N°02</b>	<b>Les caractéristiques des enquêtes</b>	<b>53</b>
<b>Tableau N°03</b>	<b>Les caractéristiques des enquêtes</b>	<b>53</b>

# Sommaire

---

La liste des abréviations

La liste des tableaux

## Introduction Générale

### Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

1- Problématique.....	04
2- Les hypothèses .....	07
3- Raison du choix de thème .....	07
4- La pertinence de l'étude.....	07
5- Les objectifs de la recherche .....	08
6- Définition du concept.....	08
7- Les définitions opérationnelles.....	08

### Chapitre II : La personne en situation de handicap

#### Préambule

1- Définition de handicap .....	11
2- Les niveaux d'analyse de handicap.....	12
3- La classification de handicap.....	13
3-1. La classification internationale de handicap .....	13
3-2. La classification internationale du fonctionnement de santé de handicap.....	14
4- Les types de handicap.....	16
4-1. Handicap moteur .....	16
4-2. Handicap sensoriel .....	16
4-3. Handicap physique .....	17
4-4. Handicap cognitif .....	17

# Sommaire

---

5- Handicap mental .....	17
5-1. La classification de handicap mental .....	18
5-2. La clinique de handicap mental .....	20
5-3. Les causes de handicap mental .....	22
5-4. Handicap mental et maladie mentale .....	23
5-5. Les besoins particuliers de l'enfant en situation de handicap .....	24

Conclusion

## **Chapitre III : L'accompagnement et la prise en charge**

Préambule

1- Définition de la prise en charge .....	27
2- Définition de l'accompagnement social.....	27
3- Les pratiques variées .....	27
3-1. Le coaching.....	27
3-2. Le counseling .....	28
3-3. Le conseil et la consultance .....	28
3-4. Le tutorat .....	29
3-5. Le mentoring.....	29
3-6. Le compagnonnage .....	29
3-7. Le sponsoring .....	30
4- Accompagnement et prise en charge .....	31
5- Les différents types de secteurs spécialisés .....	32
5-1. Secteur sanitaire .....	32

# Sommaire

---

5-2. Secteur médicaux social .....	32
6- L'accompagnement social de l'enfant handicap mental .....	35
6-1. L'accompagnement vers l'autonomie .....	35
6-2. La difficulté d'autonomisation .....	35
6-3. Aide l'enfant à mieux développé son autonomie .....	37
7- Accompagnement vers la communication .....	39
7-1. Les troubles ou retards du langage et de la communication .....	39
8- L'intégration sociale .....	40
9- La famille à l'épreuve de handicap.....	41
9-1. La réaction initiale des parents .....	41
9-2. Processus d'adaptation des parents face à le handicap.....	41
9-3. Le point de vu des parents .....	43
9-4. Construire une relation positive à partir d'une relation obligée.....	44
10- Les frères et sœurs de l'enfant handicapé .....	44
10-1. Les sentiments éprouvés.....	45
10-2. Les besoins .....	45
10-3. L'aide des frères et sœurs de l'enfant handicapé .....	46
11- Les professionnels à l'épreuve de handicap .....	46
11-1. La réaction des professionnels .....	46
11-2. Le point de vu des professionnels .....	47
12- La relation éducative .....	47

Conclusion



# Sommaire

---

## **Chapitre IV : Méthodes et techniques utilisées**

### Préambule

1- Présentation de l'organisme d'accueil .....	49
2- La pré-enquête.....	50
3- La population mère .....	51
4- L'échantillonnage .....	51
5- Les méthodes et les techniques utilisées dans la recherche .....	53
6- Les limites de la recherche.....	56

### Conclusion

### L'analyse, l'interprétation et discussions des résultats

### Préambule

1- L'analyse des cas .....	58
2- Interprétation et discussion des résultats .....	66

### Conclusion

<b>Conclusion Générale .....</b>	<b>70</b>
----------------------------------	-----------

### La liste bibliographique

### Les annexes

# Introduction Générale

---

## Introduction

Les handicaps sources de frein à l'intégration sociale et au plein accès aux tâches de vie naturelle telles que l'autonomie et la communication la catégorie des «Handicaps mentaux» est particulière.

Les personnes handicapées mentales présentent, sous des formes variées et à des degrés.

Divers, une ou plusieurs déficiences dans le fonctionnement de leur intelligence : capacité de réflexion, de mémorisation, de conceptualisation. On parle alors plutôt de déficience cognitive. Cette déficience intellectuelle s'accompagne le plus souvent de troubles secondaires sur le plan du langage, de la motricité, des perceptions sensorielles, de la communication, ou du discernement. Le handicap mental est plutôt définie par es manques qu'elles qu'en soit les origines. Selon les degrés de déficience intellectuelle (Léger moyen Profond) la personne nécessite un accompagnement humain plus ou moins important pour sa vie quotidienne.

Le handicap mentale est un aspect très délicat à aborder, en particulier sous les angles suivants : l'intelligence, langage, la communication les interactions sociales, bien qu'il soit difficile à obtenir des réponses satisfaisantes les chercheurs et professionnels ne cessent d'en discuter en se focalisant là-dessous.

Avant même d'avoir la maturité, l'éducation familiale et remise en question, et actuellement, de nombreuse pays incitent leurs chercheur d'adopter des améliorations, pour standardiser une éducation spécialiser et adéquate, pour le bien de l'équilibre de l'enfant.

Aux premiers lieux l'accompagnement vis à vis ses personnes handicapées commencent par leurs familles, qui sont comme les autres mais il leur est demandé davantage pour s'occuper de leurs membres. Le Conseil de la famille croit, en conséquence, que la communauté doit accorder une attention spéciale à ces familles à qui incombent des exigences supplémentaires pour assurer le développement, le bien-être et l'intégration sociale de leurs proches handicapés. Ces familles ont à lutter pour surmonter la déficience mais aussi la discrimination qui l'accompagne encore trop souvent. Par cet Avis, le Conseil vise à permettre aux familles de mieux exercer leurs responsabilités afin de maintenir ou améliorer la vie autonome de la personne handicapée.

Mis à part le soutien des parentes de ses enfants, l'entourage à une grande importance auprès de ses déficients à fin de les portés d'aide sur le développement de la communication, et dans leurs vie quotidienne, en tant que l'objective d'une insertion sociale c'est de les faire

# Introduction Générale

---

Développés leurs capacités dans tous les niveaux pour participer à la vie sociale naturelle comme tout autres individus.

Pour cela, la prise en charge des enfants handicapés mentaux, dans des centres psychopédagogique, est une préoccupation d'un autre volet pour arriver à une meilleure intégration sociale et professionnels .d'après ce constat, nous avons opté le thème : « Le rôle de l'accompagnement sociale dans la prise en charge des inadaptées mentaux ». Et pour pouvoir effectuer cette recherche empirique, nous avons choisi le centre de l'inadaptées mentales de Wilaya de Bejaia.

Notre travail est devisé en deux parties complémentaires, partie théorique, et méthodologique, et une partie pratique, la première est composée de trois chapitres qui sont les suivants :

- Le premier chapitre concerne la problématique de l'objet, et évoque les raison et les objectifs du choix du thème, un aperçu sur les études qui ont procédé la nôtre, y compris les hypothèses et la définition des concepts clés.
- Le deuxième chapitre est théorique, portant sur la personne en situation de handicap, et sur l'accompagnement et la prise en charge des handicapés mentaux.
- Le troisième chapitre est méthodologique, en abordant les techniques de recherche, et les outils de collecte, qui nous à aider à accomplir notre travail de recherche (Méthode, technique utilisé, échantillonnage, l'enquête de terrain,...etc).

Quant à la partie pratique, elle est composée de deux chapitres :

Une partie pratique qui porte sur l'analyse des données collectés au niveau de notre terrain de recherche, lors de notre enquête. Nous allons discuter sur l'accompagnement des parents de leurs enfants handicapées au niveau du centre des inadaptées mentaux de Bejaia, ainsi leur prise en charge.

Après, nous allons sur la vérification de nos hypothése.et la fin, nous allons conclure notre travail de recherche par une conclusion générale.

## 1 .Problématique

Dans le monde entier, des milliers d'enfants souffrent de plusieurs troubles d'handicape et d'autre maladies qui représentent comme un ensemble d'altération qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme, ainsi depuis la classification internationale des handicapés montre Dembélé combien la maladie se révèle présente dans le processus de définition d'handicap au elle reste et explique en premier temps les causes de handicap, ainsi elle représente le point de démarrage d'analyse des causes de ce dernier (**TERRAL**).

D'après l'organisation mondiale de la santé(OMS) être handicapé toute limitation d'activité dans l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge au d'un accident en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en compromises (**LISBERTH, 2007**).

Actuellement, ce sont les notions de handicap mental, au déficience intellectuelle, déficience mental, et retard mental qui sont le plus souvent utilisées et peuvent être qualifiées des synonymes, dans un seul sens qui est «La perte définitive des capacité intellectuelles ou affectives entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80 %des capacité à exécuter une activité considérée comme normal pour un être humain consulte exclusivement par un médecin spécialiste dans le handicap mental ou psychiatrique » (**BLANC ,2002,P36**).

Ces deux termes handicap, handicap mental sont des phénomènes biophysologiques auxquelles s'associeraient à la périphérie des éléments sociaux .et en les utilise très largement dans tous les demain pour indique un désavantage, qu'il soit physique, social, et plus exactement l'impossibilité, de tenir les rôles sociaux que tout un chacun est amené a jouer au coure de sa vie social (**BLANC ,2002,P36**) ainsi il se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc.

Dans l'histoire et les modalités de prise en charge des personnes en situation d'handicap déficient intellectuelle, que notre société aujourd'hui donne une grande importance à ces handicapées mentales, puisque cet catégorie nécessite une prise en charge dans tous les plans; et le plus important d'avoir les insérer dans la société et avoir la possibilité de rester dans leur famille et dans leur milieux de vie habituelle et les considères comme tout personnes; juste de reconnaître les besoins et les souffrances et les difficultés Dante ils vécu.

Cette difficultés doivent être comprises et ne pas mises de côté, ces personnes ont donc généralement besoin d'une prise en charge qui fait appel à de multiples disciplines et de compétences intégrées au sein de l'institution sanitaire à la fois par la mise sous contrôle du ministère de la santé, et par la prise en charge financière de la sécurité sociale que la notion de soin et souligner comme premier objectif que tout éducatif le social le thérapeutique et pédagogique participent chacun à leur niveau, et chacun avec ces compétences propres à donner sens à cette notion de soin. de la sollicitude et de l'attention en vers l'enfant et son entourage familiale à l'acte de technique médicale ou réductif, tout est soin (TERRAL, 2002, P86).

La prise en charge nécessite une implication des différentes professionnelles dont l'intervention vont converger vers les mêmes buts.

Que chaque professionnel, à partir de sa spécificité, de son métier, se trouve inscrit dans une démarche de soin auprès de l'enfant ; celle-ci doit être homogène, visant une approche globale du sujet. Le projet individuel va être l'outil central pour assurer la cohérence de la prise en charge ; après un diagnostic qui permettra de repérer les besoins et les potentialités de l'enfant, après avoir déterminés les objectifs. (TERRAL, 2002, P87).

Ces prises en charge d'un jeune enfant porteur de handicap et sous la démarche de l'accompagnement sociale c'est tous les ressources soignants (Éducative et thérapeutique) exercent des actions de soutien à la vie sociale que ces démarches auront de doubles effets c'est d'aider l'enfant à s'approprier ou s'réapproprier une fonction sociale c'est de trouver sa place à la fois dans la norme, mais également dans ce qui différencie de l'autre et aussi de modifier le regard de son environnement social qui évacuera les stigmates du handicap en retenant la fonction sociale du moment, occupée par le sujet. (TERRAL 2002 P88)

Aujourd'hui, on estime qu'en Algérie il y a environ 2 millions de personnes handicapées en 2010. Et si l'on ajoute les personnes qui déclarent avoir un problème de santé, ou qui rencontrent des difficultés importantes dans leur activité quotidienne ou avoir eu un accident de travail dans l'année, ce nombre s'élève. (RAPPORT OMS, 2010)

Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la Santé, le nombre des handicapés en Algérie est de l'ordre de 1.975.084 personnes, dont 284.073 handicapés moteurs, 73937 handicapés auditifs, 173.362 visuels, 167.331 handicapés mentaux, 85.611 polyhandicapés, 626.711 personnes ont des maladies chroniques, 505.299 personnes ont d'autres handicaps et

29.380 personnes handicapées non déclarées ces chiffres ont donné l'occasion à plusieurs études. (**RAPPORT OMS ,2010**)

Le professeur WOOD est à l'origine d'une évolution essentielle dans la manière de Considère Le handicap : selon lui: une déficience qui «Correspond à toute Anomalie Et à toute modification physiologique, anatomique ou histologique » qui peut trouver Son Origine Dans Une maladie, entraîne une incapacité qui « Correspond à toute perturbation, Résultant d'une Déficience, des activités Physiques et mentales considérées comme Normales Pour un être humain », qui Elle-même produit un désavantage social ou situation de Handicap. (**FRIGEROI,2007**).

ALAIN GIAMI : à fait une étude (au sien de CTNERHI) portant sur les représentation des handicaps chez des parents et des professionnels; selon cet auteur chaque sujet ou chaque personne porte en elle une figure fondamental de handicap (F.F.H)que elle reconnaît plus ou moins suivant les cas ,cette reconnaissance n'excluant pas (Bien au contraire)le travail psychique de cette figure en relation avec d'autre élément de représentation .

Les étude de RAFFRERTY et al(2003) et Siegel, (1996, cités par Hunt et al.2004)ont mis en évidence les bénéfices obtenus auprès d'enfant en situation de handicap inclus dans l'enseignement maternel .ces bénéfices se situent au niveaux cognitif de l'acquisitionde langage du développement social et de la motricité comme le soulignent HANSON et al .(1997,cité par Hunt,2004),ces bénéfices ne sont atteignables que si l'on développe chez ces enfant des habilités à communiquer avec autres, à participer aux interaction sociales sans quoi ils courent un risque d'isolement social et «D'aggravation de leur handicap »(**ROSE, ,DOUMONT, 2007, P7**).

BERTRAND DUBRUIL dans un ouvrage publié en 2006,ou il est le premier à affirmer que s'agit d'abord et avant tout pour les professionnels d'accompagner le projet des parents, en utilisant tous les stouts d'une éducation qu'il revendique spécialisé, singulier renversement de perspective (**LESAIN et all, 2006, P7, P80**).

GOTTLIET et BUDDOFF 1973;GOTTLIEB et DAVIS 1973;CORMAN et GOTLIEB 1978:d'une manier générale, les recherche aboutissent à la conclusion que les enfants handicapés mentaux léger intégrés sont peu acceptes au sien des groupes d'enfants formant les classe régulières, récemment, une étude de Cavallero et porter (1980)a confirmé cette donnée en montrant que dans un groupes réunissant des enfant normaux et handicapés léger de 5ans; la sélection des partenaire pour le jeu se réalisait uniquement au sien de

groupes, d'enfant normaux d'une part et d'enfant handicapés d'autre part (**Lambert 1986,P43**).

A la lumière des recherches et des études antérieures et toute la documentation on pose cette question

Quelle est le rôle de l'accompagnement social dans la prise en charge des handicapés mentaux ?

## **2. Hypothèses**

Les hypothèses de cette recherche sont en lien avec la problématique et sont développées comme suit :

Les enfants en situation de handicap mental, nécessitant un accompagnement de leurs parents pour développer leur autonomie.

Les enfants en situation de handicap mental, acquérir un minimum de communication à partir de leur entourage.

## **2. Raison et choix du thème**

Les motivations qui nous ont poussés vers le choix de notre thème sont multiples et diverse que l'on peut classer comme suit :

Le pourcentage élevé des personnes handicapées, nous a attiré pour but d'orienter les recherches sur cette frange social négligée. Aussi pour but de Savoir la vision de la société et même les parents vers cette catégorie d'enfant. Et Connaitre la pratique de la prise en charge de l'inadaptées mentales.

Ainsi L'importance du sujet d'inadaptées qui présent l'une des préoccupations de la société.

## **3. La pertinence de l'étude**

Cette étude est d'une grande importance non seulement pour les concernée « personne vivant avec handicap » mais pour la société tout entiers, et plus spécialement ou parent pour leur explique importance de leur contribution dans l'accompagnement de leurs enfants handicapés, aussi Le pourcentage élevé des personne handicapé, nous a attiré pour but d'orienter les recherche sur cette frange social négligée .

#### **4. Les objectifs de la recherche :**

Cette recherche s'inscrit dans l'objectif de la mesure de montrer l'importance de l'accompagnement social dans l'évolution des personnes en situation de handicap, ainsi Déterminer la qualité et la nature de la prise en charge et l'accompagnement social, et son oublier le type de relation entre les professionnels, les familles et les personnes handicapées mentales.

#### **5. Définition des concepts :**

##### **5- 1. L'autonomie**

C'est la faculté dont dispose chaque individu, lui permettant la réalisation des différentes tâches et activités de la vie quotidienne de manière indépendante. A savoir : se laver seul s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, etc.

##### **5-2. La communication :**

Processus est ensemble de comportement servant à la production et la transmission et à la réception de l'information par l'entremise des systèmes symbolique partagée est définit socialement. (BLOCH et al, 1999)

##### **5-3. L'accompagnement social :**

Prend en compte l'urgence de la situation de (« survie » de la personne, la mise à l'abri, l'aide alimentaire, vestimentaire, la gestion des addictions) .tout en s'efforçant d'en identifier l'origine. Elle préoccupe des causes de façon à éviter les phénomènes d'assistance et de répétition. Dans ce sens l'accompagnement social est le vecteur de prévention à la rechute. (MAESTRACCI, 2008)

#### **6. Les définitions opérationnelles**

##### **6-1. L'autonomie :**

Dans ce travail de recherche, l'autonomie reste basée sur des dimensions de santé mentale et physique qui jouent une influence sur l'autonomie des personnes handicapées. Dans ce même sens, ZRIBI et Poupée-Fontaine définissent l'autonomie comme suit : « ce



terme est fréquemment utilisé pour l'ensemble de la population handicapée (sur les plans moteur, sensoriel, mental, psychique) ou âgée ». Par définition, une personne handicapée a une autonomie réduite.

Il faut tenir compte du type de handicap, de sa nature et de son contexte socio-économique.

La définition du Robert se positionne de la même manière : « pour les personnes mentalement ou psychologiquement handicapées, l'autonomie correspond, plutôt qu'à des capacités mentales, à une maîtrise de savoir-faire pratiques, d'habiletés sociales ainsi qu'à une insertion socio-relationnelle dans son environnement. ». Cela signifie bien que le terme autonomie s'évalue par la réalisation des différentes tâches et activités de la vie quotidienne de manière indépendante. À savoir : se laver seul, s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette ...etc.

## **6-2. La communication :**

la communication peut être définie comme le fait de transmettre quelque chose, c'est une relation d'échange pour un objectif de faire passer un message, une connaissance, une émotion, elle se divise en deux types de communication : verbale s'exprime par les paroles, et la communication non verbale s'exprime par le comportement, les expressions du visage et le toucher. (FRERY, 2012)

## **6-3. L'accompagnement social**

L'accompagnement signifie le surgissement de l'individu et, avec lui, la notion d'utilité sociale. Cette notion dérivée de l'intérêt général marque une transformation importante de l'action publique. Il ne s'agit pas seulement d'être en conformité avec l'esprit de service public, mais bien de satisfaire les besoins d'individus ou de territoires fragilisés (EUILLET, 2002).

## 1.Problématique

Dans le monde entier, des milliers d'enfants souffrent de plusieurs troubles d'handicape et d'autre maladies qui représentent comme un ensemble d'altération qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme, ainsi depuis la classification internationale des handicapés montre Dembélé combien la maladie se révèle présente dans le processus de définition d'handicap au elle reste et explique en premier temps les causes de handicap, ainsi elle représente le point de démarrage d'analyse des causes de ce dernier **(TERRAL)**.

D'après l'organisation mondiale de la santé(OMS) être handicapé toute limitation d'activité dans l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en compromises. **(LISBERTH,2007)**.

Actuellement, ce sont les notions de handicap mental, au déficience intellectuelle, déficience mental, et retard mental qui sont le plus souvent utilisées et peuvent être qualifiées des synonymes, dans un seul sens qui est «La perte définitive des capacité intellectuelles ou affectives entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80 % des capacité à exécuter une activité considérée comme normal pour un être humain consulte exclusivement par un médecin spécialiste dans le handicap mental ou psychiatrique » **(BLANC ,2002,P36)**.

Ces deux termes handicap, handicap mental sont des phénomènes biophysologiques auxquelles s'associeraient à la périphérie des éléments sociaux, et on les utilise très largement dans tous les domaines pour indiquer un désavantage, qu'il soit physique, social, et plus exactement l'impossibilité, de tenir les rôles sociaux que tout un chacun est amené à jouer au cours de sa vie sociale **(BLANC,2002,P36)**. Ainsi il se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc.

Dans l'histoire et les modalités de prise en charge, des personnes en situation d'handicap déficient intellectuelle, que notre société aujourd'hui donne une grande importance à ces handicapées mentales, puisque cette catégorie nécessite une prise en charge dans tous les plans; et le plus important d'avoir les insérer dans la société et avoir la possibilité de rester dans leur famille et dans leur milieu de vie habituel et les considère comme toute autres personnes; juste de reconnaître les besoins et les souffrances et les difficultés qu'ils traversent dans leur vécu.

Ces difficultés doivent être comprises et non pas mises de côté, ces personnes ont donc généralement besoin d'une prise en charge qui fait appel à de multiples disciplines et de compétences intégrées au sein de l'institution sanitaire à la fois par la mise sous contrôle du ministère de la santé, et par la prise en charge financière de la sécurité sociale que la notion de soin et souligner comme premier objectif que tout éducatif le social le thérapeutique et pédagogique participent chacun à leur niveau, et chacun avec ces compétences propres à donner sens à cette notion de soin. de la sollicitude et de l'attention en vers l'enfant et son entourage familiale à l'acte de technique médicale ou réductif, tout est soin **(TERRAL, 2002, P86)**.

La prise en charge nécessite une implication des différentes professionnelles dont l'intervention vont converger vers les mêmes buts.

Que chaque professionnel, à partir de sa spécificité, de son métier, se trouve inscrit dans une démarche de soin auprès de l'enfant ; celle-ci doit être homogène, visant une approche globale du sujet. Le projet individuel va être l'outil central pour assurer la cohérence de la prise en charge ; après un diagnostic qui permettra de repérer les besoins et les potentialités de l'enfant, après avoir déterminés les objectifs. **(TERRAL, 2002, P87)**.

Ces prises en charge d'un jeune enfant porteur de handicap et sous la démarche de l'accompagnement sociale c'est tous les ressources soignants (Éducative et thérapeutique) exercent des actions de soutien à la vie sociale que ces démarches auront de doubles effets c'est d'aider l'enfant à s'approprier ou s'réapproprier une fonction sociale c'est de trouver sa place à la fois dans la norme, mais également dans ce qui différencie de l'autre et aussi de modifier le regard de son environnement social qui évacuera les stigmates du handicap en retenant la fonction sociale du moment, occupée par le sujet. **(L TERRAL 2002 P88)**

Aujourd'hui, on estime qu'en Algérie il y a environ 2 millions de personnes handicapées en 2010. Et si l'on ajoute les personnes qui déclarent avoir un problème de santé, ou qui rencontrent des difficultés importantes dans leur activité quotidienne ou avoir eu un accident de travail dans l'année, ce nombre s'élève. **(RAPPORT OMS ,2010)**

Selon les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé, le nombre des handicapés en Algérie est de l'ordre de 1.975.084 personnes, dont 284.073 handicapés moteurs, 73937 handicapés auditifs 173.362 visuels, 167.331 handicapés mentaux 85.611 polyhandicapés 626.711 personnes ont des maladies chroniques, 505.299 personnes ont d'autres handicaps et 29.380 personnes handicapées non déclarées ces chiffres ont donné l'occasion à plusieurs études. **(RAPPORT OMS ,2010)**

Le professeur WOOD est à l'origine d'une évolution essentielle dans la manière de Considère Le handicap : selon lui: une déficience qui «Correspond à toute Anomalie Et à toute modification physiologique, anatomique ou histologique » qui peut trouver Son Origine Dans Une maladie, entraîne une incapacité qui « Correspond à toute perturbation, Résultant d'une Déficience, des activités Physiques et mentales considérées comme Normales Pour un être humain », qui Elle-même produit un désavantage social ou situation de Handicap.

( **FRIGEROI,2007**).

GOTTLIET et BUDDOFF 1973;GOTTLIEB et DAVIS 1973;CORMAN et GOTLIEB 1978:d'une manière générale, les recherche aboutissent à la conclusion que les enfants handicapés mentaux léger intégrés sont peu acceptés au sien des groupes d'enfants formant les classes régulières, récemment une étude de Cavallero, et porter (1980)a confirmé cette donnée en montrant que dans un groupes réunissant des enfant normaux et handicapés léger de 5ans; la sélection des partenaire pour le jeu se réalisait uniquement au sien de groupes, d'enfant normaux d'une parte et d'enfant handicapés d'autre parte(**Lambert 1986,P43**).

Les études de RAFFRETTY et al (2003) et Siegel, (1996, cités par Hunt et al.2004) ont mis en évidence les bénéfices obtenus auprès d'enfant en situation de handicap inclus dans l'enseignement maternel. Ces bénéfices se situent au niveaux cognitif de l'acquisition de langage du développement social et de la motricité comme le soulignent HANSON et al .(1997,cité par Hunt,2004),ces bénéfices ne sont atteignables que si l'on développe chez ces enfant des habilités à communiquer avec autres, à participer aux interaction sociales sans quoi ils courent un risque d'isolement social et « d'aggravation de leur handicap » (**ROSE, DOUMONT, 2007, P7**).

ALAIN GIAMI : à fait une étude (au sien de CTNERHI) portant sur les représentation des handicaps chez des parents et des professionnels;selon cet auteur chaque sujet ou chaque personne porte en elle une figure fondamental de handicap (F.F.H)que elle reconnaît plus ou moins suivant les cas ,cettereconnaissance n'excluantpas (Bien au contraire)le travail psychique de cette figure en relation avec d'autre élément de représentation .

BERTRAND DUBRUIL dans un ouvrage publié en 2006,ou il est le premier à affirmer que s'agit d'abord et avant tout pour les professionnels d'accompagner le projet des parents, en utilisant tous les stouts d'une éducation qu'il revendique spécialisé, singulier renversement de perspective (**LESAIN et all, 2006, P7, P80**).

A la lumière des recherches et des études antérieures et toute la documentation on pose cette question

Quelle est le rôle de l'accompagnement social dans la prise en charge des handicapés mentaux ?

## **2. Hypothèses**

Les hypothèses de cette recherche sont en lien avec la problématique et sont développés comme suit :

Les enfants en situation de handicap mentale, nécessitant un accompagnement de leurs parents pour développer leur autonomie.

Les enfants en situation de handicap mentale, acquérir un minimum de communication à partir de leur entourage.

## **3. Raison et choix du thème**

Les motivations qui nous ont poussés vers le choix de notre thème sont multiples et diverse que l'on peut classifier comme suit :

Le pourcentage élevé des personnes handicapées, nous a attiré pour but d'orienter les recherches sur cette frange social négligée. Aussi pour but de Savoir la vision de la société et même les parents vers cette catégorie d'enfant. Et Connaitre la pratique de la prise en charge de l'inadaptées mentales.

Ainsi L'importance du sujet d'inadaptées qui présent l'une des préoccupations de la société.

## **4. La pertinence de l'étude**

Cette étude est d'une grande importance non seulement pour les concernée « personne vivant avec handicap » mais pour la société tout entiers, et plus spécialement ou parent pour leur explique l'importance de leur contribution dans l'accompagnement de leurs enfants handicapés, aussi le pourcentage élevé des personnes handicapés, nous a attiré pour but d'orienter les recherche sur cette frange social négligée .

## **5. Les objectifs de la recherche :**

Cette recherche s'inscrit dans l'objectif de la mesure de montrer l'importance de l'accompagnement social dans l'évolution des personnes en situation de handicap, ainsi Déterminer la qualité et la nature de la prise en charge et l'accompagnement social, et son oublier le type de relation entre les professionnels, les familles et les personnes handicapées mentales.

## **6. Définition des concepts :**

### **6- 1. L'autonomie :**

C'est la faculté dont dispose chaque individu, lui permettant la réalisation des différentes tâches et activités de la vie quotidienne de manière indépendante. A savoir : se laver seul s'alimenter, s'habiller, faire sa toilette, etc.

### **6-2. La communication :**

Processus est ensemble de comportement servant à la production et la transmission et à la réception de l'information par l'entremise des systèmes symbolique partagée est définit socialement. (BLOCH et all, 1999)

### **6-3. L'accompagnement social :**

Prend en compte l'urgence de la situation de (« survie » de la personne, la mise à l'abri, l'aide alimentaire, vestimentaire, la gestion des addictions). Tout en s'efforçant d'en identifier l'origine. Elle préoccupe des causes de façon à éviter les phénomènes d'assistance et de répétition. Dans ce sens l'accompagnement social est le vecteur de prévention à la rechute. (MAESTRACCI, 2008)

## **7. Les définitions opérationnelles :**

### **7-1. L'autonomie :**

Dans ce travail de recherche, l'autonomie reste basée sur des dimensions de santé mentale et physique qui jouent une influence sur l'autonomie des personnes handicapées. Dans ce même sens, ZRIBI et Poupée-Fontaine définissent l'autonomie comme suit : « ce terme est fréquemment utilisé pour l'ensemble de la population handicapée (sur les plans

moteur, sensoriel, mental, psychique) ou âgée ». Par définition, une personne handicapée a une autonomie réduite.

Il faut tenir compte du type de handicap, de sa nature et de son contexte socio-économique.

La définition du Robert se positionne de la même manière : « pour les personnes mentalement ou psychiquement handicapées, l'autonomie correspond, plutôt qu'à des capacités mentales, à une maîtrise de savoir-faire pratiques, d'habilités sociales ainsi qu'à une insertion socio-relationnelle dans son environnement. ». Cela signifie bien que le terme autonomie s'évalue par la réalisation des différentes tâches et activités de la vie quotidien de manier indépendant. A savoir : se laver seul, s'alimente, s'habiller, faire sa toilette ...etc.

### **7-2. La communication :**

la communication peut ce définie comme le fait de transmettre quelque choses,c'est une relation d'échange pour un objectif de faire passerun message une connaissance une émotion,elle se divise en deux type communication verbale s'exprime par les parole ,et la communication non verbal s'exprime par le comportement, les expressions du visage et le touché .(FRERY ,2012)

### **7-3. L'accompagnement social :**

L'accompagnement signe le surgissement de l'individu et, avec lui, la notion d'utilité sociale. Cette notion dérivée de l'intérêt général marque une transformation importante de l'action publique. Il ne s'agit pas seulement d'être en conformité avec l'esprit de service public, mais bien de satisfaire les besoins d'individus ou de territoires fragilisés (EUILLET, 2002).

### • Préambule

Dans ce chapitre nous allons représenter, qu'est ce que veut dire la notion d'un handicap et quel est sa classification, donne à ces catégories de personne, à fin d'étudier le handicap mental en détaille.

Les termes « handicap » et « Personnes handicapées » sont d'apparition relativement récente.

Ils sont progressivement supplantés « infirme », « invalide »; « Inadapté », « Paralysé », « Mutilé » ou encore « Débile », aussi bien dans le discours quotidien que dans grande partie du langage médical et juridique.

Cette évolution, dans laquelle les milieux associatifs et des milieux professionnels spécialisés ont joué un rôle déterminant, a pour motif premier la volonté d'éviter les mots au caractère péjoratif et dévalorisant. (LIBERMAIN, 2011).

C'est le même cas dans notre société, qui a donné une autre appellation à ces personnes sous le nom des « Personne aux besoins spécifiques » ou elle désigne une partie de son développement économique, dans l'objectif d'avoir des mécanismes de protection sociale.

### 1. Définition de « handicap » :

Handicap : en son sens le plus général se définit comme un désavantage, une infériorité, il n'est pas spécifique mais dépend de l'environnement.

Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie : « Handicap est la situation d'une personne se trouve désavantager, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernière étant considérée en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs et culturels » (BLOCH, H et al- 2003 P421).

*« Est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ces besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de collectivité » (René Lenoir).*



*« Est Apple handicapé celui dont l'intégrité physique ou mental est progressivement ou définitivement diminuée, d'une soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouve compromise ».*

D'après ces définitions, on peut dire que les personne aux besoins spécifique se définit par un degré d'impossibilité, conséquence d'un trouble, évaluer par en rapporte de l'environnement et donc à une norme sociale et permet de juger de l'autonomie d'une personne.

## **2. Les niveaux d'analyse du handicap :**

Ce système d'identification du handicap comporte des niveaux qui facilite l'analyse du phénomène handicap que chacune de ces niveau utilise un vocabulaire approprié :

- **Le corps :**

Ceniveau composts tous les aspects biologiques du corps humain, avec ses particularités morphologiques, anatomiques, histologiques, physiologiques et génétiques.

Qui veut dire : ilyacertaines modifications du corps d'origine pathologique (maladie ou traumatisme)ou physiologique (Effets de l'âge, grossesse) peuvent entrainer des limitations des capacités.

- **Les capacités :**

Ce niveau comporte les fonctions physiques et mentales (Actuels ou potentielles) de l'être humain, compte tenu de son âge et de son sexe, indépendamment de l'environnement où il se trouve quisont propre à chaque individu, peuvent survenir à la suite de modification du corps, mais aussi du fait d'altérations de sa subjectivité.

- **Les situations de la vie :**

Ce niveau ce comportela confrontation (Concrète ou non) entre une personne et la réalité d'un environnement physique, social et culturel.

Les situations rencontrées sont : Les actes de la vie courant, familiale, deloisirs, d'éducation, de travail et de toutes les activités bénévoles, de solidarité et de culte dans le cadre de la participation social.

- **La subjectivité :**

Ce niveau comporte le point de vue de la personne incluant son histoire personnelle, sur son état da santés et son statut social.

Il tient compte du point de vue de la personne sue son corps (Difformité) sur ces capacités (être diminué, faible), sur ses situation de handicap (Exclusion)et sur son devenir(réadaptation).

Il intègre le vécu émotionnelles des événements traumatisant:circonstances d'apparition et d'évolution, annonce et prise de conscience de la réalité »s des faits et acceptation de vivre avec sa nouvel condition.

### **3. Les classifications de « handicap » :**

#### **3-1. Classification international du handicap :**

Etla première classification représente par Philip Wood en 1980. Cette classification qui visait à la fois des paramètres individuels aves les termes « Déficience », «Incapacité » et des éléments sociaux « Désavantage ».

Ou il définit le handicap comme « La conséquence désavantageuse de lésions et de perturbations fonctionnelles responsables d'incapacités ».

- **La déficience :**

Peut être durable ou transitoire et correspond à une atteinte ou une altération d'une fonction physique, psychique ou sensorielle. Le domaine de la déficience est constitué dans la **CIH**de neuf catégories : « Les déficiences intellectuelles et de psychisme ; les déficiences du langage et de la parole ; les déficiences auditives ;les déficiences de l'appareil oculaire ; les déficiences des autres organes ;les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien ;les déficiences esthétique et enfin les déficiences des fonctions générales;sensitives et autres».

Certaines personnes atteintes de handicap peuvent relever de plusieurs de ces catégories ; par exemple un enfant trisomique peut avoir des problèmes visuels, un enfant infirme moteur-cérébral peut avoir une atteinte de l'audition. **(Romano,2011,P 46).**

- **L'incapacité :**

Représentent la conséquence de la déficience .elle est évaluée en termes de diminution partielle ou total temporaire ou définitive, de la capacité à accomplir une activité quotidienne. L'incapacité comporte de neuf catégories : « *Celle qui concernent les comportements, la communication, les soins corporels, la locomotion, l'utilisation de corps dans certains tâches, les maladroitness, les incapacités révélées dans certains situations, celles qui concernent les aptitudes particuliers et les autres restrictions d'activités.* »**(Romano, 2011P47).**

- **Le désavantage social :**

Correspond à toutes conséquences et les restrictions sociales consécutives de la déficience et/ou de l'incapacité. Il recouvre aussi le décalage entre le vécu de l'enfant ou de l'adulte atteint de le handicap et les représentations que son entourage et que l'environnement sociale ont élaboré à son égard.il peut être ainsi constaté des écarts considérables entre enfant présent le même handicap:certain très soutenue par leur entourage font des acquisitions des progrès considérables alors que d'autre,sans stimulation particuliers,n'évoluent pas avec le même succès.**(Romano, 2011P47).**

### **3-2. La classification international du fonctionnement de la santé et du handicap :**

En 2001, l'organisation mondial de la santé a donc décide de réviser la **CIH** et adopté la classification international du fonctionnement de la santé et du handicap.

Cette nouvelle classification marque un changement profond dans la représentation du handicap et de la personne handicapée. Ou elle considère l'état de santé de façon plus large, en ne le réduisant pas exclusivement la question du handicap, mais conserve la présentation initial corps/personne/société. Elle prend davantage les facteurs psychologiques, les facteurs environnementaux ; dans perspectives systémique multidimensionnelle, contrairement la CHI qui s'inscrivait de façon unidirectionnelle. Le terme « handicap » n'apparaît d'ailleurs plus véritablement mais et remplacé par « Situation du handicap », résultant de trois niveau possible de dysfonctionnement : interne (Fonctions organiques et anatomiques atteintes

à différents niveaux) individuelle (Activité plus ou moins limitée) ou sociétal (participation à la vie social). Cinq domaines sont ainsi pris en compte par L'OMS. (Romano, 2011 49).

- **Le problème de santé :**

Correspond à une détérioration de l'état de lié à une maladie aigue ou chronique, à un trouble ou à un traumatisme. Il entrain des modifications dans la vie quotidienne et nécessaire de multiples examens médicaux et traitement plus ou moins importants

- **Les fonctions organiques et les structures anatomiques :**

Désignent les fonctions physiologiques et les fonctions psychologiques. Elle comportant également la partie anatomique du corps : organes et leurs composantes. Les déficiences correspondent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique (Visuelles, olfactives, motrices).

- **L'activité :**

Représentent l'exécution d'une action ou d'une tâche par une personne et traite de la performance réelle dans le sens de l'exécution. Elle ne se réfère pas véritablement à une aptitude et s'inscrit dans un contexte données limitation d'activité correspondant aux difficultés que rencontre un enfant ou un adulte en situation de handicap, dans la réalisation des tâches et des activités quotidiennes.

- **La participation :**

Correspond à l'implication de la personne des personnes dans la vie quotidienne et à sa contribution au sein du groupe social.

- **Les facteurs contextuels :**

Sont de deux types d'une part les facteurs environnementaux externe (Le cadre architectural, les le milieu climatique, les structures sociales et légales, le contexte politique) et d'autre part les facteurs individuels (Sexe, âge, mode d'adaptation, origines sociale, niveau d'études, culture d'origine).

#### 4. Les types de handicap :

Les origines d'un handicap peuvent être multiples, même ces types peuvent être ainsi envisagés à différents niveaux. Tout d'abord de leur nature est selon la classification de L'OMS il y a 6 types de handicap.

##### 4-1. Handicap moteur :

➤ **Handicap moteur d'origine cérébral (IMC) :**

« Comme leur nom l'indique, les enfants IMC se caractérisent par d'importantes difficultés motrices qui peuvent altérer le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole, dans des proportions variables. Ces troubles sont dus à des paralysies, des faiblesses musculaires ou encore des raideurs musculaires. Ils sont décrits soit en fonction de la nature du trouble dominant, soit en fonction de la localisation de l'atteinte L'enfant IMC peut également se voir associer différents troubles à son handicap moteur, par exemple des troubles intellectuels, une épilepsie, des déficits sensoriels, des troubles du langage.(BONVIN.2010 .p 30-31).

➤ **Handicap moteur d'origine non cérébral :**

« Ces handicaps sont difficiles à dénombrer et très diversifiés dans leurs causes, ils limitent de manière variable l'autonomie de l'enfant, et s'accompagnent rarement de troubles associés. On distingue les handicaps temporaires, Définitifs, évolutifs»(BONVIN.2010. P43).

##### 4-2. Handicap sensorielle :

• **Handicap auditive :**

La déficience auditive correspond à une insuffisance de l'acuité auditive, elle se définit en fonction de sa profondeur, de sa nature et de son étiologie. L'hypoacousie est une insuffisance de l'acuité auditive correspondant à la déficience auditive légère et moyenne. L'hypoacousie et la surdité sont des déficiences sensorielles "*qui altèrent la qualité et l'intensité de la perception sonore et gênent par conséquent l'individu dans tous les domaines où l'audition joue un rôle et en particulier dans la vie relationnelle*"(Deschamps et coll., 1981, P128), dans son aspect le plus important, la communication verbale, où l'acquisition du langage va être impossible ou difficile.(BONVIN.2010. P.55)

- **Handicap visuel :**

« Il existe de nombreux troubles visuels et de gravité variable. L'OMS distingue les déficiences de l'acuité visuel, les déficiences du champ et les autres déficiences visuelles » (BONVIN.2010. P.73).

#### **4-3. Handicap psychique :**

Est la conséquence de troubles psychique invalidants. Comme le handicap cognitif, le handicap psychique n'implique pas de déficience intellectuelle, il est caractérisé par une alternance état psychique calme ou tendus et par difficultés à acquérir ou exprimer des habilités psychosociales sacesdes déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action. il peut donc notamment se traduire par des angoisses, des troubles cognitives mémorisations ; d'anticipation, attention, capacité d'organisation. (BONVIN.2010)

#### **4-4. Handicap cognitif :**

Est la conséquence de dysfonctionnement des fonctions cognitives: troubles de l'attention de la mémoire de l'adaptation au changement du langage, des identifications perceptives des gestes. Le handicap cognitif n'implique pas de d'efficience intellectuelle mais des difficultés à mobiliser ces capacités. (BONVIN.2010)

### **5. Le handicap mental :**

Nous abordons le thème du handicap mental de façon plus détaillée car il se trouve au cœur de notre travail.

Historiquement, les termes utilisés pour parler des personnes atteintes d'un handicap mental ont beaucoup évolués. Au XIXème siècle, nous les surnommions idiots, débiles, ou encore imbéciles ou mongolien. Désormais, en Suisse, c'est le terme de "personne en situation de handicap" qui prime. Mais relevons tout de même que « chaque pays est libre d'adopter le terme le plus adéquat en fonction de ses particularités liées à sa langue et à sa culture en concertation avec les milieux concernés. Les termes qui sont généralement admis sont :

- Personnes avec retard mental.
- Personnes handicapée mentales.
- Personnes présentant une déficience intellectuelle.
- Personnes en situation de handicap.

Le handicap mental est une notion très vaste. Il est donc extrêmement difficile d'en donner une définition arrêtée. Nous ne le décrivons pas comme une maladie, mais plus globalement comme « *une atteinte au développement et à l'apprentissage qui se manifeste très diversement. Le développement se fait plus lentement que pour les autres personnes et les phases de celui-ci sont moins prévisibles* ».

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le retard mental est « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales* ».

Le handicap mental s'inscrit désormais comme concept unificateur et réducteur dans le contenu reste vaste et confus.

### **5-1. La classification de handicap mental :**

Selon la classification Américain de la DSCM5 on peut distinguer un niveau du retard mental selon le degré de quotient intellectuel(QI)aux quels correspondent des capacités différentes.

- **Le retard mental :**

Retard mental: Selon la définition de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), on considère actuellement que « *le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales, des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social* ».

Donc, Le déficit intellectuel (Ou retard mental) est sans aucun doute une caractéristique essentielle qui survient avant l'âge de 18 ans. Celui-ci ne peut s'appliquer qu'au moment de la scolarité, quand l'évaluation du quotient intellectuel est possible. Avant cette période on utilise plutôt l'expression retard du développement. L'évaluation du QI permet de préciser le degré de retard mental.

Il existe 4 niveaux du retard mental :

- **Le retard mental léger :**

Ce groupe présente la plus grande population des personnes ayant un retard mental, les sujets atteints d'un Retard mental de ce niveau développent habituellement des aptitudes à la socialisation et à la communication pendant la période préscolaire. Ils ont une altération minimale des fonctions sensori-motrices et ne peuvent souvent être distingués des enfants sans Retard mental qu'à un âge plus avancé. Vers la fin de l'adolescence, ils peuvent faire des acquisitions scolaires jusqu'au niveau de la sixième environ.

À l'âge adulte, ils peuvent parvenir à une insertion sociale et professionnelle suffisante pour assurer une autonomie minimale, mais ils peuvent avoir besoin de supervision, d'assistance et de conseils quand ils subissent un stress social ou économique inhabituel. À l'aide de mesures de soutien appropriées, les individus ayant un retard mental léger réussissent habituellement à vivre dans la société, soit de façon indépendante, soit au sein de structures protégées. **(DSM 4-TR.2003)**

- **Le retard mental moyen :**

Ce groupe représente environ 10% de la population totale des individus atteints de retard mental. La plupart des sujets ayant ce niveau de Retard mental acquièrent des aptitudes à la communication pendant la première enfance. Ils peuvent bénéficier d'un apprentissage professionnel et acquérir une autonomie au prix d'une assistance modérée. Ils peuvent aussi bénéficier d'un apprentissage social et pratique, mais ont peu de chances de poursuivre leur scolarité au-delà du cours élémentaire première année. Ils peuvent apprendre à se déplacer seuls dans des endroits connus. Pendant l'adolescence, leurs difficultés à acquérir les conventions sociales peuvent gêner leur relation avec leurs camarades. **(DSM 4-TR.2003)**

- **Le retard mental grave :**



Le groupe ayant un Retard mental grave présente Pendant la première année d'enfance, ils ne développent que peu ou pas de communication verbale. A l'âge scolaire, ils peuvent apprendre à parler et à prendre soin d'eux-mêmes de façon élémentaire. Ils ne profitent que peu de l'instruction qui est donnée à l'école maternelle, comme se familiariser avec l'alphabet et apprendre à compter quelque chiffre.

A l'âge adulte, ils peuvent être capables d'effectuer des tâches simples sous surveillance étroite. La plupart s'adaptent bien à la vie en communauté, en foyer ou dans leur famille, à moins qu'ils ne présentent un handicap associé nécessitant des soins infirmiers spécialisés ou une autre forme de prise en charge.(DSM 4-TR.2003)

- **Le retard mental profond :**

Le groupe ayant un Retard mental profond représente dans ce groupe. La plupart des individus ayant ce diagnostic ont une pathologie qui définit.

Pendant la première enfance, ils présentent des perturbations considérables des fonctions sensori-motrices. Un développement optimal peut survenir dans un environnement très structuré, comportant une assistance et une surveillance constante, ainsi qu'une relation individualisée avec un soignant. Le développement moteur, l'autonomie et les capacités de communication peuvent s'améliorer si un apprentissage adéquat est proposé. Certains sujets parviennent à effectuer des tâches simples dans des conditions très protégées, au prix d'une étroite supervision.(DSM 4-TR.2003)

## **5-2.La clinique du retard mental :**

- **Prévalence :**

Le taux de prévalence du retard mental est estimé aux alentours de 1% cependant, diverses études ont rapporté des taux de prévalence différents, qui dépendent des définitions utilisées, des méthodes d'évaluations et des populations étudiées (DSM 4-TR.2003, P53).

- **Evaluation :**

Le diagnostic du retard mental implique que le début du trouble survienne avant l'âge de 18ans. L'âge et le mode de début dépendent de l'étiologie et de sévérité du retardmental.

Les retards les plus sévères, surtout s'ils sont associés à un syndrome ayant un phénotype caractéristique, tendent à être repérés tôt (par exemple le syndrome de Down est généralement diagnostiqué dès la naissance). En revanche, un retard mental léger, inconnue, sera généralement détecté plus tard. Dans les retards sévères d'étiologie acquise, l'altération intellectuelle s'installera plus brutalement (par exemple le retard mental secondaire à une encéphalite). L'évolution du retard mental sera influencée par l'évolution des affections médicales sous-jacentes et par les facteurs environnementaux (par exemple opportunités éducatives ou autres environnement stimulant, prise en charge appropriée).

Si l'affection médicale sous-jacente est stabilisée, l'évolution sera variable et dépendra des facteurs environnementaux. Le retard mental n'est pas nécessairement un trouble qui dure toute la vie, les sujets qui ont eu un retard mental léger au début de leur vie, avec un échec sans les acquisitions scolaires, pourront développer, avec à un apprentissage adéquat et dans des conditions favorables, de bonnes capacités adaptatives dans l'autre domaine et ne plus présenter le niveau de perturbation requis pour le diagnostic du retard mental (**DSM 4TR, 2003, P53**).

- **Les critères diagnostiques :**

Le DSM4-TR distingue trois critères :

Le fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI d'environ 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passés de façon individuelle (pour les enfants très jeunes, on se fonde sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne).

Déficits concomitants ou altérations du fonctionnement adaptatif actuel (c'est-à-dire de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilités individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité. Début avant l'âge de 18 ans (**DSM 4TR, 2003, P55**).

- **Prévention :**

La prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition du retard intellectuel. (Par exemple l'ajout d'iode à l'alimentation favorise le développement sain du cerveau. Aussi,

l'augmentation d'acide folique dans l'alimentation lors de la grossesse peut aider à prévenir certaines malformations. La prévention secondaire consiste en une intervention visant à réduire les effets néfastes de certains facteurs de risque présents, qui pourraient donner lieu à une déficience intellectuelle, comme la prévention tertiaire à pour d'améliorer le fonctionnement ainsi que la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle, pour empêcher l'aggravation de la déficience ou le développement d'autres problématique, comme la dépression, par exemple. Elle vise aussi à faciliter l'acquisition d'habilités et de compétences chez ces personnes.

Le rôle des psychologues scolaire peut donc s'insérer dans ce troisième type de prévention, par exemple à travers les programmes ou les interventions spécialisées qu'il effectue afin d'améliorer la condition de la personne présentant une déficience intellectuelle (OMS, 1999, PP1-2-3).

### 5-3. Les causes de handicap mental :

Les causes à l'origine du handicap mental sont elles aussi très variées :

- **A La conception maladies génétiques :** (comme le syndrome de Down), aberrations chromosomiques, incompatibilité sanguine.
- **Pendant la grossesse :** radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac
- **A la naissance : souffrance** cérébrale du nouveau-né, prématurité, manque d'oxygène.
- **Après la naissance :** maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatisme crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies.
- **La trisomie 21 :** la forme la plus connue handicap mental vient d'une anomalie chromosomique.

### 5.4 Le handicap mental et la maladie mentale :

Quand on parle sur un handicap on évoque avec la santé mentale qui définit par R.Lafon comme un état permettant :

*« Le développement équilibré de la personnalité, de son aptitude à nouer des relations harmonieuses avec autrui et à participer ou à contribuer de façon constructive ou modifications du milieu social ou physique ».*

*« La solution favorable des conflits en puissance du faits des propres tendances instinctives et de l'éducation, dans la pleine réalisation de ses possibilités, et grâce un champ d'expression convenable ».*

De cette personne et l'apparition de ces troubles qui est une altération de l'état relative au psychisme et à la fonction intellectuelle c'est cette perturbation qui affecte la pensée, sentiment et comportement.

Selon le professeur S.MOSUITTER *« L'hygiène mentale constitue l'ensemble des moyennes mises en œuvre pour améliorer et préserver la santé mentale ».*

Et que le handicap mentale et la maladie mentale ont une opposition systématique introduit par la loi et reloger par la pratique doit être combattue et faire place dans les intérêts même des usagers et des professionnels à une complémentarité gérée par des règles ;

1- Un handicapé mental n'est pas quantifiable.

2- Un handicapé mental résulte des effets conjugués d'une déficience et d'une incapacité qui limite ou interaction d'accomplissement normale d'une activité ou d'un rôle.

3- Une incapacité résultant d'une déficience et d'une réduction totale ou partielle de la capacité d'accomplir une activité réputée normale elle est quantifiable et doit donner lieu à des compensations.

4- La déficience à l'origine de l'incapacité est analysable à l'aide d'une grille d'évaluation élaborée à partir d'une classification des troubles mentaux.

5- Handicap mental est analysable en terme de situation dans le registre social cette personne handicapée mentale liée à des définitions hétérogènes mais dans l'origine pathogène identifiable qui va lui permettre une prise en charge. Par contre la maladie mentale qui a un dialogue très connu dans le secteur psychiatrique qui le porteur d'un handicap qui subit une

souffrance sur le plan mentale avec le cas de (LIBERMAN 1988) « *La psychiatrie ne peut empêcher l'irrésistible du handicap mentale comme concept de substitution à celui du malade mentale chromosomique sacrifiant à l'économie de tout ce qui le concept de maladie comportait de dynamisme* ».

Donc le handicapé mentale et la maladie mentale élèvent du secteur différent à savoir le secteur sanitaire et le secteur social handicap mentale est un sujet d'une origine de déficience pathologique caractérisé par une incapacité fonctionnelle qui besoin d'une insertion et un accompagnement de circuit social qui lui permette de tirer sa pathologie et son pronostic autant qu'il est quantifiable.

Alors, en révèlent que c'est deux terme sont pas des concepts antagoniste mais sont en complémentarité et inter dépotant, veux dire se sont deux états d'un même sujet.(Liber main,2002).

### **5.6 Les besoins particuliers de l'enfant en situation de handicap :**

Sont très variés ceux-ci concernent beaucoup de domaines. Ses besoins doivent être pris en compte dans le projet pédagogique individualisé pour que les partenaires (Enseignants, thérapeutes, etc.) puissent y répondre au mieux

Les besoins peuvent concernés :

- Le plan matériel (Locaux, mobilier, aménagements des sanitaires...).
- Le plan des rythmes de vie (Horaires adaptés, besoin de repos...).
- Le plan de l'accompagnement dans les activités de la vie quotidienne.
- Repères dans le temps et dans les espaces.
- Conscience du danger.
- Toilettes, propreté, habillage / déshabillage en autonomie.
- Transferts (Lever, coucher, s'asseoir).
- Déplacement avec ou sans aide.
- Gérer ses propres affaires (Argent de poche, courrier, lecture, écriture)

- Le plan des activités (Adaptation, contre-indication...).
- Le plan des modes de déplacement et de transport.
- Le plan de la communication et du comportement.

Au sujet du handicap mental, ce sont les opérations mentales qui peuvent poser problème : se situer dans le temps, l'espace, etc. L'enfant a besoin de temps pour apprendre, pour repérer un trajet ou effectuer une tâche. Il ne s'agit pas là d'adapter les diverses installations, mais plutôt de la nécessité d'une assistance : Aide pour se repérer, faire ses choix.

### **Conclusion**

Le handicap apparaît alors comme des déséquilibres entre les aptitudes d'un individu et les exigences de son environnement humain ou physique à un moment donné.

Le handicap mental serait un sujet qui, en raison d'une déficience est de pathologique présente une incapacité fonctionnelle d'insertion dans le circuit social ordinaire, en vue d'une compensation sociale et d'une prise en charge thérapeutique, rééducative institutionnelle, et le plus important c'est l'aide la compensation familiale et de leur entourage.

- **Préambule :**

Dans ce chapitre, on va éclairer et cerner les notions de prise en charge. Il serait bien d'illustrer la signification de l'accompagnement social et son rôle dans la prise en charge des personnes en situation de handicap.

### **1. Définition de prise en charge :**

M. BLOUIN DÉFINIT La prise en charge comme une Intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute problématique d'une personne ayant des incapacités. (BLOUIN, 1997, P 60).

Selon le dictionnaire de LAROUSSE, la prise en charge, c'est avoir l'obligation, de devoir de s'occuper matériellement et moralement de quelqu'un. (BLOUIN, 1997, P 60).

### **2. Définition de l'accompagnement social :**

M. Paul définit l'accompagnement social « *Comme le fait de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui* ». Elle met donc le doigt sur ce qu'elle nomme la synchronicité temporelle, Dans cette définition M. PAUL introduit plusieurs dimensions à l'accompagnement dans le fait de se joindre à quelqu'un. Il va l'idée d'union, de s'émettre à côté de quelqu'un, Aller où la personne va induit l'évolution, la progression, le fait d'avoir un objectif commun à atteindre. Enfin, la synchronicité temporelle induit le fait d'être en phase en concomitance avec l'autre. (PAUL. 2002)).

Malgré l'absence de définition précise de l'accompagnement social Le terme désigne alors, en langue anglo-saxonne, un ensemble de pratiques qui consistent à orienter, Conseiller, aider, informer, Soutenir, Traiter..., ce que ne restitue pas le terme « Conseil ».

### **3. Les pratiques variées :**

#### **3-1. Le coaching :**

C'est une notion fourrée dans tous les domaines il est né du contexte économique, elle inclut un ensemble des pratiques qui représente de « Entraîner, conduire, diriger ». (PAUL, 2004).

Le coaching, c'est : « *L'accompagnement d'une personne à partir de ses besoins professionnels pour le développement de son potentiel et de ses savoir-faire* ».

Le « il » s'adresse à des individus ou à des groupes, il concerne des personnes qui, dans le contexte de leur situation professionnelle, formulent une demande d'aide, à propos d'une action impliquant une modification du comportement ou des modes de pensée. (PAUL, 2002, P43).

On a donc là un type d'accompagnement s'adressant à des professionnels, à l'occasion d'un problème à résoudre ou d'un défi à relever, centré principalement sur le passage à l'action et l'atteinte d'un objectif en termes de résultats. (PAUL, 2002, 43).

### **3-2. Le counseling :**

Le counseling: conseiller, secourir, aider, diriger, gouverner, réfléchir, demander conseil, délibérer, assister, guider, orienter, soutenir, .... (PAUL, 2004).

Termes utilisés par Rogers les uns pour les autres puisqu'ils font référence à une même méthodologie de base : «*Des consultations directes avec un individu en vue de l'aider à changer ses attitudes et son comportement*» (PAUL, 2002, p 44).

Le counseling est ainsi un type d'accompagnement caractérisé par la centration sur des Personnes « Normales », la prise en compte de leur développement à l'occasion d'une situation-problème, la mobilisation de leurs ressources, l'intégration de l'interaction personne-environnement. (PAUL, 2002, p 44)

### **3-3. Le conseil et la consultance :**

Traditionnellement, pour obtenir avis ou conseil, il convient de consulter. Le consultant est généralement un expert (Savant, médecin, avocat...) à qui il on expose un cas ou une situation. Par définition, le consultant peut donner son avis mais non décider. En contribuant à la pratique de consultance, le conseil consiste donc à «accompagner une personne dans une délibération préparant une conduite à tenir dans une situation problème ». (PAUL, 2002, P45).

Aujourd'hui du conseil un « accompagnement » par l'instauration d'une dimension relationnelle entre deux personnes considérées comme sujets-acteurs, adossée à une dimension temporelle prenant en compte le temps de maturation et l'inscription dans une histoire, sans recherche de conformité avec des modèles ou des référentiels préétablis puisque le travail effectué « en relation ». (PAUL, 2002, P45).



**3-4. Le tutorat :**

Le tutorat (Ou monitorat) : tutelle, dépendance, soutenir, surveiller, assister, suivre, ...  
Le tutorat est une notion ancienne revisitée. (PAUL, 2004).

Si le tutorat peut être défini comme une relation entre deux personnes dans une situation de formation professionnelle, une relation (entre un professionnel expérimenté et un novice en apprentissage) elle est définie aussi comme « Relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail » et comme « élément d'un dispositif visant à rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice ». (PAUL, 2002, p46).

Le processus de tutelle, lié à une asymétrie des compétences, on peut identifier deux sortes d'aide ou de soutien (Baudrit, 1999) :

- Une aide psychologique : encourager, sécuriser, intéresser, mettre en Confiance, accueillir, informer, conseiller... ;
- Une aide pédagogique : guidé, montré où démontrer, contrôlé, évaluer, former. (PAUL Maela, 2002, p47)

**3-5. Le mentoring :**

Le mentoring (Ou préceptorat) : guider, conseiller, éduquer, enseigner, instruire, apprendre à vivre, éveiller ... (PAUL, 2004).

La pratique du mentorat, elle aussi, a bénéficié d'une réhabilitation récente, en premier lieu par les praticiens (Et à la suite les chercheurs) nord-américains. La résurgence du mentorat serait liée à la transformation du tissu social (Houde, 1996) ayant pour conséquences la difficulté d'entrer dans la vie adulte, la tentation du repli individuel, le maillage de plus en plus lâche entre générations... Le mentor fait partie de ces figures d'accompagnement qui se justifient par le fait qu'un individu ne peut se développer par le seul contact avec des pairs : il a besoin d'être au contact avec les « aînés ». Son art consiste à développer le rôle et la fonction appropriés à chaque moment de ce parcours d'accompagnement. (PAUL, 2002, P 48).

**3-6. Le compagnonnage :**

Le compagnonnage : enracinement et itinéraire, qualités techniques et humaines, former, transmettre, accompagner... Le compagnonnage fait appel à des valeurs traditionnelles. Il concourt au développement de la personne, à son appropriation d'un bagage culturel. Il faut avoir été soi-même apprenti pour accompagner. (PAUL, 2004, P).

Le compagnonnage définit, dès l'origine, le fait de se regrouper entre les gens d'un même métier, constituant des confréries ou des fraternités ayant pour vocation la transmission des gestes du métier, l'entraide sociale et une filiation de l'ordre du sacré (Ce en quoi il se distingue de toute autre forme corporative). Le compagnonnage est donc un lieu où se forment les hommes en se confrontant aux problèmes concrets de la vie professionnelle et de la vie communautaire. (PAUL,2002,P49).

**3-7.Le sponsoring :**

On l'aurait passé sous silence si le terme sponsoring n'était pas aujourd'hui équivalent de celui de parrainage. Utilisé comme autrefois le mécène, le sponsor se trouve « partenaire » des entreprises artistiques, sportives ou médiatiques avec la double fonction de soutien (financièrement plus que moralement) et de « facilitateur de relation ». Celle-ci prévaut dans l'idée de parrainage mis en place ces dernières années, consistant à « accompagner des jeunes dépourvus de réseau personnel de relations avec les milieux professionnels, dans leur recherche d'emploi<sup>17</sup> ». L'action du parrain (bénévole), à l'articulation des champs professionnel et social, fait fonctionner le lien intergénérationnel.(PAUL, 2002, P 50).

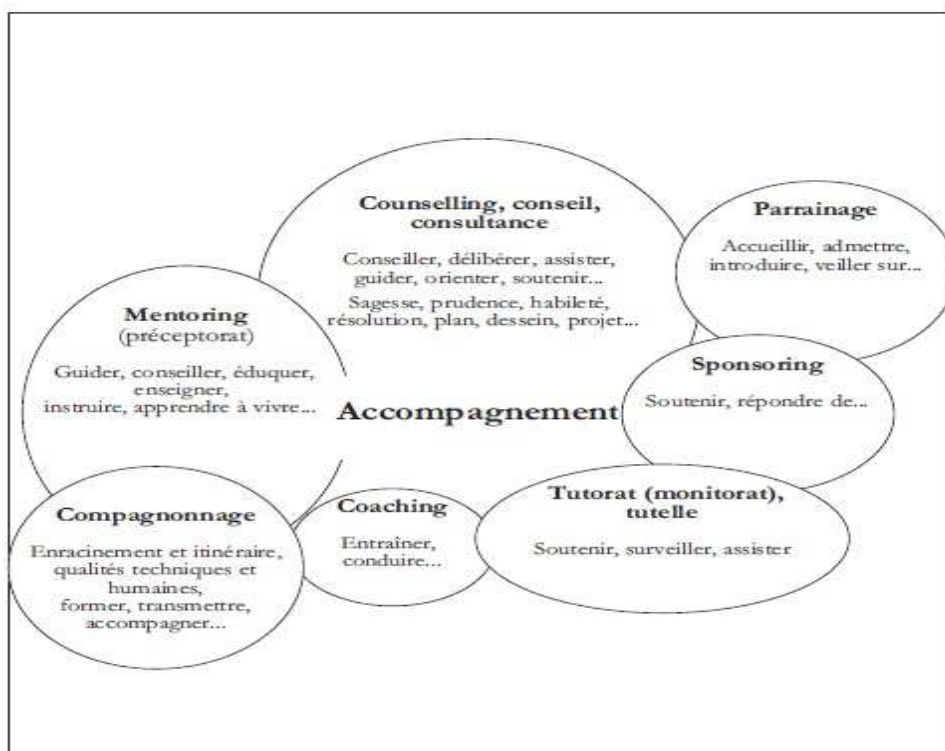


Figure N°01 : le sens divers de l'accompagnement.(PAUL. 2002)

Cette figure représente le sens diverse de l'accompagnement social qui sera très utilise mais renvois a des réalités divers dans le sens générique désignant «Coaching»,

le « Conseil », la « Consultance », le « Compagnonnage », le « Tutorat », le « Mentoring », le « sponsoring » appartiennent au champ sémantique de verbe accompagner .

#### **4. Accompagnement et prise en charge :**

Bien avant que le terme d'accompagnement ne soit introduit dans le travail social, la notion de « prise en charge » était largement utilisée pour évoquer le fait d'être aux côtés de la personne en situation de dépendance. **(Sessad 2010, p71).**

Ce terme induit explicitement l'idée de « Charge » donc de poids à porter, de lourdeur du travail, de « Captation massive » de l'individu. (Par ailleurs prendre quelqu'un en charge signifie Souvent faire pour lui, à sa place. Nous sommes ici alors bien loin de penser à maintenir des acquis Ou à faire acquérir, quand cela est possible, une fonction, une potentialité. De plus, il est plus Que Probable que cette posture de « Prise en charge » ne réponde pas aux demandes des Personnes Concernées.).**(Sessad 2010, p71.)**

Enfin, nous sommes également loin d'une posture éthiquement acceptable puisque nous ne nous mettons pas en position de regarder l'autre comme un sujet, comme un autre Pouvant Exprimer une volonté. La prise en charge le condamne à être un objet, lourd de surcroît, à porter.

Il fallait par conséquent un autre mot, un mot qui véhiculerait une éthique permettant aux professionnels d'être « à côté » de celui qui a besoin d'eux, de l'aider dans ce qu'il ou elle ne peut entreprendre seul, (mais sans se substituer à lui, sans faire à sa place et sans aggraver le Sentiment qu'il ou elle est un poids, une charge. **(Sessad 2010, P71)**

Le « faire à la place » est évidemment une négation du potentiel de l'individu, pour finalement dans la négation même de être l'autre dans son statut de sujet. Ainsi, cette éthique que Nous évoquions ci-dessus offre aux intervenants professionnels l'occasion de se mettre au service de la singularité de chacun des individus auprès desquels ils travaillent.**(Sessad 2010, P71).**

Les valeurs convoquées dans cette éthique que l'on pourrait qualifier « D'humanisme » vont nous permettre de participer à la solidification du concept de personne puis de citoyen. (Sessad 2010, P 71).

Car il s'agit bien de cela : observer et écouter la personne, constater et évaluer ses manques mais Aussi et surtout ses compétences (Aussi fragiles et précaires soient-elles), travailler à leur développement en insistant toujours sur leur présence et leurs manifestations. C'est à ce prix que l'on pourra contribuer à considérer l'autre comme sujet, d'entendre et d'être attentif à ses désirs de faire émerger ceux-ci, de faciliter leur expression. (Sessad 2010, p71).

Cette posture, en ce qu'elle permet l'échange, va non seulement permettre à la personne accompagnée de se réaliser par la relation à l'autre, mais il va aussi en être de même pour l'accompagnant.

(Ce qui nous semble important ici est que la relation d'accompagnement procède bel et bien d'un échange entre deux sujets, et qu'il serait vain de vouloir mesurer ou espérer une réciprocité égalitaire et que s'il y a bien don et contre-don, la nature de cet échange est nécessairement singulière unique et fluctuante. Mais elle n'en est pas moins condition indispensable à la réalisation d'une Relation que l'on peut qualifier de relation d'accompagnement.) (Sessad 2010, p71).

### **5. Les différents types de secteurs spécialisés :**

Il existe deux types de secteur spécialisé sanitaires et médico-sociales.

#### **5-1. Secteur sanitaires :**

L'enfant avec handicap doit pouvoir être pris en charge pour la pathologie responsable de ses déficiences, somatique, sensoriel ou psychique dans des structures hospitalières quand celle-ci sont indispensables pour les soins, la durée de séjour en structure sanitaire est fixée par le seul état de santé de l'enfant, et la sortie peut se faire vers l'école, avec tous les formules d'intégration

#### **5-2. Structure médico-sociales :**

Service ou institution destinées à l'éducation spéciale des enfants avec handicap, la plupart son crie par des associations des parents leur fonctionnement et assuré par l'assurance

## **Chapitre III L'accompagnement social dans la prise en charge**

---

maladie, indication de séjour des enfants est médical, et un médecin spécialisé est responsable des soins de l'enfant, ils sont agréés pour un type de handicap et la tranche d'âge

### ➤ **Le service spécial et de soins à domicile (SESSAD) :**

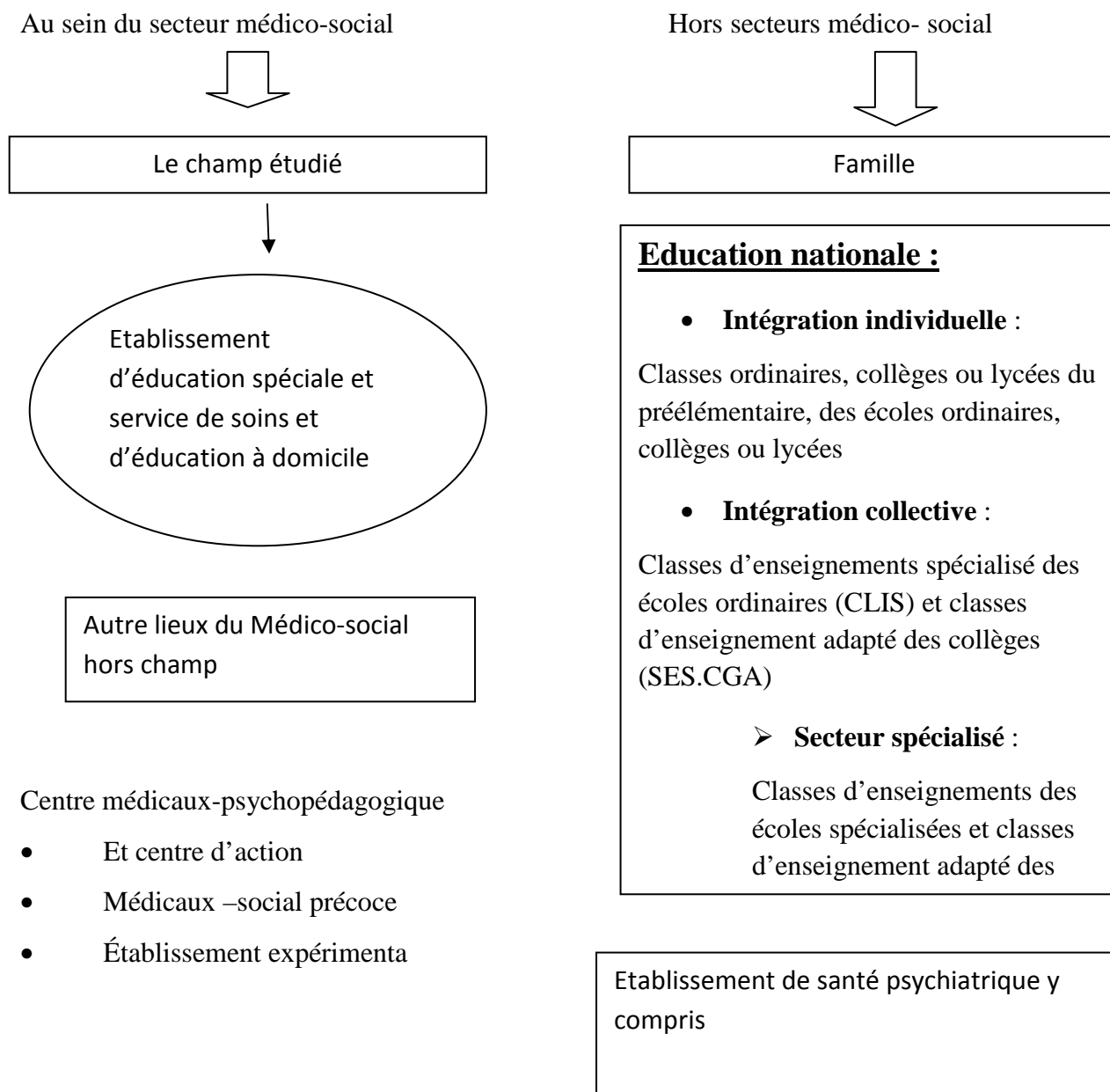
Leur action consiste à apporter un soutien spécialisé aux enfants et adolescents maintenus dans leur milieu ordinaire de vie et d'éducation, selon leur spécialité et l'âge de l'enfant suivis ces services peuvent porter plusieurs noms différents

### ➤ **Les établissements médico –sociaux :**

Les établissements médico -sociaux publics ou privés, se caractérisent par des spécificités qui permettent de répondre aux besoins des enfants et adolescents handicapés

### ➤ **Les aides spécifiques pour la petite enfance :**

La naissance d'un enfant handicapé représente toujours pour une famille un bouleversement difficile à accepter, souvent il n'est pas possible dès les premiers mois d'établir un diagnostic précis et d'adopter aux parents des satisfactions à l'ensemble des questions qu'ils se posent, ainsi aident la famille à dépasser les moments douloureux.



**Figure 2-source :** La prise en charge de secteur medico-social et le secteur sanitaire (DANIEL, 2002, P148).

Ce Cheemareprésente la connaissance fine des besoins en santé des personnes handicapées est indispensable pour formuler des propositions adaptées. Un travail en partenariat du secteur médico-social, du secteur sanitaire.

**6. l'accompagnement social de l'enfant handicapé :****6-1. Accompagner vers L'autonomie :**

Lorsque l'on regard dans le dictionnaire Larousse ou Robert;la définition étymologique de l'autonomie vient du grec ancien *autonomia* et *autonomos*autossignifiants « soi-même»

Ce terme est aujourd'hui omniprésent dans le vocabulaire médico-social au point d'apparaître de manière stéréotypée dans la majorité des« projets individuels ». Toute démarche éducative au d'accompagnement étant censée conduire à l'autonomie, de l'usager, au il est le plus souvent employé dans le sens d'une le sens d'une dépendance il apparaît même dans un sens approximatif, comme le paradigme prépondérant permutant de penser la prise en charge des personne handicapé. (chavaroche ,2012 p18)

Ce qui retient l'attention dans le terme de décret de la loi de 1975, la notion de « Minimum d'autonomie » était déjà présenté pour désigner les personne handicapé et en même temps elle représente leur manque qu'elles sont définies.(chavaroche, 2012, P17).

**6-2. Les difficultés d'autonomisation :**

Un grand souci des parents est de voir que leur enfant n'a pas acquis son autonomie. Cela veut surtout dire pour eux, qu' ils sont obligés de lui consacrer beaucoup plus de temps et tout faire pour lui .Ces difficultés sont de quatre ordres :

**• Les difficultés en rapport avec l'habillement et le déshabillage :**

Plusieurs problèmes sont évoqués par les parents permis eux en trouve l'enfant ne sait pas fermer et/ou ouvrir ses boutons, aussi Il ne sait pas mettre sa chaussure sur le bon pied En plus de ca Il met tout le temps ses vêtements à l'envers.

La plupart des difficultés de l'habillement et du déshabillage est liée aux troubles ou retards psychomoteurs carpour pouvoir s'habiller ou se déshabiller, l'enfant a besoin de :

**• Par rapport à son corps :**

Pour l'enfant en situation de handicap mental il lui faut Avoir des gestes contrôlés en même temps Avoir un bon équilibrer à la fin Réaliser des gestes fins avec les mains.

L'enfant présentant une déficience mentale a souvent des difficultés de cet ordre. Ses difficultés nécessitent une éducation spécifique et une stimulation régulière auprès de l'enfant. (RANDRIANTSARA, 2002).

- **Les difficultés en rapport avec la toilette :**

Dans plusieurs endroits, cette phrase nous est revenue souvent : "Il faut lui faire sa toilette, il ne sait pas s'élever tout seul "Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ces difficultés à se laver :

Un enfant handicapé mental a toujours des difficultés d'équilibre qui l'empêchent de réaliser correctement les gestes de la toilette, aussi des difficultés de préhension qui le gênent lorsqu'il doit saisir les éléments nécessaires pour la toilette (savon, brosse à dent...), qui est relié à des difficultés de coordination main – bouche qui l'empêchent de se laver correctement les dents, et à contrôler ses mouvements.

D'autres facteurs peuvent être responsables des difficultés de l'enfant pour se laver, mais la plupart du temps, ce sont, comme pour les difficultés d'habillage, des problèmes au niveau psychomoteur. (RANDRIANTSARA, 2002,).

D'autres facteurs peuvent être responsables des difficultés de l'enfant pour se laver, mais la plupart du temps, ce sont, comme pour les difficultés d'habillage, des problèmes au niveau psychomoteur. (RANDRIANTSARA, 2002,P31).

- **Les difficultés en rapport avec la nourriture :**

Les parents disent souvent que leur enfant ne sait pas manger seul. Et il ne peut pas boire seul. Aussi il a des difficultés ou il s'étouffe à chaque fois qu'il mange.

Ces problèmes énumérés par les parents sont fréquents et sont en rapport avec les difficultés au niveau de :

- **La bouche et la langue :**

-L'enfant peut avoir du mal à coordonner les muscles de son visage, sa bouche et sa langue.

-L'enfant aura du mal à sucer (téter) si la coordination des muscles de la joue et des lèvres n'est pas parfaite. Il avalera lentement et difficilement, il pourra alors s'étouffer.



-L'enfant aura du mal à manger à la cuillère et à mastiquer si la langue est molle, étalée et non musclée. Il aura des difficultés pour réaliser les mouvements divers et nécessaires pour, par exemple, pousser les aliments entre les gencives, les mastiquer et les pousser vers l'arrière de la bouche pour les avaler.

- **La mâchoire :**

Si l'enfant a des difficultés pour contrôler sa mâchoire, il aura alors du mal à mâcher des aliments solides et il risquera d'avaler des morceaux de nourriture qui pourront l'étouffer.

- **La coordination main – bouche :**

Certains enfants ont du mal à "trouver leur bouche". Il leur sera alors difficile de porter de la nourriture jusqu'à leur bouche et ils n'arriveront pas à manger seul. Il en sera de même pour boire, si l'enfant ne "trouve pas sa bouche", il lui sera difficile de boire seul.

- **La préhension :**

L'enfant peut avoir du mal à saisir des objets (la cuillère, la tasse), et/ou à contrôler les mouvements de son bras, sa main. Il lui sera alors difficile de manger ou boire tout seul. Ainsi les problèmes de coordination et de préhension sont des troubles psychomoteurs qui peuvent être associés à la déficience mentale. (RANDRIANTSARA, 2002, P30).

### **6-3. Aider l'enfant à mieux développer son autonomie :**

L'apprentissage de l'autonomie est un sujet qui tient beaucoup à cœur aux parents. Souvent, ils se sentent impuissants face aux difficultés de leur enfant et pensent qu'ils ne peuvent pas les aider. Pourtant, l'acquisition de l'autonomie va dépendre en grande partie du rôle qu'ils vont jouer.

- **Apprendre à s'habiller :**

Pour les enfants présentant une déficience mentale, le déshabillage et l'habillage seront plus difficiles, longs et fatigants. Les mères trouveront alors plus simple et plus rapide d'habiller elles-mêmes l'enfant. Cette mauvaise habitude va pourtant retarder encore plus l'acquisition de l'autonomie.

Nous savons que les difficultés en rapport avec le déshabillage et l'habillage sont liées aux troubles psychomoteurs. Voici cependant quelques suggestions pour aider l'enfant:

- En habillant l'enfant, lui parler pour lui apprendre à connaître les parties de son corps, le nom des vêtements et comment les associer (exemple : le bras dans la manche, le pied dans la culotte,...)
- Ne pas faire à sa place ce qu'il peut faire lui-même. Par exemple enlever ses sandales.
- Apprendre d'abord à l'enfant à se déshabiller avant de lui apprendre à s'habiller
- Apprendre à se déshabiller ou à s'habiller dans un ordre logique. Par exemple, déboutonner avant
  - avant de fermer les boutons, mettre son pantalon avant les chaussures
- Commencer l'habillage avec l'enfant et le laisser finir. Par exemple, enfiler le Accepter le rythme lent de l'enfant
- Féliciter et encourager l'enfant quand il s'est débrouillé tout seul ou qu'il a fait un effort (RANDRIANTSARA, 2002, P63)

### • Apprendre à faire sa toilette :

L'enfant présentant une déficience aura plus de difficultés à y parvenir à causes des problèmes psychomoteurs.

Voici quelques suggestions pour aider l'enfant à mieux se débrouiller :

- Tout en lavant l'enfant, lui parler et lui expliquer ce que l'on fait
- Nommer chaque partie lavée pour lui apprendre à connaître les différentes parties de son corps
- Aider l'enfant à participer à sa toilette. Au fur et à mesure qu'il grandit, le pousser à en faire de plus en plus jusqu'à ce qu'il y arrive tout seul
- Encourager l'enfant à manipuler des objets dans l'eau, à répéter les mots dits et à imiter les gestes faits
- Féliciter et encourager l'enfant quand il a fait un effort

Au niveau de la stimulation psychomotrice, vous pouvez aider l'enfant en lui faisant faire des activités ou de jeux de motricité fine : déchirer des feuilles en petits morceaux, enfiler des fils dans de gros trous de boutons puis de plus en plus petits, dessiner des petits personnages sur les doigts et jouer aux marionnettes avec, dessiner avec les doigts dans le sable, dans la terre... (RANDRIANTSARA, 2002, P64).

- **Apprendre à se nourrir :**

Les enfants présentant une déficience mentale, ont un développement plus lent ou retardé, parfois associé à des difficultés physiques. Ces actes vont alors se compliquer. Il est donc important que l'enfant soit stimulé au plus vite.

Voici quelques suggestions qui vont aider les parents à améliorer l'apprentissage de l'enfant :

- La Stimulation au niveau de la bouche et de la langue.
- La mastication.
- Le contrôle de la coordination main-bouche.
- L'amélioration de la préhension. (RANDRIANTSARA, 2002, P60- 61)

### **7.Accompagnement vers la Communication :**

Le sens des messages verbaux, non verbaux ou écrite perdue chez les enfants handicapés une place singulière. En effet son entourage étant le plus souvent constitué de sa famille et de professionnels spécialisés, l'enfant handicapé reçoit moins d'information venant d'un environnement plus large, par ailleurs selon handicap la possibilité de traitement des informations données peuvent être faible. (Clerebaut et al ; 17-18).

La difficulté de communication majorée par les troubles cognitifs chez certaines personnes handicapées mentales gêne considérablement le repérage et l'analyse des symptômes présents de leur chronologie. (Biotteau et al, 2013, P14).

Ces difficultés doivent être comprises et ne pas être mises de côté, ces personnes ont donc généralement besoin, de plus tôt possible d'un soutien et d'un accompagnement adaptés pour leur aider à mieux communiquer avec les autres, exprimer leurs envies, et développer sa personnalité. (Biotteau et al, 2013, P55).

#### **7-1. Les troubles ou retards du langage et de la communication :**

Les troubles du langage et de la communication sont très fréquents chez les personnes présentant une déficience mentale. Le langage se développe généralement plus lentement et n'atteint pas le même niveau que chez les autres enfants. Les parents décrivent ces troubles ainsi :

- **Problèmes de langage :**

Un enfant handicapé mental souffre de problème de l'acquisition du langage ou il ne peut pas faire des phrases incomplètes, aussi il émet seulement des sons. Aussi la Difficultés de compréhension

- **Problème d'articulation :**

Problèmes de communication un enfant retardé mental et un enfant qui sait parler mais ne veut pas parler, il des difficultés pour communiquer et des difficultés pour s'exprimer.

- **Problèmes de bégaiement :**

Ne parle pas il ne faut pas oublier que quand nous parlons de langage, nous parlons de comprendre le langage des autres et de pouvoir s'exprimer. Quand nous parlons de communication, nous parlons de communication par le biais du langage et de la communication non verbale, par exemple par le biais du corps.

L'enfant présentant une déficience mentale a souvent des difficultés au niveau du langage, comme l'ont décrit. **(RANDRIANTSARA, 2002)**.

### **8.L'intégration Sociale :**

Par définition, intégrer signifie : « faire entrer dans un ensemble plus vaste » ; c'est à dire, permettre aux personnes en situation de handicap de évoluer dans un milieu plus élargi. **(ZAFFARN ; 1997 ; P 27)**.

De façon plus précise, l'intégration peut être définie comme « la manifestation d'un fait social très large affectant le statut, la place et le rôle des personnes les plus vulnérables dans notre société. **(GARDOU, 1998, P06)**.

L'objectif de la socialisation cherche à faire vivre l'enfant en situation de handicap avec des enfants ordinaires, dans un milieu de vie adéquat, afin de lui permettre de vivre en collectivité et d'aborder des aspects relationnels : le partage, l'échange. **(BONVIN, 2010, p13)**.

L'expérience handicapée apparaît comme une petite société à part entière ; d'après les dires de Joël Zaffrain (1997) c'est dans le quotidien et au travers des relations partagées et échangées, que les enfants ne cessent de tirer des enseignements notamment grâce aux nombreux enjeux sociaux face à auxquels ils sont confrontés. Cela implique qu'ils doivent

déployer énergie et stratégies afin de ne pas être mis à l'écart des Autres. Là réside l'enjeu fondamental de l'identité : changer pour mieux s'adapter. (BONVIN, 2010, P13).

Dans le cadre d'une intégration scolaire, la classe qui accueille l'enfant en situation de handicap ce qui concerne l'intégration sociale et scolaire, il s'agit tout d'abord d'un combat parental visant l'acceptation du handicap de leur enfant. Cette intégration aboutit à la Présence de tous les acteurs (enfants, parents, professionnels de l'éducation), malgré les différences, dans tous les lieux consacrés à l'enfance. (BONVIN, 2010, P13).

## **9. La famille a l' preuve de handicap :**

### **9-1. La réaction initiale des parents :**

L'annonce terrible de handicap vient bouleverser tous les repère familiaux t'en général, sous le coup d'un choc qui se manifeste par des émotions très vives et des réactions parfois extrêmes, quelle qu'en soit l'ampleur, ses réactions sont normales etsaines. (LAMARCHE ,1985).

D'une façon générale, les parents cherchent d'abord des moyens de fuir de la réalité ainsi, lors de l'annonce de diagnostic, les parents ont du mal à comprendre ou a seulement attendre ce qui est dit, certains semble même perdre momentanément tout contact avec la réalité, d'autre se réfugient dans le vague espoir d'un miracle médicale, certain nient l'identité de l'enfant, souhaitent sa mort ou envisagent comme solution un placement en institution. (LAMARCHE,1985).

Progressivement, les parents développent des attitudes plus positives et plus nuancées, ils veulent par exemple connaitre les causes d'handicape, ils s'interrogent sur leurs capacité à l'assumer, ils craignent leur éventuelle attachement, ou le décès de l'enfant, tout en désirant connaitre ce dernier, en définitive, leurs sentiments sont extrêmement ambivalents, ils peuvent manifester de l'agressivité envers le personnel pro-hospitalier, il se demandent en outre comment faire face à la famille et aux amis.(LAMARCHE ,1985).

### **9-2. Processus d'adaptation des parents face à le handicap de leur enfant :**

Le cheminement complexe que les parent doivent traverser avant de s'adapter de façon satisfaisante à leur situation a était décrit par plusieurs auteurs permis eux Evans et Drotar le cheminement des parent peut être devisé en cinq étapes :

➤ **Le choc :**

Selon Evans (1976), une personne est en état de choc lorsque, placée devant un fait inattendu, elle est contrainte de se réorienter et d'intégrer cette nouvelle réalité. Les parents attendent un enfant normal et la naissance d'un enfant handicapé signifie la perte de l'enfant normal. Parents vivent un processus de deuil de l'enfant désiré. La prise de conscience de l'écart entre le désir et la réalité se solde par une crise importante L'état de choc peut se manifester par une explosion émotionnelle ou par une indifférence apparente Mais les parents éprouvent toujours des sentiments d'effroi, d'égarement et de confusion et se posent une foule de questions.(LAMARCHE, PP 37,38).

➤ **Négation :**

Pendant cette période, les parents désirent que la réalité se transforme et que leur chagrin disparaisse par magie. Certains parents résistent à la réalité en devenant super actifs et en refusant d'entendre toute information sur l'état de leur enfant. D'autres rejettent le diagnostic et recherchent une opinion médicale favorable. D'autres encore affichent une certaine indifférence. (LAMARCHE, 38).

➤ **Le détachement et l'adaptation :**

Même si la phase de détachement se caractérise par une acceptation apparente des limites de l'enfant, une étude plus approfondie de la dynamique familiale montre la persistance de certains conflits Une certaine routine s'est installée et chacun des membres de la famille assume ses responsabilités.

Mais on évite quand même de communiquer ou de partager ses sentiments envers l'enfant À ce moment, les parents commencent à s'organiser en fonction de la réalité, mais ils ne sont pas encore capables de comprendre et de maîtriser tous leurs sentiments et leurs émotions. On pourrait croire qu'il s'agit d'une phase transitoire, une sorte de répit entre l'étape de désespoir et la réorganisation Drotar étal. (1975) soulignent une diminution progressive de l'anxiété et de l'intensité des réactions émotionnelles. Ils remarquent de plus que les parents s'adaptent progressivement à la situation, qu'ils sont davantage confiants en leur capacité de prendre en charge leur enfant. Au cours de cette période, les parents reprennent goût à la vie, ils retrouvent des intérêts et des occupations qu'ils avaient délaissés. Ils s'aperçoivent que leurs autres enfants (s'il y a lieu) requièrent leur présence et leur attention. Ils voient qu'ils ne sont

pas les seuls à traverser des moments difficiles. Leurs sentiments négatifs s'atténuent donc progressivement. En somme, ils réalisent que la vie continue. (LAMARCHE, 39).

➤ **L'acceptation, la réorganisation :**

La phase d'acceptation ou de réorganisation se manifeste par une reconnaissance des limites et du potentiel de l'enfant. Les parents admettent également les contraintes et les limites des professionnels et des programmes ; ils y participent et prennent même l'initiative d'actions éducatives. De façon générale, la perception de l'enfant par les parents devient claire et cohérente. Ce dernier prend sa place et est traité selon ses besoins au même titre que les autres membres de la famille. Evans (1976) signale que la reconnaissance des limites et des capacités de l'enfant survient au même moment que la prise de conscience par les parents de leurs propres sentiments envers leur enfant. Cela permet en fait de réduire une tension jusqu'alors retenue. La situation de l'enfant est maintenant envisagée sous un angle plus positif et les attitudes à son égard changent. À la résignation succède une volonté de donner à l'enfant toutes les chances d'un développement harmonieux. (LAMARCHE, 40).

➤ **Le chagrin chronique :**

Olshansky (1962) explique les réactions des parents par un chagrin chronique. Selon lui, presque tous les parents d'un enfant handicapé éprouvent un chagrin profond tout au long de leur vie, que l'enfant soit placé ou non en institution (LAMARCHE, P40).

### **9-3. Le point de vu des parents :**

L'arrivée d'un enfant porteur d'une déficience dans la vie d'un couple est souvent associée à une fracture ou premier contact du médecin et les parents qui fait influence sur la vie d'une façon causent ou non avec leur souvenir inoubliable est enchaîné avec le choc de chaque rencontre. Avec les professionnel, dans ce cas les parent donne leurs sentiments par apport à leur malheur donc les parents s'exprime par un isolement et beaucoup plus par la mère. Et cette situation fais appelle pour un avant et un après. Pour le premier lieu une nouvelle responsabilité vis-à-vis d'un nouveau née et en deuxième lieu une déficience donc elle va influencer sur sa vie professionnelle au temps que eux même. Ils souhaitent avoir reconnues de respecté leur place et leur fonction de parents aptes à être achèvement utile à leur enfant handicapé.(Zucman, 2007P).

Avant les professionnels ont habilités à définir ce qu'il est bon pour l'enfant et les parent n'avais pas de place et de rôle clairement assigné dans la prise en charge de leur enfant, il l'ont été demander de jouer seulement leurs rôle de parents dans le modèle actuel, prôné à partir des lois de 2002 et 2005 avec beaucoup plus avec la variété et un grand nombre de texte d'auteur et de chercheur en éducation par apport à leur rôles comme des partenaire professionnels.

#### **9-4.Construire une relation positive à partir d'une relation obligée :**

La prise en charge de ces enfant est complexe .la lourdeur de leur handicap nécessite les interventions de nombreux professionnel médicaux paramédicaux ; sociaux et éducatifs ; les projets individuels doivent donc être élaborés en coordination étroite, de plus l'accord, la participation et l'accompagnement parental doivent toujours être recherchés pour une meilleure efficacité.(Zribi et all, 2012, P29).

Dans le cas d'un enfant normal c'est les parents qui responsabilisent de leur enfant contrairement à un enfant en situation d'un handicap où les parents soient incapable d'établir une satisfaction pour leur enfant vis à vis de la déficience dans ce cas on parle sur la relation qui réunit les professionnel et les parent donc la se pose le type de la relation entre ces différents acteurs, face à cet enfant handicapé. En effet on trouve pas mal de fondateurs et parmi eux Jean-René Daubât, qui est considéré l'un des psychologues et consultant après des établissements médico-sociaux depuis un certain temps. Car il se trouve la difficulté de mise en œuvre des politiques sociales récentes et notamment ce qu'en appelle la relation de secteur médicaux-éducatif, se mettre au service des bénéficiaires et usage et passe de cette représentation de parent, stigmatise qui autorise tous les moyens de manière au parent client dont il faut prendre en compte désormais les points de vue dans le cadre d'une relation contractualisée c'est le saut qu'il faut désormais effectuer.( LESAIN et all,2006)

#### **10. Les frères et sœurs de l'enfant handicapé :**

Plusieurs dont WENTWORTH (1974) S, PASTER-NACK CHINITZ (1981) et WOLFENBERGER (1975), ont mis en lumière les sentiments négatifs fréquemment éprouvés par les frères et les sœurs d'un enfant handicapé. Tous comme leurs parents, ils vivent des étapes d'adaptation et peuvent nécessiter du support pour faire face adéquatement à leur réalité familiale.(Lamarche, P42).



**10-1. Les sentiments éprouvés :****➤ La jalousie :**

Les frères et sœurs sont jaloux de l'enfant handicapé car ils ont peur de perdre leur place dans la famille et l'affection de leurs parents.

Le ressentiment s'avère le plus répandu et le plus persistant, en fait, les frères et les sœurs ont du mal à accepter que l'enfant handicapé reçoive une plus grande attention de la part de leur mère et que sa présence leur impose des contraintes sociales, ils comprennent mal ce qu'on attend d'eux et assument difficilement les responsabilités supplémentaires exigées par leurs parents. **(Lamarche, P42).**

**➤ Sentiment agressif :**

Les enfants ont parfois tendance à considérer leur frère ou sœur handicapé comme la source de tous s'exprime l'hostilité qui est découlée s'exprime par des paroles ou des gestes pouvant blesser l'enfant handicapé ou encore elle se manifeste par la désobéissance, l'insolence ou des réactions agressives envers les parents (Lamarche, P42)

**➤ Le rejet :**

Selon WENTWORTH(1974), le sentiment de rejet envers l'enfant, éprouvé par les frères et sœurs, reflète souvent celui des parents, il peut se manifester par un refus de lui donner des marques d'affection ou d'accepter des responsabilités envers lui. **(Lamarche, P 42).**

**➤ Complicité fraternelle :**

Dans sa fratrie l'enfant qu'ils existent dans un groupe différent de celui de ces parents, la déférence des générations. tout fois, lorsque un des enfants est porteur d'un handicap, ses frères et sœurs se demandent parfois s'il est de leur génération ou d'une autre **(ZRIBI et all, 1997, P99, 100).**

**10-2 Les besoins :****➤ Besoin de communication :**

Plusieurs auteurs, dont Ghinn, Drew et Logan (1979) et wentworth (1974), croient que les frères et sœurs éprouvent d'importants besoins de communication pour dénouer tous ses sentiments contradictoires et lourds à porter. Ils ont besoin d'informations et d'échanges à

propos du handicapés, de ses causes, des traitements et interventions possibles, des comportements de l'enfant handicapé et des décisions prise à son sujet. Il est essentiel que les parents fassent d'une grande honnêteté en ces matières. (Lamarche, P42).

### ➤ **Besoin de sécurité affective :**

WENTWORTH (1974) rappelle que tous les enfants éprouvent un besoin de savoir qu'on l'aime, qu'il a sa place, qu'il est un, membre important de la famille si la vie familiale est trop centrée sur l'enfant handicapé, les frères ou sœurs tenteront d'obtenir l'attention qui leur est dérobée par des moyens socialement inacceptables. (Lamarche, P42).

### **10-3.L'aides frères et sœurs d'enfant handicapé :**

Pour les professionnels, les frères et sœurs aident à la socialisation de l'enfant handicapé et jouent utilement le rôle de tuteur séparateur entre la mère et l'enfant déficient, la souffrance des frères et sœurs les mettaient douloureusement face à leur impuissance à aider toute la membre de groupe familiale à vivre dans les bonne condition leur situation.

La manière dont ils réagissent à la dynamique des relations fraternelles dépend des interprétations données aux souffrances ou dysfonctionnements repérés de leur représentation de ce que doivent de bonne relation fraternelles, de leur capacité à s'identifier à la souffrance de l'un ou l'autre des partenaires (Enfant déficient c'est frère et sœur, des parents) et enfin de leur représentation de handicap perçue au pas comme désavantages à compenser. (Zribi et al, 1997 P94).

## **11.Les professionnels à l'épreuve de handicap mental :**

### **11-1. La réaction des professionnels :**

Les professionnels ne sont pas insensibles à la réalité vécue par les parents, ils sont confrontés face à cette situation brutale et éprouvent des sentiments d'impuissance, d'échec, de déception et même d'incompétence. Comme les parents, ils refusent d'abord de se rendre à l'évidence et espèrent par la suite qu'il s'agit d'une erreur parfois, ils désirent le décès de l'enfant, souhaitant voir les parents libérés de leurs souffrances, ils remettent en question leur capacité à affronter une telle situation et peuvent avoir du mal à accepter l'enfant tel qu'il est les professionnels doivent cependant apprendre à maîtriser rapidement leur émotion pour apporter au parent le support dont-ils ont besoin. En crise, ces derniers sont particulièrement vulnérables aux réactions de leur entourage, pour être en mesure d'apporter une aide adéquate, les professionnels doivent eux-mêmes avoir réfléchi à la situation qui provoque la naissance d'un

enfant handicapé et pris conscience de leurs propre réaction et leur faiblesse et de leurs préjugés, ils doivent comprendre la dynamique familial et accepte les différent réactions des parents et leur intensité, donc ils doivent savoir évaluer les situation et passé les action appropriées. (LAMARCHE, 1985).

### **11-2. Le point de vus des professionnels :**

La manier dont les professionnel soutiennent, regardent, parlent de la personne attente de handicap décrits la peur d'être non efficace de prendre un enfant qui a une déficience. Les établissements, pour mieux voudra lui accorder pleinement sa place inaltérable de parent et de partenaire éclairé de la patiente construction partagée d'une vie de qualité pour son enfant, des atteints et des craints plus anciens et très naturelles habitent les professionnels qui rencontrent les parents, très légitiment ils attendent les parent la reconnaissance de leur travail. Une plaine confiance pour leur capacité à comprendre les besoins de leurs enfants, et de faire des parents réaliste aux situations de leur enfant.

Il reste que les professionnel souhaitent à juste titre que l'éducation offerte dans l'établissement soit poursuivie à la maison qui entre les deux il y ait cohérence et en tout cas pas de contradiction et par ce que le modèle institutionnel leur semble naturellement le meilleur, les rencontre parent professionnels au retour des week-ends au des vacances, sont parfois orageuses, un champ de travail conjoint et à dans l'avenir pour éviter des jugements de valeur.(Zucman,2007).

### **12. La relation éducative :**

L'homme ne se révèle pas en dehors d'un rapporte humaine, donc elle est toute d'abord une relation qui s'établit entre deux êtres humains et peut s'analyse, en première approximation, comme telle, à savoir ,aussi bien pour élève que pour enseignant, perdre en considération la personnalité du sujet son expérience passée, son milieu familial et son social, les condition sociales de la situation de relation .(MIALARET,G,2011).

### **Conclusion**

Face à la complexité du handicap mental, un réseau de santé regroupant les familles, les soignants, les acteurs sociaux et les médico-sociaux propose aux inadapte une évaluation globale de leurs capacités, en les aidant à élaborer un parcours d'insertion .Chaque acteur ne représente qu'un partie de accompagnement.

- **Préambule**

Dans chaque recherche scientifique, le chercheur doit suivre un ensemble d'étapes et de procédures afin d'atteindre les objectifs visés, selon Maurice Angers: «*A méthodologie est un ensemble des méthodes et techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et qui guident la démarche scientifique.*» (MAURICE Anger, 1996, P140).

Pour cela Michel Kalika a spécifié que «*Les précisions concernant la méthodologie sont toujours indispensables à la compréhension du mémoire*» (Kalika, 2008, P21).

Dans ce chapitre nous allons présenter le cadre méthodologique de notre recherche, dont lequel on va commencer par la présentation de l'organisme d'accueil, ensuite on va passer à la présentation de la population mère, l'échantillonnage, après c'est la méthode et les techniques appliquées et enfin on va terminer par les limites de la recherche.

## **1. Présentation de l'organisme accueil :**

### **1-1. Situation géographique :**

Centre psycho pédagogique pour enfant handicapés mentaux de Bejaïa « CPPEHM » situé à 3km du chef-lieu de wilaya de Bejaïa, implanté dans une zone urbaine au lieu – dit village Laazib Ouamaamarlhaddaden.

### **1- 2. Caractéristiques de CPPEM :**

Ce centre prend en charge des enfants handicapés mentaux déviance légère et moyenne et aussi ceux qui présentent des difficultés d'adaptation scolaire du à une insuffisance mentale, dont l'âge varie entre trois «3» ans à dix-huit ans «18 ».

### **1-3. Activités principales :**

Le centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux accueille des enfants et adolescents déficients mentaux, qui nécessitent une éducation spéciale prenant en compte les aspects psychologiques.

Le centre est chargé, en ce qui concerne les enfants et adolescents handicapés, notamment de :

- Favoriser l'épanouissement et la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles ainsi que l'autonomie de l'enfant.
- Assurer l'éducation motrice, le suivi psychologique et la rééducation orthophonique.
- Assurer l'éducation précoce, et le soutien scolaire pour l'acquisition des Connaissances.
- Assurer l'éveil et le développement de la relation entre l'enfant et son entourage.
- Assurer l'accompagnement de la famille de l'enfant handicapé.
- Elaborer le projet pédagogique et éducatif de l'établissement ainsi que l'éducation physique et sportive adaptée.
- Développer des activités culturelles, récréatives et de loisirs adaptés en direction des enfants handicapés.
- Soutenir l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire.
- Développer la personnalité, la communication et la socialisation de l'enfant et d'assurer l'accompagnement de leur famille et de leur entourage.

## 2. La pré-enquête :

C'est la première étape de notre étude, elle est importante, elle nous a donné la possibilité de voir et de concevoir et de compléter les insuffisances de notre technique de recherche. Notre pré-enquête s'est déroulée de la période allant du 09 avril 2017 jusqu'au 09 mai 2017. Elle nous a donné la possibilité d'observer les handicapés ainsi que de discuter avec les professionnels, Cette étape nous a permis de corriger certaines informations de modifier et de coordonner nos entretiens.

La pré-enquête que nous avons menée au centre des inadaptés mentaux a pour objectif la connaissance du terrain d'étude et consiste à connaître la population des inadaptés mentaux et de découvrir la réalité de leur prise en charge, d'explorer le terrain d'étude pour mieux déterminer notre objet de recherches et vérifier la faisabilité de notre thème.

### 3. La population mère :

La population mère selon Mayer Robert « *Correspond à un ensemble de tous les individus qui ont les caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l'étude* » (MAYERROBERT, 1991, P378).

Selon Alain Blanchet et Anne Gotman: « *Définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et à quel titre, déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose* » (BLANCHET et all, 1992, p50).

Notre population mère est composée de 75 enfants 44 entre eux représentent garçons et 31 sont les filles des centres psychopédagogiques pour enfants handicapés mentaux de Bejaia.

Dans notre recherche la population mère constitue l'ensemble de l'équipe psychopédagogique et des parents des enfants de la wilaya de Bejaia.

### 4. L'échantillonnage :

D'après Ambroise Zagre « *L'échantillonnage est un ensemble des procédés visant à la sélection d'une fraction de la population telle qu'elle puisse être considérée comme représentative de la population totale de référence. C'est donc une procédure par laquelle un petit nombre d'unités d'analyse sont sélectionnées pour étude dans le but de généraliser les résultats à la population mère, appelée l'univers* » (ZAGRE, 2013, P73-74).

Selon DEPLTEAU « *L'échantillon est une partie ou un sous-ensemble de la population –mère* » (olivier, juillet 2007, P73).

Notre population est large, il nous fallait prélever un échantillon représentatif à cette population, alors nous avons opté pour un échantillonnage aléatoire simple de type probabiliste, il est composé de sept 7 enquêtés des enfants handicapés mentaux « Léger » d'une catégorie d'âge entre neuf ans « 09 » et seize ans « 16 » ans, on en trouve une famille avec un enfant de neuf ans « 9 », et une autre famille avec l'âge de quatorze ans « 14 » ans aussi quinze ans « 15 » ans, et on trouve aussi deux familles avec des enfants à l'âge de douze ans « 12 » et deux autres familles qui ont un enfant en situation de handicap dont l'âge est de seize ans « 16 » ans.

**Tableaux N°1 : Caractéristique de notre échantillon**

	Les cas	Age	Dated'intégration	Niveaux scolaire	sexe
1	B.T	16 ans	12.09.2010	PRESCOULAIR B	Masculin
2	C.B	15 ans	2..1.2011	PRESCOULAIRE B	Masculin
3	L.M	12 ans	20.04.2010	EVIEL 2	Masculin
4	L.O	12 ans	10.10.2010	EVIEL 2	Masculin
5	R.B	14 ans	05.01.2010	PRESCOULAIRE B	Masculin
6	S.H	16 ans	25.09.2011	EVIEL 3	Féminin
7	S.K	9 ans	05.01.2014	PRESCOULAIRE A	Féminin

**Source** : enquête au centre CPPEM.

Pour que la recherche soit valable et réalisable, il faut définir plus précisément la Population qu'on projette d'enquêter. Notre population d'étude est constituée de sept (07) familles (parents des enfants handicapés), ainsi les personnels du centre constituer d'une orthophoniste, une psychologue, trois éducatrices, un pédagogue au centre des inadaptés mentaux.

**Tableaux n°2 : Les caractéristiques de nous enquêtes**

Les enquêtés	Parents	Niveaux d'instruction
enquêté n° 1	Père	//
enquêté n° 2	père	membre dans une association
enquêté n° 3	mère	femme ou foyer
enquêté n° 4	mère	femme ou foyer
enquêté n° 5	père	infirmier
enquêté n° 6	père	travail pas
enquêté n° 7	père	//

Source : enquête ou centre CPPEM.

**Tableaux n° 3 : Les caractéristiques de nous enquêtes**

Les enquêtés	Sexe	Profession
enquêté n° 1	masculin	pédagogue
enquêté n°2	Féminine	orthophoniste
enquêté n°3	Féminine	psychologue
enquêté n°4	Féminine	éducatrice
enquêté n°5	Féminine	éducatrice
enquêté n°6	Féminine	éducatrice

Source : enquête ou centre CPPEM.

## 5. La méthode et les techniques utilisées dans la recherche :

### 5-1. La méthode utilisée :



Dans les travaux de recherche, les méthodes ont un rôle fondamental, elles permettent à un individu ou un groupe d'acquérir des connaissances et recueillir les éléments de réponse à la problématique. Selon Mathieu Guider défini la méthode comme « *ensemble des démarches que suit l'esprit humain pour découvrir et démontrer un fait scientifique* ». (GUIDERE, 2004, p 4).

Le chercheur fait appel à plusieurs outils d'investigations pour la collecte des données. De ce fait, on a opté pour la méthode qualitative descriptive.

Cette enquête s'inscrit dans une approche compréhensive : il ne s'agit pas de viser une représentation statistique, mais d'engager une analyse qualitative, au La notion de « L'accompagnement » est à comprendre ici dans sa définition générale ce qui apparait besoin d'aide, soutien et de suivi familiale de point de vue des enfants retardés mentalement de leur parent et entourage.

Dans ce sens, Sophie Alami, Dominique de jeux et Isabelle Garbau-Moussaoui explique « Les méthodes qualitatives mettent l'accent sur les effets de situation, les interactions sociales sous contraintes, la place de l'imaginaire ou le jeu des acteurs avec les normes sociales » (ALAMI et al, 2009, p 13).

## 5-2. Les techniques utilisées :

Les techniques utilisés sont les moyens qui nous permet de collectés les données dans la réalité auprès des populations visées. Selon Marc-Adalard Tremblay, la technique « *Est le procédé générale utilisé pour recueillir des informations particuliers selon une certaine modalité* » (TREMBLEY, 1998, p95).

Comme notre recherche vise l'étude du contenu, Le rôle de l'accompagnement social sans la prise en charge des inadaptés mentaux, nous avons optés pour deux techniques de recherche qui sont comme suite :

### ➤ L'entretien :

L'entretien peut être défini dans un premier temps comme l'action d'échange des paroles avec une plusieurs personnes, entretien est synonyme de conversation discussion ou dialogue. (BENONY H, 1999, P11).

➤ **L'entretien semi-directif :**

L'entretien semi-directif permet à l'interviewé de structurer lui-même sa pensée autour de sujet envisagé, aussi c'est un procédé qui utilise la communication verbale pour recueillir des informations en relation avec le but. Mais nous avons vu que ces enfants présentant des troubles du langage nous sommes intéressés aux parents.

Nous avons réalisé un guide d'entretien constitué d'un ensemble des questions qui nous a permis de recueillir des informations auprès de notre population d'enquête.

Notre guide d'entretien est adressé aux parents des enfants handicapés mentaux, il est basé sur deux axes principaux :

**Axe 1 : le parent et le développement de l'autonomie d'enfant handicapé mental :** cet axe contient des questions sur l'aide des parents à son enfant à la fois sur son alimentation, habillement, et son hygiène corporelle en relation avec ses frères et sœur.

**Axe 2 : l'entourage et acquisition de la communication :** dans cet axe nous avons de collecter quelque information concernant le rôle de l'entourage dans l'acquisition de la communication pour l'enfant retardé mental.

➤ **Déroulement des entretiens :**

- Le recueil des informations :

La réalisation des entretiens s'est déroulée le 25 avril 2015 au 26 avril 2017 au centre des inadaptés mentaux de Bejaia, le déroulement de l'ensemble des entretiens a été réalisé en deux séances.

Les entretiens ont duré entre 45min à 1 heure,

- Les circonstances et le lieu :

Les entretiens ont eu lieu au centre des inadaptés mentaux.

Les entretiens ont été réalisés en français et en kabyle selon le niveau d'instruction.

➤ **Questionnaires**

Le questionnaire rentre dans le cadre d'une évaluation des performances de personne, où au contraire dans le cadre d'une évaluation d'un fonctionnement, de l'évaluation d'un système, d'une recherche descriptive ou expérimentale. (**JEAN-MARIE DE KATELE, 2015**).

Nous avons construit un questionnaire de 13 questions, Réparties en deux « 02 » axes, chacun d'entre eux dérivant des hypothèses de notre recherche, dans l'objectif de faire une comparaison entre les résultats de l'entretien avec les parents et ceux des professionnels ainsi d'attirer plus d'information et confirmer nos réponses d'entretien.

### **6. Les limites de la recherche :**

Notre recherche a été réalisée à travers deux « 02 » outils tels que l'entretien et le questionnaire mais peut-être que notre recherche va être largement enrichie par l'observation directe de l'handicapement lui-même au sein du centre et par un échantillon plus large et selon plusieurs et différents établissements pour valider nos constatations.

### **Conclusion**

Ce chapitre très important, il nous a permis d'ordonner et d'organiser notre démarche, elle nous a servi dans la limitation de notre recherche scientifique, ainsi d'éclairer et de faciliter l'application de nos outils d'investigation.

A ce fait après avoir finalisé ces chapitres théoriques et méthodologiques on va mettre l'accent sur le chapitre pratique « Analyse et interprétation des résultats ».

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

### L'analyse des 7 cas :

#### Analyse du 1<sup>er</sup> Cas : L.M :

Le premier cas est un pré-adolescent âgé de 12 ans ; il a été intégré au CPPEHM le 20/04/2010 scolarisé en éveil 2.

D'après les questions de **2<sup>er</sup> axe qui inclus le rôle des parents dans le développement de l'autonomie**. Dans notre entretien les données obtenues montrent clairement que l'aide des parents dans l'accompagnement de leur enfant retardé mental pour développer son autonomie est offerte, la mère aide son enfant à faire sa toilette seul elle nous dit en tapant ces mains elle exprime tout sentiment de fierté et de sa responsabilité face à son enfant « *Oui il connaît, J'ai lui appris* » ; ainsi à s'habiller correctement.

Pour elle l'aide des parents est nécessaire pour son enfant ; en confirmant à partir de ses dires « *je lui demande tout le temps à chaque activité tout de suite de ramasser les déchets et les remettre à la poubelle* », pour elle, la demande avec la répétition c'est la meilleure façon pour l'apprentissage.

Pour le **3<sup>eme</sup> axe qui inclus le rôle de l'entourage dans l'acquisition de la communication**, Elle considère l'entourage comme un acteur qui facilite à l'enfant à prononcer les mots simples ; la mère ajoute que l'entourage familial participe à l'utilisation dans des phrases simples, elle dit « *...oui oui bien sûr ces grâce à ces amis qu'il connaît des phrases que en l'utilise plus à la maison* », à ce moment elle exprime ses émotions elles pleurent, et nous parlent comment l'entourage l'a aidé à transmettre les comportements de la société, ainsi que les bonnes conduites pour son fils, « *...mon garçon apprend tout très rapide déjà c'est grâce à l'entourage que j'ai lui appris comment partager les bonnes choses entre les amis, ainsi sa façon de coiffé ces cheveux ...* ».

Dans un questionnaire avec l'équipe pluridisciplinaire au sein de centre des inadaptes mentaux notre **2<sup>eme</sup> axe qui include développement de l'autonomie**, les professionnels partagent le même constat sur la capacité de « L.M » à faire sa toilette tout seul, ainsi à manger correctement .

Par ailleurs, ce qui concerne sa capacité à s'habiller correctement en est confirmé par la psychologue et le pédagogue, sa capacité à ramasser les déchets et les remettre à la poubelle était un constat confirmé par les professionnels juste la psychologue qui lui infirmé.

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

Pour le 3<sup>ème</sup> axe qui articule **l'acquisition de la communication**. Les professionnels confirment la compétence de « L.M » a prononcé les mots simple telle que papa et maman;ainsi en en trouve un grand nombre d'entre eux affirme sa compétence à faire des phrase simple, que le pédagogue qui déclare son échec.

Expression des tendances et des goûts était un constat partagé entre les éducateurs et la psychologue qui prouve sa compétence et rajoute par l'orthophoniste et le pédagogue.

**Après avoir collecté les réponses nous avons trouvez que « L.M » a développé son autonomie telle que était annoncé par les parent et confirmé par l'équipe pluridisciplinaire, donc nous avons conclu que c'est grâce à l'aide des parent que leur enfant a devenu autonome.**

**A partir des résultats obtenu grâce à l'entretien qui a été mené auprès des parents et les questions poses au déferentes enquêtés professionnels nous avons constaté que « L.M » à acquérir sa communication à partir de son entourage.**

### **L'analyse du 2<sup>ème</sup> cas :C.B :**

Le deuxième cas c'est un adolescent âgé de 15ans scolarisé au centre psychopédagogique pour enfant handicapé mentaux, aux niveaux préscolaires après 7ans de prise en charge.

Le résumé des questions posées à son père au moment de l'entretien effectué. Dans le 2<sup>ème</sup> axe qui articule **le développement de l'autonomie** de son fils, ou on conclue que le père apprend à son enfant comment faire sa toilette, même, de lui apprendre aussi la façon correcte de s'habiller et de manger , cela après ces dire : « *avant je lui apprend tout ce qui concerne ses cordonné personnelle son nom, son prénom* », il rajoute « au début oui ; mais maintenant il fait tout seul ces taches quotidienne » . Cela traduit la grande participation des parents qui résulte son un développement d'autonomie

Est-ce que on a constaté pour le 3<sup>ème</sup>axe **le développement de sa communication**. L'entourage de **C.B**lui aidé à prononcer les mots simples, même quant il exprime il utilise des phrases simples le papa dit : « *oui, il exprime, il utilise des phrases, il te parle normale sans faute* », aussi il déclare « d'ailleurs il partage le travail avec son frère, j'ai remarqué quant il fréquente plus des gens il s'exprime mieux».

## **Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats**

---

Pour le 2<sup>ème</sup> axe qui contient le **développement de l'autonomie** les réponses obtenues de la passation de notre questionnaire à l'équipe professionnelle, affirment que **C.B** a développé son autonomie sauf sa toilette telle que était annoncé par l'éducatrice.

Pour le **développement de sa communication qui représente le 3<sup>ème</sup>axe**, toute l'équipe psychopédagogique confirme sur la capacité de « **C.B** » à savoir communiquer de ce qui concerne l'utilisation des mots et des phrases simples ainsi sa compétence a exprimé ces tendances.

**D'après, les questions posées aux parents sur l'autonomie de C.B on constate finalement a parfaitement évoluer son autonomie, telle que était confirmée par l'équipe pluridisciplinaire, a ce fait on peut dire que l'aide des parents, et le résultat du développement de l'autonomie de son fils.**

**Dans le même constat, la communication de C.B a été développée grâce à la participation de son entourage, après avoir confirmé les réponses de son père dans un entretien déroulé, par un questionnaire destiné aux professionnels.**

### **L'analyse du 3<sup>ème</sup> cas : B.T :**

Le troisième cas est un pré adolescent âgé de 12 ans il a 7 ans d'intégration aux EPPEHM (centre psychopédagogique pour enfant handicapé mentaux de Bejaia) scolarisé au niveau préscolaire.

D'après, le 2<sup>ème</sup> axe qui inclut le **rôle des parents dans le développement de l'autonomie** de son enfant déficient intellectuel de notre entretien les données obtenues montrent clairement la négligence des parents pour leur des enfants handicapés mentaux, nous avons constaté que le père de cet enfant après ses dires qu'il n'exerce pas un accompagnement auprès de son enfant il nous dit « *mon fils n'a pas besoin que je lui apprenne comment faire sa toilette* », « *non, je lui apprenne pas comment s'habiller, il le fait sans problème* », aussi il nous dit que le centre est apte de lui faire apprendre ses tâches. Pour lui il n'y a pas d'accompagnement parental mais une prise en charge professionnelle.

Pour le 3<sup>ème</sup>axe qui inclut le **rôle de l'entourage dans l'acquisition de la communication**, on soulève que l'entourage de cet enfant ne l'aide pas vraiment à prononcer des mots simples et même à utiliser des phrases complètes, d'après les réponses de son père « *pour les mots il les prononce mal* », est ce qui concerne la prononciation des

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

phrases il comprend mais il prononce pas, « *Dans le point ou l'entourage transmettre à mon fils des bonnes conduits laje confirme* ».

**Le développement del'autonomie** représente le 2<sup>ème</sup> axe dans notre questionnaire qui a été faite avec un ensemble des professionnels, affirment que cet enfant arrive à faire sa toilette seule, même à manger correctement, ainsiil a une habilité a ramassé les déchets et les remettre à la poubelle. Sauf que le l'orthophoniste qui a nier sa compétence à s'habiller correctement.

Selon les questions du 3<sup>ème</sup> axe **le développement de lacommunication**, l'ensemble des professionnels affirment sa prononciation des mots simples, et pour l'utilisation des phrases simples la psychologue et le pédagogue déclarent sa réussite, hors que l'orthophoniste et l'éducatrice déclarent son chèque, et pour son expression de ses tendances et ses goutes les professionnels affirment sa compétence, que l'orthophoniste.

**D'après l'entretien qui a été effectuer avec les parents de B.T, nous avons conclus que il a développé son autonomie, telle que été justifier par l'équipe psychopédagogique, par apport a sa compétence individuelle aussi au niveau élevée de la prise en charge, puisque l'accompagnement de ses parents elle est absent.**

**Auprès des résultats obtenus dans entretien avec les parents de cet enfant,et l'ensemble de questions posé aux professionnels, nous avons constaté que B.T à améliorer sa communication à travers de sa compétence.**

### **L'analyse du4<sup>ème</sup> cas : L.O :**

Le 4<sup>ème</sup> cas est un pré adolescent de 12ans intégré au centre psychopédagogique de puis 7ans aux niveaux «*éveil2* »

D'après un entretien effectuée avec sa maman, par apport a sa participation dans le **développement de son autonomie**, la maman confirme que elle apprend à son fils à faire sa toilette et elle lui aide aussi à s'habiller correctement, lui explique comment manger proprementou elle dit « *bien sûr, d'ailleurs avant qu'il sera intégré il arrive à faire sa toilette seul* », aussi elle déclare que elle apprend à son fils à ramasser les déchets et les remettre à la poubelle .« *Je suis sa maman, et c'est mon rôle avant tous.*»,si on le fait pas nous en tempsque parents,la pris e en charge de centre ne suffit pas.

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

Et à propos de la participation de son milieu pour l'acquisition de langage soit ses voisins ou sa famille dans le **développement de la communication** de son fils, et à partir de ses dires : *« il m'en beaucoup aidé surtout dans l'articulation des mots » « je pense que grâce à mes voisins et à ce centre que mon fils aujourd'hui peut exprimer »*

Dans le 2<sup>ème</sup> axe qui articule le **développement de l'autonomie** effectué avec les professionnels affirment que **L.O** a vraiment développé une autonomie sur la majorité des tâches, sauf que sa capacité à s'habiller correctement.

Et ce qui le 3<sup>ème</sup> axe qui concerne **l'acquisition de la communication**, il a arrivé à acquérir certaines communications assuré par l'enquêtes professionnels, sauf le pédagogue qui a infirmé son utilisation des phrases simples.

**Après avoir récoltes des réponses à travers d'un entretien effectuée avec la maman, nous avons constaté que L.O à développer son autonomie, telle que était confirmé par l'équipe pluridisciplinaire. Cela assure que le suivi des parent vis-à-vis de leur enfant, absolument les aide à développer le leur degré d'autonomie.**

**Et ce qui concerne le soutien qui apporte les milieux sociaux, à cet l'enfant soit de coté de ses proches, au de coté de ses voisin sur l'évolution de sa communication, cela ne peut être que bénéfique pour lui, d'après l'affirmation de l'équipe pluridisciplinaires aux réponses des parents sur ce qu'ils sont été interroger.**

### **Analyse du 5<sup>ème</sup> cas : R.B :**

Après 7ans d'intégration au centre CPPEHM de Bejaia, «R.B » est un adolescent âgé de 14 ans scolarisé en préscolaire B.

Dans un entretien destiné au parent qui abord le 2<sup>ème</sup>axe de leur participation dans **le développement de l'autonomie** de son enfant retardé mental, et à partir des dires d'un papa *«...oui au début Jai lui appris ,maintenant il est autonome il fait ça toilette tout seul quand il trouve pas le savon il le remplace par le champoing»*.Ainsi le papa lui aide aussi à faire apprendre à s'habiller correctement.

Le père déclare son soutien vis-à-vis de son enfant handicapé mental ou il lui fait apprendre et explique que il faut ramasser les déchets et les remettre à la poubelle *«... Je lui*



## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

*demande toujours mais il le fait juste quand il veut....»,* cela traduit la grande participation des parents qui dépendent de la volonté de leur enfant handicapé mental.

Pour le 3<sup>ème</sup> axe ; **l'entourage et l'acquisition de la communication**, le père confirme que son entourage aide son fils à prononcer les mots simples, avec un sentiment de fierté il nous dit « *Badro c'est le sur-noms que son entourage lui a donné pour lui faciliter la prononciation* », à ce sens il ajoute que il lui aide à faire des phrases ainsi a donné des explications aux difficultés.

En parlant sur sa relation avec l'entourage ce qui concerne les comportements et les conduites à transmettre pour son fils, à un moment de silence il nous dit « *oui l'entourage et plain, les bonnes aux mauvaises conduites, au temps que je suis un papa je prends la bonne* ».

Dans le 2<sup>ème</sup> axe **le développement de l'autonomie** et à partir des réponses obtenues grâce aux questions posées au déférent membre de l'équipe pluridisciplinaire par rapporte « R.B », en trouve un grand nombre d'entre eux affirme sur sa capacité à faire sa toilette seule ainsi à habiller correctement, aussi ils renient et assurent fortement son habileté à manger proprement.

Sa capacité à ramasser les déchets et les remettre à la poubelle était un constat confirmé par les professionnels juste la psychologue qui lui a infirmé.

Les professionnels nous annoncent sur sa **compétence à faire communiquer** qui est considéré le 3<sup>ème</sup> axe de notre recherche ou ils sont mis en accord que « R.B » prononce les mots simples pareillement à son habileté à exprimer ces tendances et ses goûts.

Aussi en trouve la pluralité des professionnels qui confirme sur son utilisation des phrases simples, et l'orthophoniste était la seule qui lui a démontré.

**A travers les réponses de l'entretien des parents qui parlent de leur aide pour développer l'autonomie de son enfant handicapé mental ainsi a été justifié par les professionnels nous avons conclu que « R.B » A développé son autonomie à l'aide de ces parents.**

**Ainsi nous avons conclu que l'entourage à lui aidé a développé sa capacité de communication, cela était annoncé par ses parents et justifié par les professionnels qui les prennent en charge.**

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

### Analyse du 6<sup>ème</sup> AS : S.H :

« S.H » et notre seizième cas c'est une adolescente âgée de 16 ans elle a été intégrée au centre CPPEHM depuis 6 ans, scolarisée en éveil 3.

**Le développement de l'autonomie** d'un enfant déficient intellectuel était le 2<sup>ème</sup> axe de notre entrevue qui a été destiné aux parents. De ce fait, le père nous dit avec une voix douce qui exprime la timidité *« je suis analphabète, mais je fais mon bien pour que elle apprend à faire sa toilette seule »* il déclare aussi que sa mère explique à elle comment habiller correctement.

Le père ajoute qu'il explique souvent à sa fille handicapée mentale qu'il faut ramasser les déchets et les remettre à la poubelle.

Pour le 3<sup>ème</sup> axe qui inclut le rôle de **entourage dans l'acquisition de la communication**, et après avoir collecté les réponses, le père assure que l'entourage ne porte rien de bénéfique telle que était annoncé par le papa *« ma fille elle sort plus elle fréquente jamais il y a une grande distance entre elle et son entourage »* il rajoute aussi que elle est apte à prononcer quelques mots « toi » par exemple ainsi la même situation pour les phrases ou son entourage et loin d'être concerné .

*« ..Rien n'est comme avant les gens d'aujourd'hui sont tous développés »* celle-là était la phrase qui était annoncée par le père ou il nous montre que de son entourage a lui aidé à transmettre les bonnes conduites pour sa fille aussi à les tenir en société.

Dans un questionnaire destiné aux professionnels sur le **développement de l'autonomie**, l'équipe pluridisciplinaire affirme sa capacité à faire sa toilette seule aussi à manger proprement.

Ce qui concerne son habileté à s'habiller correctement est trouvé par la psychologue et la pédagogue partagent le même constat ou il le voit apte, d'autre part est trouvée par l'éducatrice infirmière sa capacité.

Ainsi l'équipe des professionnels qui prend en charge les retardés mentaux confirme sa capacité à ramasser les déchets et les remettre à la poubelle .aussi a exprimé ces tendances et

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

ses goûts telle que était confirmé par toute les membres du centre et démontré par le pédagogue.

Pour le 3<sup>ème</sup> axe qui articule **la capacité de la communication**, les professionnels montrent et partagent la même réponse de sa compétence a prononcé les mots simple.

D'autre parte en trouve l'éducatrice et l'orthophoniste qui assure sur sa capacité a utilisé les phrases simples, mais elle a été démontré complètement parle pédagogue. L'expression des tendances et des goûts étaient un constat assuré par la majorité de l'équipe pluridisciplinaire et infirmé par le pédagogue.

**Après avoir collecté les réponses nous avons trouvé que «S.H» a développé son autonomie telle que était annoncé par le père et justifie par l'équipe pluridisciplinaire. Donc, On conclut que c'est grâce à l'aide des parents que son fils est devenu autonome.**

**A partir des résultats obtenu grâce à l'entretien qui a été mené auprès de parents et les questions posés au différentes enquêtés professionnels nous avons constaté que «S.H » à acquérir sa communication mais son l'aide de l'entourage.**

### **L'analyse du 7<sup>ème</sup> cas :S.K :**

Le septième cas est une fille âgée de 9ans, scolarisé aux niveaux préscolaires au centre psychopédagogique des handicapés mentaux pendant 3ans.

D'après les réponses collecté pendant l'entretien effectuer avec son père sur le 2<sup>ème</sup> axe de sa **participation a développé l'autonomie** de sa fille, le père nous dit que il aide sa fille à faire sa toilette, Ou il dit : « oui bien sûr j'apprends à ma fille comment faire sa toilette, c'est mon rôle je pense ? », il l'explique aussi à s'habiller correctement, et comment manger proprement, à partir de ses dit «Même si elle a que 9ans elle habille tout seul sans nous aides ».

Et ce qui concerne le 3<sup>ème</sup> axe de notre questionnaire qui articule **l'acquisition de la communication**. Le père affirme que l'entourage lui aidée à prononcer les mots et même les phrase simple puis il nous dit « *à chaque fois ou en sort tout nous deux elle apprend un nouveau mot, ou je trouve qu'elle arrive à s'exprimer facilement et utilisé des phrases lors de notre communication.* ».

## **Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats**

---

Dans un questionnaire qui a été effectué avec les professionnels sur le **développement de l'autonomie qui représente le 2<sup>ème</sup> axe**, l'équipe pluridisciplinaire confirme que **S.K** a développé son autonomie mis à part sa façon correcte d'habillement, et par apport sa compétence a mangé correctement, ainsi de l'ordre à chaque fin d'activités et ramassé les déchets à la poubelle.

Et à propos le 3<sup>ème</sup> axe qui articule la **capacité de la communication** ensemble des professionnels confirme sur sa capacité à prononcer des mots simples, mais aussi sur ses compétences d'exprimer ses tendances quand elle utilise des phrases complètes.

**Toutes ses informations accueillies sur l'autonomie de S.K, l'ordre de l'entretien pose pour son papa, nous avons trouvé que il a développé son autonomie, comme été assuré par l'équipe psychopédagogique, à ce fait, on dit que le suivi des parents montre ses résultats.**

Les réponses rassemblées dans un entretien effectué avec les parents et le questionnaire passé aux professionnels sur le niveau de la communication chez cette fille, on constate que l'aide de son entourage participe dans son développement de communication.

### **Interprétations et discussions des résultats :**

Cette étude outre le fait qu'elle nous a permis de connaître lors de l'entretien effectué aux parents, et le questionnaire destiné aux professionnels, les attentes et les besoins des handicapés mentaux en matière d'aide et de soutien, soit du côté de leurs parents et leur entourage a soulevé certaines interrogations. Nous avons constaté que les parents de ces enfants ont des attentes importantes en matière de formation d'aide au développement de l'autonomie de leurs enfants, c'est-à-dire qu'ils sont plus intéressés à les modalités de prise en charge auprès du programme psychopédagogique exercé par la communauté professionnelle, afin de mieux remplir leurs rôles en tant que parents.

Par le même constat soulevé pour l'entourage de ces déficientes intellectuelles, que le degré de la conscience vis-à-vis de ces personnes, montre leur soutien, leurs apports positifs dans l'acquisition de certaines communications.

Ainsi on peut dire à partir de l'observation qui a été faite auprès des parents de ces enfants handicapés mentaux que l'un de ses parents occupe une tâche, ou nous avons pu

## Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats

---

dire que la mère participe dans le développement de l'autonomie de son enfant, alors que le père lui aide à développer et acquérir certaines communications à travers sa fréquentation avec son entourage, cela peut ouvrir les portes pour d'autres recherches dans le futur.

L'étude de ceux-ci a montré six «06» cas sur sept «07» qui ont développés leurs autonomie grâce à l'accompagnement de leurs parents, cela nous mène à dire que la première hypothèse est confirmée.

En outre, on a confirmé notre deuxième hypothèse, par Cinq «05» cas sur sept «07» d'enfants handicapés qui ont acquis certaines communications, suite de l'aide de leurs entourage.

### ➤ Discussion des résultats relatifs au développement de l'autonomie

-Parmi suggestions que vont les parents utilise pour améliorer l'apprentissage de son enfant en trouve la mastication au la plupart des mères et bien précisé a « Madagascar » *le* fiant pour leur enfant dans le but de mordiller et à mâcher, la mère appliquera régulièrement pour aider l'enfant à contrôler et à fermer la bouche. La répétition de ces gestes incitera l'enfant à mâcher. (**IDITH RAMAMONJISOA, 2002**).

- Ensemble d'étude inclus le thème d'indépendance et autonomie, sur le thème des innovation sociales par et pour les personnes en situation de handicap en 2012 par GAEDIEN E a été faite par les parents chercheurs et les personnes en situation de handicap ont contribué à cet ouvrage montre que la collaboration des parties surtout celles des parents au développement de l'indépendance de la personne est essentiel. (**AUDREY, p 86**)

-Une étude américaine publiée sur le site science Daily montre que les parents d'enfants qui commencent l'apprentissage de la propreté pour leur enfant avant l'âge de deux ans auraient trois fois favoriserait son bon développement. (**BLOT**)

### ➤ Discussion des résultats relatifs à l'acquisition de certaines communications,

- BEAL G., VELDHORST G., McGrath J.-L., GURGE S., GREWAL P., DINUNZIO R., ET TRIMNELL J. raient dans une recherche qualitative sur les modalités de création de liens sociaux ; Selon les auteurs le fait de s'aventurer et de créer des liens dépend fortement des relations féliciteuses de l'environnement, et concernant les relations courantes les personnes mentionnent les membres de la famille, les participants ont mentionné les liens avec des professionnels comme un besoin relationnel « pour parler » (**AUDREY, p 66**).

## **Chapitre IV Analyse, présentation et discussions des résultats**

---

Enquêtes nationale «handicap incapacité » réalisé par l'INSEE entre octobre 1998 et la fin de l'année 2001, cette enquête a également mis en évidence le rôle déterminant de l'entourage des personnes se trouvant en situation de handicap, déclarent le bénéficiaire de l'aide régulière d'un proche appartenant soit à la famille soit au cercle des amis et du voisinage. **(LEBOUCHER, 2004).**

A partir des travaux d'Odette Brunet et de Lrénélezine, qui ont été faits en France, situant leurs analyses à différents niveaux de la recherche, elles parviennent à montrer combien le langage est le résultat d'un exercice soumis à l'influence de l'entourage **(Quente, 1977)**

- Les réactions émotionnelles constituent donc le premier mode de relation entre l'enfant et son entourage. Les réactions émotionnelles permettent à l'enfant de prendre peu à peu conscience des situations dans lesquelles il est impliqué et qu'il commence à participer : l'enfant progresse dans les productions du monde qui l'entoure en apprenant d'abord à déceler l'état émotionnel de son interlocuteur par le déchiffrement du visage **(TOURETTE et GUIDETTI, 1995).**

# Conclusion Générale

---

## Conclusion

Afin que les enfants inadaptés mentaux puissent réussir dans la vie sociale et avoir de bonnes relations, on s'accorde à penser que l'enfant doit être au cœur des préoccupations de la société spécialement, car cette dernière les a négligés au paravent.

Notre société, aide à dresser ses personnes, englobe tous les modes de socialisation par ces différentes instances telle que la famille, l'école, et le marché du travail.

Ces objectifs soulignés par l'insertion sociale des handicapés mentaux, consiste pour que le sujet ait une vie naturelle équivalente à d'autres personnes, par son intégration aux groupes sociaux à fin de construire une identité personnelle.

A travers les témoignages de nos enquêtés, on a constaté la réalité que les personnes ont besoin de soutien de leur famille, de l'accompagnement de tout ce qui les entoure, à fin de s'adapter et s'intégrer dans le milieu social et professionnel.

Cette recherche nous a permis aussi de découvrir que la prise en charge psychopédagogique contribue à l'amélioration des comportements des enfants handicapés mentalement, et elle permet à ces derniers d'être autonomes et indépendants, grâce à des techniques et des méthodes thérapeutiques destinées à l'état du retard dans lequel se trouve cette catégorie, ainsi que par des programmes pédagogiques à court terme, moyen terme et à long terme, la gestion suivie par l'équipe psychopédagogique, insiste sur l'implication des parents de ces déficients intellectuels dans le programme détaillé, c'est dans l'objectif de renforcer tous les efforts pour mieux développer les capacités de ces handicapés, et avec un autre but c'est d'améliorer la vie de ces familles eux-mêmes, cela exprime que toute la communauté pluridisciplinaire veut mettre face à tous les meilleures conditions de vie de ces personnes.

Il est vrai que le centre a déployé des efforts en matière de prise en charge, mais il est évident de rappeler que, l'expérience et les compétences de l'équipe jouent un rôle primordial dans la prise en charge de ces enfants. On a constaté aussi que l'environnement entourant l'enfant influence d'une manière ou d'une autre sur l'intégration dans le milieu

## Conclusion Générale

---

ordinaires. C'est ainsi que notre recherche à révéler le manque ou la participation des parents dans la prise en charge de leurs enfants, permettre la réussite ou l'chèque de l'enfant.

Donc, Les personnes handicapées, si elles bénéficient d'un accompagnement adapté, peuvent souvent s'insérer dans la société, poursuivre des études, travailler et avoir une vie autonome. Pour atteindre cet objectif, il faut des professionnels compétents dans tous les métiers du soin, de l'éducation et de l'aide à la personne.

En nous avons pu dans notre recherche qui consiste à établir le rôle de l'accompagnement sociale, par la famille et l'entourage dans la prise en charge des inadaptées mentaux dans le centre d'IheddadenBejaia.



## **La liste bibliographique :**

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1996. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson 4<sup>ème</sup> édition.
- ANGERS, M .1996. Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines. Québec. EDCEE.
- BLANCHET, A. 1992. L'enquête et ces méthodes d'entretien Nathan. Paris .Armand refoudue .2<sup>e</sup> édition.
- BLANC, A, 2002. Handicap et maladie mentale .paris . Édition Dalloz.
- BLOCH, H. & CHAMAMA , R. & DEPAT ,E.& GALLO, A .& LECONTE ,P .JEAN FRONCOIS ,L .& POSTEL ,J .& REUCHLIN ,M. 1999. Grand dictionnaire en psychologie .paris. 1<sup>er</sup> édition.
- BONONY, H. & CHAHRAOUI, K. 1999 .l'entretien clinique. Paris. DUN OND.
- BONVIN, L. & FILLIEZ, j. 2010. L'intégration sociale de l'enfant en situation de handicap, de désir à la réalité. Sous la direction de boule Christophe.
- CHAVAROCHE, PH. 2012. L'accompagnement des adultes gravement handicapé mentaux, France .érés .
- CLAUDE, H .2012. les personne en situation de handicape, que je, France. 7<sup>e</sup> édition.
- CLEREBAUT ,N. PONCELET ,V. CUTSEM ,V. Biotteau ,C .& Caron, j.& Colonna, j.& Hayart , F.& Husse, C .& Michel Jausseran Marie-Françoise Junke , Lagier, p & Lombard ,f & Poher ,m.& Prévot, d . 2013 .pour une sante accicibles aux personnes handicapés mentaux. PARIS.
- CLEREBAUT, N .2005. quelle communication précoce chez l'enfant déficient intellectuel ? .n°22-23.p133-148.

- CLEREBAUT, N. & Poncelet, v. & Van Cutsem, v. handicap et maltraitance, Ministère de la communauté française.

- De Kettele, j-m. & Roegiers, x. 2015. Méthodologie de recueil d'information.. Boeck université 4<sup>e</sup> édition.

- ELISABETH Zuczman. 2007. auteur de la personne (poly) handicapé. les enjeux de la rencontre entre familles et professionnels. N°26.p86-47.

N°1 revue de littérature américaine, volume.10.p36-45.

- FRERY, E 2012. LA distraction aux urgences pédiatrique .institut de formation de recherche .animation sanitaire et social Toulouse.

-FRIGERROI, E. 2007. personne handicapé mentales et bibliothèque publiques, ENSSIB.

- Joël Le Dantec 2009, Les établissements médico-sociaux destinés à l'accueil des adultes en situation de handicap mental ou psychique, l'Université Toulouse 2 Le Mirail.

- Handicap .fr SARL (FR) [https //information .handicap.fr /art-oms-rapport-2012-703-5563.php](https://information.handicap.fr/art-oms-rapport-2012-703-5563.php).

- GARDOU, Ch. 2015. parents d'enfant handicapé .Edition érés..- GASTON, M. 1999. psychologie de l'éducation ? que sais-je ? France .puf 1<sup>er</sup> édition.

- GHAARDOU, H. 1998, Des intentions aux actes, l'intégration scolaire des enfants handicapé au seuil d'une nouvelle phase au comment passer des intentions aux actes.

- GUIDER, M. 2004. Méthodologie de la recherche .PARIS . Édition Ellipsu.

- KALIKA, M. 2008 le mémoire de master, projet d'étude rapporte de stage 2<sup>eme</sup> EDITION PARIS .3<sup>eme</sup> édition .Dalloz .2010.

- Lamarche, C. 1985. Les parents d'un enfant handicapé. Santé mentale Québec n°1 revue de la littérature américaine, volume. 10. P36-45.
- LEBOUCHER, R.2004.le décroisement des champs d'intervention des aides à domicile. Crénologie et société .N°110.P223-282.
- LIBERMAIN, R .1999 Handicap et la maladie mentale. France.4<sup>eme</sup> édition.
- LIBERMAIN,R L. 2011.Handicap et la maladie mentale, France .8<sup>e</sup> édition Jouve. **38**. MARTIN, P. & PAPIER, C. & MEYER, J .1983. Le handicap en questions : des familles face à la découverte du handicap et à l'accompagnement du jeune enfant à domicile Préface. Édité par le CTNERHI.
- MARTIN, P. & PAPIER, C. & MEYER, J .1983. Le handicap en questions : des familles face à la découverte du handicap et à l'accompagnement du jeune enfant à domicile Préface. Édité par le CTNERHI.
- MASTRACCI, N. 2011. Le livre blanc de l'accompagnement social, paris .Édition ouvriers.
- OULIVIER, M. 2007. L'analyse des méthodes quantitatives. Armand colin.
- PARRON. Handicape et aide humaines, revue de littérature, le centre ressource de recherche applique et handicapé .Handeo
- PAUL, M. 2002. L'accompagnement une nébuleuse. Éducation permanente. N° 153.P43-56.
- PAUL, M .2004. Le concept de l'accompagnement, note de synthèse effectuée à partir de l'intervention de PAUL Maela.
- QUETEL, j.1977 .l'action de l'entourage sur le développement du langage de l'enfant .VOLUM 30 .p91-103.

- RANDNIANTSNA, C. & RAMAMONJISOA, I .2002.document de référence sur la déficience mentale l'usage des parents instituteurs et éducateurs a Madagascar.
- ROMAIN, L.1999 Handicap et la maladie mental. FRANCE 4ème édition
- ROMANO, H, 2009 .la maladie et le handicap à hauteur d'enfant .paris Editions Fabert.
- SESSAD .2010.de la prise en charge a l'accompagnement sens des interventions et postures professionnelles.
- SOPHIE, A. & DES JEUX, D. & MOUSSAOUI, I.2009. Les méthodes qualitatives, que sais- je ? Paris.2<sup>e</sup> édition.
- TERRAL, D. 2002.prendre en charge à domicile l'enfant handicapé .paris .Edition Dunod.
- TIRI DE BLOUIN, M .BERGERON, C .1997 dictionnaire de la radaptation ; tome2 : Terme 'intervention et d'aides technique, Québec : les publications du Québec.
- TREMBLEY, M.1995. Initiation à la recherche dans les sciences humaines. Montréal. Édition mon teral graw hill.
- WWW.famille-epanouir.fr/apprentissage-propreté /
- ZAGRA, A. 2000. Méthodologie de recherche en science social L'harmattan.
- ZRIBI, G. & jean –Tristan, R .2013. Polyhandicapés et Handicaps grave à expression multiple. Presses de l'ehesp.
- ZRIBI, G. & Sarfaty, j .1996. Handicap mental et vieillissement.12<sup>e</sup> édition. Edité par le CTNERHI.

- Zuczman, E. 2007 .auteur de la personne (poly) handicapé. Les enjeux de la rencontre entre familles et professionnels. N°26 .P68-74.

# Les annexes

---

## **Annexe 1 :**

### **Guide d'entretien**

#### **Axe N° 01**

##### **- Identité de l'enfant :**

Nom :

Prénom :

Age :

Sexe :

#### **Axe N° 02 : L'aide des parents dans l'autonomie d'enfant handicapé.**

1. comment vous avez pris connaissance de le handicap de votre enfant ?
2. Quelle était votre réaction ?
3. Comment sentiez-vous en tant que parents d'enfant posteur d'un handicap mental ?
4. Parlez- vous à votre enfant de son trouble ?
5. Qui suit l'enfant dans son parcours pédagogique ?
6. Les professionnels vous explique-t-ils leurs taches ?
7. Dans quelle mesure participez-vous dans le programme pédagogique de votre enfant ?
8. Aidez-vous votre enfant à connaitre les différentes parties de son corps?
9. Est-ce que Vous apprenez à votre enfant à connaitre son sexe en tant que fille ou garçon ?
10. Est-ce que vous apprenez à votre enfant à connaitre son nom, son prénom ? celui de ses parents ? de ses frères ? et de ses camarades ?
11. Est-ce que vous apprenez à votre enfant à faire sa toilette seul en utilisant du savon et la serviette ?
12. Est-ce que vous expliquez à votre enfant comment se brosser les dents ? est comment se moucher ?
13. Est-ce que vous apprenez aussi à votre enfant à s'habiller correctement ? à mettre, ôter ses chaussures ?
14. Est-ce que vous aidez votre enfant à distinguer l'endroit et l'envers ?

# Les annexes

---

15. Est-ce que vous leurs apprenez aussi à faire de l'ordre à chaque fin d'activité ? Est-ce vous expliquez qu'il faut ramasser les déchets et les remettre à la poubelle ?

## **Axe N°03 : L'aide de l'entourage de dans la communication d'enfant handicapé**

16. Est-ce que vous faites participer votre enfant à mettre les couverts sur la table à manger ?

17. Comment elles sont les relations de votre enfant avec ses frères et sœurs ?

18. Est-ce que la fratrie porte-t-elle une aide dans les activités d'expression de votre enfant? l'aide aussi à dessiner ? à danser ? à chanter ? à s'exprimer avec les mimiques?

19. Est-ce que votre enfant a des difficultés de compréhension?

20. Est-ce que il a des difficultés de s'exprimer ? quels moyens de communication utilise-il ?

21. pensez-vous que votre entourage familial participe dans la prise en charge de votre enfant?

22. Est ce qu'il facilite à votre enfant à prononcer des mots simples ?

23. Est-ce que votre entourage familial facilite aussi à votre enfant l'utilisation des phrases simples ?

24. Est-ce que votre entourage vous aide à transmettre à votre enfant les bonnes conduites et les comportements à tenir en société ?

### **Annexe 2 :**

#### **Le questionnaire**

**Axe 1 : L'autonomie de l'enfant**

**Axe 2 : La communication de l'enfant**

**Chers psychologues, pédagogues, éducateurs et orthophonistes :**

**Dans le cadre de la réalisation d'une recherche scientifique , sur le rôle de l'accompagnement social dans la prise en charge des enfants handicapés mentaux; nous vous prions de bien vouloir collaborer avec nous en répondant aux questions suivantes par un (OUI), (NON) ou (?) en cas où vous ne pouvez pas vous prononcer sur la réponse; et ce, en vue d'évaluer l'état d'avancement psychopédagogique des enfants en question. Nous vous remercierons d'avance pour votre collaboration.**





