

N. ZELLAL - F. ZINET- F. CHAUMON

**Tentative d'insertion
socioprofessionnelle de
l'adolescent handicapé mental à
travers une restructuration de ses
cognitions**

Introduction :

Ce rapport d'activités regroupe les résultats d'une expérience de 06 ans, réalisée au sein d'un CAT (Centre d'Aide par le Travail) algérois, thème du magister de Fatéma ZINET, soutenu au Département de Psychologie, des Sciences de l'Education et d'Orthophonie, sous la direction du Pr Nacira ZELLAL le 15 janvier 2002 *, dans le cadre de l'Accord Programme de Coopération 01 MDU 535.

Il en est fait état au préalable d'une définition que propose le pédopsychiatre, de la notion de handicap mental et de l'inadaptation sociale qu'il génère, notamment chez le jeune homme et la jeune fille. Ensuite, à l'appui de la mise en œuvre d'un protocole qui se fonde sur l'acquisition des notions cognitives de base, elles-mêmes puisées des thèses classiques piagésiennes, l'on donnera les résultats évalués en pourcentages de réussite, fournis par 30 sujets handicapés mentaux des deux sexes, d'âge moyen de 15 ans, et ce, avant et après une thérapie menée par l'orthophoniste du centre. Le tout, avec la perspective de voir si, une fois ses cognitions restructurées, le handicapé mental pouvait être inséré au plan socio-professionnel.

I - Définition du handicap mental - inadaptation sociale du handicapé mental (partie à rédiger par un membre de l'équipe française)

D'après F. CHAUMON, la notion de « handicap mental » désigne, pour un sujet, l'ensemble des difficultés liées à l'exercice de ses « facultés mentales », et qui concernent la relation à ses semblables et au monde. C'est donc une manière de prendre acte du fait que certains pâtiennent pour trouver place dans la vie sociale de handicaps, dont les autres ne sont pas affectés.

Il est essentiel de comprendre que cette définition est nécessairement relative, c'est-à-dire que l'importance du handicap dépend du contexte. On peut le dire avec une image : un handicap moteur dans la course à pied sera différent si on l'évalue dans une

(*) Accord Programme CMEP 01 MDU 535 (co-dirigé par N. ZELLAL, Laboratoire *Sciences du Langage et Communication*, et F. CHAUMON, 3^e Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile de l'Hôpital Général de Corbeil-Essonnes, Maison d'Evry, l'Agora, France.

population ordinaire, dans un milieu sportif, selon le groupe d'âge, etc... De sorte que ce que l'on appelle l'insertion d'une personne affectée d'un handicap dépend du milieu, de ses exigences et de sa tolérance.

Parler de handicap mental ne préjuge en rien des processus ou des pathologies en cause. Les circonstances et les événements de l'existence, les pathologies du système nerveux, les pathologies génétiques, les pathologies mentales pourront dans chaque cas, différemment entraîner des handicaps dans la vie sociale, et dans l'exercice de l'intelligence pratique et théorique.

D'après G. BERGERET, les trois formes classiques de handicap mental sont : le handicap léger, moyen et profond.

Le handicap mental léger est un handicap hétérogène et avoir peu de spécificité. On y retrouve des retards scolaires, des déficits instrumentaux et des problèmes relationnels. Ces sujets peuvent développer des aptitudes à la socialisation et à la communication, notamment durant leur âge pré-scolaire. Ils présentent un handicap minime des fonctions sensori-motrices, de la compréhension et de l'utilisation du langage. De ce fait, ils sont susceptibles d'être scolarisés.

Les difficultés apparaissent alors à l'école primaire. Des rééducations peuvent les aider. L'apprentissage professionnel restera laborieux. A l'âge adulte, ils ont besoin d'assistance et de guidance.

Le handicap mental moyen est plus spécifique et homogène au plan clinique, bien que ses frontières avec la débilité profonde restent floues. Les facultés sont hétérogènes. Certains peuvent avoir des capacités élevées dans le domaine visuo-spatial ou de la mémoire, mais pas dans le langage par exemple.

Ces sujets oscilleront entre une vie d'assisté total ou partiel. Les succès des rééducations et des pédagogies spécialisées restent gratifiants dans ce domaine. L'accès à une profession est possible.

Le handicap mental profond constitue des groupes très riches sur le plan clinique. Richesse que l'apparente uniformité des QI ne peut refléter. L'on s'étonne souvent en effet, des possibilités de certains handicapés mentaux profonds, sur le plan du langage, de la sociabilité, et des réalisations pratiques, au point d'oublier leur « niveau officiel ».

C'est donc tout l'art du praticien, son expérience, ses possibilités de travail en équipe ainsi que les possibilités concrètes de

partenariat socio-professionnel, qui conditionneront les possibilités de la dynamique socio-évolutive.

II- Matériel – Cas observés - Méthode

Les notions qui permettent l'acquisition de la relation à autrui, sont selon PIAGET, celles qui constituent nos cognitions. Toutes nos activités sociales sont sous-tendues par elles. C'est fondamentalement par le jeu qu'elles sont structurées chez le jeune enfant, le jeu à travers lequel l'enfant structure son monde-même.

Ainsi, l'on s'aperçoit que le handicapé mental peut être inséré au plan socio-professionnel lorsqu'il a pu acquérir des notions cognitives de base comme :

- les couleurs ;
- les formes ;
- l'encastrement ;
- la dénomination ;
- le schéma corporel ;
- les notions d'espace-temps ;
- la latéralité ;
- l'articulation et le débit.

Un protocole thérapeutique sous la forme de l'instauration de ces notions de base de la communication sociale, par le jeu est utilisé pendant 05 à 06 ans chez un groupe de 30 adolescents handicapés mentaux, dont le tableau synoptique suivant reflète : le type de handicap (tel que défini ci-dessus) et les troubles y associés :

**Tableau des 30 cas adolescents
handicapés mentaux observés**

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

RECHERCHES

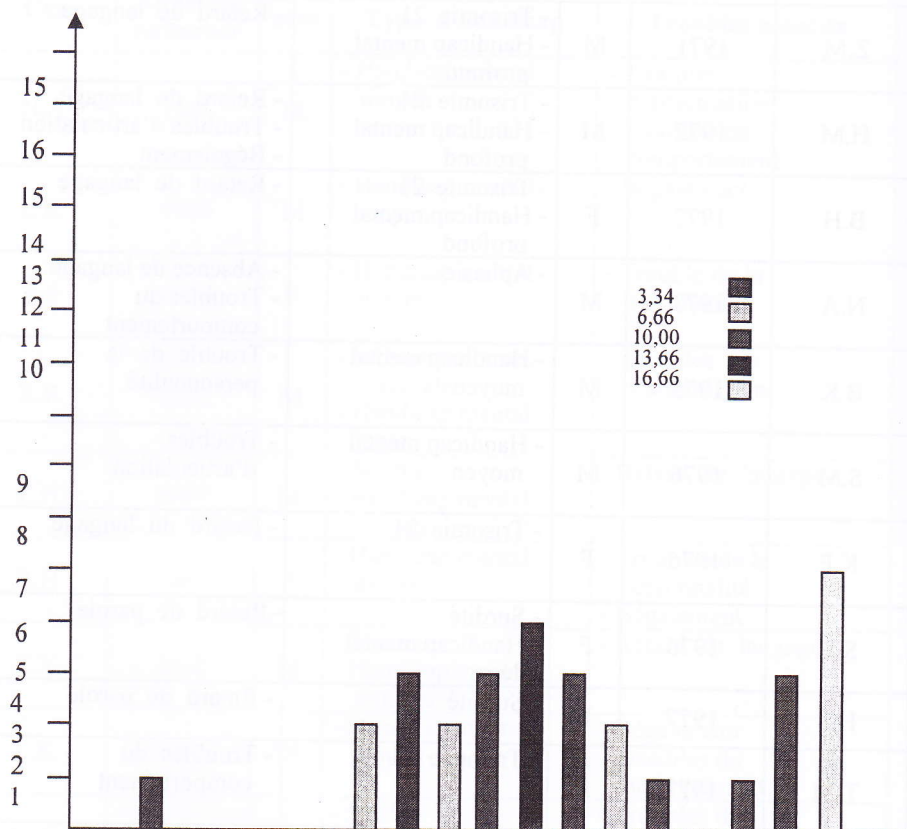
ZELLAL. N

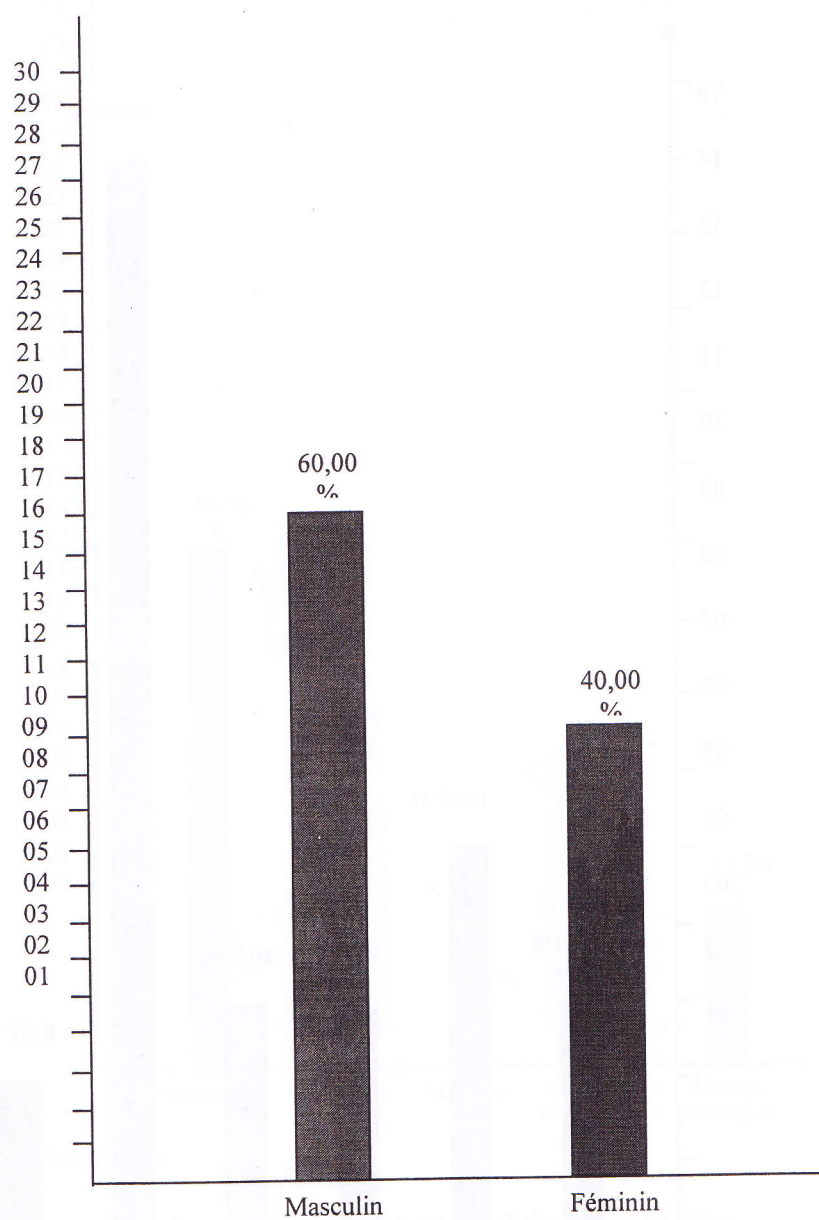
ZINET. F

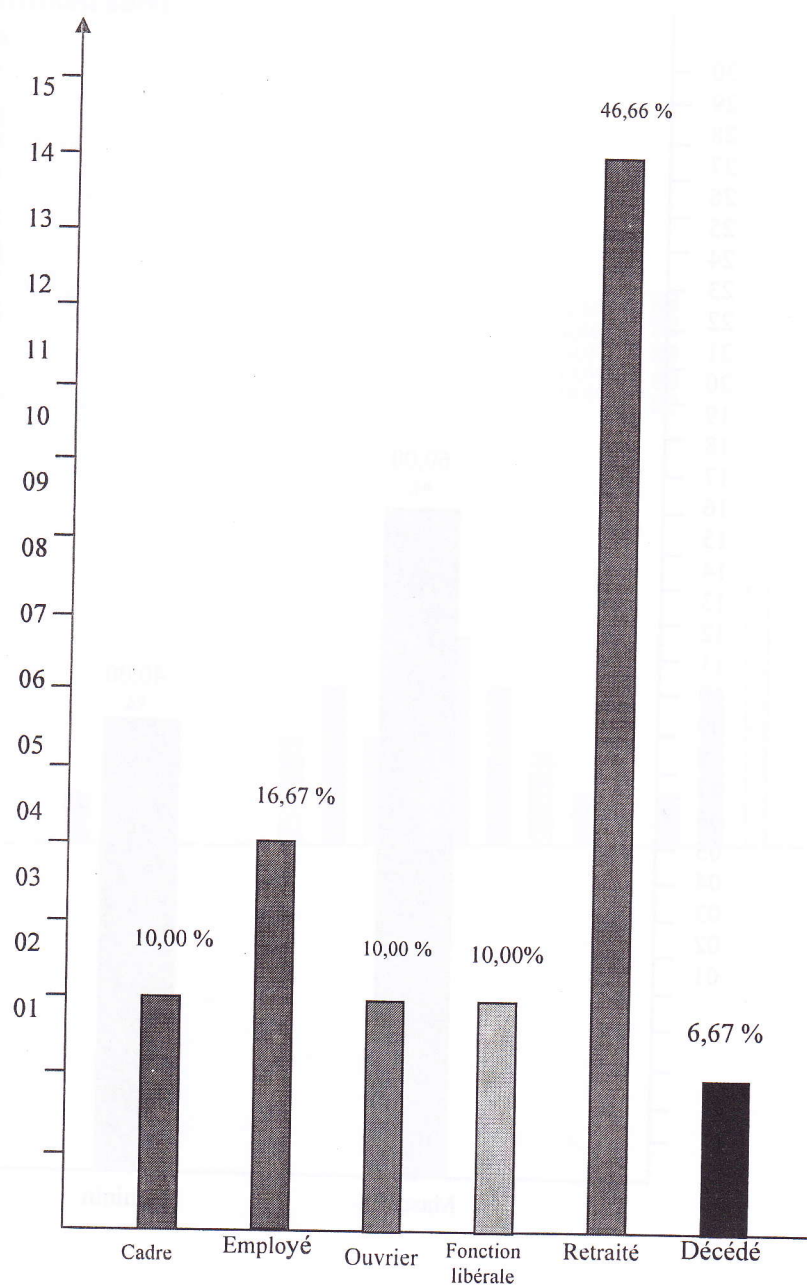
CHAUMON. F

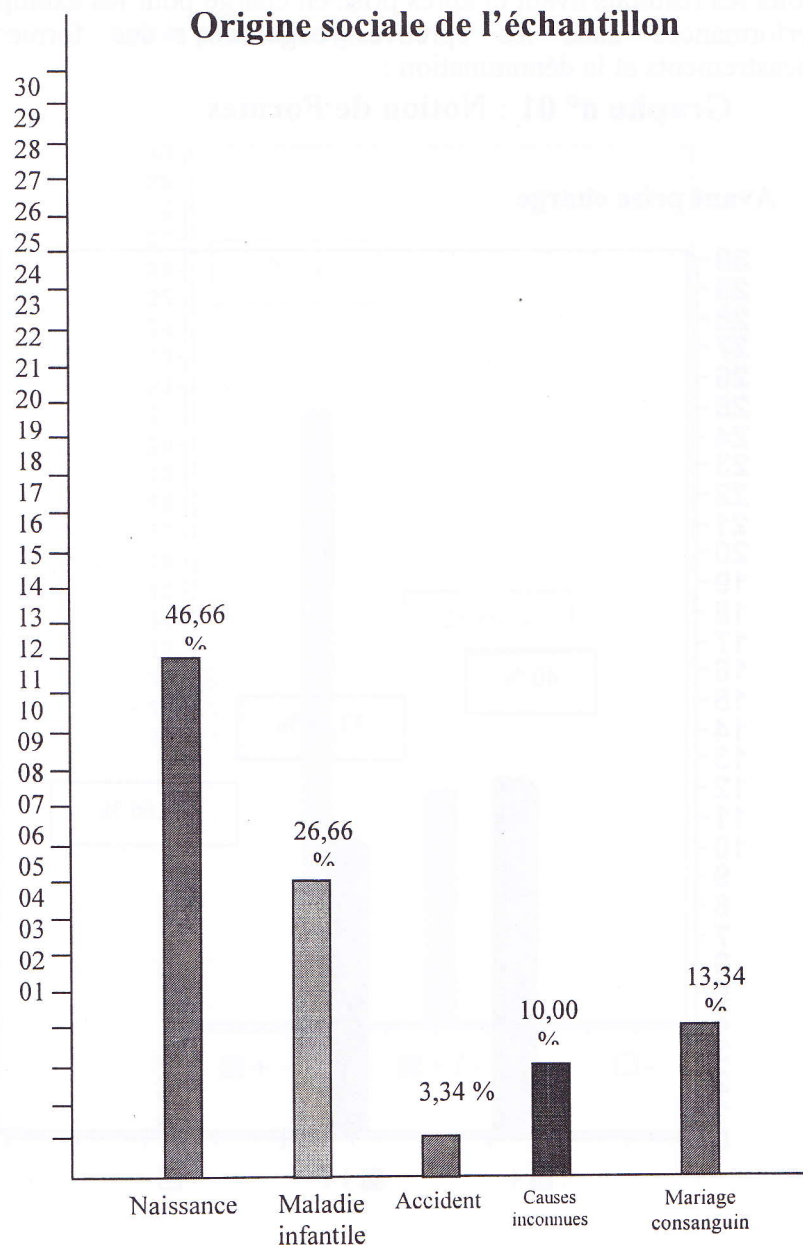
C.M	1971	M	- Handicap mental léger	- Bredouillement - Chlimentement
Y.F	1971	F	- Trisomie 21 - Handicap mental moyen	- Trouble de la personnalité
Z.M	1971	M	- Trisomie 21 - Handicap mental profond	- Retard de langage
H.M	1972	M	- Trisomie 21 - Handicap mental profond	- Retard de langage - Troubles d'articulation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

05 histogrammes reflètent respectivement : la moyenne d'âge, le sexe, l'origine sociale et l'étiologie du handicap des 30 cas de l'échantillon suivi :



Moyenne d'âge de l'échantillon

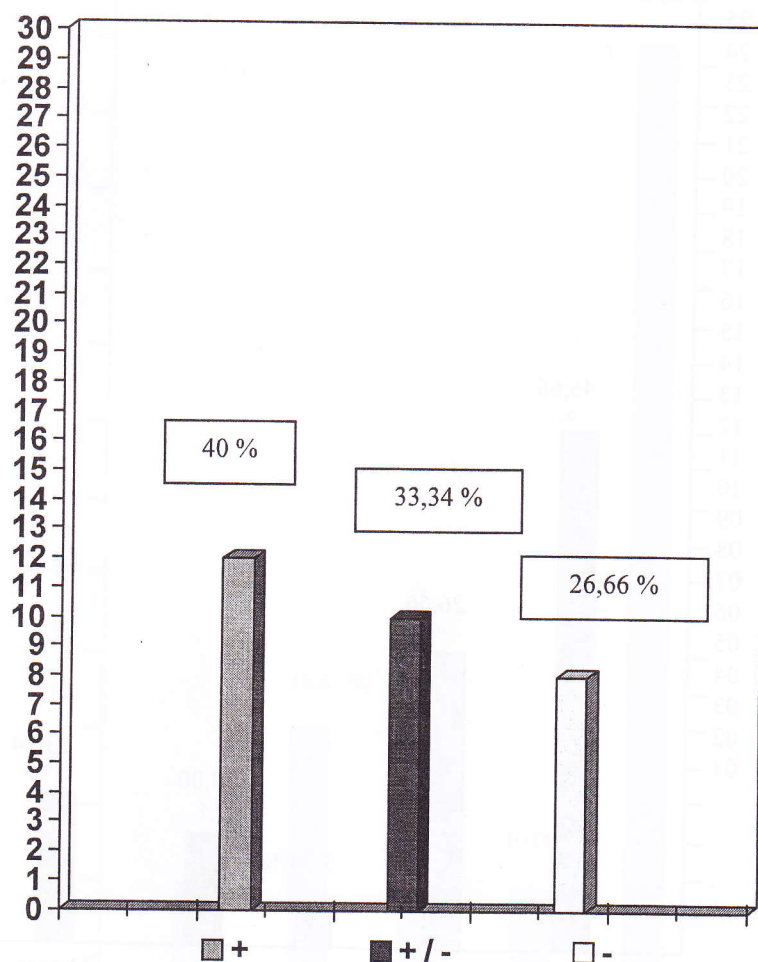
Echantillon selon le sexe

Origine sociale de l'échantillon**III- Résultats****Etiologie du handicap mental de l'échantillon**

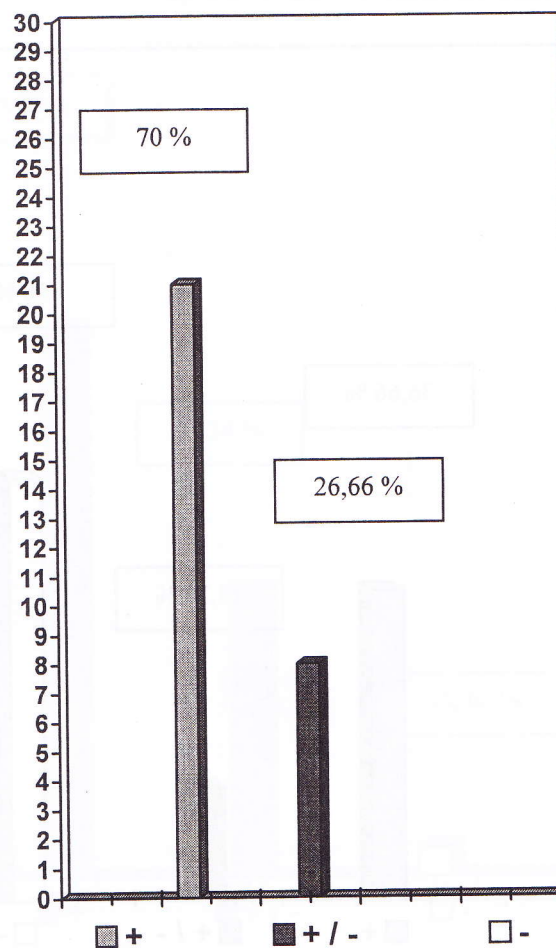
Voici les résultats avant et après prise en charge pour les exemples de performances dans les épreuves cognitives : les formes, les encastrements et la dénomination :

Graphe n° 01 : Notion de Formes

Avant prise charge

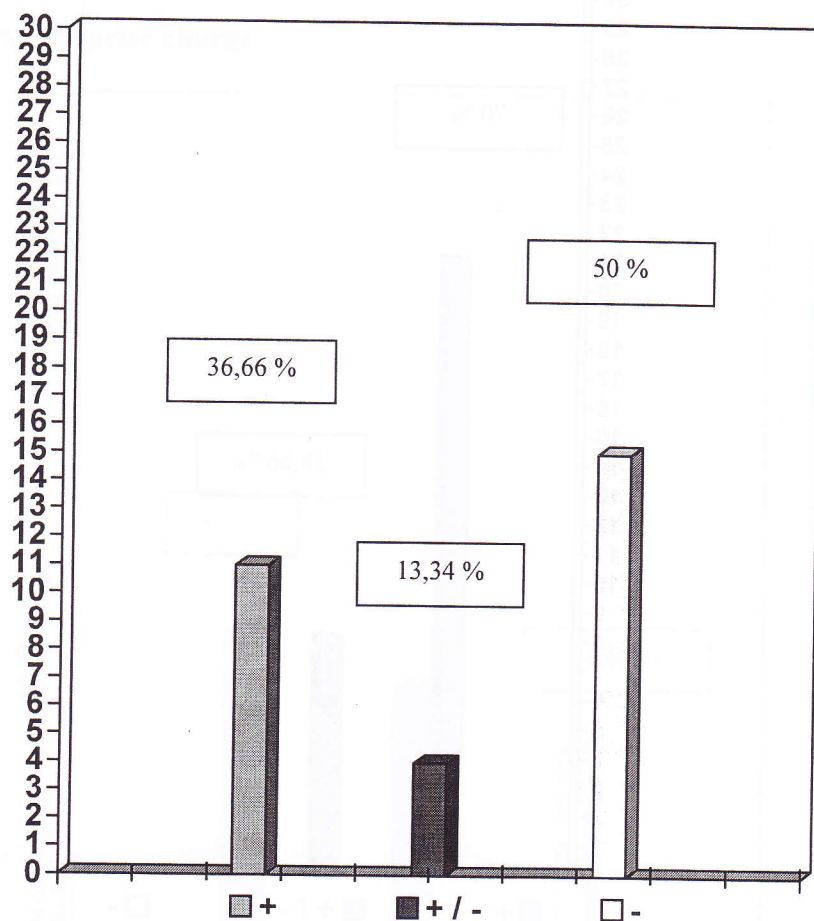


Après prise charge

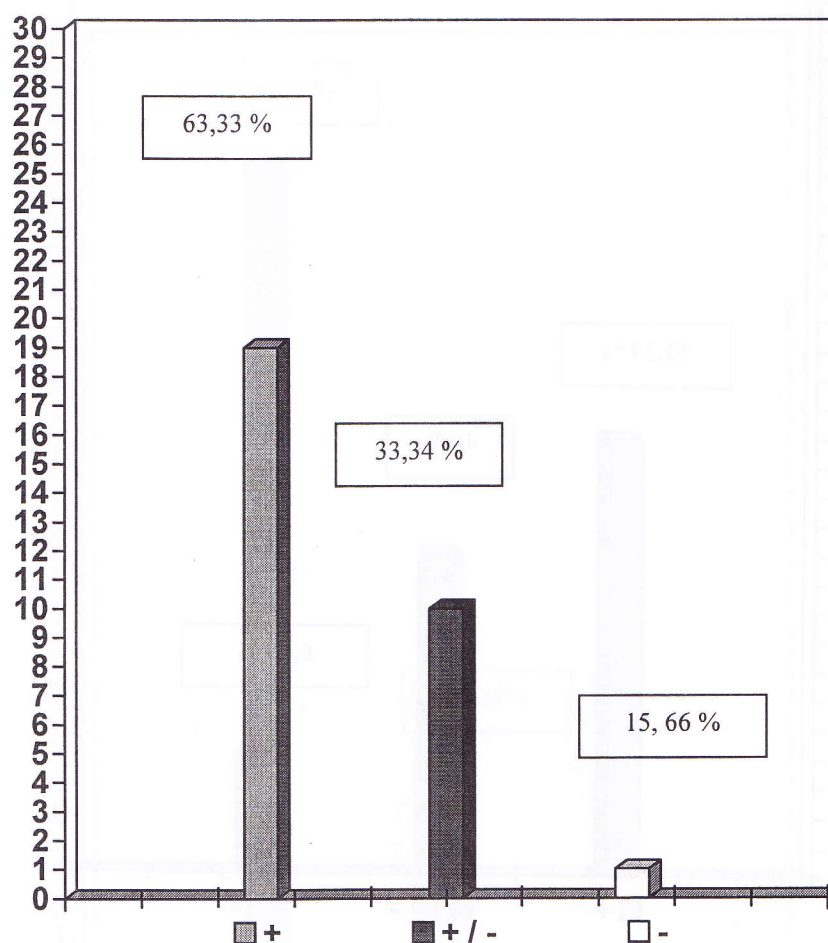


Graphe n° 02 : Notion d'Encastrement

Avant prise charge

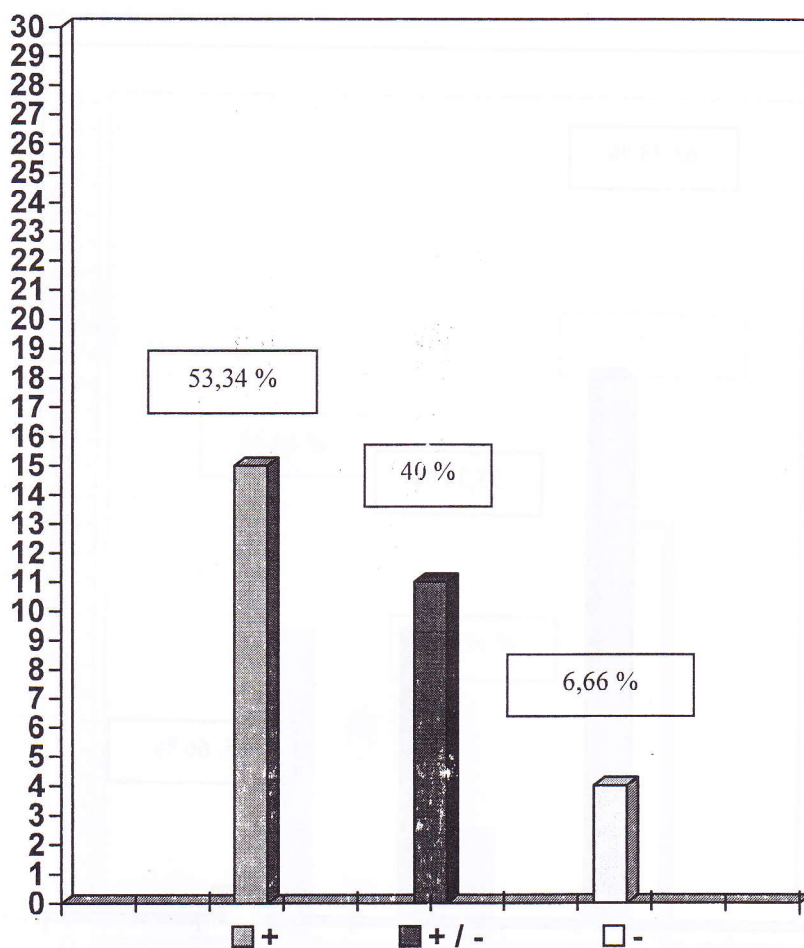


Après prise charge

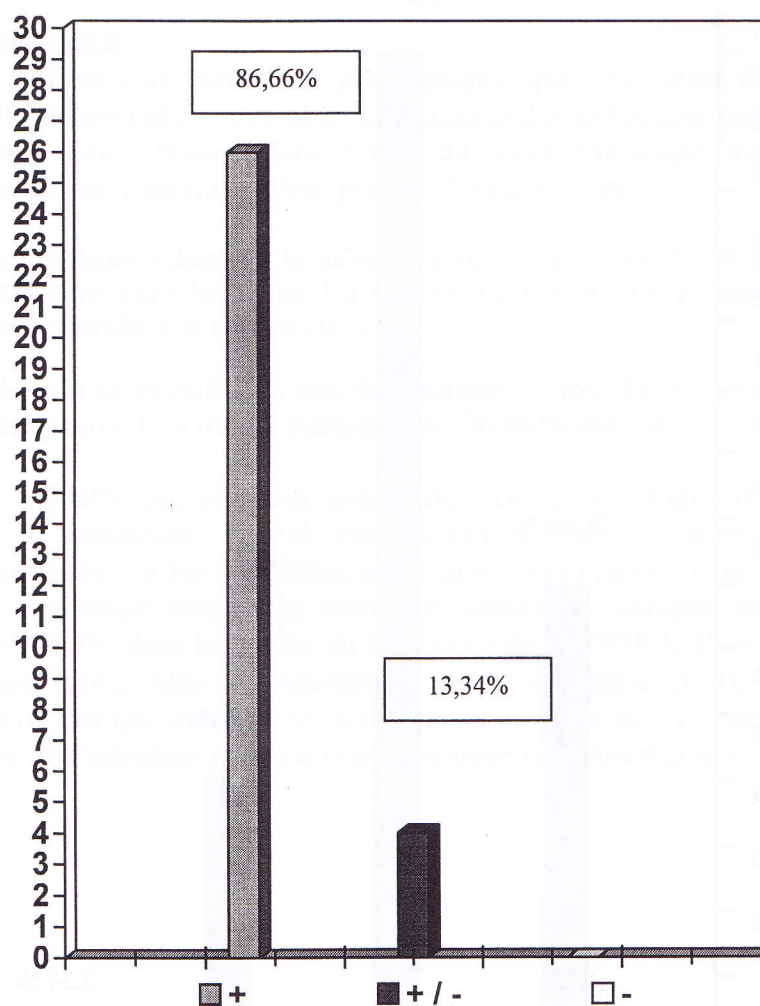


Graphe n° 03 : Dénomination

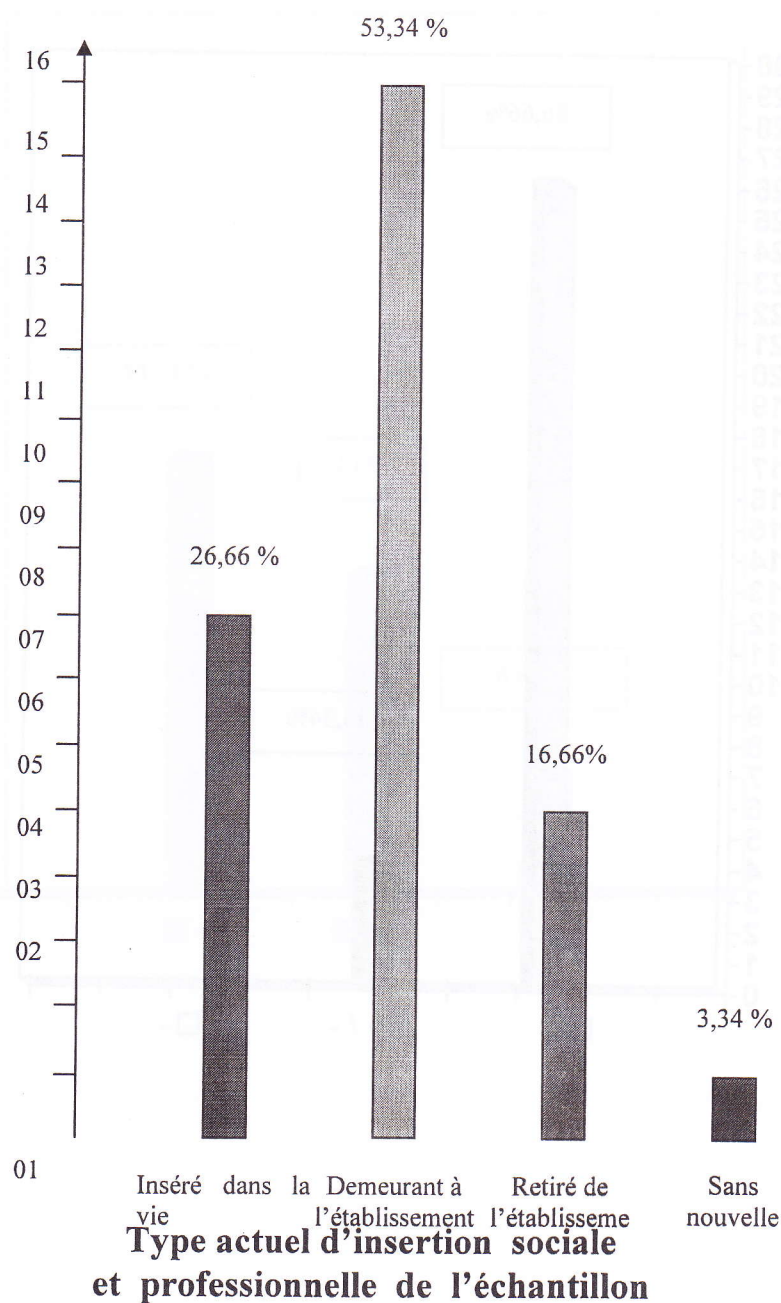
Avant prise charge



Après prise charge



L'insertion socio-professionnelle des cas suivis par la thérapie est reflétée par les données du graphe suivant :



Type actuel d'insertion sociale et professionnelle de l'échantillon

Conclusion

Il est clair, selon ces pourcentages, que l'évolution du sujet handicapé mental est favorable. L'utilisation des techniques cognitives s'avère donc efficace dans l'aide du sujet handicapé mental à retrouver une communication, puisque l'on a constaté :

- une meilleure relation à la mère, et à la famille chez 35 % des cas, notamment chez les filles. La famille accepte mieux le handicapé, lequel cherche à se rendre utile.
- un besoin de travailler au sein de l'institution chez 18 % des cas.
- l'occupation d'un travail manuel chez 26,66 % des cas.

Quelle que soit leur importance, ces pourcentages montrent que le handicapé mental est récupérable sur le plan socio-professionnel, si les conditions nécessaires sont réunies. L'écoute du sujet handicapé mental fut notre clé, comme le souligne le Dr F. CHAUMON, dans les Actes du Séminaire de l'AGORA, Evry (parus l'année 2000), dans son Adresse au lecteur d'Algérie (p. 4), « ... *le point de vue qui oriente l'accueil du sujet est celui de l'écoute, c'est-à-dire de l'attention portée à leur dimension symptomatique* ».

-Repères bibliographiques

- J. BERGERET, « Psychologie pathologique », Masson, Paris, 1982
- F. CHAUMON, encadrement des stages EGIDE, dans le cadre de l'Accord Programme CMEP 01 MDU 535, Colloque International des 20-21 mai 2000, hôtel El Aurassi, Alger ; Actes du Séminaire de l'Agora, Evry, « La trace, l'écriture ».