UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Intégration socio-effective des enfants déficiens mentaux : Etude menée au centre Akamuri de Bujumbura

Nkeshimana, Christophe; Sous la direction de : Pro Gabriel Ntunaguza

2012
UB, FPSE
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1508

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

INTEGRATION SOCIO-AFFECTIVE DES ENFANTS DEFICIENTS MENTAUX

Etude menée au Centre AKAMURI de Bujumbura

Par

Christophe NKESHIMANA

Sous la direction de :

Pr. Gabriel NTUNAGUZA, Ph. D.

Mémoire présenté et défendu publiquement en vue de l'obtention du grade de **Licencié en Psychologie**

Option : Psychologie Clinique et Sociale

Bujumbura, Septembre 2012

DEDICACE

A nos chers parents pour nous avoir fait aimer la lecture et les études,

A notre regretté oncle, Victor NDUWIMANA qui a quitté la vie si tôt,

A nos frères et sœurs,

A nos cousins et cousines,

A nos ami(e)s non cité(e)s,

A tous les enfants déficients mentaux,

A la communauté estudiantine de RUMURI,

Nous dédions ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, nous éprouvons la joie d'exprimer, plus par conviction personnelle que par formalisme, notre sentiment de gratitude à toutes les personnes qui nous ont soutenu et sans lesquelles nous ne serions pas parvenu à produire aujourd'hui un tel travail.

Que le Professeur Gabriel NTUNAGUZA qui a bien accepté de diriger ce travail reçoive nos sincères remerciements. Il a été plus qu'un enseignant ; nous garderons toujours de lui l'image d'un éducateur méticuleux et de grandes valeurs humaines. En dépit de ses multiples responsabilités, il a toujours été disponible à nos sollicitations. Sa disponibilité, ses encouragements, sa compréhension ainsi que sa rigueur scientifique nous ont été d'une grande utilité dans la réalisation de ce travail de recherche. Nous lui restons reconnaissant.

Nous pensons également à tous nos autres éducateurs, depuis ceux de l'école primaire jusqu'à ceux de l'université, particulièrement aux professeurs de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, qui n'ont rien ménagé pour nous aider à prendre le goût de la science et de la morale. Ils nous ont été, à la fois, des modèles et des guides. A chacun, pour sa contribution qu'il a apportée au cours de l'édification de notre vie, nous disons merci.

Que nos parents lisent, à travers ces lignes, notre profonde reconnaissance pour leur amour, leur soutien indéfectible, leur compréhension et pour tout ce qu'ils ne cessent de faire à notre égard. Qu'ils trouvent dans ce travail une raison de fierté, une récompense et le couronnement de leurs efforts consentis. De façon particulière, nos remerciements s'adressent à la famille de notre tante Marie NAHISHAKIYE qui a toujours été à nos côtés chaque fois que nous avions eu besoin de son concours.

Enfin, que nos remerciements parviennent à tous nos anciens camarades de classe, à nos précieux compagnons du campus et à tout le personnel du Centre SERUKA. Ils nous ont encouragé de plusieurs manières et ont laissé des traces ineffaçables dans notre vie. Nous gardons de chacun et de tous des souvenirs inaltérables de profonde amitié. Au Centre AKAMURI, à tous nos enquêtés ainsi qu'à toute personne qui, d'une façon ou d'une autre, a contribué à l'accomplissement de ce travail, nous disons sincèrement merci !

Christophe NKESHIMANA.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Q.I	: Quotient Intellectuel
UNESCO	: United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture)
MSNDPHG	: Ministère de la Solidarité Nationale, des Droits de la Personne Humaine et du Genre
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	: United Nations Children's Found (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
p.	: page
pp.	: de la page...à la page ...
éd.	: éditions
ENSP	: Ecole Nationale de la Santé Publique
PUF	: Presses Universitaires de France
IMC	: Infirme Moteur Cérébral
AVS	: Auxiliaire de Vie Scolaire
CQCIDIH	: Comité Québécois de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
SCCIDIH	: Société Canadienne de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps
min.	: minute

TABLE DES MATIERES

DEDICACE ..... **i**
REMERCIEMENTS ..... **ii**
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ..... **iii**
TABLE DES MATIERES ..... **iv**

0. INTRODUCTION GENERALE **1**
0.1. Motivation du choix du sujet 2
0.2. Délimitation du sujet 3

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE **6**

CHAPITRE I. ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES **7**
1.0. Introduction 7
1.1. Intégration 7
1.1.1. Intégration sur le plan psychologique 7
1.1.2. Intégration sur le plan social 9
1.1.3. Intégration sur le plan psychosocial 10
1.2. Déficience 11
1.3. Insuffisance mentale ou arriération mentale 14
1.3.1. Définition 14
1.3.2. Classifications des insuffisances mentales 16
1.4. Affectivité 18
1.5. Conclusion du chapitre 20

CHAPITRE II. LE DEFICIENT MENTAL ET LA SOCIETE **21**
2.0. Introduction 21
2.1. Considérations historiques sur la déficience mentale 21
2.2. Etiologie de la déficience mentale 23
2.2.1. Facteurs endogènes 24
2.2.2. Facteurs exogènes 25
2.3. Relations entre l'enfant déficient mental et ses parents 26
2.4. Relations entre l'enfant déficient mental et sa fratrie 27
2.5. Conclusion du chapitre 28

CHAPITRE III. QUELQUES PROBLEMES LIES A L'ADAPTATION DES DEFICIENTS MENTAUX **29**
3.0. Introduction 29
3.1. Communication avec un enfant déficient mental 29
3.1.1. Naissance de la communication chez l'enfant 29
3.1.2. Communication verbale et la déficience mentale 31
3.1.2.1. Définition du langage 31
3.1.2.2. Acquisition du langage chez l'enfant 32
3.1.2.2. Impact de la déficience intellectuelle sur le langage 33
3.1.2.3. Utilité du langage dans la relation éducative 36
3.2. Troubles du comportement 37
3.2.1. Trouble du comportement moteur 37
3.2.2. Trouble alimentaire et ses conséquences 38
3.2.3. Trouble du sommeil 39

3.3. Règles de la rééducation du jeune déficient....40
3.3.1. Associer l'enfant aux tâches rééducatrices....40
3.3.2. Suivre une progression souple et individualisée....41
3.3.3. Développer la participation active chez l'enfant....41
3.4. Conclusion du chapitre....43

CHAPITRE IV. CADRE METHODOLOGIQUE....44
4.0. Introduction....44
4.1. Problématique....44
4.2. Objectifs de recherche....47
4.2.1. Objectif général....47
4.2.2. Objectifs spécifiques....47
4.3. Population d'enquête....47
4.4. Terrain d'enquête....48
4.5. Méthode de recherche....49
4.5.1. Technique de choix des enquêtés....50
4.5.2. Techniques de recueil de données....52
4.5.2.1. Entretien semi-directif....53
4.5.2.2. Observation directe....53
4.5.3. Technique d'analyse des données....54
4.6. Travail de terrain....55
4.6.1. Pré-enquête....55
4.6.2. Enquête proprement dite....57
4.6.3. Principales difficultés rencontrées....58
4.7. Conclusion du chapitre....58

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DES CAS, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS....60

CHAPITRE V. PRESENTATION DES CAS....61
5.0. Introduction....61
5.1. Le cas MAJ....61
5.2. Le cas NGC....62
5.3. Le cas IRD....64
5.4. Le cas NTS....65
5.5. Le cas BAF....67
5.6. Conclusion du chapitre....68

CHAPITREVI. CONTRIBUTION DES ENCADREURS A L'INTEGRATION SOCIO-AFFECTIVE DES ENFANTS DEFICIENTS MENTAUX....69
6.0. Introduction....69
6.1. Organisation efficace pour une intégration socio-affective....69
6.1.1. Organisation structurelle et objectifs poursuivis....69
6.1.2. Structure scolaire favorable à l'intégration socio-affective....71
6.2. Rôle des encadreurs dans le processus d'intégration des enfants déficients mentaux..73
6.2.1. Formation de la personnalité et apprentissage de la vie sociale....73
6.2.2. Contribution à l'élimination des barrières architecturales et sociales....76
6.3. Conclusion du chapitre....79

CHAPITRE VII. OBSTACLES A L'INTEGRATION DES ENFANTS DEFICIENTS MENTAUX 80
7.0. Introduction 80
7.1. Handicap comme obstacle majeur à l'intégration socio-affective 80
7.2. Obstacles liés aux conditions difficiles d'encadrement 85
7.3. Obstacles familiaux et parentaux 88
7.4. Conclusion du chapitre 92

CHAPITRE VIII. MECANISMES D'ADAPTATION RELATIONNELLE S'OFFRANT AU JEUNE DEFICIENT MENTAL DU CENTRE DE REEDUCATION 94
8.0. Introduction 94
8.1. Mécanismes d'adaptation selon J. PIAGET 94
8.2. Adaptation par assimilation-accommodation chez le jeune déficient mental 96
8.3. Eléments catalyseurs à l'intégration socio-affective du jeune déficient 99
8.4. Progression vers une intégration socio-affective souhaitée 102
8.5. Conclusion du chapitre 105

CONCLUSON GENERALE ET SUGGESTIONS 106

Bibliographie 110

Webographie 113

ANNEXES 114

0. INTRODUCTION GENERALE

Depuis les temps les plus reculés de l'humanité, un enfant qui naît handicapé ou qui le devient, suscite dans une famille des réactions et des attitudes dévalorisantes à son égard. Il est considéré comme une malédiction ou une punition à l'endroit de ses parents qui, à leur tour, éprouvent un sentiment de culpabilité et agissent souvent en rejetant l'enfant.

En effet, le handicap mental constitue une menace pour la personne atteinte, sa famille et la société le regrette. Cette personne est prise comme un être inférieur, inutile, invalide, bref incapable de tout. Le handicap peut être moteur, mental ou sensoriel. Toutefois, seul le handicap mental fait l'objet de notre étude. Ce dernier se traduit par des problèmes d'ordre intellectuel, moral, psychologique, physique et social. C'est cet ensemble de problèmes qui est à l'origine des attitudes de rejet et d'autres formes de discrimination que ses semblables dirigent vers le jeune déficient mental. De ces problèmes s'inspirent des conceptions, comme celle de Fernald (1976) et autres, selon lesquelles le déficient mental est peint sous des traits d'un microbe nuisible à la santé des autres, et partant, à éliminer le plus rapidement possible. Ceci pousse les déficients mentaux à s'exclure de la sphère des autres au lieu de s'épanouir et de nouer des relations avec la société dont ils devraient faire partie intégrante.

Notre travail se propose de montrer la valeur de ces êtres que la majorité des personnes prend pour scandale ou malédiction, et partant, contribuer à l'épanouissement intégral du jeune déficient au sein de ses semblables considérés comme normaux.

Bien plus, outre les préjugés portés au jeune déficient, celui-ci a besoin de s'épanouir intellectuellement, socialement et moralement. De ce fait, le déficient mental n'est plus une personne à éliminer ou à mettre à l'écart des autres dites normales, mais une personne à intégrer dans la société avec une garantie de jouir des mêmes droits que les normaux. Il doit recevoir, dans la limite de ses aptitudes, cette part de culture sans laquelle les enfants les mieux doués n'arriveraient jamais à la dignité d'homme. Ainsi, l'éducation du jeune déficient visera primordialement l'amélioration de son comportement psychosocial qui pourrait lui ouvrir les portes de l'autonomie, de l'indépendance, lui procurer des habiletés et aptitudes adéquates.

Notre étude s'intéresse à l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux et s'articule sur huit chapitres répartis en deux parties principales. La première partie comprend quatre chapitres qui constituent le cadre théorique du présent travail.

En effet, le premier chapitre donne la définition de certains concepts clés utilisés dans notre étude et le deuxième chapitre situe le déficient mental dans la société car, elle revient sur les considérations historiques sur la déficience mentale, son étiologie et la façon dont le jeune déficient mental cohabite avec les membres de la société où il est appelé à vivre. Le troisième chapitre insiste sur quelques problèmes liés à l'adaptation des déficients mentaux et précise les éléments primordiaux que déploie une personne pour entrer en relation avec autrui. Le dernier chapitre de cette partie fait état de la méthodologie que nous avons suivie pour notre recherche et permet au lecteur de comprendre le contexte dans lequel nous avons effectué le travail de terrain.

La deuxième partie comprend aussi quatre chapitres et concerne la présentation des cas, l'analyse des données et l'interprétation des résultats. De ce fait, le cinquième chapitre consiste en la présentation des cas à l'étude et marque le début de l'analyse et l'interprétation des données brutes collectées pendant le travail de terrain. Le sixième chapitre traite du rôle joué par les encadreurs dans ce processus d'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. Le septième chapitre quant à lui concerne les obstacles à l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. Notons que l'objectif n'était pas d'en établir une liste exhaustive mais nous avons considéré que le handicap, les conditions difficiles d'encadrement ainsi que les obstacles parentaux et familiaux sont les plus primordiaux. Avec le dernier chapitre, nous avons insisté sur les mécanismes d'adaptation relationnelle mis en œuvre par l'enfant. Nous avons signalé aussi les éléments favorables à ladite adaptation ainsi que les réalisations observées. Le travail se clôture par une conclusion générale et des suggestions.

0.1. Motivation du choix du sujet

L'intelligence est l'une des facultés qui accommodent l'homme aux lois que la nature lui impose. Ceci est d'autant plus vrai que l'humanité elle-même modèle, construit et organise l'univers très naturellement au service des gens ayant bon pied, bon œil et intelligence éprouvée.

De prime abord, notre sujet de recherche est né d'un questionnement scientifique : *si les choses sont faites ainsi, comment un être sans intelligence assurée et une infirmité physique accusée peut vivre sans que la mort immédiate ne s'en suive ?* Ceci prouve combien le choix de notre sujet n'a pas été un fruit du hasard. Comme Léon (1977) l'affirme, l'élaboration

d'un sujet de recherche suppose d'abord un intérêt réel pour le thème que l'on se propose d'exploiter.

Le présent travail se veut être une contribution à un ensemble de recherches – telles que précisées dans la suite – sur les problèmes liés à la déficience mentale. De plus, en considérant les problèmes auxquels les déficients mentaux sont confrontés dans la société, nous avons cherché à comprendre les possibilités de leur intégration socio-affective, afin de déceler les stratégies qui sont utilisées pour y arriver.

Une autre raison parmi celles qui nous ont motivé, nous est venue de l'intérêt particulier que nous accordions aux notions apprises dans le cours de « Problèmes médico-psychopédagogiques des enfants handicapés » dispensé à la Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education. Aussi, dans le cadre pratique du même cours, une brève observation des enfants déficients mentaux en processus de rééducation lors de notre visite au Centre de MUTWENZI (GITEGA) nous a inspiré à vouloir comprendre le phénomène d'intégration de ces enfants démunis.

0.2. Délimitation du sujet

En considérant l'ampleur du phénomène à l'étude, mieux aurait été qu'il soit envisagé sous toutes ses formes afin de comprendre l'enfant déficient mental dans sa totalité. Cependant, notre objectif principal n'est pas de comprendre, d'un seul coup, tout ce qui est en rapport avec la déficience mentale, mais au contraire, d'étudier comment se fait l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. Ainsi, afin d'optimiser la compréhension du phénomène, nous avons travaillé sur des enfants qui sont dans un centre de rééducation. Particulièrement pour le Centre AKAMURI où nous avons mené notre recherche, nous y avons mis une nuance car, nous distinguons des enfants qui sont internes au centre mais qui rentrent à la fin de la semaine et d'autres qui viennent le matin pour rentrer midi. Nous précisons que notre étude s'est limitée sur l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux internes au Centre AKAMURI mais qui rentrent à la fin de la semaine.

En effet, nous demeurons conscient que nous ne sommes pas premier à nous intéresser à l'étude de la déficience mentale. Köhler (1967) nous y a entre autres précédé dans son étude qui, après avoir fait le tour des problèmes qui se posent dans le domaine de l'insuffisance mentale, présente une synthèse des étapes ainsi parcourues et expose les possibilités d'aide aux déficients mentaux. A côté des recherches qui ont été menées en Occident, le phénomène

de la déficience mentale a aussi intéressé les chercheurs burundais. En effet, Simaruku (1987) s'est focalisé sur quelques problèmes psychologiques, économiques et sociaux inhérents à la déficience mentale infantile. Après son enquête qu'il a menée auprès des parents résidents au Burundi, il a remarqué que la déficience mentale infantile n'est ni le fait du hasard ni d'un mauvais sort. Par contre, elle est inhérente aux conditions d'existence qui peuvent être modifiées. Il a, en effet, souligné que la malnutrition, l'environnement insalubre, l'abscence d'eau potable, les grandes endémies et le non accès aux connaissances élémentaires de l'hygiène comptent parmi les déterminants de plusieures infirmités. Bitiremaza (1996) a fait une analyse critique de l'action éducative menée auprès des enfants déficients mentaux en milieu institutionnel. Dans son étude menée à l'Institut Médico-Pédagogique de MUTWENZI, il a remarqué que l'enfant placé audit institut pourrait être autonome dans les domaines alimentaire, vestimentaire ainsi que dans les activités manuelles. Malgré cette réussite, il a aussi souligné que la rééducation reste lacunaire du fait que les moyens éducatifs disponibles à l'institution ne permettent pas un suivi régulier et individuel. De plus, il a souligné que la non disponibilité, l'incopétence des encadreurs et le manque d'une méthode de travail adaptée constituent des facteurs défavorables à une évolution souhaitée de l'enfant. Nzorubara (2004) quant à lui, a effectué une étude sur la problématique de la prise en charge psychosociale des handicapés mentaux en milieux institutionnels. La recherche était centrée sur les trisomiques 21 du Centre Akamuri. Il a, en outre, constaté que le Centre Akamuri n'avait pas du personnel suffisant et qualifié pour s'occuper individuellement de ces enfants handicapés. De façon générale, toutes ces recherches se sont focalisées sur quelques aspects en l'occurrence quelques problèmes inhérents à la déficience mentale infantile, une analyse critique de l'action éducative menée auprès des enfants déficients mentaux en milieu institutionnel. Conscient de l'impérieuse nécessité de contribuer à la réduction des problèmes auxquels les jeunes déficients mentaux font face, l'originalité de notre travail par rapport à ceux qui nous ont précédé est celui d'étudier comment se fait l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. De ce fait, le travail va participer à l'élimination des intentions de toujours réduire les enfants déficients mentaux à d'éternels assistés ou de coller systématiquement au handicap mental les cachets d'irréversibilité et d'inaptitude absolue.

En outre, l'étude concerne les enfants déficients mentaux, mais, le concept d'enfance se conçoit différemment et sa délimitation en âge se fait selon les écoles. Pour notre recherche, nous nous sommes référé au cycle de vie d'un enfant tel que décrit par l'UNICEF :

Cycle de vie d'un enfant, UNICEF (Mai 2009, p. 17)

Etape	Age approximatif	Caractéristiques
Nouveau-né/bébé	0-28 jours	Grande fragilité, surtout pendant les 7 premiers jours (75% des décès néonatals)
Nourrisson/bébé	1-11 mois	Jusqu'aux premières dents
	12-23 mois	Franchir le pas du sevrage
Petite enfance	2-5 ans	Fin de l'allaitement/ la marche et la prise progressive de l'autonomie par rapport à la mère, préscolarisation
Enfance	6 ans	Début de travail dans la famille
	7 ans	Début de la scolarisation : quelques uns commencent avant (milieu urbain) et d'autres plus tard
	7-12 ans	Enfants déjà autonomes, en âge d'être scolarisés
Puberté	12-14 ans	En 2002 : 56% des enfants sont scolarisés (primaire et secondaire) et environ 30% travaillent
Adolescence et jeunesse	15-24 ans	Début de la période de procréation : premières relations sexuelles (16% à 15 ans et 62% à 18ans) ; mariages précoces (5 à 7,5% mariés à 15 ans et 37% à 18 ans) ; grosses précoces (6% à 15 ans et 33% à 18 ans)

Le présent cycle nous montre où se situe l'âge de l'enfance. Au Burundi, l'enfant est toute personne de moins de 18 ans. Notre travail va considérer les enfants déficients mentaux d'âge chronologique de 15 ans et qui ont passé au moins 2 ans au Centre de rééducation. L'enfant âgé de 15 ans a été choisi simplement parce qu'il constitue le milieu de l'intervalle de l'âge donné par l'UNICEF et celui accepté au Burundi. De plus, c'est un enfant supposé capable de plusieurs réalisations par rapport à celui de 12 ans.

En somme, signalons que l'étude a été menée sur les enfants en processus de rééducation communautaire au Centre AKAMURI. A titre informatif, le Centre AKAMURI est un centre de rééducation et de réadaptation des enfants déficients mentaux. Il est situé en mairie de Bujumbura, plus précisément en commune Bwiza, dans le quartier Jabe au niveau de l'avenue de l'Imprimerie.

PREMIERE PARTIE :

CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

CHAPITRE I. ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES

1.0. Introduction

Pour nous faciliter la tâche et dissiper d'éventuelles confusions qui se prêteraient au cours de notre travail, mais aussi pour permettre à nos lecteurs de lire et comprendre facilement le présent travail, nous avons d'abord défini certains concepts clés auxquels nous avons souvent fait recours tout au long de notre travail.

En effet, en fonction d'une école qui s'exprime, un mot peut avoir plusieurs sens ou être perçu comme trop technique et rendant par conséquent la théorie ainsi construite incompréhensible. De ce fait, il convient d'abord de l'expliciter dans ses divers aspects afin de permettre au lecteur d'en avoir une large compréhension, et en préciser enfin le sens retenu pour le travail en question. C'est ce que nous avons essayé de faire dans le présent chapitre avec quatre concepts qui reviendront souvent en l'occurrence: intégration, déficience, insuffisance mentale ou arriération mentale, affectivité.

1.1. Intégration

Le concept d'intégration est un concept central dans la vie de tout être humain car tout changement de conditions de vie s'accompagne de nouvelles stratégies d'intégration.

En effet, au sens général du terme, Nikokeza (2009, p.8) souligne que :

> *« L'intégration est cette action de faire entrer une partie dans un tout, la partie ayant connu des difficultés à s'adapter aux conditions de vie du groupe dont l'individu souhaite faire partie. Son intégration joue un rôle important dans son épanouissement.»*

L'intégration est donc une harmonie entre les divers éléments qui sont en interaction dans le but d'arriver à un accord. Par l'intégration, un individu ou un élément qui était à l'extérieur, en dehors du groupe ou d'un ensemble est amené à en devenir un membre à part entière. En outre, pour que le concept d'intégration soit saisi le mieux possible, envisageons-le sous trois plans distincts.

1.1.1. Intégration sur le plan psychologique

Le comportement de l'homme est très complexe. Il est à la fois changeant et réfléchi pour lui permettre de satisfaire intelligemment ses divers besoins (besoin de conservation, besoin

de sécurité, besoin d'estime de soi, besoin d'appartenance, etc.). L'individu humain étant le produit de la société, il a des statuts qu'il occupe au sein de l'organisation sociale et des rôles qui sont connexes à ceux-ci, car la place que l'individu occupe dans un système donné et à un moment donné suppose la mise en vigueur d'un rôle associé à ce statut.

Tout ceci pour dire, en effet, que l'homme est le produit d'un long apprentissage des attitudes, des valeurs et des comportements que la société où il vit lui impose. Ainsi, la société modèle l'individu tel qu'il le réclame. Suite aux dynamismes sociaux, l'homme est appelé à toujours s'adapter et l'incorporation au « moi » des modèles culturels s'avère être un préalable pour ne pas agir en automate ou en marginal au sein de la société.

En outre, l'homme a aussi la capacité de construire un modèle de comportement qui lui est propre. Il n'est pas un automate, moins encore, il n'accomplit pas ses rôles sociaux instinctivement. Il doit apprendre et inventer et ceci grâce à une certaine intégration psychologique de ses acquis ou inventions. Linton (1977, p.18) le précise en disant que

> *« (...) pratiquement, l'homme doit apprendre et inventer tout ce qu'il fait. C'est ainsi que tout individu, non seulement peut, mais doit aussi constituer ses propres modèles de comportement. En outre, bien que le processus de formation des habitudes fixe ces modèles, ils ne deviennent jamais stables et inaltérables comme les instincts. »*

Notons enfin que l'intégration psychologique permet une organisation de la matière à apprendre, la conservation ou la perte de certains éléments de celle-ci selon les motivations du sujet, l'utilité des éléments acquis et la capacité limitée dont dispose l'homme à intégrer tout ce qu'il apprend. Elle évoque en outre la manière dont le sujet fait siens les éléments culturels appris, ce qui fait que les hommes ne réagissent pas de la même façon face à des situations similaires.

Lafon (1991, p.37) quant à lui, définit l'intégration comme une assimilation, une incorporation de nouveaux éléments à un système psychologique.

Dans le contexte psychopédagogique ou psychosocial, le terme d'intégration désigne l'insertion à un groupe auquel le sujet devait s'adapter en s'y conformant ; le groupe pouvant se montrer plus ou moins favorable à cette insertion.

Dans le cadre de notre travail, nous considérons l'intégration comme un processus qui consiste à favoriser l'adaptation de la personne en situation de handicap, dans un milieu ordinaire : ses comportements doivent correspondre aux normes et aux valeurs sociales dominantes et la personne en situation de handicap doit développer des stratégies pour être reconnue comme les autres.

1.1.2. Intégration sur le plan social

L'homme est un être social. Il est toujours dans le besoin de coopérer avec les autres. Dès sa naissance, il est dans une dépendance et sa survie est tributaire de la personne adulte, surtout sa mère ou son substitut. En plus de cette dépendance vis-à-vis d'autrui, il se retrouve obligé d'appartenir au groupe social.

En effet, la société a son organisation, ses valeurs, ses normes, sa manière de percevoir les choses et d'agir. La société a donc pour rôle de modeler les générations montantes en fonction de ses buts à travers la socialisation, base de toute éducation. Ainsi, l'éducation modèle l'individu tel que la société le réclame. A ce sujet, Durkheim (1995, p.51) affirme que :

> *« L'éducation est l'action exercée par les adultes sur les générations qui ne sont pas mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné. »*

Cette éducation s'avère une réelle préparation que la société fait à l'endroit de l'enfant pour le rendre apte non seulement à avoir un rôle à jouer dans son milieu de vie mais aussi pour lui permettre de s'adapter à d'autres milieux. L'éducation vise alors l'intégration sociale. De ce fait, Doron et Parot (1991, p.387) nous enseignent que

> *« L'intégration sociale permet à l'individu non seulement d'entrer en relation fonctionnelle avec le monde, de satisfaire ses besoins d'être stimulé et agir mais encore de répondre à des besoins interpersonnels de participation, d'affiliation et de confirmation.»*

L'intégration sociale est donc une condition incontournable pour que l'enfant ou l'adulte qui veut s'affilier à un groupe social donné soit reconnu comme membre du groupe

ayant des repères sociaux, existant socialement et ayant des droits et des devoirs de cet ensemble. Cette intégration demande en outre des efforts de la part de l'individu parce que les groupes sociaux résistent à l'intégration du sujet. Dans certains groupes, l'intégration sociale passe par de dures épreuves. Ainsi, venir à bout de cette intégration exige une motivation, un degré de souplesse et de l'efficacité de la part de l'individu qui cherche à s'intégrer.

En somme, l'intégration sociale peut se définir comme étant l'état d'un sujet pouvant prétendre à une certaine cohésion psychologique et étant capable de participation sociale. Elle est aussi synonyme d'assimilation, qui vise la disparition de toute spécificité culturelle et de l'insertion qui conduit à la pérennisation d'une culture partagée par une collectivité.

Dans le cadre de notre travail, nous considérons l'intégration sociale comme cet état d'un sujet pouvant prétendre à une certaine cohésion psychologique et étant capable de participation sociale. De ce fait, il peut nouer des relations avec ses semblables. Nous demeurons conscient que cette intégration sociale ne vient pas de soi mais qu'elle dérive d'un processus psychosocial.

1.1.3. Intégration sur le plan psychosocial

L'intégration est un processus dans lequel se fait la jonction du social et du psychologique. Elle exige une mise en branle des interactions sociales et c'est un processus ininterrompu. Selon Doron et Parot (1991, p.387), ce processus

> *« (...) concerne les diverses modalités d'interactions utilisées par un individu pour être situé et se situer dans un groupe ou dans une collectivité afin de se voir reconnu une place, un statut et une identité sociale. »*

Ces modalités d'interaction dans la conquête d'un statut au sein d'une collectivité entraînent une juxtaposition du social et du psychologique. Ainsi, l'intégration sociale peut être déterminée par l'organisation de la société qui confère des statuts et des rôles selon certaines considérations culturelles à elle. Aussi, les statuts et les rôles que la société accorde à l'individu ne sont pas figés, l'individu peut les mouvoir selon ses motivations. Doron et Parot (1991, p.387) le précisent bien quand ils affirment que

> *« (...) comme l'intégration sociale peut être prédéterminée par des conditions d'origine et d'appartenance à des catégories d'âge et de sexe,*

l'individu peut chercher à sortir d'un milieu et d'un statut subi pour changer de rôle dans un milieu choisi. »

Ceci pour dire, en effet, que l'intégration psychosociale est le fruit d'une volonté partagée. L'individu désire et participe à son intégration mais aussi la société s'active à recevoir le sujet en son sein en créant, en assouplissant les conditions d'adhésion à celle-ci et en encourageant les possibilités d'intégration entre ses membres. Selon Cusson (1998 p.161), enfin, la qualité d'intégration

« (...) se définit par la qualité et la fréquence des rapports interpersonnels d'un individu avec les membres des groupes auxquels il appartient et par la participation aux projets communs. »

Les relations établies entre l'individu et autrui permettent un circuit d'échanges qui va du groupe à l'individu et de l'individu au groupe. Cette réciprocité fait que l'individu ne s'isole ni ne soit mis à l'écart dans ce qui se déroule dans le groupe. L'intégration psychosociale désigne donc la situation d'un individu qui partage les valeurs et les normes de la société à laquelle il appartient. A l'intégration, on oppose donc la marginalité, la déviance, l'exclusion. L'intégration, dans toutes ses formes est possible grâce à la volonté de l'individu et aux opportunités de participer aux activités du groupe, et enfin, à l'assurance d'être reconnu par les autres membres de ce groupe comme membre du groupe.

En définitive, pour le cas de notre étude, nous considérons que l'individu est bien intégré dans la société lorsqu'il ne vit pas dans la solitude mais qu'au contraire, il interagit avec les autres membres de la société, participe et s'engage à la solidarité sociale.

1.2. Déficience

La déficience fait référence à la perte de substances ou à l'altération de fonctions ou structures physiologiques, psychologiques ou anatomiques, provisoire ou définitive. Elle comprend l'existence ou l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou une autre structure de l'organisme incluant la fonction mentale. La déficience couvre une zone plus large et l'UNESCO (1983, p.3) la considère comme

« une perte ou une anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ».

Est donc déficient celui qui présente un manque ou qui ne peut pas arriver à atteindre le niveau désiré ou à réaliser l'action entreprise. La déficience est donc cet état où se trouvent les victimes de cette perte ou anomalie tant physiologique que psychologique.

De ce qui précède, il est clair que la déficience est envisagée de façon générale. Mais dans notre travail, le mot « déficience » n'aurait pas de place s'il n'est pas saisi comme une « déficience intellectuelle ». En outre, le site www.siwadam.com (le 23/7/2010, 17h) nous signale que

> *« comme le concept d'intelligence n'est pas simple à envisager et que selon les écoles, l'intérêt est porté sur différents aspects concourant au développement de l'intelligence ; il n'est pas non plus aisé de définir le concept de déficience intellectuelle. La définition de la déficience intellectuelle met surtout l'accent sur un déficit, une insuffisance en rapport à une intelligence dite « normale », toute relative soit telle ».*

Au sens de l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), la déficience correspond à l'anomalie, au désordre anatomique, pathologique ou psychologique. Elle concorde avec l'aspect lésionnel du handicap. Elle peut être un état temporaire ou permanent résultant d'une maladie, d'un accident ou peut être constatée au terme de la phase de soins initiaux du nouveau-né.

Soulignons à toutes fins utiles que s'il n'y a pas de doute quand il s'agit d'une déficience profonde, il est en revanche malaisé de définir la limite supérieure de la déficience. Le site www.loeillet.chez-alice.fr/ladeficience.htm (le 23/7/2010, 17h30) nous montre la classification que l'O.M.S. et les Etats-Unis nous proposent :

- Déficience mentale profonde : Q.I. ≤ 25
- Déficience mentale sévère : Q.I. ≤ 40
- Déficience mentale modérée : Q.I. ≤ 55
- Déficience mentale légère : Q.I. ≤ 70
- Déficience mentale limite : Q.I. ≤ 85

Notons qu'au point de vue pratique et empirique, les pédiatres et les pédopsychiatres considèrent de leur côté que la débilité se caractérise par un Q.I. inférieur ou égal à 85.

En somme, le Gouvernement du Québec dans son instruction de 1989-1990 tel que cité par Ndayisaba et De Grandmont (1999, pp.206-207), distingue la déficience intellectuelle légère, moyenne à sévère et la déficience intellectuelle profonde. Selon ledit Gouvernement :

1. L'élève ayant une déficience intellectuelle légère est celui dont l'évaluation des fonctions cognitives, réalisée à l'aide des examens standardisés administrés par un personnel qualifié, révèle un fonctionnement général significativement inférieur à la moyenne, accompagné d'une déficience du comportement adaptatif se manifestant graduellement pendant la période de croissance.

   Les limitations constatées sur le plan du développement cognitif se traduisent par un besoin constant de recourir à un mode de raisonnement d'ordre concret et par un retard s'accroissant graduellement dans les apprentissages scolaires requérant des capacités de symbolisation et d'abstraction.

   Un quotient de développement situé entre 50-55 et 70-75 est habituellement considéré comme significatif d'une déficience intellectuelle légère.

2. La déficience intellectuelle est qualifiée de moyenne à sévère lorsque l'évaluation fonctionnelle révèle les caractéristiques suivantes :

   - Des limitations sur le plan du développement cognitif restreignant ses capacités d'apprentissage en regard de certains objectifs des programmes d'études ordinaires et requérant l'aide d'une pédagogie adaptée ou d'une programmation particulière ;
   - Des capacités fonctionnelles limitées sur le plan de l'autonomie personnelle et sociale entraînant un besoin d'assistance pour s'organiser dans des activités nouvelles ou d'entraînement à l'autonomie de base ;
   - Des difficultés plus ou moins marquées dans le développement sensoriel et moteur et dans celui de la communication pouvant rendre nécessaire une intervention spécifique dans ces domaines.

Un quotient de développement situé entre 20-25 et 50-55 est habituellement considéré comme significatif d'une déficience intellectuelle moyenne à sévère.

3. La déficience intellectuelle est qualifiée de profonde lorsque l'évaluation du fonctionnement révèle les caractéristiques suivantes :

- Une limitation importante sur le plan du développement cognitif rendant pratiquement impossible l'utilisation des programmes d'études ordinaires et requérant un programme individuel.

- Des habiletés perceptivo-motrices et de communication manifestement limitées, appelant des méthodes d'évaluation et de stimulation adaptées individuellement.

- Des capacités fonctionnelles très faibles sur le plan de l'autonomie personnelle et sociale entraînant un besoin constant de soutien et d'encadrement dans la réalisation des activités quotidiennes.

Un quotient de développement inférieur à 20-25 est habituellement considéré comme un indicateur d'une déficience intellectuelle profonde.

Pour le cas qui nous concerne, notre recherche n'attend pas à considérer distinctement la déficience mentale légère ou moyenne ou encore profonde, mais au contraire l'étude considère tout enfant déficient mental qui répond aux critères ci-haut établis.

En fin de compte, nous signalons à nos lecteurs que notre travail s'intéresse aux enfants déficients mentaux. De ce fait, nous considérons que le déficient mental est donc celui qui ne peut pas arriver à atteindre le niveau désiré ou à réaliser l'action entreprise à cause des aptitudes intellectuelles limitées. La déficience est donc cet état où se trouvent les victimes de cette anomalie intellectuelle. Celle-ci entraîne des anomalies physiques, physiologiques et psychologiques.

1.3. Insuffisance mentale ou arriération mentale

1.3.1. Définition

De premier abord, il convient de signaler que l'état d'insuffisance mentale est décrit dans des termes divers qui constituent des synonymes. La littérature inventorie une grande variété de termes pour qualifier la catégorie des personnes intellectuellement arriérées : retard mental, arriération, débilité mentale, déficit intellectuel, déficience intellectuelle, insuffisance intellectuelle, état déficitaire, oligophrénie, crétinisme, stupidité, bêtise, etc. Le concept d'arriération mentale est un concept général que certains appellent *« déficience mentale »*, d'autres le désignent sous le concept de *« déficience intellectuelle »,* etc. Selon Feldman, Giroux et Cauchy (1994, p. 447) ledit concept désigne :

« un niveau de fonctionnement intellectuel qui est significativement inférieur à la moyenne et qui s'accompagne de difficultés d'adaptation. »

Elle désigne aussi un déficit congénital ou acquis, structural ou lésionnel de l'intelligence. De plus, d'après le site internet www.doctissimo.fr/htm/santé/encyclopédie (le 08/3/2010, 18h40)

« l'arriération mentale est l'insuffisance du développement des facultés intellectuelles qui se manifestent dès la période infantile précoce.».

Ces insuffisances ou arriérations comprennent celles de l'intelligence, de la mémoire et de la pensée. En effet, l'insuffisance ou l'arriération mentale ne peut pas se confondre avec la démence car, le site www.loeillet-alice/ladeficience.htm, (le 23/7/2010) nous dit que

« L'homme en démence est privé des biens dont il était comblé, c'est un riche devenu pauvre ! L'idiot, lui, a toujours été dans l'infortune et la misère. »

Elle se distingue aussi des déficits sensoriels (malvoyance, surdité, surdi-mutité, ...), des déficits instrumentaux (dyslexie, dysphasie, dysorthographie, dyscalculie, troubles de latéralisation,...), des handicaps moteurs (infirmité motrice cérébrale, ...), des pseudo arriérations culturelles, des troubles psychiques (psychoses infantiles auxquelles elle peut néanmoins être associée).

En outre, l'installation du retard est souvent précoce et touche les principales acquisitions psychomotrices en l'occurrence la tenue de la tête, le premier sourire, la station assise, la marche, l'apparition des premiers mots, la maîtrise sphinctérienne, etc. Pour dire enfin, renchérit le site www.doctissimo.fr/htm/santé/encyclopédie (le 08/3/2010, 18h40) que

« les difficultés de langage, de compréhension des ordres simples, d'appréciation de l'environnement et des situations, la lenteur de réaction caractérisent l'arriération mentale. »

Sur le plan évolutif, ledit concept a subi au cours des siècles, de nombreuses modifications. C'est à partir du 20ème siècle que l'arriération mentale va être définie sur base de deux critères indépendants à savoir : le niveau intellectuel et l'adaptation sociale. Dans ce cadre, l'*American Association on Mental Deficiency* cité par Lambert (1986, p.14) définit l'arriération mentale comme étant :

> *« un fonctionnement intellectuel situé au-dessous de la normale, qui trouve son origine durant la période de développement. Ce fonctionnement est associé à des troubles de la maturation, de l'apprentissage et de l'adaptation sociale. »*

Nous précisons ici que le terme *« fonctionnement intellectuel situé au-dessous de la normale »* correspond aux résultats obtenus à un test standardisé d'intelligence et que la limite qui définit l'arriération est placée à une déviation standard en-dessous de la moyenne. Dans le même ordre d'idées, Grossman cité par Lambert (1986, p.15) appuie l'idée de Lambert en donnant aussi les références à deux aspects dont la cœxistence détermine bien l'arriération. Selon lui,

> *« l'arriération se réfère à un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, existant concurremment avec des déficits du comportement adaptatif et se manifestant durant la période développementale. »*

En définitive, considérant tout ce qui précède, nous retenons que les principaux critères auxquels on se réfère pour apprécier une arriération mentale sont entre autres : le fonctionnement intellectuel et le comportement adaptatif. Le premier est évalué sur base d'un ou de plusieurs tests standardisés développés à cet effet et le second est défini par l'efficacité par laquelle un individu rencontre les normes d'indépendance et de responsabilité sociale attendues pour son âge et son groupe culturel.

1.3.2. Classifications des insuffisances mentales

Les classifications des insuffisances mentales sont extrêmement variables suivant les critères, les auteurs, les époques, les pays, etc.

a) Classification en fonction du degré d'insuffisance mentale, Lafont (1963, p.582)

Le Ministre français des affaires sociales a proposé une classification médico-socio-administrative en prenant comme critère de référence le degré d'insuffisance mentale. Il distingue ainsi les catégories suivantes :

- Les débiles légers simples : Ils sont susceptibles d'une vie autonome et d'une adaptation au monde du travail. Ils relèvent de classes de perfectionnement ou d'Instituts Médico-Pédagogiques.

- Les débiles légers (70 <= Q.I < 80) présentant des troubles associés : ils souffrent, en outre, soit d'un handicap sensoriel ou moteur, soit des perturbations affectives ou des réactions au milieu social qui aggravent leur inadaptation globale. Ils sont cependant facilement éducables avec une aptitude à la scolarité et à l'apprentissage des métiers simples. Ils sont susceptibles d'une vie autonome et d'une adaptation au monde du travail.

- Les débiles moyens (50 < Q.I < 70) : ils sont susceptibles, après rééducation, d'une autonomie partielle et d'une adaptation à un poste de travail simple. Leur socialisation est réduite et des troubles de conduite et du caractère sont aussi fréquents chez eux. Ils ont besoin toute leur vie d'un certain encadrement particulier.

- Les débiles profonds (30 < Q.I < 50) : appelés aussi des « imbéciles », ils ont un langage rudimentaire. Ils sont sémi-éducables, adaptables à une vie collective et protégée. Ils relèvent aussi d'un traitement en Institut Médico-pédagogique et peuvent parvenir à une productivité en atelier protégé ou en atelier d'assistance par le travail.

- Les arriérés profonds (Q.I < 30): appelés aussi « idiots », leur éducabilité est faible ou nulle. Ils n'ont pas de langage, les capacités motrices sont réduites et le contrôle sphinctérien est insuffisant. Ils sont seulement adaptables à une certaine vie collective avec une activité improductive et même onéreuse. Leur adaptation à la vie collective est incertaine et aléatoire.

Remarquons que cette classification fait mention des possibilités éducatives qu'on peut retrouver dans chaque groupe ainsi que les conditions d'intégration sociale et professionnelle.

b) Classification selon le critère comportemental et l'adaptation à la vie

D'après le critère comportemental, Ndayisaba et De Grandmont (1999) distinguent :

- Les débiles harmoniques : ils n'ont pas de troubles de caractère. Ils sont paisibles, sociables, adaptés et correspondent à ceux qui se fondent sans difficulté dans le moule social.

- Les débiles dysharmoniques : en plus de leur insuffisance mentale, ils présentent aussi des troubles du comportement. Ils ressentent leur infériorité et y réagissent par l'agressivité et par l'opposition. Ces sujets sont instables et se livrent facilement à des comportements délinquants : fugue, vol, prostitution, etc. Facilement influençables, ils

manquent de jugement, ce qui fait d'eux d'excellents agents d'exécution d'actes criminels. Les débiles dysharmoniques peuvent accepter facilement le statut de criminel par désir d'affirmation de soi et pour se mettre en valeur.

Selon la manière dont le déficient mental s'adapte à la vie, Xhardez (1989, p.904) nous parle de :

- Débiles légers : il s'agit des sujets qui, grâce à une éducation adaptée, peuvent mener une vie relativement normale. Ils peuvent s'adapter au monde du travail et réussissent, en doublant quelque fois à l'école primaire.
- Les débiles moyens : Ils ont besoin d'un encadrement particulier pour un travail simple. Ils peuvent cependant acquérir une certaine autonomie.
- Débiles profonds : Ils peuvent s'adapter à une vie collective et protégée.
- Arriérés profonds : Ceux-ci s'adaptent de manière incertaine à la société.

En définitive, nous ne pouvons pas prétendre faire une classification exhaustive, complète et digne d'éloges étant donné que la divergence dans le choix des critères garde toujours son pesant d'or. Néanmoins, nous pouvons affirmer que dans l'ensemble, les catégories les plus remarquables se ramènent à deux degrés : les arriérés profonds, donc irrémédiables et les arriérés légers qu'on peut rééduquer plus ou moins. Avec le but de pousser loin dans notre recherche, nous avons cherché à savoir s'il peut y avoir une classification propre pour le Burundi mais, les intervenants en matière d'insuffisance mentale nous ont révélé qu'ils se réfèrent aux données de l'O.M.S.

En somme, dans le cadre de notre recherche, nous considérons que l'enfant est victime d'une insuffisance ou d'une arriération mentale s'il présente les difficultés de langage, de compréhension des ordres simples, d'appréciation de l'environnement et des situations, la lenteur des réactions dans les sollicitations des autres alors qu'il a un âge requis pour la réalisation de tels actes.

1.4. Affectivité

Du latin « *affectus* » c'est-à-dire *sentiment*, l'affectivité est l'ensemble des sentiments, des émotions et des passions d'un individu. Bien qu'elle puisse être considérée comme une simple composante de la vie psychique, l'affectivité en est pourtant la base. Doron et Parot (1991, p.15) l'expriment en ces termes :

> *« L'affectivité est une notion d'une extension et d'une compréhension assez vague, englobant des états aussi divers que les émotions, les passions, les sentiments, l'anxiété, l'angoisse, la tristesse, la joie voire les sensations de plaisir et de douleur ».*

C'est par elle que l'être humain se situe dans le monde et dans ses relations avec autrui. C'est elle qui fonde la personnalité dans ce qu'elle a de plus intime. Même une fonction abstraite comme la pensée, est sous-tendue par une certaine manière de sentir et affectée par les émotions. Autant la sécurité, la joie et le bonheur peuvent favoriser l'épanouissement intellectuel, autant l'insécurité, la tristesse et l'angoisse peuvent le contrarier.

En effet, l'être humain a besoin de se sentir aimé et protégé pour se développer harmonieusement. Ses premières expériences dans la petite enfance seront cruciales à cet égard. Pour Sillamy (1980, p.29),

> *« Si l'homme trouve dans son entourage l'amour et la sécurité qui lui sont nécessaires, il aura de fortes chances de devenir une personne stable et équilibrée. Si au contraire ces conditions lui font défaut, il risque de développer une personnalité malheureuse, agressive, revendicatrice ou dépressive. »*

En définitive, tout trouble affectif a pour conséquence un dérèglement de la communication avec autrui et une altération du lien interhumain et, il apparaît nettement en pathologie mentale, notamment dans les psychoses schizophréniques, maniaques et mélancoliques.

Pour notre travail de recherche, même si l'affectivité est une notion d'une extension et d'une compréhension assez vague, nous considérons l'affectivité comme un ensemble des phénomènes affectifs qui englobent des états aussi divers que les émotions, les passions, les sentiments, l'anxiété, l'angoisse, la tristesse, la joie voire les sensations de plaisir et de douleur.

1.5. Conclusion du chapitre

Comme tout travail scientifique dont on veut accroître la compréhension du lecteur ou autre chercheur qui le consulte, les concepts jugés clés doivent être éclaircis. C'est ce que nous venons de faire et nous avons délimité l'usage de chacun d'eux dans le cadre du présent travail.

Avec les explications fournies, nous espérons avoir donné au lecteur ou à tout chercheur qui le consulte une accessibilité accrue à sa compréhension. Dans le chapitre qui suit, nous allons parler du déficient mental au sein de la société.

CHAPITRE II. LE DEFICIENT MENTAL ET LA SOCIETE

2.0. Introduction

Comme le titre l'indique, ce chapitre présente le déficient mental dans la société où il est appelé à vivre. En effet, à travers les lectures que nous avons faites, différents auteurs ont montré l'image du déficient mental et les considérations négatives que la société porte à l'égard de ce dernier. Il s'agit, dans ce chapitre, de parler du déficient mental à travers les considérations historiques que la société a faites de la déficience mentale, les causes de cette dernière qui sont endogènes ou exogènes et le déficient mental en famille. Pour y aboutir, nous nous sommes référé aux théories des auteurs qui ont effectué des études sur la déficience mentale.

2.1. Considérations historiques sur la déficience mentale

Dans l'histoire de l'homme, depuis l'Antiquité, on peut découvrir des points illustrant fort bien comment les hommes avaient peur des êtres différents, fous ou atteints de manies. Les gens se sentaient démunis face à une déficience intellectuelle visible importante, qui portait le nom de manie, démence, folie, etc.

En effet, pendant l'Antiquité, ce sont surtout les Egyptiens et les Grecs qui attirent notre attention en ce qui concerne les sujets dits imbéciles, arriérés ou fous. En Egypte, les sujets arriérés sont divinisés tandis qu'en Grèce on s'efforce de les faire disparaître. A ce propos, Platon est sans nuance quand nous le lisons à travers les écrits de Misès (1975, p.13) :

> *« Quant aux rejetons des sujets sans valeur et à ceux, qui seraient mal conformés de naissance, les autorités les cacheront, comme il convient, dans un endroit secret et qu'on ne divulgue pas. »*

Après Platon, les *Préceptes* de Sénèque sont on ne peut plus clairs et expéditifs en ce qui a trait aux déficients mentaux.

> *« Pour l'enfant débile et anormal que Sénèque compare aux animaux farouches et indomptables, la noyade semble être le seul remède efficace. Il précise que ce n'est pas là la colère, mais la raison qui invite à séparer les parties saines de celles qui sont corrompues. »* (Ndayisaba et De Grandmont, 1999, p.200).

A Rome, la loi recommande de faire disparaître au plus vite les enfants mal formés ou monstrueux. En général, les romains considéraient la mère comme responsable de la déficience mentale ou des malformations de l'enfant. Selon le lieu et les interprétations de la loi, celle-ci pouvait être mise à mort ou simplement soumise à la purification.

Au Moyen Âge, *« les dérangés mentaux »* étaient soumis à la torture, histoire d'en extraire les démons quand ils n'étaient pas assassinés purement et simplement sous prétexte de préserver l'honnête homme du diable, des loups-garous, des possédés, des sorciers et sorcières. Dans le même ordre d'idées, Carlier et Ayoun (2007, p.16) nous affirment que

> *« Sous le règne de l'inquisition, démence, idiotie et possession sont souvent confondues et les personnes qu'on appelle alors « innocents » peuvent être brûlées vives. »*

En fait, ce sont les signes physiques et les comportements extérieurs de certains déficients qui déclenchaient toute cette peur devant eux. Dans le monde chrétien, il faudra attendre Thomas d'Aquin pour que les personnes handicapées mentalement ne soient pas considérées comme étant l'image du péché.

La Renaissance, encore marquée par la longue époque du Moyen Age – plus de douze siècles d'austérité et d'abnégation – essaie, tant bien que mal et de façon très timide, de jeter un regard humanitaire sur les idiots. Ceci transparaît surtout à travers les propos des auteurs qui ont caractérisé cette période. Montaigne par exemple soutient que ceux que les hommes voient comme des monstres à leurs yeux n'en sont pas aux yeux de Dieu. En effet, avec le XVI^{e} siècle, Moles (le médecin de Philippe IV d'Espagne) tenta d'expliquer l'imbécillité. Il jeta les bases d'une certaine forme d'étiologie dite *naturelle*, dont les causes pouvaient être obstétriques, périnatales ou même héréditaires. De plus, il avança une certaine forme d'étiologie dite *pathologique* regroupant toutes les autres causes.

En outre, c'est au XIX^{e} siècle qu'on note une approche plus scientifique de la déficience mentale. Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.202) nous l'expliquent en ces termes :

> *« Ayant déjà classé, regroupé et créé des familles ainsi que des variétés en botanique, les sciences naturelles sont mises au service de l'étude de l'imbécillité. Quoi de plus facile que de créer la science naturelle de l'anormal ! »*

Ainsi, *la tératologie* est née, une science qui, à la fin de ce siècle, a été humanisée et a donné à l'imbécile de l'époque une meilleure image. Ce fut la première fois dans l'histoire que l'imbécile fut considéré vraiment comme un être humain.

Cependant, malgré les efforts entrepris pour humaniser un être si longtemps craint et méprisé, il y eut de ratés. C'est ce que l'on constatera au début du XX^{e} siècle. Certaines angoisses irrationnelles associées à l'incompréhension sont réapparues et partant, rendant l'intégration de ces êtres au sein de la société bien difficile. En effet, on a par la suite pris conscience que ces êtres exigent un investissement important de la part de la société. Ceci pousse les gens à les isoler encore en les enfermant dans des institutions dites spécialisées, dans des conditions inouïes. Dans ces institutions, les conditions sont atroces et donnent lieu à une vie hallucinante :

> *« Logements insalubres, surpopulation, alimentation très pauvre, nudité ou presque malgré le froid. »* (Foucault cité par Carlier et Ayoun, 2007, p.16)

Durant cette période, la société se détourna du patient et de ses besoins dans l'unique but de sauvegarder les siens.

En fin de compte, la révolution de 1789 avec *la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* est venue apporter une bouffée d'air, du moins dans les textes, parce que les mesures d'accompagnement des personnes à la sortie de l'institution n'ont pas suivi et nombreux sont restés en prison ou dans ce qu'on dénommait des asiles. De plus, grâce aux études de Binet, Simon et Terman, entre autre, sur l'intelligence et la déficience, le sujet *imbécile* d'autrefois est enfin considéré comme un être humain à part entière par le milieu scientifique. La connaissance actuelle de la personne déficiente nous enseigne qu'elle est d'abord et avant tout une personne. Malheureusement, la mémoire collective des humains reste bien fragile et les vieilles peurs reviennent souvent à la surface. Il suffit qu'un enfant déficient naisse dans une famille pour que resurgissent toutes les anciennes craintes qui nous sont inculquées depuis longtemps.

2.2. Etiologie de la déficience mentale

Les causes de la déficience intellectuelle sont très diverses. La cause de ladite déficience peut provenir d'un processus pathologique inné ou congénital, peut dépendre de facteurs environnementaux encore mal définis ou avoir des origines génétiques.

En effet, les processus pathologiques, innés ou congénitaux, qui atteignent la formation fœtale, le développement et le fonctionnement du cerveau sont complexes. Ndayisaba et De Grandmont (1999, p.212) clarifient que

> *« Certains processus dits multifactoriels impliquent par exemple, l'interaction de facteurs polygéniques et de facteurs environnementaux qu'on n'a d'ailleurs pas encore réussi à identifier. Enfin, les progrès de la génétique révèlent que progressivement les bases biologiques de certaines déficiences qui étaient jusque-là imputées à des facteurs psychosociaux ; les anomalies génétiques liées au chromosome X, notamment le syndrome de la fragilité du chromosome X, apparaissent de plus en plus comme une cause importante susceptible de rendre compte de la prévalence de déficience intellectuelle chez les sujets mâles. »*

En outre, l'éventail étiologique de la déficience intellectuelle est donc extrêmement large et disparate. De plus, les diverses causes de la déficience intellectuelle peuvent agir à des moments différents du développement du sujet et dans les domaines de l'activité intellectuelle. Notons que certaines causes organiques comme des lésions cérébrales, des anomalies génétiques, des causes héréditaires, etc. sont facilement repérables tandis que d'autres causes, celles qui agissent sur le psychisme seulement telles que les carences affectives, l'absence de soins ou l'absence de l'éducation sont plus difficilement définissables. Notons en définitive que, les causes d'une déficience mentale sont multiples ; sous peine de ne pas pécher par défaut, nous pouvons les résumer par ces deux grandes catégories :

1. Les facteurs *endogènes* qui sont génétiques, constitutionnels ;
2. Les facteurs *exogènes* qui sont acquis ou environnementaux.

2.2.1. Facteurs endogènes

Ces facteurs font référence essentiellement à une insuffisance ou à une déviation dans le bagage génétique de l'individu. Nous pouvons noter, entre autre, des aberrations chromosomiques et des erreurs innées du métabolisme. Toutes ces causes peuvent aussi être interactives de telle façon qu'il est très difficile d'établir avec certitude la part de responsabilité d'une cause déterminée dans la genèse d'une arriération mentale. Il faut noter aussi que les mêmes causes ne produisent pas nécessairement les mêmes effets chez tous les sujets.

2.2.2. Facteurs exogènes

Ces facteurs constituent en fait des accidents qui peuvent se produire à tout moment à partir de la conception jusqu'à la fin de la petite enfance, en passant par tous les stades du développement utérin et par l'accouchement. En effet, d'après l'Institut canadien de la déficience mentale cité par Ndayisaba et De Grandmont (1999), il existe plus de 200 causes à la déficience intellectuelle dont les plus fréquentes sont les suivantes :

- *« Une maladie de la mère pendant la grossesse*
- *Une alimentation déficiente chez la mère*
- *Une consommation exagérée de tabac, d'alcool, de médicaments, de drogues pendant la grossesse*
- *Des anomalies génétiques*
- *Une maladie transmise sexuellement du père ou de la mère, voire des deux*
- *Une combinaison du facteur Rhésus positif du père au facteur Rhésus négatif de la mère*
- *Une naissance prématurée ou accidentelle*
- *Une blessure cérébrale à la naissance ou certaines maladies infantiles. »* (Ndayisaba et De Grandmont, 1999, p.213)

Ajoutons aussi toutes les formes de complications et de souffrances subies par le fœtus au moment de l'accouchement. Nous citerons l'*anoxie fœtale*, la plus fréquente de toutes ces formes. Elle provoque la destruction des neurones par manque d'oxygène lorsqu'elle est prolongée. D'autres problèmes comme la rupture prématurée du placenta, la torsion du placenta, le surdosage d'analgésiques, la méningite ou les encéphalites sont autant de causes qui risquent d'occasionner des handicaps sérieux tels qu'une déficience intellectuelle. Nous n'oublions pas aussi de signaler que les défaillances hormonales, l'hypercalcémie ou absorption digestive excessive de calcium ainsi que l'hypothyroïdie sont aussi au nombre de facteurs pouvant provoquer des dommages sérieux qui mènent à une déficience intellectuelle chez l'enfant. Enfin, il y a les agents toxiques mal rangés, facilement accessibles au jeune enfant à l'âge de grandes découvertes. A titre exemplatif, pensons aux caustiques, aux agents de lessive, à l'eau chlorée, etc.

En définitive, en plus de toutes ces causes, tant génétiques que culturelles, reliées aux facteurs prénataux, périnataux, et postnataux, il est probable que des carences psychosociales importantes puissent être responsables de la déficience intellectuelle.

2.3. Relations entre l'enfant déficient mental et ses parents

Il a été prouvé que la survenue d'un enfant déficient mental dans la famille constitue une profonde blessure chez les parents. La culpabilité (renforcée par l'opinion populaire sur l'hérédité), l'anxiété quant à l'avenir de l'enfant, les réels problèmes que posent souvent la présence du jeune déficient au sein de la famille ; tout cela contribue à créer chez les parents des attitudes et des conduites face à l'enfant qui, en retour, ne peuvent manquer de peser sur son développement. De ce fait, Köhler (1967, p.156) précise d'ailleurs qu'

> *« un état névrotique, voire psychotique de la mère est aggravé par la déficience de l'enfant avec lequel se dessine un couple pathologique à effet détériorant secondaire sur l'enfant lui-même. »*

Par ailleurs, les parents de l'enfant déficient, équilibrés soient-ils, ne peuvent que noter avec une douleur quotidienne, la pauvreté en moyens et les difficultés du développement de leur propre enfant. C'est dans ce sens qu'ils réagissent en procurant au jeune déficient un surcroît de soins, d'un supplément de protection qui, jugent-ils, compenseront ou atténueront ces déficiences. Dans une telle *attitude de surprotection*, le père et la mère ne sont pas seuls mais aussi les frères et sœurs, les parentés proches vont le plus souvent dans le même sens. Cette attitude cause des problèmes car le retard de développement est aggravé par la réduction de l'initiative accordée à l'enfant et par le maintien de la dépendance affective.

Les attitudes parentales face aux déficients mentaux sont multiples et diversifiés. On peut les appréhender sous deux tendances : d'une part, on impute le retard mental à la personnalité et aux conduites des parents particulièrement de la mère et d'autre part, on présente ces conduites comme des réactions parfaitement légitimes et normales au handicap de l'enfant. Notons, en effet, que les parents, en axant toutes leurs attitudes et conduites sur le handicap de l'enfant, lui apprennent aussi à se percevoir et se définir comme handicapé.

Notons à toutes fins utiles que la déficience mentale apparaît toujours comme une anomalie portant sur la valeur humaine, d'où des stéréotypes sociaux qui tendent à dévaloriser, à rejeter le déficient et par association simple, sa famille. De ce fait, on verra certains parents qui s'isolent, souvent exclus, vaguement méprisés et présentent une angoisse qui ne trouve aucune issue. De plus, un enfant arriéré devient un élément qui gène pendant les activités familiales surtout dans les activités domestiques. Certaines mères ne peuvent faire leur travail que lorsque l'enfant dort ou sont obligées de les garder au dos pendant leur travail

quotidien. Signalons néanmoins que le jeune déficient mental peut être aussi source de tensions émotionnelles qui ravivent les tensions personnelles des parents qui, à leur tour les renvoient sur l'enfant. A ce sujet, Simaruku (1987, p.38) est claire quand il dit :

> *« Ils peuvent réagir face à ce hasard inéluctable, souvent sous la forme d'une révolte devant une injustice ou le ressentir comme une punition ou encore, dans des cas plus rares comme une offrande et enfin comme une épreuve. »*

En définitive, si la naissance d'un enfant déficient mental reste un coup dur pour le couple familial (les parents), les parents ont toujours intérêt à ce que leur enfant soit protégé d'une détérioration secondaire de la déficience mentale. C'est pourquoi il est conseillé que le jeune déficient soit maintenu au maximum possible dans son milieu familial et la présence constante de sa mère auprès de lui reste capitale. Cependant, dans cette tâche, le rôle des psychologues, des assistants sociaux ou des éducateurs à domicile est essentiel afin de ramener les uns et les autres à une vue plus exacte de la réalité et de l'intérêt bien compris de l'enfant, qui consiste à ne relâcher à aucun moment l'effort pour le mettre en route, puis le maintenir sur les chemins si pénibles qui le conduisent à un maximum d'autonomie compatible avec sa déficience.

2.4. Relations entre l'enfant déficient mental et sa fratrie

Les réactions des frères et sœurs à l'égard de l'arriéré mental sont diverses. Dans de grandes familles, il est parfois toléré comme faisant partie de la tribu. Dans les familles restreintes, il peut être objet de surprotection ou de rejet fraternel. Les sœurs à l'âge du mariage essaient souvent soit de le cacher ou soit d'imposer leur futur mari à son attachement. Si, face à ses frères et sœurs, le jeune déficient fait objet d'une surprotection permanente, il ne pourra jamais trouver l'occasion pour son épanouissement, sauf s'il y a intervention d'un institut médico-pédagogique. A l'opposé, leur attitude peut, en effet, refléter ou prendre le contre-pied des conduites parentales. Selon Köhler (1967, p.185), l'enfant déficient mental peut devenir pour eux

> *« une charge anxieuse, excessive à porter ou, au contraire, une source de rancœur, voire de haine dont on ne saurait tolérer la persistance. (...) ces situations sont souvent génératrices, chez ces frères et sœurs, des troubles*

névrotiques réactionnels dont la psychothérapie se révèle finalement très laborieuse. »

En somme, signalons que sur le plan relationnel, l'attitude des parents est importante vis-à-vis du déficient mental pour le développement des enfants normaux. Le plus souvent, les enfants subissent l'ambivalence des parents et se sentent ou se croient privés d'amour. Dans ce cas, ils peuvent afficher un comportement d'hostilité réelle à l'égard du jeune déficient.

2.5. Conclusion du chapitre

A la lecture de ce chapitre, nous avons remarqué que dans la société, depuis l'antiquité jusqu'à l'époque moderne, le jeune déficient mental était mal compris et a subi depuis longtemps des traitements inhumains. En famille, la naissance d'un enfant déficient mental reste un coup dur pour le couple familial et s'il ne fait pas objet de surprotection, il fait objet de rejet fraternel. Ceci met en danger cet être fragile et handicape tout progrès dans le développement de ses aptitudes. En tout état de cause, le jeune déficient mental comporte plusieurs troubles à la fois. Avec le chapitre qui suit nous explorons quelques problèmes liés à l'adaptation de ce dernier.

CHAPITRE III. QUELQUES PROBLEMES LIES A L'ADAPTATION DES DEFICIENTS MENTAUX

3.0. Introduction

Nous distinguons plusieurs formes de troubles chez les enfants déficients mentaux et quelques unes d'entre elles constituent des problèmes majeurs à leur survie. Parmi ceux-ci, citons surtout les problèmes purement mécaniques dont l'exemple est celui des « fausses routes » alimentaires dues aux troubles de la coordination bucco-pharyngée et aux difficultés de déglutition quasi constantes de ces enfants. Ajoutons aussi les problèmes liés aux perturbations métaboliques dues à des défaillances des centres végétatifs.

Dans le présent chapitre nous n'avons pas voulu revenir sur tous les problèmes rencontrés chez les enfants déficients mentaux, mais plutôt, notre objectif est celui de revenir sur quelques problèmes empêchant le jeune déficient mental de nouer des relations normales avec les autres.

3.1. Communication avec un enfant déficient mental

Un enfant déficient mental a pratiquement toujours un retard de la parole car pour parler ou interpréter les autres gestes de communication, il doit atteindre le niveau intellectuel qui lui permettra d'assimiler le système des symboles et de communication sonore qu'est le langage. Il faut ensuite qu'il ait l'envie de parler et enfin, qu'il dispose des connexions sensori-motrices convenables.

Signalons que l'enfant déficient mental doit apprendre à écouter et à articuler alors que l'enfant normal enregistre très vite les sons et adapte ses mouvements bucco-pharyngés par des automatismes précoces.

3.1.1. Naissance de la communication chez l'enfant

Communiquer, c'est entrer en relation avec son environnement. Cette communication peut se faire de façon non verbale et/ou verbale. En effet, c'est à travers ses échanges avec le monde extérieur qu'un enfant se construit en tant qu'individu. Cette construction dépend de la qualité de ses échanges avec le monde extérieur tel que nous le précise le site www.asedeme.org/étude-et-rapport.html (le 03/6/2011, 10h) :

« La qualité de cet échange est garantie par les parents et la famille en général qui constituent le premier lien entre l'enfant et le monde extérieur.

La mère en donnant sens aux pleurs de l'enfant lui offre aussi par là son premier moyen de communication. »

Ainsi, pour la mère, l'idée s'annonce comme : *« Mon enfant a faim, a sommeil »* et ceci aboutit à *« j'ai faim, j'ai sommeil »* pour l'enfant. De ce fait, l'enfant va apprendre qu'il peut utiliser ses gestes, mimiques, pleurs, postures pour obtenir satisfactions à ses besoins. Notons que ce qui est important ici est la mise en sens des adultes. Si l'adulte n'arrive pas à établir cette empathie entre son enfant et lui, on assiste à une destruction de l'enfant et à la naissance de forme pathologique de relation à l'environnement. La communication constitue donc la variable fondamentale de la construction psychologique de l'enfant dont l'adulte est le garant. C'est à travers sa capacité de mettre à la disposition de l'enfant un espace symbolique cohérent et stable qu'il permet à l'enfant de se construire.

Mais alors, qu'est-ce qui se passe chez l'enfant déficient mental ?

De prime abord, la déficience mentale regroupe un très large spectre d'affections, mais ce qui la caractérise c'est une lenteur ou une insuffisance dans le développement intellectuel et psychomoteur qui, selon les enfants, va affecter plus ou moins tel ou tel secteur de la vie psychique et motrice.

En outre, le site www.asedeme.org/étude-et-rapport.html (le 03/6/2011, 10h) explicite que

« ce qui fait défaut chez l'enfant déficient intellectuel en matière de communication, c'est la capacité à accueillir et traiter les informations qui lui parviennent. De ce fait, nous sommes dans une difficulté de mise en sens. »

A ce titre, la place de l'adulte devient encore plus importante et son rôle de médiateur entre l'enfant et le monde symbolique devient crucial. L'enfant déficient a encore plus besoin de l'adulte pour lui permettre d'intégrer ce qui se passe en lui et autour de lui.

En somme, pour aider les enfants déficients mentaux de manière efficiente et adaptée avec l'environnement, il doit intervenir trois spécialistes à savoir les psychologues qui s'occupent de l'aspect affectif et cognitif, les orthophonistes qui prennent soin de l'aspect langagier et enfin les psychomotriciens pour l'aspect corporel et para-verbal.

3.1.2. Communication verbale et la déficience mentale

Le rôle joué par la communication verbale est également très important. Une telle communication donne lieu à la parole et celle-ci n'est possible que grâce au comportement langagier. En effet, le langage est une notion qui fait appel à de nombreuses recherches. Le but étant souvent de connaître le fonctionnement ou le sens du langage de manière plus précise. De ce fait, nous signalons qu'au-delà de toute autre considération, le développement du langage nécessite des stimulations et que l'on peut repérer, pour tous les enfants, des périodes dans ce cheminement vers le langage adulte. Mais qu'est-ce que le langage ? Comment l'enfant acquiert le langage ? Quel est l'impact de la déficience intellectuelle sur le langage ? Quelle est l'utilité du langage dans la relation éducative ? Telles sont les interrogations dont les réponses formeront l'ossature de cette section.

3.1.2.1. Définition du langage

En parcourant les diverses théories, on peut trouver de multiples définitions du langage. De manière générale, le langage est défini dans le dictionnaire Le Robert de Poche (1995 p.410) comme

> *« une fonction d'expression de la pensée et de communication entre les humains, mise en œuvre par la parole ou par l'écriture. »*

En outre, nous avons trouvé sur le site www.siwadam.com, (le 23/7/2010, 17 h) que le langage peut être défini de trois manières :

1. *« Tout d'abord, il est un système fini d'unités sonores – la parole – qui, en se combinant, permettent de former une infinité d'énoncés, conformément à une syntaxe, c'est-à-dire à un ordre capable d'en modifier le sens.*

2. *Ensuite, c'est un système de symboles, c'est-à-dire de signes arbitrairement liés à un signifiant – la langue.*

3. *Enfin, le langage humain n'est pas forcément lié aux événements immédiats car il permet d'évoquer des faits réels, imaginaires, passés ou futurs. »*

En ce sens, le langage comprend donc le verbal et le non verbal comme la gestuelle, la mimique et l'affect.

En définitive, d'après nos diverses lectures, nous considérerons, dans ce travail, le langage comme cette aptitude qui donne à l'homme l'accès à la communication avec autrui. Ainsi, pour les êtres vivants, organisés en société, le geste est le moyen de communication ; pour l'homme, le langage articulé est devenu le dénominateur commun. Cependant, le langage est rarement exclusivement verbal, il est toujours accompagné d'une gestuelle corporelle qui, par une mobilité expressive, tente de compléter la signification.

3.1.2.2. Acquisition du langage chez l'enfant

Nous constatons que la grande majorité des enfants, même élevés dans des conditions difficiles, acquièrent normalement le langage, c'est-à-dire sans que l'on y prenne garde. Mais ce qui est incontestable, c'est que l'enfant a besoin d'une structure familiale et sociale qui le met dans un bain de langage pour parler.

En effet, on distingue classiquement deux périodes dans le développement de l'activité langagière de l'enfant :

1. La période prélinguistique : elle recouvre environ les dix premiers mois de la vie. Elle est constituée principalement de sons, et les premiers émis par le bébé sont des babillages qui nécessitent déjà une capacité respiratoire et motrice.

2. La période linguistique : elle commence vers la fin de la première année. Le système linguistique de l'enfant s'élabore sur l'écoute et la reproduction. Il est donc évident que ce sont les parents et l'environnement social de l'enfant qui servent de référents. Par mimétisme auditif et verbal, et également grâce à une incitation à nommer, l'enfant règle peu à peu son expression verbale.

Ainsi, le site www.siwadam.com, (le 23/7/2010, 17 h) décrit le processus d'apprentissage du langage en ces termes :

> *« L'enfant commence à manifester une certaine compréhension du comportement de communication de l'adulte à son égard. Le système de réponses aux stimuli perçus s'enrichit avec l'âge par l'effet de la maturation et à mesure des échanges verbaux. Peu à peu, l'enfant complète son*

répertoire de mots et l'addition successive de mots va le conduire à la naissance des premières phrases. »

Cependant, soulignons que le stimulus n'est plus un simple signal chez l'homme mais d'emblée, il est un élément d'information à caractère général. En effet, le langage se présente avec une logique interne d'organisation et, selon Piaget cité par De Ajuriangera (1980, p.40),

« La formation de la pensée et l'acquisition du langage supposent toutes deux la représentation car ils sont solidaires d'un processus plus général. »

Par ailleurs, la parole dépend d'un réseau cérébral largement distribué mais également de capacités motrices, respiratoires, phonétiques et sensorielles. Grâce à un contexte parolier qui surgit dans la réalité propre de l'enfant (sa vie quotidienne), le système verbal de l'enfant se met à fonctionner en procédant d'une alternance d'essais, d'échecs, de répétition, d'abandon et de surprise dans un constant va-et-vient entre « l'apprenti-parleur » et le parleur. L'enfant devient alors un acteur de la parole.

En définitive, signalons que la capacité de parler procède à la fois du sensori-moteur, du cognitif et enfin du socio-affectif. De ce fait, les conditions affectives, l'imprégnation du milieu socio-économique et culturel occupent une place considérable dans l'évolution du langage verbal et sur les potentialités intellectuelles de l'enfant. L'enfant se réfère toujours aux modèles parentaux et son évolution se construit sur ses bases. Enfin, des capacités sur le plan intellectuel s'avèrent également importantes : mémoriser, ordonner, reconnaître, reproduire,..., telle est une gymnastique intellectuelle qui doit être maintenue constante dans le développement du langage chez l'enfant.

3.1.2.2. Impact de la déficience intellectuelle sur le langage

Le langage, étant à la fois cause et effet de la socialisation, elle contribue à la formation et à la stabilisation du système de communication que sont les concepts. Le langage ouvre un champ de possibilités qui est une affirmation de soi par rapport aux autres. Ceci vient pour confirmer combien le fonctionnement intellectuel ne doit pas être enrayé, mais au contraire, doit se développer dans des conditions psychologiques particulièrement satisfaisantes pour favoriser simultanément le développement du langage. En effet, dans les cas d'enfants présentant des déficits graves, la déficience s'accompagne d'une absence de langage verbal. C'est la preuve que son acquisition et son emploi dépendent d'un niveau suffisant de développement intellectuel et celui-ci se révèle comme étant la condition exigée.

L'acquisition du langage verbal est donc plus rapide chez les sujets dont le quotient intellectuel est élevé et retardée chez ceux qui présentent le QI le plus faible. Dans le cas des déficiences intellectuelles moins extrêmes, le langage n'est pas seulement à considérer comme conséquence d'un déficit intellectuel mais il contribue à jouer un rôle dans le niveau des acquisitions cognitives.

> *« Entraînés à utiliser un codage verbal, les déficients mentaux améliorent leurs performances. Ainsi, leur faible niveau de réussite ne résulte pas seulement d'un potentiel intellectuel limité, mais aussi de la difficulté à employer les moyens verbaux qui faciliteraient l'exécution des tâches. »*
> www.siwadam.com, (le 23/7/2010, 17h)

De ce fait, on peut dire aisément que le développement mental et langagier sont complémentaires puisque les capacités cognitives, suffisamment structurées, rendent possible l'utilisation et la construction des phrases. Mais, c'est aussi la reformulation des idées et des phrases, incitées notamment par le feed-back qui permet de mieux les intégrer et d'accéder à un stade cognitif supérieur. En effet, on voit le lien intime qui existe entre le langage et l'intelligence auquel fait également référence Piaget à travers ses quatre stades cognitifs.

1. **Le stade sensori-moteur :** A ce stade, l'intelligence est essentiellement pratique. Le bébé résout les problèmes par l'action et structure de ce fait, le monde qui l'entoure. Les deux principales acquisitions de ce stade sont :

   - La permanence de l'objet, c'est-à-dire que le bébé devient capable de se représenter l'existence et les déplacements de l'objet, qui a disparu de son champ de vision.

   - L'organisation de l'espace, qui permet à l'enfant d'organiser les déplacements de son corps.

2. **Le stade pré-opératoire :** A ce niveau, l'enfant accède à la pensée représentative, indispensable pour le langage. Il peut agir en pensée imagée qui évoque une réalité particulièrement symbolique. La représentation mentale se fonde sur un système de relations entre la chose et son correspondant imagé que le langage n'est pas apte à exprimer pour autant que la vision intuitive est pratiquement incommunicable. Cette pensée enferme l'enfant en lui-même. Par exemple, dans les jeux symboliques, l'enfant transforme le réel au gré des besoins et des désirs du moment. Piaget parle de langage égocentrique.

3. **Le stade opératoire concret :** Ce stade est un tournant dans le développement cognitif puisqu'il marque l'apparition des opérations réversibles et structure logiquement l'ensemble des connaissances d'une intelligence s'appuyant sur la représentation. A ce stade, le développement du langage évolue de phrases simples (petite phrase comportant sujet et verbe) vers une phrase plus complexe (avec des compléments).

4. **Le stade formel :** Il est caractérisé par l'accès à l'abstraction et au raisonnement hypothético-déductif : la pensée se libère des contenus réels. L'enfant est désormais capable de formuler des hypothèses et d'accroître ses possibilités déductives. Le langage est socialisé et très élaboré qualitativement et quantitativement.

Tirer au clair, de cette continuité et dépendance entre le développement mental et le langage, on imagine aisément les difficultés qui s'exposent à l'enfant déficient mental. Il rencontre, en effet, des obstacles pour s'exprimer verbalement, obstacles dus à son handicap intellectuel et, conjointement, il lui est pénible d'expliciter avec des mots, sa pensée et son raisonnement d'action, car il a des carences langagières.

De plus, les enfants déficients intellectuels ont accès aux stades piagétiens de la façon différente en fonction de la gravité du déficit. Ainsi,

> *« L'enfant présentant une déficience intellectuelle profonde se situe au stade sensori-moteur, celui présentant une déficience intellectuelle moyenne se situe au stade pré-opératoire et l'enfant présentant une déficience intellectuelle légère se situe au niveau opératoire concret. Dans tous les cas, ces enfants se trouvent dans l'impossibilité d'accéder aux structures de la pensée formelle et le déficit touche toutes les fonctions d'abstraction. »*
> www.siwadam.com, (le 23/7/2010, 17h)

En définitive, le développement du langage et la déficience intellectuelle comportent tous deux des variabilités selon les enfants. Mais, dans tous les cas, la difficulté d'appréhender et de comprendre le développement linguistique chez l'enfant déficient est d'autant plus grande. De plus, il faut noter que la difficulté reste énorme pour mesurer isolement le langage et l'intelligence lors des tests d'évaluation puisqu'une interdépendance existe toujours. Enfin, on ne sait pas encore si le langage se développe de la même manière chez les sujets déficients, mais ce qui apparaît, c'est que certains débiles étonnent par leurs possibilités. Ceci vient

justifier pourquoi dans les institutions d'éducation spécialisée, le langage des enfants déficients intellectuels comporte des différences notables à âge chronologique égal.

3.1.2.3. Utilité du langage dans la relation éducative

Le langage peut être vu comme un simple outil de communication mais en institution spécialisée, il représente un outil et un support indispensable à l'éducation. En effet, le langage a plusieurs utilités dans la relation éducative. En éducation spécialisée, le langage prend souvent comme fonction principale une fonction *« utilitaire ».* On communique alors avec l'intention de faire faire. Le langage est donc un outil important dans la relation éducative puisqu'il nous permet d'accompagner les apprentissages et le développement de l'enfant en vue d'une certaine autonomie.

En outre, bien que l'éducateur soit amené à utiliser la fonction *« utilitaire »* pour accompagner certains actes éducatifs, il ne doit pas utiliser seulement cette seule fonction mais aussi, il doit être le garant d'une interaction plus riche et ainsi donner la *« sapience »* de langage c'est-à-dire la transmission du goût et la saveur du savoir. Cette dimension manifeste son importance pendant la période d'acquisition du langage de l'enfant, car si l'acquisition du langage ne se passe pas dans le plaisir et le goût, on ne peut pas prétendre à une évolution positive. De ce fait, l'éducateur doit se trouver du côté de la *« sapience »* et ainsi donner aux enfants cette saveur qui est accordée aux choses de la connaissance ainsi que le goût et le plaisir de communiquer avec autrui. De cette manière, l'enfant aura toute liberté de parler de lui, des choses et des personnes qui ne sont pas en présence.

Notons également l'importance de l'usage du feed-back dans la relation langagière. Dans cette communication récurrente, il ne s'agit pas, pour l'interlocuteur, de jouer le rôle d'un simple écho qui ne ferait que reformuler, mais de permettre l'ajustement entre l'intention et l'attente de l'interlocuteur.

> *« L'éducateur répond à l'enfant de manière à marquer sa compréhension, à corriger et/ou réguler et parfois à enrichir la production. De plus, cette action verbale en retour permet à l'enfant d'assimiler puis d'accommoder le langage. »* www.siwadam.com (le 23/7/2010, 17h)

Rappelons par ailleurs que l'enfant ne peut pas parler si on ne lui donne pas les moyens. En ce sens, l'éducateur est souvent amené à stimuler verbalement les enfants déficients intellectuels. Ceci est d'autant plus important quand la cristallisation autour du handicap et/ou le manque

de stimulation langagière du milieu familial n'a pas ou peu donné la *sapience*. De même, il faut permettre à l'enfant d'être à l'écoute de lui-même pour qu'il prenne conscience qu'il a un langage et des possibilités d'expression qui, jusque là, ont pu être cachés, restés timides ou ignorés.

En somme, signalons que la parole permet au sujet de se construire et de s'humaniser. Exprimer sa pensée avec des mots, isolés ou associés, c'est pouvoir s'affirmer, donner son opinion sur un sujet, avoir la possibilité d'accepter ou de réfuter les idées reçues. Parler, c'est donc une action subjective mais qui nécessite un contexte social. C'est pourquoi, le langage a un rôle si important dans la relation éducative avec des enfants.

3.2. Troubles du comportement

Les troubles du comportement sont parmi les caractéristiques les plus marquants chez les enfants déficients mentaux. Ainsi, un nombre important de déficients mentaux présentent souvent des comportements asociaux ou antisociaux, classés dans le cadre des psychopathies. En effet, c'est dans sa globalité que le comportement de ceux-ci est troublé. Dans cette section, nous analyserons les troubles du comportement moteur, alimentaire et ses conséquences ainsi que le trouble du sommeil.

3.2.1. Trouble du comportement moteur

Alors que l'ensemble des éléments formant le verbal et le gestuel qui, chez l'enfant normal, s'acquiert spontanément au contact de la mère, du père et des autres enfants et ne fait pas l'objet, de la part de ces derniers, d'efforts particuliers, chez l'enfant déficient, l'apprentissage de l'«eurythmie» et de l'«eumétrie», c'est-à-dire des mouvements correctement coordonnés et adaptés à leur but, fait problème tout autant que celui du langage.

En effet, une insuffisance importante se révèle dans le maintien de la tête, de la partie supérieure du corps, bref, dans le « port » en général. L'enfant ne se tient pas droit et ne peut pas rester en équilibre sur ses jambes. De ce fait, des déviations diverses apparaissent alors dans la démarche et l'usage des membres. Certains enfants n'arrivent pas à poser le pied fermement sur le sol, ils trottinent ou laissent vaquer leurs pieds à l'aveuglette. D'autres les soulèvent trop hâtivement du sol, d'autres paraissent au contraire s'y attacher, les pieds ne reprennent l'élan qu'avec peine ou pas du tout. Signalons cependant, qu'il y en a qui sont très disposés à modifier la démarche qu'ils ont adoptée. Parmi ceux-ci, certains martèlent le sol

quand ils marchent ou n'arrivent pas à s'y maintenir fermement. A ce sujet, Köhler (1967, p.164) nous dit en appréciant la démarche libre que

> *« C'est en observant toutes ces formes irrégulières qu'on acquiert une image plus complète de ce qu'est la démarche libre, le noble pas humain, cette alternance du contact avec le sol et de l'élan qui élève au-dessus de lui. »*

De plus, on rencontre fréquemment chez les enfants retardés une tendance à marcher comme certains animaux : leur démarche est traînante comme celle des bovins, ou bien martèlent le sol comme le fait le cheval, ou encore est sautillante et fugace comme l'allure de l'écureuil.

En outre, dans les mouvements des bras et des mains apparaissent des déviations du même genre. Normalement, chez l'homme, les membres supérieurs sont dégagés de la pesanteur, ils se meuvent librement, peuvent s'ouvrir à l'extérieur ou même s'élever vers les hauteurs. C'est précisément sur ce point que nous rencontrons les défaillances chez les enfants anormaux. Chez ces enfants, tantôt les bras et les mains pendent lourdement, tantôt se refusent à s'ouvrir en dehors, restent repliés et crispés. Ils sont incapables de lâcher ce qu'ils tiennent, parfois incapables de la tenir comme il faut. De ce fait, Köhler (1967, p.164) ajoute que

> *« C'est devant ces anomalies que nous apercevons mieux ce que sont vraiment les mains humaines faites pour les actes nobles, pour saisir les choses du monde extérieur, pour recevoir et redonner ce qui a été reçu et ces doigts faits pour acquérir l'habileté de l'artisan et de l'artiste, grâce à laquelle l'homme imprime, jusqu'à la matière morte, le sceau de son âme. »*

En somme, les premiers pas sont d'une importance capitale pour l'enfant. L'être humain doit en faire l'apprentissage et s'il y parvient sans peine, tout un domaine de son âme va surgir pour nous et nous pouvons reconnaître dans le caractère particulier de ses mouvements, des traits de l'adulte qu'il sera plus tard. Par contre, lorsque des difficultés se manifestent dans la conquête de l'équilibre, dans la manière de saisir et de marcher, il faut obligatoirement s'attendre à des défaillances psychiques.

3.2.2. Trouble alimentaire et ses conséquences

Chez bon nombre d'enfants déficients, un tel trouble se pose au niveau de la nutrition et Köhler (1967, pp.158-159) situe le problème sous trois angles.

a) Les difficultés de déglutition : L'enfant déficient n'arrive pas à déglutir comme il faut, il régurgite ou s'étrangle. Ainsi, de tels problèmes correspondent aux difficultés de coordination des automatismes bucco-pharyngés qui sont presque constantes au départ et liées le plus souvent, non pas à une lésion des noyaux des nerfs crâniens innervant la musculature buccale et pharyngée, mais seulement à un retard de leur myélinisation, d'où l'inertie des muscles buccaux et l'atonie du pharynx qui fait de la tétée au sein ou au biberon une épreuve pluriquotidienne. Plus tard, les difficultés se retrouveront avec l'alimentation à la cuillère, et plus tard encore, dans le refus obstiné de tout aliment solide et la nécessité de *« tout passer à la moulinette »*. Cependant, si ces mêmes enfants sont admis dans un internat médico-pédagogique vers six ans ou sept ans, ils arrivent très bien, après quelques semaines de repas en commun et d'interventions patientes des éducatrices, à manger normalement.

b) La sialorrhée : La salive en excès et son écoulement hors de la bouche, sont un des cauchemars des parents du jeune déficient. Malheureusement, ce n'est pas le port de la bavette qui va y remédier. Nous avons ici le problème d'une immaturité du système de commande et des réflexes conditionnels aberrants. Ce désagrément permanent ne peut être réduit qu'en combinant une médication qui tarit les secrétions avec une rééducation patiente de l'occlusion des lèvres et d'une meilleure tonicité des muscles des joues.

c) L'anorexie : A l'apathie générale, fréquente au départ, chez le petit déficient, correspond facilement à l'inappétence. C'est, malheureusement alors, une question de patience déployée par la mère et d'invigorations répétées de cet enfant qui n'a pas faim parce que, probablement, ses centres végétatifs régulateurs de l'appétit ne sont pas encore en état de vigilance.

Ces difficultés alimentaires ont de multiples conséquences qui sont extrêmement dangereuses pour la vie du jeune déficient. Nous citons à titre d'exemple les plus marquantes qui sont en l'occurrence l'hypotrophie, les troubles de la calcification, les anémies et les troubles du transit intestinal.

3.2.3. Trouble du sommeil

Au rythme de veille et de sommeil qui, normalement, va progressivement vers la prépondérance de la première sur le second chez l'enfant normal, font place, chez l'enfant déficient, des difficultés assez hétérogènes mais quasi constantes. Très souvent, le sommeil est perturbé quantitativement et c'est quelque fois un des signes d'alarme qui mettent sur la

piste de la déficience par l'insomnie diurne et nocturne. D'autres fois, il s'agit de troubles qualitatifs : cris, rythmies, etc. qui en arrivent à épuiser les parents et dont le traitement, comme pour l'insomnie, ne relève pas de la prescription, pourtant quasi constante, de barbituriques. Ces derniers ont un effet opposé à ce qu'on souhaiterait et amènent volontiers un surcroît dans l'agitation, alors qu'au contraire les bromures ou les neuroleptiques sont généralement efficaces.

3.3. Règles de la rééducation du jeune déficient

Le souci permanent de la rééducation est d'obtenir de l'enfant une maîtrise de lui-même compatible avec son équipement sensori-moteur et son développement psychique, tout en faisant appel au maximum à ses ressources même limitées. Conditionnement élémentaire au départ, discipline de l'effort, un peu plus tard et parallèlement, respect d'une autonomie personnelle et de ce qu'il faut bien appeler liberté, représentent des cheminements sans doute difficiles à concilier , mais sans lesquels dans les premières années du déficient mental se révéleraient des échecs. De plus, c'est à l'indépendance de sa personne que nous devons mener le jeune déficient ou, plus exactement, vers le maximum d'autonomie compatible avec ses insuffisances. Nous traitons, en effet, ce point en rapport avec la rééducation en supposant avoir surmonté l'attitude des adultes envers le déficient, les sentiments de rejet ou surtout de protection excessive qui la caractérisent si souvent. Nous préciserons cependant un certain nombre d'éléments qui nous paraissent essentiels.

3.3.1. Associer l'enfant aux tâches rééducatrices

Notons ici que, si les exercices de mobilisation passive sont nécessaires et devront être poursuivis jusqu'à l'âge de 5 ou 6ans, il est indispensable, d'une part, d'éveiller et de fixer l'attention, d'autre part, d'orienter et de développer l'intérêt de l'enfant déficient.

En effet, l'attention de l'enfant déficient est soit insuffisante chez les apathiques, soit dispersée, chez les instables. Selon donc la catégorie en présence, on s'efforcera de secouer l'apathie (délai pour donner le biberon, paroles associées) et de fixer l'attention par la répétition des situations. En fait, l'éducateur est appelé à provoquer et à entretenir une série de réflexes conditionnés qui s'établissent automatiquement chez l'enfant normal mais dont la progression et l'extension doivent, chez le déficient, faire l'objet d'une tactique élaborée.

L'intérêt, quant à lui, sera mis en éveil à partir de ces conditionnements : la couleur et la température du biberon, les bruits précurseurs du bain, le déploiement des jouets, en représentent quelques étapes où l'on peut et doit susciter l'intérêt et, par le fait, développer la participation active de l'enfant.

3.3.2. Suivre une progression souple et individualisée

Les aspects variés du déficit moteur incitent à la prudence dans l'énoncé des interventions visant à le compenser. Ainsi, les exercices de mobilisation passive sont indispensables, mais ne doivent pas être effectués « à vide » et sans motivation : par exemple aider le membre supérieur à atteindre un objet, aider les membres inférieurs à monter une marche. De toute façon, il ne faut pas oublier que l'enfant ne doit pas rester inerte « à plat de lit » dans ses premiers mois et, plus tard, assis indéfiniment dans sa chaise. La sollicitation de son intérêt et l'éveil de son attention faciliteront beaucoup les exercices d'apprentissage, en se souvenant toujours de la formule classique de *« ni trop, ni trop peu. »*

En outre, Köhler (1967, p.169) donne des éclaircissements au sujet de cette formule classique :

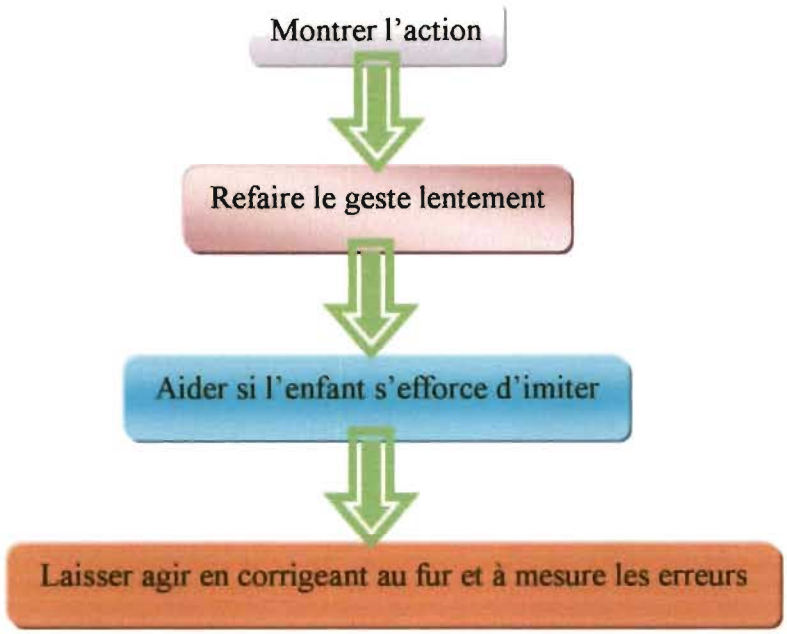
> *« Le « trop peu » c'est laisser cet enfant trop « sage » s'enfoncer peu à peu dans une apathie qui débouche souvent dans l'autisme où il se complaît soit dans une inertie totale, soit dans la répétition indéfinie de stéréotypies gestuelles plus complexes (se frapper la tête, sucer son pouce en se tirant les cheveux, etc.*
>
> *Le « trop » c'est centrer toute la vie familiale sur cet enfant déficient et laisser converger tout vers lui : mouvements et bruits multiples, sollicitations verbales incessantes et répétées. Le résultat est trop souvent l'installation d'une agitation motrice et verbale qui traduit l'instabilité psychomotrice d'un enfant fatigué et irrité. »*

En somme, force est de signaler que tout progrès, même acquis après bien des efforts et une longue période d'apprentissage, peut être à tout moment remis en question. Plus que l'enfant normal, le petit déficient n'effectue que rarement des progrès réguliers. Plus souvent, il s'agit de paliers successifs d'escalade, séparés par des périodes quelques fois longues, qui sont une maturation insensible de conditionnements plus vastes.

3.3.3. Développer la participation active chez l'enfant

Si une mobilisation passive est conseillée dans les premières interventions, très vite, il faut faire agir l'enfant par lui-même : le faire saisir sa cuillère au repas, attraper un cube sur sa table, ramasser un livre qu'il a fait tomber, faire rouler un ballon par terre et, un peu plus tard,

le lancer en l'air, plus tard encore le rattraper à deux mains, et plus tard encore d'une seule main. En effet, pour tous ces apprentissages, Köhler (1967, p.170) définit le schéma général d'intervention de la manière suivante :



Il faut toujours aller du simple au compliqué en évitant toute situation d'échec ; autrement dit veiller à ne proposer que des exercices où l'on peut, presque à coup sûr, affirmer que l'enfant réussira. Il faut ensuite encourager de la voix et du geste et assortir les réussites de petites récompenses : démonstration de contentement, don d'un bonbon, etc. Pour cette tâche, on procédera calmement, régulièrement, fermement et progressivement.

De plus, l'adulte évitera toute manifestation d'impatience ou d'énervement. Il est aussi conseillé d'agir si possible chaque jour aux mêmes heures, en répartissant les séances d'exercices dans la journée, suivant ce qu'on aura pu constater des moments où l'enfant est le mieux disposé. Köhler (1967, p. 171) nous interpelle en disant que :

> *« Chacune de ces séances doit être soigneusement préparée et la durée sera limitée au début à quelques minutes seulement, pour augmenter peu à peu, suivant ce qu'on aura pu observer de la fatigabilité du petit déficient. On n'exigera que ce qui est possible dans le moment, mais on devra en obtenir, sans défaite, l'achèvement. »*

Tout compte fait, le souci permanent de tout éducateur ou parent du jeune déficient devrait être celui d'obtenir de l'enfant une maîtrise de lui-même compatible avec son équipement sensori-moteur et son développement psychique, tout en faisant appel au maximum à ses ressources même limitées. C'est vers l'indépendance de sa personne que l'éducation devrait mener l'enfant déficient mental ou, plus exactement, vers le maximum d'autonomie compatible avec ses insuffisances.

3.4. Conclusion du chapitre

Nous venons de voir, à travers ce chapitre que ce qui caractérise le plus la déficience mentale est une lenteur ou une insuffisance dans le développement intellectuel et psychomoteur qui, selon les enfants, va affecter un secteur ou un autre de la vie psychique et motrice. En matière de la communication avec autrui par exemple, l'enfant déficient mental est démuni de cette capacité à accueillir et traiter les informations qui lui parviennent pour l'interprétation de ces dernières. Le présent chapitre est aussi revenu sur le trouble du comportement chez le jeune déficient mental avant d'évoquer les règles de la rééducation de ce dernier. A ce sujet, le rôle de l'adulte est prépondérant malgré la tâche qui demeure lourde. Dans tous les cas, la règle d'or qu'il faut suivre dans les exercices d'apprentissage, c'est de se souvenir toujours de la formule classique de *« ni trop, ni trop peu. »*

Le chapitre qui suit fait état d'un moment crucial de notre recherche, car, il permet au lecteur de comprendre les raisons d'être de notre recherche ainsi que la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs que le présent travail s'est assigné à atteindre.

CHAPITRE IV. CADRE METHODOLOGIQUE

4.0. Introduction

Pour toute recherche scientifique, le chercheur se fixe un cheminement cohérent et objectif. Ceci fait que le lecteur appréhende le contenu avec aisance, mais aussi permet à l'auteur lui-même de pouvoir évaluer le degré d'atteinte de ses objectifs.

En effet, ce chapitre est important dans la mesure où il vient pour préciser la problématique autour de laquelle ce travail est construit et à laquelle nous tentons de trouver la solution ou du moins la compréhension. Ce chapitre précise également les objectifs poursuivis, la démarche méthodologique suivie, les techniques de recueil et d'analyse des données ainsi que le déroulement de l'enquête.

4.1. Problématique

Depuis les temps les plus reculés, les personnes handicapées mentales ont toujours connu de graves problèmes et la société n'a jamais toléré ce qui lui apparaît avec une forme inhabituelle, ratée ou cassée. En effet, le traitement infligé à ces personnes particulières a été toujours insupportable.

> « *On peut citer pour mémoire : l'exposition du nouveau-né au pied du mont Tegetus à Sparte, la noyade ou la mise à mort par des flèches ou bien encore la vente sur les marchés pour l'agrément des familles riches à Rome. (...).* » (Carlier et Ayoun, 2007, p.15).

La construction des hôpitaux en 1656 partout en Europe ouvre une période pénible pour ces personnes fragiles. Celles-ci sont enfermées dans des conditions qui donnent lieu à une vie hallucinante et Carlier et Ayoun (2007, p.16) nous l'ont déjà précisé dans les lignes précédentes.

Le déficient mental est donc l'objet de plaisanterie, matière à spectacle et surtout voué à la souffrance parce qu'incapable de plaider pour sa cause.

Une famille avec un enfant déficient mental considère celui-ci comme une honte ou une malédiction. De là, surgit un désir de le faire disparaître du monde des vivants sinon et surtout par « bonté », la famille entreprend des manœuvres de le chasser et l'exposer aux

dangers tant humains qu'environnementaux ; alors que l'étude du M.S.N.D.P.H.G (2008, p.5) souligne que

> *« L'enfant est un don de Dieu pour ses parents, un précieux compagnon pour ses frères et sœurs, une perpétuation de sa famille et un avenir pour son pays. Cet être si beau, si cher, et pourtant si fragile devrait être protégé et pouvoir grandir dans un environnement propice à son développement moral, intellectuel et physique.»*

Pour les enfants à handicap mental, la situation est autre. Ils forment toujours un monde de souffrance, de résignation, de frustration, de dédain et de parasite. Ceci transparaît clairement chez Fernald (1976, p.112) quand il considère que :

> *« les déficients mentaux constituent une classe parasite, rapace, à jamais incapable de se suffire à elle-même (...). Le déficient mental est un criminel en puissance, quant aux femmes déficientes mentales, elles sont d'ordinaire des agents de propagation des maladies vénériennes. »*

De plus, nous remarquons paradoxalement que dans certaines familles, si le jeune déficient mental est capable de faire certains travaux, on lui réserve les plus lourds, les plus fatigants et les plus dédaignés. Remarquons pourtant qu'ils embrassent un monde normalement organisé et conçu pour et par les bien-portants.

En réalité, les enfants déficients mentaux sont souvent exclus de la vie sociale. Les gens tendent à éviter les contacts et les relations personnelles avec eux. Les préjugés ainsi que la discrimination dont ils font toujours objet sont pour eux dans bien de cas, source de problèmes sociaux et affectifs. Ce sont les éteignîtes qu'on leur colle qui augmentent les effets handicapants de leur état. Ceci vient pour montrer combien c'est cette même société dans laquelle vit l'enfant déficient mental qui le rend encore plus incapable en le cantonnant dans une certaine zone en marge de la société. Ceci vient pour entraver le développement de l'enfant et partant, compromettre ses besoins intellectuels, affectifs et sociaux.

En effet, le problème majeur que de tels enfants éprouvent est celui de ne pas être socialement intégrés dans la collectivité dont ils devraient faire partie. D'où on observe chez les enfants dont le degré de débilité n'est pas profond, de l'angoisse d'être rejetés ou minimisés.

Cela étant, un peu après, les hommes ont compris qu'il n'y a pas de raison de considérer les enfants déficients mentaux comme une malédiction. Ceci a été confirmé par les conceptions touchant aux troubles du développement cognitif de la fin du XIX^{e} siècle et du début du XX^{e} siècle sous l'influence de la naissance de la Psychologie et plus particulièrement de la Psychométrie. A ce sujet Mardaga (1990, pp.183-184) note que

> *« Le déficient mental doit, dans la mesure du possible, jouir des mêmes droits que les autres êtres humains. Si son placement en établissement spécialisé est nécessaire, le milieu et les conditions de vie devront être aussi proches que possible de ceux de la vie normale. »*

Dès lors, une méthode d'éducation appropriée aux « jeunes idiots et jeunes imbéciles » a été élaborée. Dans le sens de faire face à ce défi dévalorisant l'être humain, on a inventé des centres de réadaptation et de rééducation ainsi que des classes de perfectionnement grâce auxquels les débiles ne seront plus des travailleurs minimisés. De cette innovation, un changement profond est survenu comme nous le montre Köhler (1967, pp.152-153) :

> *« A la passivité désespérée a succédé une volonté d'agir et d'agir en collaboration d'abord entre les parents mais aussi avec les « techniciens de l'enfant inadapté » d'une manière moins « prélogique » que précédemment. (...). Parallèlement ont disparu la misanthropie, la honte travestie parfois en orgueil, changées en solidarité, en travail en équipe. »*

En outre, les centres et les classes de perfectionnement ont été créés parce qu'on reconnaît le droit humain de ces enfants et qu'on est inquiet de la vie qu'ils mènent et qu'on aimerait l'améliorer car, l'enfant handicapé a moins de possibilités mais autant de désirs, moins de capacités d'expression mais autant de besoins de se rencontrer avec les autres. De ce fait, il est clair que l'enfant déficient mental n'est pas un être à éliminer, mais plutôt à aimer, à écouter et à aider à conquérir le monde malgré ses infirmités. Or, lui venir en aide exige à la fois un intérêt constant et un projet thérapeutique bien construit, raison pour laquelle ne doivent être absents ni le cœur, ni l'humour, ni la tendresse. A côté de cela, il faut que l'enfant en question ait des occasions pour exploiter ses talents et il faut chaque fois l'encourager. Nous comprenons que le travail de l'intégration de ces enfants suppose des qualités et efforts considérables ; mais la question de fond est celle-ci : *Comment se fait l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux ?*

En définitive, sans prétendre épuiser toute la problématique que le phénomène à l'étude pose, il nous paraît impérieux de préciser les interrogations qui ont guidé dans notre recherche sur l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux.

- Quelle est la contribution des encadreurs dans l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux ?
- Quels sont les obstacles qui s'opposent à l'intégration socio-affective du jeune déficient ?
- Quels sont les mécanismes d'adaptation relationnelle qui s'offrent au jeune déficient mental du centre de rééducation ?

4.2. Objectifs de recherche

Dans toute recherche, se fixer des hypothèses ou des objectifs de recherche épargne au chercheur de naviguer à vue et de se perdre dans des tâtonnements à n'en point finir. C'est en fonction de ces hypothèses ou de ces objectifs que se règlent la récolte, le traitement des informations ainsi que la méthodologie appropriée pour les recueillir. Pour notre travail aussi, nous avons défini les objectifs de recherche que nous présentons ci-dessous.

4.2.1. Objectif général

Etudier comment se fait l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux internes au Centre AKAMURI.

4.2.2. Objectifs spécifiques

- Découvrir la contribution des encadreurs dans l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux.
- Dégager les obstacles qui s'opposent à l'intégration socio-affective du jeune déficient.
- Déceler les mécanismes d'adaptation relationnelle qui s'offrent au jeune déficient mental du centre de rééducation.

4.3. Population d'enquête

Dans toute recherche, le chercheur doit déterminer sa population d'enquête qui tient compte du type et de l'objectif de la recherche. Elle correspond à l'ensemble de tous les individus qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de

l'étude. Appelée également « univers d'enquête », la population d'enquête est aussi définie par Rongere (1970, p.56) comme étant

> *« Le nombre total d'« unités » ou d'individus qui peuvent entrer dans le champ de l'enquête et parmi lesquels sera choisi l'échantillon. »*

Comme notre étude porte sur les enfants déficients mentaux, il aurait été plus judicieux d'interroger ces derniers pour qu'ils nous disent ce qu'ils sentent et vivent. Mais, suite à leur infirmité, nous avons enquêté sur les personnes qui s'occupent d'eux quotidiennement et par conséquent, les connaissent le plus. Telle est la raison qui nous a poussé à définir notre population d'enquête comme correspondant aux encadreurs des centres de perfectionnement qui s'occupent de ces enfants. Ainsi, pour mieux circonscrire notre sujet de recherche, nous nous sommes limité sur les encadreurs du Centre AKAMURI qui ont, au moment de notre enquête, au moins deux ans d'ancienneté. Ce choix de petit groupe est lié même à la nature de notre recherche qui se veut qualitative et Novelli (1986, p.16) nous l'indique en ces termes :

> *« La recherche qualitative est réalisée avec de petits groupes de personnes interrogées qui, généralement ne sont pas choisies sur base de probabilités. On ne cherche pas à arriver à des conclusions définitives ou à généraliser les résultats à la population dans son ensemble. »*

C'est pour cette raison que nous avons limité le nombre des enquêtés même au niveau du Centre AKAMURI car les données recueillies auprès des autorités du Centre montrent que le Centre compte soixante quinze déficients mentaux en processus de rééducation.

4.4. Terrain d'enquête

Notre enquête s'est effectuée en mairie de Bujumbura précisément au centre AKAMURI de Bujumbura. Comme notre étude ne nous permettait pas d'utiliser une technique probabiliste d'échantillonnage, nous n'avons pas attaché l'importance particulière à la détermination préalable des zones d'enquête. Seulement, nous avons tenu à ce que nos enquêtés soient des encadreurs qui s'occupent quotidiennement de ces enfants déficients mentaux à l'internat et quand ils sont au Centre AKAMURI pendant les diverses activités.

Signalons que certains de nos enquêtés nous ont accordé l'interview étant à l'internat ou chez eux dans leurs familles après les heures de service. Dans tous les cas, nous tenions à accepter

leurs propositions pour les mettre à l'aise et maximiser ainsi la chance d'obtenir le plus d'informations possible.

4.5. Méthode de recherche

Par méthode de recherche, il faut entendre l'ensemble des procédés de recherche et de traitement des données, techniques de choix des enquêtés, techniques de recueil des données, techniques d'analyse des données, etc. A ce sujet, Suavet (1975, p.299) nous dit :

> *« Celui qui veut travailler sans méthode risque de s'égarer, de perdre son temps et d'oublier les éléments essentiels faute d'un plan permettant d'être sûr à l'avance que le champ sera convenablement exploré. »*

Ceci prouve, en effet, que toute recherche qui se veut scientifique, doit suivre un cheminement cohérent et objectif. Il permet par la suite au lecteur de mieux appréhender le contenu, puis au chercheur lui-même, de pouvoir évaluer le degré d'atteinte de ses objectifs.

En outre, en sciences sociales, il existe deux méthodes de recherche nettement différentes à savoir la méthode quantitative et la méthode qualitative, ainsi qu'une autre toute nouvelle dite méthode quali-quantitative. Celle-ci prétend marier les deux premières méthodes pour essayer de maximiser le rendement de la recherche. La méthode quantitative est généralement utilisée dans des recherches dont le but est de vérifier des hypothèses préfixées ou de comparer des faits ou des comportements. Elle est donc efficace si les faits ou les comportements à l'étude sont observables et quantifiables. Par contre, la méthode qualitative est utilisée pour des fins d'exploration ou de compréhension d'un phénomène non encore fouillé.

Nous n'ignorons pas l'importance de la méthode quantitative surtout de par le rôle qu'elle a joué dans le processus de reconnaissance de la psychologie comme science. Néanmoins, nous enregistrons également les limites qu'a cette méthode lorsqu'il s'agit d'analyser les processus psychiques qui sous-tendent le comportement d'un individu. C'est pour cette raison, concernant notre travail, que nous avons préféré l'analyse qualitative car, comme le souligne Nisabwe (2009, p.12) :

> *« La recherche qualitative est la seule manière d'aborder ce qui n'est pas mesurable dans l'immédiat, ce qui n'est pas contrôlable ou réductible à des indices quantifiables. »*

Une fois donc que la méthode a été déjà choisie, il convient aussi de préciser les techniques qui lui sont appropriées et surtout qui sont les plus efficaces à utiliser selon le phénomène à l'étude.

4.5.1. Technique de choix des enquêtés

Signalons de prime abord que notre population d'enquête est vaste et ne peut pas être entièrement enquêtée. Par contre, dans les sciences sociales, il est très rare que l'enquête porte sur toute la population étudiée car l'analyse des données serait extrêmement compliquée, d'où la nécessité de procéder par l'échantillonnage.

En effet, nous référant aux termes de De Landsheere (1972, p.251),

> *« Echantillonner, c'est choisir un nombre limité d'individus, d'objets, d'éléments dont l'observation permet de tirer des conclusions (inférences) applicables à la population entière (univers) à l'intérieur de laquelle le choix a été fait. »*

Toutefois, nous devons préciser que notre échantillonnage et notre travail de terrain en général n'ont pas été réalisés avec l'intention de faire des généralisations ou de faire des affirmations sur base des statistiques. Par contre, notre but était de comprendre le phénomène d'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux et déceler les problèmes et les facilités qui la sous-tendent en tenant compte des cas précis, peu importe leur nombre.

En outre, le choix des enquêtés ne se fait pas n'importe comment. Il se fait en fonction des exigences du phénomène à l'étude et des sujets à enquêter. En effet, il existe deux méthodes classiques de construction d'un échantillon : la méthode probabiliste et la méthode non probabiliste ou empirique. La méthode probabiliste s'emploie dans la construction de l'échantillon pour une recherche recourant à la méthode quantitative tandis que la méthode non probabiliste est pour une recherche recourant à la méthode qualitative. Pour notre travail, nous avons fait recours à la méthode non probabiliste.

Ainsi, cette méthode n'est pas basée sur la théorie des probabilités et elle ne relève pas aussi du hasard. Elle correspond à ce que l'on appelle la méthode empirique où le choix des unités d'échantillonnage n'est pas fait selon un tirage aléatoire. Ici, il suffit de reconnaître la répartition de la population selon certaines caractéristiques de ladite population et pour

l'échantillon, on choisit des unités qui présentent des caractéristiques précises. Comme le souligne Niyongabo (2006, p. 55),

> « *Dans le domaine des sciences sociales en général, on doit recourir à la méthode non probabiliste particulièrement lorsque la démarche de recherche privilégiée est de type qualitative.* »

En effet, la méthode non probabiliste recourt à plusieurs procédures d'échantillonnage. Mais, si nous considérons les exigences de notre recherche, il nous paraît judicieux de préciser que nous avons utilisé l'échantillonnage typique. Ce type d'échantillonnage est souvent qualifié, comme le souligne Niyongabo (2006), de « choix raisonné » parce que les unités choisies sont sélectionnées sur la base d'une analyse des caractéristiques qu'elles présentent et non tirées au hasard. Il s'agit de privilégier, autant que l'on puisse le faire, des unités typiques ou encore des personnes qui répondent au type idéal par rapport aux objectifs de la recherche.

En outre, comme notre étude porte sur les enfants déficients mentaux de 15 ans, internes et qui ont au moins passé deux ans au centre de perfectionnement, nous nous sommes entretenu avec les encadreurs qui s'occupent d'eux quotidiennement. De plus, nous avons considéré seulement ceux qui ont, au moment de notre enquête au moins deux ans d'ancienneté. Ainsi parmi les enfants internes au Centre nous avons eu sept qui remplissent les critères ci-haut mentionnés. De ce fait, nous avons utilisé deux pour la pré-enquête et les cinq autres ont été considérés au moment de l'enquête proprement dite. Quant au choix des encadreurs, nous signalons que parmi les vingt cinq encadreurs que comptait le Centre au moment de notre enquête (hormis les *« salariés »* qui sont les déficients mentaux qui terminent le cursus de rééducation et qui sont engagés au même Centre), quinze seulement avaient deux ans d'ancienneté et plus. Pour dire que tous les quinze étaient susceptibles de faire objet de notre enquête. Cependant, lorsqu'on a suffisamment récolté les informations nécessaires pour un phénomène donné, il s'applique un autre principe, celui de saturation des données. C'est le même principe qui met fin à la constitution de l'échantillon. A ce sujet, Mayer et Ouellet cités par Mugiramana (2009, p.44) précisent que

> *« l'échantillon est constitué de façon finale lorsque la collecte d'information n'apporte plus aucune idée nouvelle comparativement à celles qui ont déjà été trouvées. »*

En définitive, sur quinze encadreurs qui devraient faire partie de notre étude, trois ont participé dans la pré-enquête et au moment de l'enquête proprement dite nous nous sommes entretenu avec huit encadreurs seulement, car nous avons constaté que les cas qui suivaient n'apportaient rien d'heuristique. Le profil de ces derniers est noté dans le tableau ci-dessous.

Le profil des encadreurs ayant participé dans notre travail de recherche

Nom et Prénom sous l'anonymat	Ancienété au Centre	Qualification
1. NIE	3 ans	Lycée Pédagogique (D6)
2. KAT	5 ans	Couture (trois ans après la sixième année Primaire : Certificat)
3. NIA	2 ans	Ecole Primaire : Certificat
4. HAA	3 ans	Juridique : A2
5. MAG	7 ans	Dixième année : Certificat du tronc commun
6. GAM	6 ans	Couture (trois ans après la sixième année Primaire : Certificat)
7. NTA	3 ans	Juridique : A2
8. MAL	4 ans	Dixième année : Certificat du tronc commun
9. SAE	3 ans	Informatique : Deuxième année
10. NDM	8 ans	Soins infirmières : Licence
11. DUJ	6ans	Licence en Philosophie + Maîtrise en Ethique et Management Public

4.5.2. Techniques de recueil de données

Il existe plusieurs techniques de recueil des données, mais suite aux exigences de notre travail et à la nature du phénomène à l'étude, nous avons utilisé deux techniques car, le choix de la technique dépend de la stratégie de collecte des données, du type de variable, de la précision souhaitée, du point de collecte et des compétences de l'enquêteur.

Ainsi, nous avons d'abord utilisé l'entretien semi-structuré pour les encadreurs des enfants échantillonnés, c'est-à-dire choisis à base des critères ci-haut développés. Nous avons ensuite complété les résultats issus de l'entretien par l'observation directe de ces enfants quand ils sont en pleine action. Pour mieux garantir la fidélité de l'observation, nous avons élaboré une grille d'observation contenant les comportements que nous avons retenus afin de vérifier leur degré de réussite ou d'échec quand ils sont accomplis par ces enfants déficients mentaux. Nous précisons que pour chacun des comportements retenus, nous l'avons décomposé en unités ou sous comportements qui sont davantage observables de façon directe.

4.5.2.1. Entretien semi-directif

D'une manière générale, l'entretien est une situation d'interaction essentiellement verbale entre deux personnes en contact direct, avec un objectif préalablement posé. Il a pour objet de recueillir les réponses à des questions que se pose le chercheur et qu'il ne peut pas obtenir par d'autres moyens.

En effet, l'entretien semi-directif qui nous concerne ici constitue un procédé d'investigation scientifique. Il consiste en un échange entre l'enquêteur et l'enquêté sur des thèmes choisis et orientés par l'enquêteur de manière qu'ils aident à explorer le phénomène à l'étude. Comme le site www.fr.wikipedia.org/wiki/entretien_semi_directif, (le 10/12/2011, 11h) nous le précise :

> *« L'entretien semi-directif permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur et consignés dans un guide d'entretien (...). Ce type d'entretien apporte une richesse et une précision dans les informations recueillies, grâce notamment à la puissance évocatrice des citations et aux possibilités de relance et d'interaction dans la communication entre interviewé et interviewer. Il révèle aussi l'existence de discours et de représentations profondément inscrits dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent que rarement s'exprimer à travers un questionnaire. »*

A l'aide d'un guide d'entretien donc, l'enquêteur oriente le débat sans toutefois limiter son interlocuteur dans ses idées. C'est à ce niveau même qu'il se différencie avec l'entretien structuré ou directif où l'enquêté s'exprime strictement sur les seuls items formulés par l'enquêteur. Cette technique présente des avantages certains car, tout en étant centrée sur le sujet interrogé, elle a pour but de garantir l'étude sur l'ensemble des questions qui intéressent l'enquêteur. De plus, quand l'interviewé est gêné, l'enquêteur peut le mettre à l'aise en reformulant le sujet traité autrement.

4.5.2.2. Observation directe

Cette technique est d'une importance capitale dans une recherche qualitative dans la mesure où elle permet de considérer et d'enregistrer les comportements d'un sujet ou de groupe de sujets sans altérer leur spontanéité. Ainsi, selon De Ketele & Roegiers (1996, p. 21), l'observation est définie comme

> *« un processus dont la fonction première immédiate est de recueillir de l'information sur l'objet pris en considération en fonction de l'objectif organisateur (...). Ce recueil suppose une activité de codage : l'information brute sélectionnée est traduite, grâce à un code pour être transmise à quelqu'un ».*

Observer, ajoutent-ils :

> *« C'est se mettre devant (...) un objet à la fois comme esclave ou serf (...) pour lui être fidèle et à la fois comme maître pour le posséder ou le conserver.»* (De Ketele & Roegiers 1996, p.21).

En effet, le sujet observé ne sait pas qu'il est en train d'être observé et laisse libre cours à ses gestes et mouvements qui peuvent renseigner davantage sur ses aptitudes, ses sentiments voire sa personnalité. Soulignant le rôle de l'observation directe, Mucchielli (1974, p.16) dit que

> *« Toutes les attitudes ont un sens direct, expressif. L'étonnement, la colère, l'agressivité, la peur, l'angoisse, l'agacement, l'exaspération, le plaisir-satisfaction, le déplaisir, etc., se traduisent non seulement dans les mots, mais le plus souvent au delà des mots, par des mimiques, par des postures observables. »*

Nous avons donc recouru à cette technique pour pouvoir compléter les données recueillies pendant l'entretien que nous avons fait avec les encadreurs. Cette fois-ci, l'observation directe s'est effectuée sur les enfants choisis pour vérifier les éléments repris dans la grille d'observation que nous avons élaborée dès le départ.

4.5.3. Technique d'analyse des données

Dans le traitement des données récoltées, le chercheur se fixe une orientation qui peut être quantitative ou qualitative en fonction de l'objectif qu'il veut atteindre. Pour notre travail, nous avons procédé par l'analyse qualitative. Comme le souligne Kracauer cité par Delefosse et Rouan (2001, p.105),

> *« L'analyse qualitative est par définition même différente de l'analyse quantitative dans la mesure où elle réalise ses objectifs sans porter d'attention aux fréquences. »*

En effet, alors que dans l'analyse quantitative l'importance est portée à la fréquence ou à la régularité des données, l'analyse qualitative accorde l'importance à la nouveauté d'une information (à l'originalité) et à la valeur d'un thème. Puisque notre travail visait à analyser et comprendre sans a priori le maximum d'informations sur le contexte entourant l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux, nous avons jugé bon de traiter les informations reçues de façon qualitative. Mayer et Ouellet cités par Mugiramana (2009, p.47) donnent des précisions au sujet de notre démarche :

> *« Cette façon de procéder est adaptée pour des études d'exploration qui ne sont pas fondées sur des hypothèses restreignant le champ d'observation et dans lesquelles la souplesse et l'intuition sont des qualités nécessaires pour faire ressortir les éléments nouveaux. »*

De ce fait, cette démarche nous a permis d'échapper à la restriction de notre champ de recherche que nous aurait imposé une analyse basée sur un certain nombre d'hypothèses à vérifier.

4.6. Travail de terrain

Notre travail de terrain s'est déroulé en deux phases à savoir la pré-enquête et l'enquête proprement dite.

4.6.1. Pré-enquête

La pré-enquête a porté sur trois encadreurs et deux enfants déficients mentaux qui sont internes. Ces encadreurs et ces enfants ont été tous pris au hasard parmi les encadreurs ou les enfants qui répondaient aux critères considérés par notre étude. En effet, de ces encadreurs, l'un est un homme responsable de la classe de la réintégration socio-professionnelle, l'autre est un frère qui s'occupe des garçons internes à Bwiza et l'autre est une sœur qui s'occupe des filles internes à Nyakabiga.

Notre objectif était de nous rendre compte des réalités de notre lieu d'enquête et surtout de tester l'efficacité de notre guide d'entretien ainsi que la pertinence de notre grille d'observation. De ce fait, nous tenons à signaler que le guide d'entretien annexé au présent travail est le fruit de profondes retouches que nous avons faites au guide initial en fonction des imperfections que nous avions remarquées au cours de la pré-enquête. Un ajout a été aussi opéré au niveau de la grille d'observation.

A titre exemplatif :

- Pour la troisième question, bien que la traduction en français ait été gardée intacte, sa formulation en kirundi a subi une légère modification pour lever des équivoques de la part de nos enquêtés. Ainsi, l'ancienne formulation était *« Ni iki mufasha umwana ari mw'irerero adashobora kuronka i muhira ? »*. Avec cette formulation, nos enquêtés répondaient comme si c'est un enfant qui n'a pas chez lui. Nous avons remarqué que la question nécessitait d'être précisée davantage et nous l'avons donc reformulée comme suit : *« Ni iki mufasha umwana ari mw'irerero adashobora kuronka iyo ari imuhira iwabo ? »*

- La quatrième question a été modifiée pour les mêmes raisons que la troisième. L'ancienne formulation était *« Abavyeyi barereye ngaha batanga intererano iyihe mu gikorwa co guha indero abana mubarereye ? »*. Ici, nos enquêtés comprenaient beaucoup plus la contribution des parents en terme d'argent et nous l'avons modifiée comme suit : *« Abavyeyi barereye ngaha bafasha mu buryo ubuhe mu guha indero abana mubarereye ? »*

- La sixième question a été complètement incompréhensible pour nos enquêtés. Alors que la formulation de départ était : *« Ni mutubwire imigenderanire uyu mwana afitaniye n'abandi bafise ubumuga bwo mu mutwe yerekana ko hari ikitagenda neza muri we ? »* Dans le sens de viser plus de compréhension, nous l'avons modifiée de la manière suivante : *« Ni mutubwire ivyo uyu mwana akora arikumwe n'abandi bafise ubumuga bwo mu mutwe vyerekana ko hari ikitagenda neza muri we ? »*

- Nous avons été obligé de reformuler autrement la question dix huit car, tel que formulée au départ *« Ni ibihe bikorwa irerero ryokora kugira ngo rihe akarusho uyu mwana mu kubaho kwiwe ? »*, nos enquêtés avaient tendance à dire que le Centre le fait déjà et qu'il n'y a pas d'autres. Nous avons donc été amené à la reformuler comme suit : *« Mwosaba intererano iyihe yoza yiyongera kubikorwa irerero rikora kugira habe akarusho mu kubaho kw'uyu mwana ? »*

De plus, notre grille d'observation a été aussi concernée par la pré-enquête afin de vérifier la pertinence des unités de comportements que nous avons observées chez les enfants objets de la présente étude. Ainsi, après notre pré-enquête, nous avons décidé d'ajouter sur la grille

d'observation initiale le fait de *« se maquiller »* car c'est un autre comportement qui montre adéquatement le degré d'autonomie personnelle chez l'enfant déficient mental.

Comment avons-nous procédé pour choisir les trois encadreurs et les deux enfants ?

Signalons que les encadreurs sont des consacrés et des laïcs. Nous avons donc choisi au hasard une sœur parmi celles qui s'occupent des filles à l'internat de Nyakabiga, un frère parmi les frères qui s'occupent des garçons à l'internat de Bwiza et un autre encadreur choisi lui aussi au hasard parmi les laïcs qui s'occupent de ces enfants quand ils ne sont pas à l'internat. Pour les deux enfants, le choix a été aussi aléatoire. IRL est une fille de 15 ans qui a été choisie au hasard parmi les autres filles de 15 ans qui sont à l'internat de Nyakabiga et NSC est un garçon de 15 ans qui a été lui aussi choisi au hasard parmi les autres garçons de 15ans qui sont à l'internat de Bwiza.

En somme, il importe de préciser que pour des raisons de confidentialité, nous avons gardé l'anonymat des enfants que nous avons considéré pour notre étude. De ce fait, pour les nommer, nous avons pris les deux premières lettres des noms et l'initial des prénoms.

4.6.2. Enquête proprement dite

La présente enquête s'est déroulée sous forme de séances d'entretien semi-structuré enregistré au moyen d'un appareil enregistreur. Cet entretien semi-structuré a été complété par l'observation directe des enfants déficients mentaux qui ont été choisis à base des critères susmentionnés. Les séances étaient programmées en commun accord avec nos enquêtés et nous tenions à respecter leur disponibilité. L'observation directe des enfants se faisait au moment où ceux-ci étaient en pleine action mais à leur insu. En effet, avant d'entamer chaque entretien, nous prenions toujours le soin de mettre en confiance notre interviewé. Pour ce faire, nous expliquions le but de notre recherche en insistant sur son caractère scientifique. De plus, tout en demeurant conscient que l'enregistrement des interviews inquiète souvent les enquêtés, nous leur avons préalablement expliqué que l'usage de notre enregistreur visait à nous aider à nous rappeler fidèlement des informations reçues. Nous leur avons garanti, enfin, le strict respect de l'anonymat.

En outre, lors des séances d'entretien, nous laissions nos interviewés s'exprimer librement sur toutes les questions en les incitant à livrer toutes les informations. Cependant, sans limiter la libre expression de l'enquêté, nous avons constamment orienté le dialogue dans l'objectif

de rester dans la droite ligne de notre enquête. Bref, nous avons essayé de suivre la consigne de D'unrug (1974, p.87) qui consiste à :

> *« laisser parler l'enquêté voire l'aider à parler par des relances sans pour autant diriger son discours, dire « Oui » ou « Hum », faire « écho » en répétant tout ou une partie du discours. »*

Notons à toutes fins utiles que tous nos enquêtés nous ont accordé l'interview après les heures de service, soit chez eux, soit à l'internat quand ils n'étaientt pas préoccupés par les exigences du travail et à l'abri des enfants qui auraient pu nous déranger. En somme, notre enquête s'est effectuée sur une période de quatorze jours si nous n'ajoutons pas les trois semaines de stage que la responsable du Centre nous a exigé au préalable. Enfin, au cours de notre travail sur le terrain nous nous sommes heurté à un certain nombre de difficultés.

4.6.3. Principales difficultés rencontrées

De prime abord, nous nous sommes dirigé au Centre Akamuri pour nous présenter à l'administration en espérant que le lendemain nous pourrions commencer notre travail mais la responsable du Centre nous a obligé de faire d'abord un stage de trois semaines afin de «comprendre la philosophie dudit centre », disait-elle. Ceci a constitué la première difficulté. Mais, même après ce stage, nous n'avons pas passé directement à la récolte des données suite à certaines contraintes qui se sont imposées à nous. Une autre difficulté était liée à certains de nos enquêtés. En effet, pour huit encadreurs que nous avons interviewés, trois d'entre eux nous ont refusé d'être enregistrés sans demander la permission à la responsable du Centre. Ceci se faisait au moment de la mise en confiance quand nous leur parlions de l'enregistreur. De ce fait, tout en respectant la liberté de nos enquêtés, nous étions obligé de les attendre pour les chercher encore afin de fixer un autre rendez-vous.

4.7. Conclusion du chapitre

La détermination préalable des méthodes et des techniques de recherche répond à un but précis à savoir celui de choisir les bonnes clés d'entrée dans l'investigation sur le sujet choisi en évitant toute subjectivité lors de notre travail de terrain. De ce fait, nous avons été averti des éventuels égarements pouvant s'offrir à nous pendant la recherche et ces mêmes procédés et outils scientifiques nous ont été d'une importance capitale.

Après l'enquête, nous avons mis tout ce que nous avons enregistré sur un CD (Compact Disc) et après, nous avons procédé à la retranscription des informations recueillies auprès de nos enquêtés pour rendre moins ardu le travail d'analyse et d'interprétation. Nous signalons qu'une partie des données récoltées sur terrain est présentée dans le chapitre qui suit.

DEUXIEME PARTIE:
PRESENTATION DES CAS, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

CHAPITRE V. PRESENTATION DES CAS

5.0. Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons les informations des cas d'enfants à handicap mental que nous avons choisis à base des critères ci-haut établis. Ces informations sont, en effet, recueillies auprès de nos enquêtés, fouillées dans les classements de leurs fiches d'entrée au centre puis complétées par les éléments de l'observation directe faite sur chaque enfant quand il est en pleine action. Dans cette présentation, nous avons juste mentionné les éléments essentiels pouvant aider le lecteur à connaître l'enfant sans l'avoir rencontré. Nous avons tenu à bien mentionner l'état de son handicap mental au moment de son entrée au centre et l'état de son handicap au moment de notre travail de terrain.

5.1. Le cas MAJ

MAJ est un garçon qui, au moment de notre enquête, était dans la classe dite maternelle. Dans cette classe, les encadreurs aident les enfants à conquérir les éléments de la socialisation et une place importante est accordée à l'autonomie de l'enfant. De ce fait, l'enfant est intensivement sensibilisé pour qu'il prenne conscience des autres et de son entourage. Ils l'amènent aussi à intégrer progressivement les rythmes de la journée et les habitudes de la vie du groupe.

Il est originaire de la commune Kamenge et a une taille d'environ 1,10 m de haut. Il ne parle pas mais entend bien tout ce qu'on lui demande de faire. Il est orphelin de père et il est frère de six enfants que sa mère a mis au monde après la mort de son père. Il est toujours replié sur lui-même et n'entretient aucune relation avec les autres. Cela n'empêche cependant pas que, quand on l'observe suffisamment, on pourrait croire qu'il fait un jeu individuel. On peut, en effet, le surprendre en train de rire sans savoir la cause. Il est paresseux et aime dormir. Il est difficile d'évaluer ce dont il est capable car il peut ne pas faire ce qu'on lui demande non pas par inaptitude mais par paresse. L'enfant est un autiste et a extrêmement peur de punitions. L'encadreur HAA nous parle de lui dans ses premiers jours au centre :

> *« Tukimwakira nta kintu na kimwe yari azi gukora. Yaguma yicaye, ata co akora mbere n'utugwara tumwe tumwe tugahava tukaziramwo kuko atari azi kwigirira isuku. Ntiyashobora kubana n'abandi, yaguma aho ku buryo na nyina wiwe atabona ingene yomufasha ».*

Cela veut dire :

> *« A son arrivée au Centre, il était incapable de tout. Il restait seulement assis, sans rien faire et tombait souvent malade car il ne pouvait pas s'occuper de sa propreté. Il était incapable de nouer des relations avec les autres, il restait là de façon que même sa mère ne pouvait pas savoir comment l'aider».*

Au moyen d'une grille d'observation que nous avons utilisée pendant l'observation directe faite sur l'enfant, nous avons évalué son degré d'autonomie personnelle et de son comportement adaptatif après les trois années qu'il vient de passer au Centre de perfectionnement.

En effet, l'enfant mange et boit sans aucune peine. Il peut aussi se laver, s'habiller, se déshabiller et se peigner mais il doit y avoir un encadreur pour corriger là où il n'a pas réussi. Cependant, il ne peut pas se brosser les dents et pour le brosser on le force. Celui-ci pleure comme si on lui faisait mal. L'enfant monte et descend facilement les escaliers. Il peut aller d'un coin à l'autre sans se perdre. Il est aussi capable d'explorer les milieux et l'espace environnant sans éprouver de sérieux problèmes. Quant à son comportement adaptatif, nous avons remarqué que l'enfant n'a pas le sens d'une activité sociale car nous ne l'avons jamais vu en train d'aider les autres par initiative, en train de jouer avec les autres, mais il ne fait pas non plus un jeu stéréotypé. L'enfant n'établit jamais de contacts avec les autres. Il peut, seulement, rechercher des contacts avec les encadreurs s'il a besoin de quelque chose. Il ne supporte pas les autres et a toujours tendance à l'isolement. L'enfant communique par des signes ou par gestes surtout quand il exprime ses besoins aux éducateurs.

5.2. Le cas NGC

NGC est un garçon d'une taille moyenne de 1,15 m. Il est originaire de la commune Gihosha, colline GISHINGANO et il est orphelin de père. Il parle distinctement et entend bien tout ce qu'on lui dit. Il exécute bien les tâches qu'on lui confie mais il reste replié sur lui et ne joue jamais avec les autres. Il parle peu sauf seulement s'il a un besoin qu'il veut exprimer. Signalons qu'à sept ans, il avait commencé l'école primaire mais il n'a jamais avancé de classe toutes les quatre années scolaires. C'est à ce moment qu'il fut amené au Centre AKAMURI. Son encadreur MAL nous le raconte bien :

« Nk'uko nyina wiwe yabitubwiye, umwana yaravutse haragera ko atangura amashure y'intango nk'abandi. Ariko rero, imyaka ine yose yamaze mu mwaka wa mbere ntiyigeze yunguruzwa. Muri iyo myaka yose ntibabona ikibituma, niho rero bamutuzanira kugira tumubasuzumire ».

C'est-à-dire :

« Comme sa mère nous l'a dit, l'enfant est né et a atteint l'âge de commencer l'école primaire comme les autres. Mais, pendant les quatre années scolaires, il n'a jamais avancé de classe. Pendant tout ce temps, on n'a jamais détecté les causes et elle a alors décidé de l'amener pour le faire examiner ».

Il ajoute en disant :

« Bakimushikana, yari umwana ahoze cane, atekereje birenze. Muri ico gihe nta majambo menshi yavugana n'abandi. N'aho ari umwana yavuga bitamugoye, umubajije utubazo yarahora, iyo akwishuye n'aho akishura nk'uko umengo bivuye kure. Umuravye wamengo aratekereje cane ariko bwari ubumuga bwo mu mutwe asanganywe ».

C'est-à-dire :

« Dès son arrivée, c'était un enfant extrêmement calme. Pendant ce temps, il ne dialoguait pas avec les autres. Même si c'était un enfant qui parlait sans peine, quand on lui posait de petites questions, il ne répondait pas et s'il répondait, il le faisait tardivement. En l'observant, il donnait l'air d'un enfant très calme alors qu'il était victime d'un handicap mental».

L'enfant est frappé par une déficience mentale légère. Grâce à l'observation directe, nous avons cherché à évaluer son degré d'autonomie et l'évolution de son comportement adaptatif durant les deux années qu'il vient de passer au Centre de perfectionnement.

En effet, au sujet de son autonomie personnelle, l'enfant est à l'aise quand il mange et boit quelque chose. Il se lave bien, s'habille, se déshabille, se peigne et se maquille sans aucune peine. Il marche normalement, monte et descend les escaliers sans aucun problème. Il est capable d'aller d'un coin à l'autre sans se perdre et il explore les milieux et l'espace environnants sans courir de risque. Quant à son comportement adaptatif, signalons que

l'enfant peut actuellement aider les autres par initiative, jouer avec les autres et ne fait pas un jeu stéréotypé. Il n'arrive pas encore à établir facilement des relations avec les autres et ne recherche des contacts avec les encadreurs que dans des moments où il a un besoin qu'il veut exprimer ou quand il est dans une situation de problème. Il exprime ses besoins aux éducateurs ou aux parents et parle normalement.

5.3. Le cas IRD

IRD est une fille d'une taille moyenne de 1,20 m. Elle est originaire de la commune Kamenge et a connu de sérieux problèmes familiaux. Son handicap a provoqué une dislocation du couple parental et sa mère l'a laissée chez son père dès son bas âge. Elle est une sœur de cinq enfants et, parmi ceux-ci, il y a un garçon qui est aussi victime d'un handicap mental. Elle fut amenée au Centre de perfectionnement en 2002. L'enfant est un IMC (Infirme Moteur Cérébral) et présente des problèmes psychomoteurs sévères. Elle se déplace toujours dans une chaise roulante. Son encadreur GAM nous décrit ses premiers jours au Centre en ces termes :

> *« Agishika aha mw'irerero, uyu mwana ntiyicara, ntiyivyura, ntiyigaburira eka ntakintu nakimwe yishoboza yaguma aryamye gusa hasi canke ku gitanda. Mu kumugaburira twabanza kumuboha amaguru n'amaboko ».*

C'est-à-dire :

> *« Dans ses premiers jours au Centre, cet enfant ne s'asseyait pas, ne se relevait pas, ne pouvait pas manger seul, bref, il était incapable de tout et restait seulement allongé par terre ou sur le lit. Pour le nourrir, nous étions obligés d'attacher ses jambes et ses bras ».*

Il ajoute pour montrer son évolution :

> *« (...) ubu, turamugaburira tutamuboshe, arashobora kwikarabisha akifungurira wenyene, umwana aribuka gusenga agira afungure. Aryamye hasi canke kugitanda, ubu arashobora kwivyura akicara atawumufashe. Mu ncamake, ubu turabona ko hari ubusumbane bunini tugereranije n'igihe yashikira aha ».*

Cela veut dire :

> *« (...) actuellement, nous lui donnons à manger sans attacher ses bras ou ses pieds, elle peut se laver les mains et se nourrir seule, l'enfant se rappelle qu'elle doit prier avant de manger.... Actuellement, quand elle est couchée par terre ou sur le lit, elle est capable de se lever et s'asseoir sans soutien. Bref, nous remarquons une nette différence si nous considérons son état actuel par rapport à son arrivée ».*

Nous avons complété ces informations par l'observation directe de l'enfant pour évaluer son degré d'autonomie et l'évolution de son comportement adaptatif depuis 2002 à nos jours.

En effet, nous avons constaté que son autonomie personnelle n'est pas suffisamment remarquable malgré les propos de ses encadreurs. Elle est capable de manger et de boire quelque chose seule mais elle le fait au prix des efforts considérables. De plus, quand elle mange ou boit, nous assistons à une incoordination bucco-pharyngée pouvant provoquer d'éventuelles fausses routes des éléments ingurgités. Elle ne peut ni se laver ni s'habiller ou se déshabiller ni se peigner. Dans tous les cas, elle doit être aidée pour réussir l'activité. Cependant, au cours de telles séances, nous avons remarqué qu'elle est animée par une extrême volonté de réussir l'activité. Elle se déplace toujours dans une chaise roulante, elle ne peut ni monter ni descendre les escaliers et partant, elle ne peut non plus aller d'un coin à l'autre ou explorer les milieux et l'espace environnant. Notons à toutes fins utiles que, si l'enfant est incapable d'une éventuelle action, c'est à cause de son problème psychomoteur sinon elle en a l'idée et le sens et souhaite le faire comme les autres.

A propos de son comportement adaptatif, à cause de ses limites psychomotrices, l'enfant n'aide pas les autres par initiative mais elle joue avec eux (chanter avec les autres, taper les mains pour rythmer la chanson,...) tout en restant assise dans sa chaise roulante. Elle établit facilement les contacts avec les autres et recherche des contacts avec les éducateurs surtout quand elle a un besoin qu'elle veut exprimer. Elle n'a pas de l'attention pour les autres et n'a pas non plus tendance à l'isolement sauf si elle a un problème quelconque. Elle exprime ses besoins aux éducateurs ou aux parents, ne parle pas mais communique par gestes.

5.4. Le cas NTS

NTS est une fille d'une taille moyenne de 1,15 m. Elle est originaire de la commune Gihanga en province Bubanza et elle est la dernière dans une famille de cinq enfants. Ses

parents sont encore en vie mais sa mère est une handicapée physique (malformation de sa jambe gauche) et son père est un malade mental. Elle fut amenée au Centre AKAMURI en 2002 mais, au bout d'un certain temps, elle est partie pour revenir en 2009. L'enfant est un IMC et présente des problèmes psychomoteurs mais elle a une adaptation surprenante. KAT comme notre enquêté nous parle de l'enfant dans ses premiers jours :

> *« Agishika mu kigo Akamuri, yari umwana amugaye cane. Ntiyicara kuko umubiri wose n'izosi ntivyari bikomeye, ntiyatambuka, aryamye hasi canke ku gitanda ntiyinyiganyiza eka mbere nico umubwiye ntiyacumva ».*

C'est-à-dire :

> *« Dans ses premiers jours au Centre Akamuri, c'était un enfant extrêmement handicapé. Elle ne s'asseyait pas car son cou ainsi que tout son corps restaient fragiles, elle ne marchait pas, quand elle se couchait par terre ou sur le lit elle ne bougeait pas et n'entendait pas quand on s'adressait à elle ».*

En outre, après tant de séances de réadaptation et de kinésithérapie, l'enfant a acquis une adaptation remarquable. A ce sujet, l'encadreur KAT martèle en disant :

> *« Uyu munsi izosi ryiwe riragumye, aricara, aratambuka, amaboko yiwe arakomeye, arifungurira, ariyoza, arisiga, arijana muri « toilette », arimesera kandi aramenya ko atashe ategerezwa kwihindurira we nyene impuzu akambara izindi ».*

Cela veut dire :

> *« Actuellement son cou est rigide, elle s'assoie, elle marche, ses bras sont solides, elle se nourrit, elle se lave, elle se maquille, elle va elle seule à la toilette, elle lave ses habits et quand elle rentre, elle est consciente qu'elle doit changer ses habits ».*

Cela étant dit, nous avons cherché à comprendre plus au moyen de l'observation directe appliquée à cet enfant pour évaluer son degré d'autonomie personnelle et le degré de son comportement adaptatif.

En effet, l'enfant mange et boit facilement. Elle se lave, s'habille, se déshabille, se peigne et se maquille mais il doit y avoir un encadreur pour corriger là où elle n'a pas bien réussi. Elle marche en tapotant le sol avec tout le corps en mouvement, elle monte et descend les escaliers au moyen des techniques les plus rudimentaires (en position assise, en marchant à quatre pattes, ...). Elle peut aller d'un coin à l'autre sans se perdre et explore les milieux et l'espace environnants sans aucune peine.

Au sujet de son comportement adaptatif, à cause de ses limites psychomotrices, elle ne prend pas l'initiative d'aider les autres bien qu'elle en ait l'envie. Elle participe activement dans des jeux qui n'exigent pas beaucoup d'efforts et ne fait jamais un jeu stéréotypé. Elle établit facilement les contacts avec les autres enfants et recherche souvent des contacts avec ses encadreurs. Elle a de l'attention pour les autres mais elle ne supporte pas les autres enfants et n'a pas tendance à l'isolement. Elle exprime bien ses besoins aux éducateurs mais elle ne parle pas, seulement elle communique par signes ou par gestes.

5.5. Le cas BAF

BAF est un garçon d'une taille moyenne de 1,40 m. Il est originaire de la commune Gihosha. Il est né dans une famille de six enfants et il est le quatrième. Ses parents sont bien portants et ont placé son enfant dans le Centre depuis 2007. L'enfant est un trisomique (c'est un problème lié à des abérations chromosomiques, se traduisant en général par un nombre anormal de chromosomes. Trisomique vient de trisomie, c'est-à-dire la présence de 3 chromosomes homologues, pour une paire donnée, au lieu des 2 habituels. La trisomie 21 se caractérise par la présence de trois chromosomes 21). Actuellement, BAF surprend les gens qui remarquent son évolution qui leur paraît spectaculaire. L'encadreur MAG avec qui nous nous sommes entretenus nous le dit en ces termes :

> *« Agishika aha mukigo, yari umwana yagoyagoya umubiri wose. Yaguma aryamye ata kintu na kimwe yoshobora. Ntiyavuga, yaguma ari aho ata co akora. Amaze gushika aha yaragorowe gose gushika aho amenya gutambuka mbere ubu n'ukuvuga aravuga. Abamubonye ubu bari bamuzi kera baramutangarira cane ».*

C'est-à-dire :

> *« Dans ses premiers jours au Centre, c'était un enfant d'un corps mou. Il restait couché et n'était capable de rien. Il ne parlait pas et restait là*

seulement sans rien faire. Mais dès son arrivée, il a été soumis à des séances de kinésithérapie jusqu'à ce qu'il sache bien marcher et actuellement il peut même bien parler. Ceux qui le connaissaient au départ et qui le voient maintenant ne comprennent pas ».

Au moment de notre enquête, il était dans la classe d'intégration socio-professionnelle qui aide les enfants à perfectionner leur habileté manuelle et intellectuelle en vue de réaliser les activités diversifiées. A côté de ce que les encadreurs ont témoigné de cet enfant, nous avons cherché à comprendre plus en évaluant, par l'observation directe, son degré d'autonomie personnelle et le niveau de son comportement adaptatif.

En effet, l'enfant mange et boit facilement sans éprouver aucune peine. Il se lave, s'habille ou se déshabille, se peigne et se maquille (dans le sens d'utiliser l'huile de beauté comme les autres) de façon la plus normale possible. Il marche bien, monte et descend les escaliers sans aucune peine. L'enfant peut aller d'un coin à l'autre sans se perdre et il explore les milieux ainsi que l'espace environnant avec une aisance avérée. Quant à son comportement adaptatif, l'enfant aide les autres par initiative, il a des facilités pour jouer avec les autres et ne fait pas un jeu stéréotypé. Il établit facilement les contacts avec les autres enfants et recherche des contacts avec les éducateurs. Il a de l'attention pour les autres, les supporte et n'a pas tendance à l'isolement. Il exprime ses besoins à ses encadreurs et parle distinctement.

5.6. Conclusion du chapitre

Cette présentation des cas nous montre que les enfants concernés par notre étude présentent des caractéristiques différentes et diffèrent aussi en fonction de leur handicap. Nous signalons que la nomination de l'handicap dont l'enfant est victime nous est révélée par le kinésithérapeute du centre qui nous l'affirme à base d'une simple observation car le Centre ne dispose pas de matériel nécessaire. De plus, nous constatons que l'enfant, peu importe le degré de son handicap, progresse toujours vers l'intégration souhaitée.

Le chapitre qui suit nous présente le rôle des encadreurs dans leur tâche d'aider les enfants à conquérir une place au sein de la société qui attend toujours de son membre un rôle à jouer.

CHAPITREVI. CONTRIBUTION DES ENCADREURS A L'INTEGRATION SOCIO-AFFECTIVE DES ENFANTS DEFICIENTS MENTAUX

6.0. Introduction

Dans les Centres de rééducation, les encadreurs jouent un rôle important et la moindre planification fonde ses assises sur leurs efforts et leur dévouement. Ils remplacent valablement, pendant une période relativement longue, les parents et initient des mécanismes pouvant aider les enfants à se créer une place au sein d'une société qui les rejette.

Le présent chapitre se donne la tâche de montrer le rôle joué par les encadreurs au niveau de l'organisation du Centre. Leurs interventions sont centrées sur la formation de la personnalité du jeune déficient et l'élimination des barrières architecturales et sociales qui freinent souvent l'intégration des enfants déficients mentaux.

6.1. Organisation efficace pour une intégration socio-affective

A observer de près, le Centre Akamuri est doté d'une organisation surprenante. Alors qu'il est un Centre de rééducation des enfants déficients mentaux, on pourrait penser à une organisation qui se conforme aux limites des enfants avec un handicap psychomoteur. Mais curieusement, ce sont ces enfants qui, malgré leur handicap, s'adaptent à cette organisation avec un appui considérable de leurs encadreurs.

6.1.1. Organisation structurelle et objectifs poursuivis

Le Centre Akamuri se compose de différentes structures d'accueil qui lui servent de moteur dans sa mission d'éduquer et de rééduquer les personnes présentant une déficience mentale et/ou physique.

De prime abord, le Centre est doté:

- D'un service de kinésithérapie pour les enfants en bas âge qui viennent au Centre accompagnés par leurs mères.
- D'une école maternelle, une classe de la première année préparatoire, une classe de la vie ou des personnes autistes.

- Une structure pour les jeunes adultes déficients mentaux et autistes. Ici, les efforts sont canalisés pour un apprentissage professionnel (agriculture, commerce par restaurant, fonctionnement d'un moulin, un téléphone public, etc.).
- Un atelier protégé pour les personnes adultes présentant une déficience psychomotrice. Dans cet atelier, on fabrique des objets (chapelets, des vases, ...) à partir des matières premières locales.
- Une structure pour une intégration communautaire des enfants déficients mentaux. Pour cette structure, le Centre a mis en place deux maisons (une en commune Nyakabiga et une autre en commune Bwiza) pour la concrétisation des objectifs poursuivis par celle-ci.

Les objectifs poursuivis par chacune des structures ci-haut indiquées sont tous similaires car toutes ces structures concourent, au bout du compte, à une intégration globale de l'enfant. Dans son rapport, Meen (2007, p.7) décrit ces objectifs en ces termes:

1. *"Viser et renforcer l'autonomie et la sociabilité chez les jeunes déficients mentaux en leur apprenant à faire la propreté, à se nourrir seuls pendant le repas, à s'habiller et se déshabiller, à se déplacer individuellement et à intégrer en eux le rythme de la journée.*
2. *Conférer aux jeunes déficients des aptitudes nécessaires pour la communication avec autrui: savoir saluer les autres, savoir exprimer ses besoins, savoir écouter l'autre et verbaliser ses émotions. Aider les enfants déficients mentaux à s'ouvrir à la culture du pays et à l'élargissement du vocabulaire des langues kirundi et français.*
3. *Stimuler chez les enfants les potentialités psychomotrices nécessaires dans leur vie.*
4. *Promouvoir chez les enfants les richesses pouvant concourir au bien-être d'une personne et à sa qualité de vie."*

En somme, il convient de signaler que pour réussir à intégrer socio-affectivement les enfants ayant une déficience mentale, il faut envisager une action globale focalisée à la fois sur l'individu et sur son contexte environnemental, et partant, il importe de mettre un accent particulier sur les aspects organisationnels et humains.

6.1.2. Structure scolaire favorable à l'intégration socio-affective

Après avoir réalisé un bilan des acquisitions de l'enfant (à son arrivée ou après une période de kinésithérapie), le responsable du service constate que l'enfant démontre une certaine autonomie dans ses déplacements et quelques capacités sensori-motrices (tenir un objet, se diriger vers un matériel nouveau, etc.) puis, il envisage l'orientation de l'enfant vers une structure scolaire.

En effet, signalons que la structure scolaire du Centre est différente à celle des « soi-disant normaux » étant donné que les objectifs poursuivis sont aussi différents.

Au Centre Akamuri, nous avons une école maternelle, une classe de la première année préparatoire, une classe de la vie et une structure pour les jeunes adultes ou une classe d'intégration socio-professionnelle. Cette structure répond aux mêmes normes érigées par les auteurs qui ont milité pour la scolarisation de l'enfant déficient intellectuel. Carlier et Ayoun (2007, p.173), parlant des enfants déficients mentaux stipulent ceci:

> *« A l'école primaire, certains enfants parviennent à faire un cours préparatoire, quelque fois un cours élémentaire première année, voire un cours élémentaire seconde année avec ou non un AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire). On parle alors d'intégration individuelle ».*

Cependant, les mêmes auteurs font une sorte d'interpellation pour tout éducateur et aux parents de ces enfants. Ainsi, ils ajoutent :

> *« Il est important de souligner que parfois la scolarisation en milieu ordinaire peut s'avérer non souhaitable, voire impossible, dans le cas par exemple de pathologies associées. Ainsi, en maternelle, la scolarisation risque d'être difficile si l'enfant ne marche pas en raison d'une hypotonie résiduelle trop importante. Elle peut l'être aussi si l'enfant développe des troubles importants du comportement rendant impossible la socialisation ou le mettant en danger dans une classe. »* Carlier et Ayoun (2007, p.173).

Ceci est vrai et les responsables du Centre en tiennent compte. DUJ nous en parle en ces termes:

> *« Abana, tumaze kubamenyereza mu bijanye n'ukwiga, turabona abaciye ubwenge gusumba abandi. Turaraba ko bakwije ibisabwa hanyuma*

tukabwira abavyeyi ko bobajana mw'ishure co kimwe n'abandi bakomeye. Abatabishobora na bo nyene ntitubaheba turafise uko tubafasha mu kubigisha imyuga itandukanye dufatiye ku co umwe wese ashoboye ».

Cela veut dire:

« Après avoir habitué ces enfants à la vie de l'école, nous constatons que certains ont des performances intellectuelles plus que d'autres. Nous évaluons s'ils remplissent les conditions d'étudier avec les enfants normaux puis nous conseillons leurs parents de les faire inscrire dans ces écoles. Ceux qui n'en sont pas capables, nous avons d'autres moyens pour les aider en leur apprenant quelques métiers compatibles avec leur handicap ».

Ces propos du coordinateur prouvent, d'une part, que des périodes préparatoires sont d'une importance capitale pour ces enfants et, d'autre part, ils justifient pourquoi l'existence d'une « classe à vie » ou d'intégration socio-professionnelle et d'une structure pour l'intégration communautaire demeurent nécessaires, surtout pour les enfants pour lesquels, à cause de leur handicap, la scolarisation en milieu ordinaire reste impossible. En ce qui nous concerne, nous pouvons qualifier ces structures comme des éléments de compensation pour ces jeunes déficients victimes d'une pathologie associée. De ce fait, nous remarquons que le Centre – consciemment ou inconsciemment – fait usage du principe du « droit à compensation » énoncé dans la loi française du 11 Février 2005 :

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ... ». Tiré in Carlier et Ayoun (2007, p.170).

Ce principe vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne en prenant en compte ses besoins, ses attentes et ses choix de vie exprimés dans son « projet de vie ». Nous signalons enfin que les structures que nous avons qualifiées comme éléments de compensation ont été conçues pour répondre aux besoins de la personne handicapée tout au long de sa vie que ce soit en matière de la scolarité, de l'insertion professionnelle, bref, dans sa vie courante.

6.2. Rôle des encadreurs dans le processus d'intégration des enfants déficients mentaux

Les encadreurs jouent un rôle prépondérant dans le processus d'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. Leur intervention demeure à la fois incontournable, irremplaçable et ineffaçable. Par ailleurs, l'encadreur de ces enfants est plus qu'un simple encadreur. Il revêt en plus l'image d'un guide qui leur montre l'étoile ou d'une orthèse qui soutient un membre mal fonctionnant et qui lui donne plus ou moins la forme désirée. Alors que les autres manifestent un rejet à l'égard de ceux-ci, les encadreurs leur témoignent une attention et une affection en leur procurant tout ce dont ils ont besoin.

6.2.1. Formation de la personnalité et apprentissage de la vie sociale

De premier abord, nous signalons que c'est bien souvent dans le regard de l'encadreur que le jeune déficient va chercher ses repères qui lui servent à l'élaboration de sa personnalité. Dans le même ordre d'idées, Postic et De Ketele (1988, p.7) nous interpellent en disant que :

> *« Les personnes entrent en interaction dans un environnement qui leur est familier, où s'y produit un apprentissage, s'y construit une personnalité, naissent ou s'établissent des structures relationnelles qui déterminent les conduites des partenaires en présence ».*

En effet, les premières étapes pour un développement harmonieux de la personnalité et de l'apprentissage de la vie sociale correspondent toujours à l'apprentissage de la propreté et à la maîtrise des besoins naturels : alimentation – élimination – sommeil. A ce propos, l'encadreur GAM nous dit ceci :

> *« (...) umwana nka NTS usanga umuvyeyi amunyegeza kugira abantu ntibamubone, ugasanga n'isuku atakirimugirira. Ariko iyo ashitse aha mu kigo Akamuri, turamwigisha kwigirira isuku we nyene ubwiwe, akamenya ko ategerezwa kwiyoza. Turamwigisha kandi kwi « brossa » hama tukamumenyereza ko avyutse ategerezwa gutora « colgate », akayishira kuri « brosse à dent », aki « brossa », hanyuma agatora amazi akiyugumura, akamenya ko atayamira mugabo ayacira, agaheza akiyoza ku munwa iyo ahejeje. Turamumenyereza kandi ko ahejeje kwoga yihanagura hanyuma agatora amavuta akisiga wenyene ».*

Ceci veut dire :--

> *« Pour un enfant comme NTS, son parent le cache pour que les gens ne le voient pas jusqu'à ne plus se souvenir de lui pour le laver. Mais, lorsqu' il arrive au Centre Akamuri, nous lui apprenons comment il doit se laver lui seul. Nous lui apprenons aussi comment il se brosse. De ce fait, nous l'habituons à ce que, lorsqu'il se lève, il doive prendre « un colgate », le mettre sur une brosse à dent, se brosse, puis, qu'il doive prendre de l'eau pour se brosser les dents et doit savoir qu'il doit éliminer cette eau et jamais l'ingurgiter, puis il doit savoir qu'il doit se laver la bouche quand il termine. Nous l'habituons aussi qu'après la douche, il doit s'essuyer puis se maquiller au moyen de l'huile de beauté ».*

Après que ces étapes soient correctement franchies, l'encadreur procède à l'apprentissage des règles indispensables pour le savoir-être et le savoir-faire du jeune déficient. Il est en outre indispensable d'obtenir du petit déficient – et de l'enfant normal d'ailleurs – une discipline dans les contacts sociaux quotidiens. Ces règles se traduisent concrètement par une série d'éléments sur lesquels les encadreurs reviennent souvent pour permettre aux petits déficients de vivre harmonieusement dans la société. Ces éléments sont en l'occurrence :

1. L'usage des formules élémentaires de contact verbal avec autrui : bonjour – au revoir – s'il vous plaît – merci.
2. La tenue à table est un autre comportement acquis après un long apprentissage : Une fois que les automatismes alimentaires sont acquis, la correction de leur usage doit être aussi appliquée. Le jeune est ensuite entraîné à s'essuyer la bouche et la main, à utiliser convenablement une fourchette, une cuillère, un couteau, un verre ou un gobelet. Ceci permettra à l'enfant à bien partager le repas familial et de ne pas s'y faire remarquer.
3. L'ordre dans la vie quotidienne est aussi une acquisition indispensable. Ici, les encadreurs reviennent souvent sur les éléments ou les situations pouvant induire chez le petit déficient un sens de l'ordre : ranger les jouets, mettre en ordre les vêtements, remplacer les chaussures et changer les habits quand il arrive à l'internat, faire correctement sa toilette, se laver les mains avant et après les repas. Cependant, il ne faut pas ignorer que ces règles de bienséance sont souvent pénibles à faire pratiquer chez la plupart des petits déficients.

4. L'obéissance : A ce niveau, les encadreurs restent conscients de la compréhension limitée du petit déficient, de son jugement restreint ainsi que ses possibilités motrices et verbales insuffisantes. Ceux-ci leur obligent de n'exiger que ce qui est compris et ce qui est compatible avec la maturité sensori-motrice du moment. Notons qu'ici, la manière d'exiger doit s'inspirer largement des conditions formelles suivantes : fermeté, constance et patience ainsi que le respect de la personne même du petit déficient.

En outre, ce qui vient d'être dit transparaît clairement dans les propos de l'encadreur HAA :

> *« Aha mw'irerero, hampande y'ukumumenyereza kwubaha n'ukubana n'abandi, umwana turamufasha cane cane mu bijanye na « autonomie » ni ukuvuga kumenya kwikorera udukorwa we nyene. Turamwigisha kwi brossa, kwiyoga, kwiyegeraniriza uduhuzu twiwe, gukaraba imbere yo gufungura canke ahejeje, kwifungurira we nyene hanyuma akamenya kwiyogereza ico yafunguriyeko akongera akamenya kucibikira, kwoza n'ukubika ibikoresho vyo mu gikoni, n'ibindi. Ivyo ni vyo dushishikara kumumenyereza gushika aho umwana abona ko bikenewe ».*

Cela signifie :

> *« Ici au Centre, en plus d'habituer l'enfant au respect et à vivre avec les autres, nous le préparons à son autonomie c'est-à-dire amener l'enfant à se suffir seul pour quelques tâches. De ce fait, nous lui enseignons comment se brosser, se laver, bien conserver ses habits, se laver avant et après le repas, se nourrir lui seul, il doit savoir laver et conserver lui-même son assiette, nettoyer et conserver les ustensiles de cuisine, etc. Tels sont les éléments qui doivent être permanents dans l'apprentissage de l'enfant jusqu'à ce qu'il comprenne lui-même leur importance ».*

En somme, Köhler (1967, p.179) nous signale que de tels apprentissages ne se font pas n'importe comment et précise dans quel cadre les acquisitions doivent se faire en indiquant d'ailleurs les conséquences possibles si le cadre n'est pas adéquat :

> *« (...) ces acquisitions ne sont possibles que dans un cadre adéquat : il faut un habillement qui ne sera pas incompatible avec le défit moteur (gros boutons et boutonnières, fermeture éclair, vêtements amples) ; un mobilier simple aux dimensions de l'enfant et les objets qui sont personnels à*

l'enfant. (...) A l'opposé, on se retrouve en présence d'enfants chez qui les règles d'apprentissages finissent par prendre une valeur de rite obsessionnel dont il faudrait le libérer ».

6.2.2. Contribution à l'élimination des barrières architecturales et sociales

L'enfant déficient mental est souvent victime de plusieurs problèmes dans la société. Il est toujours objet des regards gênés ou désapprobateurs des « soi-disant normaux ». Les obstacles auxquels il fait face restent nombreux mais, dans cette section, nous insistons sur les « barrières architecturales » et « les barrières sociales ».

En effet, « les barrières architecturales » renferment tous les problèmes d'accessibilité qui se posent à l'enfant suite à son handicap et qui l'empêchent de s'affirmer comme les autres. Quant « aux barrières sociales », elles désignent toute sorte de discriminations ou attitudes négatives des personnes vis-à-vis du déficient mental. Ces barrières – comme toutes les autres d'ailleurs – jouent un rôle important dans la construction du « désavantage social » pour le jeune déficient mental. Elles s'appliquent dans plusieurs domaines mais prenons l'école comme exemple et Vial (1990, p.78) en donne une illustration :

« L'école ne peut recevoir que les enfants « sains de corps et sains d'esprit » pouvant recevoir une instruction primaire en suivant les programmes de tous, sans entraver ni retarder le développement intellectuel de leurs condisciples. L'école n'est faite ni pour les enfants d'esprit trop faible comme les idiots et autres enfants de mentalité tarée (...) ».

Si nous essayons de comprendre cette idée de Vial, elle fait à la fois état des barrières architecturales et sociales car, en plus de l'idée de l'inaccessibilité du jeune déficient à cause de son corps qui n'est pas sain, il y a aussi celle de la discrimination. D'emblée, l'auteur semble nous convaincre que les enfants anormaux sont tous ceux pour qui l'école n'est pas faite, sinon elle se trouverait gênée.

Contrairement à ces propos, les encadreurs au Centre Akamuri contribuent à l'élimination de ces dernières. Alors que l'enfant arrive au Centre étant incapable de tout, les encadreurs travaillent en synergie pour préparer et amener le jeune déficient à faire face, comme les autres, au combat de la vie malgré son handicap. Pour y parvenir, les encadreurs fournissent au jeune déficient une éducation complexe et intégrée, embrassant tous les domaines de la vie et qui satisfait le maximum d'aspirations de toute personne même normale. Ceci se remarque

dans les propos de l'encadreur HAA quand il nous parlait de ce que l'enfant bénéficie au Centre mais dont il ne bénéficie pas à la maison.

« Umwana ari mw'irerero tumufasha vyinshi adashobora kuronka iyo ari imuhira. Ivyo na vyo nobivuga mu mice itari mike :

a) *Ibijanye n'indinganizo y'ibikorwa (horaire) : umwana ari ngaha aramenya ko hageze kuvyuka. Avyutse akamenya ko aca aja kwoga, ahejeje aramenya ko aca yambara impuzu ningoga kugira ajane n'abandi (iyo bakurikiranira ivyigwa mu kamuri) ntaceregwe. Turamumenyereza kandi ibijanye n'indinganizo y'umunsi : aramenya ko haramukiwe kuja kunywa icayi, kuja kw'idarapo, kuja mw'ishure, kuja gukina, kuja gufungura, gutyo gutyo mu gihe isaha y'igikorwa cose ishitse. Turabamenyereza mbere n'indinganizo y'ibikorwa mu ndwi.*

b) *Turabamenyereza kubana n'abandi : i muhira, aba bana babana n'abandi bakomeye hanyuma ugasanga barabinuba mbere abavyeyi bamwe bamwe bakabanyegeza. Bashitse ngaha turabashira hamwe, tukabigisha ibikorwa bitari bike hanyuma tukabaha ivyo bakora co kimwe n'abandi bana bakomeye. Ivyo vyose tubibagirira kugira tubereke ko badategerezwa kwikumira ahubwo ko hari ico bamaze mu gihugu.*

c) *Turabafasha n'ibijanye n'ivy'umutima : turabagirisha imisa kenshi, turanabategura ku mutima tukababwira nabo nyene ko Imana ibakunda kugira ntibihebure.*

d) *Ibindi na vyo tubafasha, abari aha bararonka amasakaramentu ategekanywa n'ishengero Gatolika : barabatizwa, barasangira, barakomezwa muri mutima mweranda, ..., mbere womenya ko muri aba bakuze harimwo uwuheruka kwubaka rukristu. Dutegura umwana mubijanye n'umutima kugira umwana amenye ko ategerezwa gukunda Imana nkuko n'abakomeye bayikunda. Ivyo navyo birabafasha cane.*

e) *Ikindi baronka aha mw'irerero bataronka i muhira iwabo ni uku baguma bari hamwe kandi bafise umurezi abakurikirana. Ngaha mu kigo, umurezi arakurikirana umwana umwe umwe wese, kubumuga afise no ku ntambwe agezeko mu gutera imbere. Dutegerezwa kumenya uko umwana yateye intambwe mu kwezi hanyuma tukamenya uko dutegerezwa guhindura bivanye n'uko yateye imbere canke yasubiye inyuma ».*

Cela veut dire :

« Quand l'enfant est au Centre, il bénéficie beaucoup de choses dont il ne peut pas bénéficier quand il est à la maison. Nous pouvons les énumérer en plusieurs rubriques :

a) *En ce qui concerne l'horaire des activités : L'enfant qui est au Centre doit savoir qu'il est l'heure de se réveiller. Quand il se réveille, il sait qu'il va se laver, puis va s'habiller rapidement pour qu'il aille avec les autres au Centre là où ils suivent les cours. Nous l'habituons aussi à l'horaire journalier : il sait que c'est le moment du petit déjeuner, qu'il est temps d'aller au drapeau, en classe, se récréer, manger, bref, il connaît le moment de chaque activité. Nous les habituons aussi au programme hebdomadaire.*

b) *De plus, nous les habituons à une vie sociale : à la maison, ces enfants vivent avec d'autres enfants normaux et souvent ces derniers ne digèrent pas leur présence et certains des parents préfèrent les cacher. Quand ils arrivent ici, nous les mettons ensemble, nous leur apprenons les activités plus diversifiées puis nous leur confions des responsabilités au même titre que les enfants normaux.*

c) *Nous leur offrons aussi une assistance spirituelle. Nous célébrons maintes fois la messe pour eux, nous leur apprenons beaucoup de choses spirituelles et nous leur enseignons que Dieu les aime eux aussi afin qu'ils ne se découragent pas. Ils sont baptisés, reçoivent la communion, reçoivent la confirmation, ...*

d) *Autre chose, ceux qui sont ici reçoivent les sacrements prévus par l'Eglise Catholique. On les baptise et ils peuvent recevoir la communion, la confirmation, ...Sachez d'ailleurs que parmi ces majeurs, il y en a un qui a fait dernièrement un mariage chrétien. Nous leur enseignons ces choses spirituelles afin qu'ils apprennent à aimer Dieu comme d'ailleurs le font ceux qui sont normaux. Cela les aide beaucoup.*

e) *Autre chose dont ils bénéficient ici au Centre mais dont ils ne peuvent pas bénéficier à la maison, c'est ce fait d'être constamment ensemble avec un encadreur qui s'occupe d'eux. Dans ce Centre, l'encadreur suit de près chaque enfant tant en ce qui concerne son handicap mental qu'en ce qui*

concerne les progrès réalisés dans le processus de rééducation et de réadaptation. On doit savoir comment l'enfant a évolué au cours du mois pour enfin savoir comment modifier son traitement en fonction de son évolution ou sa régression.

Nous signalons que le Centre prévoit aussi d'autres moments d'épanouissement et de détente pour ces enfants : regarder le film, écouter les informations, les moments de sport, les jeux culturels, les groupes de parole, les moments d'échange sur les films vus et autres thèmes qui intéressent les jeunes, la promenade, etc. Nous trouvons que tous les services rendus à ces enfants sont d'une importance capitale. A titre d'exemple, la promenade n'est pas seulement importante pour la marche, mais elle contribue aussi à l'épanouissement physique et à la détente psychique des débiles profonds. Tosquelles (1975, p.291) valorise la promenade en ces termes :

« Toute promenade est un exercice pratique de la maîtrise corporelle (...). Il y a dans toute promenade un aspect conquérant du monde et de la réalité extérieure ».

Enfin, il est à constater que le rôle des encadreurs est important car, ils fournissent aux enfants déficients mentaux en processus de rééducation des éléments suffisants pour se tailler une place de choix dans la société.

6.3. Conclusion du chapitre

Il est clair que les encadreurs constituent une base solide sur laquelle tout le Centre fonde ses objectifs et la réalisation de ceux-ci. Les encadreurs remplacent valablement les parents des enfants et les dépassent grâce à leur qualification en matière de la prise en charge des enfants déficients mentaux. Grâce à leur rôle, les enfants handicapés mentaux parviennent à s'épanouir dans la société en remplissant convenablement les rôles que cette dernière attend d'eux.

Cependant, pour y parvenir, les enfants déficients mentaux sont obligés de fournir un effort suffisant pour vaincre les obstacles engendrés par leurs déficiences. Ce sont ces obstacles qui vont faire l'objet du chapitre qui suit.

CHAPITRE VII. OBSTACLES A L'INTEGRATION DES ENFANTS DEFICIENTS MENTAUX

7.0. Introduction

Le handicap mental chez l'enfant entraîne tout un tas de malheurs de façon que même ses propres parents arrivent à vouloir se débarrasser de lui notamment en le plaçant à l'écart des autres enfants. Nous l'avons déjà montré dans les pages précédentes, l'enfant déficient mental fait peur et ses parents éprouvent une honte de l'avoir parmi leur progéniture. Avec la déficience mentale, l'enfant est totalement désarmé et la mort peut facilement suivre s'il ne trouve pas un adulte pouvant s'occuper de lui. C'est grâce à quelqu'un d'autres qu'il peut satisfaire ses besoins les plus fondamentaux. Cet état de choses engendre une multiplicité d'obstacles qui s'opposent à la croissance harmonieuse du jeune déficient.

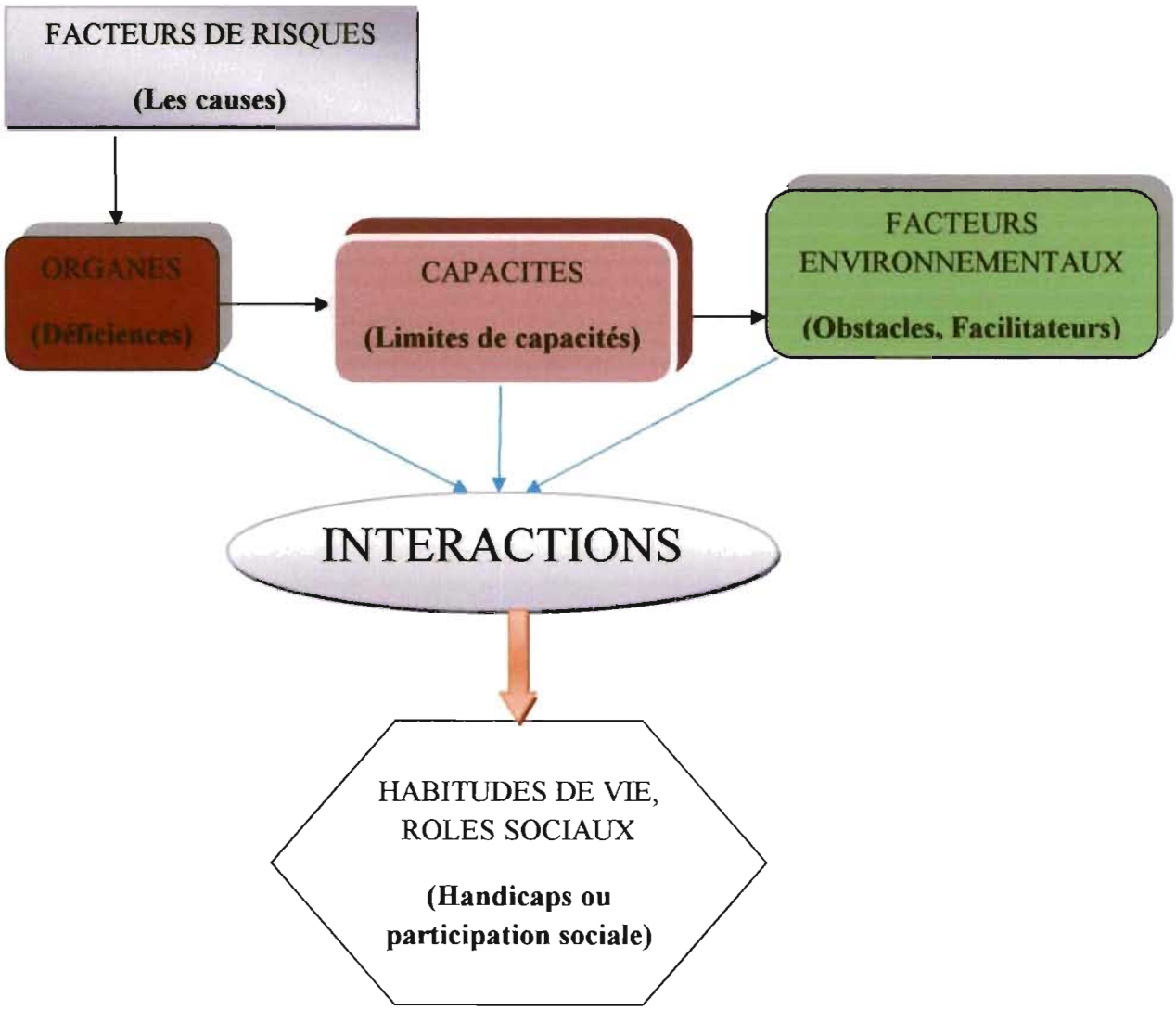
Le présent chapitre ne veut pas en faire une liste exhaustive, mais nous allons nous attarder sur trois obstacles qui nous ont semblé les plus handicapants pour un enfant en processus de rééducation. Ceux-ci sont, en l'occurrence, le handicap du jeune déficient, les conditions difficiles d'encadrement ainsi que les obstacles familiaux et parentaux. Cependant, nous restons conscient du mal que les obstacles non cités dans ce travail infligent à ces enfants différents des autres.

7.1. Handicap comme obstacle majeur à l'intégration socio-affective

Précisons de prime abord, ce qu'il faut entendre par handicap ou ce qui manque chez une personne en situation de handicap afin de déceler après comment les facteurs environnementaux agissent comme freins à l'intégration socio-affective des enfants handicapés mentalement. En effet, loin d'être une malédiction ou un péché de la famille qui reçoit un enfant en état d'handicap mental, le handicap est à comprendre comme une réduction des rôles sociaux attendus dans la société en raison des limites de capacités personnelles et d'obstacles environnementaux. Fougeyrollas (1997, p.72) en donne des précisions et qualifie le handicap comme :

> *« La réduction de la réalisation des habitudes de vie (appelés aussi rôles sociaux), résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les limites de capacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (facilitateurs et obstacles) ».*

Fougeyrollas (1997, p.74), donne aussi le schéma illustrant le processus de production des handicaps.



De ce fait, il est clair que le handicap devient donc la conséquence sociale des déficiences et des limites de capacités d'une personne. Les handicaps sont largement tributaires du milieu physique ou social et varient dans l'espace (selon les lieux) et le temps. A titre illustratif, le site www.insieme-ge.ch/documentation, (le 06/4/2012, 18h32) soutient ce point de vue en ces termes :

> *« une personne qui, manifestant des limites de capacités motrices, est très handicapée (donc ne peut pas jouer certains rôles) dans une école avec des barrières architecturales et peut pleinement participer socialement (est peu handicapée) dans un centre de loisirs dont le bâtiment a été adapté (rampe, ascenseur, etc.) ».*

De ce fait, nous pouvons retenir qu'un handicap peut être réduit – ou autrement dit, un rôle peut être facilité – lorsque les obstacles physiques ou sociaux de l'environnement sont atténués ou supprimés et des facilitateurs (appuis techniques ou humains, adaptations) sont mis en place pour augmenter la participation sociale de la personne.

En effet, si nous considérons les propos recueillis auprès des encadreurs, nous découvrons que les rôles sociaux attendus pour chaque enfant ne sont pas correctement remplis suite à l'handicap du jeune déficient. L'encadreur NTA, en nous parlant de NTS nous précise ceci :

> *« Nk'uyu mwana ingorane agira umusavye ico agukorera, n'uko yipfuza cane kugikora bikamwankira kubera bwa bumuga asanganywe. Ariko ubundi ho turabona ko yarafise umutima wo kubikora mugabo bikamwankira kubera ubumuga bwiwe ».*

Ce qui se traduit :

> *« Pour cet enfant, les problèmes qu'il rencontre si on lui demande de faire quelque chose, c'est qu'il souhaite le faire mais se heurte à l'obstacle engendré par le handicap dont il est victime alors que nous remarquons qu'il est animé par la pleine volonté de le faire, mais sans succès à cause de son handicap ».*

Ceci nous montre que, malgré la volonté de l'enfant, il reste limité dans ses actions par la déficience dont il est victime. Ceci comporte des conséquences sur sa personnalité et peut engendrer des frustrations chez le jeune déficient et donner place au sentiment de déconsidération. Ce sentiment est toujours présent chez le jeune défient. L'anxiété engendrée par l'échec ne se cache pas, elle est souvent constatée par leurs encadreurs. GAM nous le dit dans ces termes quand il nous parle d'IRD :

> *« Uyu mwana arababara cane iyo abonye ko hari ivyo abandi bashoboye na we adashoboye. Kandi kubera adashoka atahura ico bivako biramubabaza cane mbere natwe bikanadutera ikigongwe. Arifuza kubikora bikanka, agaheza agaca ashiramwo inguvu ugaca ubona arahenutse kuko aba abikora yicaye kandi n'ukwicara atabizi neza ».*

Cela signifie :

> *« Cet enfant est frustré quand il voit qu'il y a des tâches que les autres exécutent facilement et que lui échoue. De plus, le fait qu'il n'est pas à mesure de saisir les raisons de son échec le rend tellement frustré au point que nous en sommes aussi touchés. Il a envie de bien faire les tâches que nous lui confions mais sans succès. De ce fait, il décide de fournir tout effort possible mais on le voit tomber car, ce qu'il fait, il le fait étant assis alors que la position assise est nouvellement acquise ».*

De ce qui précède, nous pouvons comprendre que l'anxiété et la frustration contribuent à parasiter l'efficience intellectuelle du sujet et un cercle vicieux d'échecs, des moments dépressifs et d'intenses réactions émotionnelles peuvent s'installer.

De plus, la précarité de la situation telle que modelée par le handicap de l'enfant ne lui épargne pas le déni formulé à son endroit par ses collègues capables de certaines tâches. Ceux-ci ne tolèrent souvent pas l'enfant quand il est en échec au moment des activités exécutées ensemble. A ce sujet, NIE nous parle de BAF en ces termes :

> *« (...) Iyo ari kumwe n'abandi bana bashoboye gukora ibikorwa bimwe bimwe, urashobora gusanga bibaza bati mbe ni kuki urya wewe atakoze kirya gikorwa ? Bagaca bamufata nk'ikinebwe canke nk'umugarariji adashaka gukora canke atana abandi ibikorwa. Baramushavurira cane ariko duca tubabwira ico vyavuyeko tukanababwira ko hanyuma ibimunaniye bomufasha ».*

Cela veut dire :

> *« (...) Quand il est avec d'autres enfants capables d'accomplir certaines tâches, tu peux les surprendre en train de s'interroger pourquoi cet autre enfant n'a pas fait cette tâche. Par la suite, ils le considèrent comme un paresseux ou un rebelle qui ne veut pas travailler ou aider les autres quand ils sont au travail. Ils sont irrités par cet état de choses mais nous intervenons pour les informer quant aux causes de son échec et nous leur demandons de l'aider pour la prochaine occasion partout où il n'est pas capable ».*

Cela étant, cette situation affecte considérablement l'image et l'estime de soi chez l'enfant et amplifie le sentiment de l'auto-déconsidération. De plus, cette situation semble justifier – pour l'enfant – les stigmatisations que les autres lui font et renforce les barrières architecturales et sociales. De ce fait, l'enfant se résigne, se replie sur lui-même et se trouve obligé de se retirer du groupe d'appartenance qui devrait être son point de référence, de soutien et d'encouragement. Dans ce cas, le groupe devient un élément persécuteur qui empêche l'enfant à se réaliser car, il n'est ni compris ni toléré au sein de son groupe.

Enfin, le type et le niveau du handicap sont aussi considérés comme obstacles au processus d'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. Il est clair, en effet, que les enfants avec des handicaps légers ou moyens ont plus de chances de participer à des programmes d'intégration que les enfants avec des déficiences sensorielles, des handicaps graves ou polyhandicapés. Quand bien même ils sont intégrés, les enfants ayant un handicap profond ont l'opportunité d'interagir avec leurs pairs, mais ceux-ci ont besoin d'aide pour les comprendre et répondre à leurs sollicitations. GAM le précise en ces termes quand il nous parle de NTS :

> *« Ng'aha mw'irerero abana ntibamugaye kumwe. Iyo ubatumye ico bakora, hariho abafise ubumuga bwo mu mutwe gusa ariko bafise amaboko yo kubikora. Uyu mwana NTS we ubumuga bwiwe si nk'ubw'abandi kuko, hampande y'ubumuga bwo mu mutwe aranamugaye ku mubiri. Mu vyo tubatuma ashobora bike cane (...) ».*

Ceci se traduit :

> *« Ici au Centre, les enfants ne sont pas handicapés de la même manière. Si nous leur confions une tâche à accomplir, certains ont un handicap mental seulement mais possèdent des bras solides pour l'accomplir. Pour cet enfant NTS, son handicap est différent de celui des autres car, à côté de son handicap mental, il est aussi handicapé physiquement. Pour les tâches que nous confions aux enfants, il réussit en très peu de choses (...) ».*

Ces propos indiquent clairement combien le type ou le niveau de l'handicap limite le jeune déficient à la participation sociale. Cet état de fait rend caduques les efforts consentis pour aider l'enfant et met à l'agonie le processus d'intégration. Les auteurs Rose et Doumont (2007, p.11) vont même loin jusqu'à affirmer que l'impact de l'intégration sur le développement des compétences de l'enfant sévèrement handicapé n'est pas clair.

7.2. Obstacles liés aux conditions difficiles d'encadrement

Ces enfants sont victimes des conditions d'encadrement qui se détériorent au fur du temps. Lors de notre travail de terrain, les encadreurs nous ont raconté de nombreux obstacles qui s'opposent à leurs tâches. Ceux-ci handicapent sans doute le développement de l'enfant.

En effet, pour les enfants qui nécessitent le concours de l'adulte, ils sont mieux aidés quand ils sont encore petits car facilement transportables alors que la tâche devient de plus en plus dure au fur et à mesure qu'ils augmentent de poids. Ceci transparaît clairement dans ces propos de NTA :

> *« Iki gikorwa dukora kirasaba akigoro n'ukwitanga cane. Nk'akarorero dufatiye kuri IRD, urabona aguma akura, ibiro biguma vyongerekana hanyuma agahava akaremera. Ariko urabona n'umwana adatambuka, bisaba ko arinda guterurwa. Akeneye ko umwama hagufi kugira umukorere ibintu vyose. Bisaba ko witanga naho woba urushe kugira umufashe ivyo akeneye ».*

Cela veut dire :

> *« Notre travail exige un sacrifice de notre part. Par exemple, si nous considérons IRD, tu vois qu'elle grandit régulièrement, son poids augmente et devient de plus en plus lourde. Or, c'est un enfant qui ne marche pas, qui exige par conséquent qu'on le soulève pour un moindre déplacement. Elle veut que nous soyons toujours près d'elle afin de l'aider en tout. Ceci demande un grand sacrifice car, même si on est fatigué, on est obligé de lui venir en aide dans tout ce dont elle a besoin ».*

Ceci nous montre que malgré le sacrifice précédemment évoqué, il n'est pas évident que la volonté d'aider le jeune déficient encore petit, reste la même si l'enfant grandit et acquiert un poids difficile à soulever. Nous l'avons d'ailleurs constaté lors de notre stage. Ces jeunes déficients d'un poids élevé, sont souvent sortis ou déplacés les derniers s'il s'agit d'une action que les enfants accomplissent à l'extérieur de leur classe, ou d'un déplacement qu'ils font tous les matins vers le Centre. Ceci devient une autre forme de discrimination qui les touche jusqu'à manifester une colère mêlée d'une frustration. Ceci se fait sentir dans les propos de GAM :

« Nk'ubu hageze ko bajana abana mu Kamuri, abonye umanukanye uwambere, ukamanukana uwakabiri, ugasubira uwa gatatu, na we aca atangura kurira gose aho guturika yibaza ko wewe ataja kuronka uwumujana, akanahera aho mbere akibaza ko tutamukunda. Wewe yumva umengo niwe yotangura ariko wewe wafashe ingingo yo kujana umwe umwe (...) ».

C'est-à-dire :

« Si c'est le moment d'amener les enfants au Centre Akamuri, s'il voit que tu amènes d'abord le premier enfant, puis le deuxième, puis le troisième, il éclate de colère et pleure beaucoup croyant que personne ne va l'amener au Centre jusqu'à penser que nous ne l'aimons pas. Il préfère plutôt être amené le premier alors qu'on a décidé d'amener un à un (...) ».

De plus, les effectifs élevés des enfants déficients mentaux qui sont au Centre constituent un obstacle important à l'intégration de ceux-ci. Normalement, pour assurer de façon efficace l'encadrement des enfants, même normaux, il faut un effectif raisonnable. Pour les jeunes déficients, l'encadreur est appelé à suivre un à un, en corrigeant et en expliquant individuellement ce qu'il faut et ce qu'il ne faut pas et, ceci de la manière répétitive. Si donc l'effectif des enfants à encadrer est élevé, moins sera la qualité de l'encadrement et l'intégration socio-affectif de ces enfants sera précaire. A ce sujet, HAA se plaint en ces termes :

« Iyo abana ari benshi, turagira intambamyi mu kubateza imbere mu bijanye n'ubwenge. Umurezi agira inguvu kugira akurikirane umwe umwe agaca asanga umwanya nawo ni muto cane ntubimushoboza. Gutyo abana ntibaba bagifashijwe bikwiye mugihe usanga ari benshi mugabo abarezi ari bake ».

C'est-à-dire :

« Si les enfants sont nombreux, nous avons toujours un problème de les encadrer pour viser une performance intellectuelle. L'encadreur fournit l'effort pour suivre un à un, mais il se heurte à un problème du temps qui est limité. De ce fait, les enfants ne sont pas aidés convenablement surtout qu'ils sont nombreux, alors que l'effectif des encadreurs ne suit pas ».

Ces propos montrent sans doute que l'enfant qui sollicite de façon permanente le concours de l'adulte ne l'obtient pas toujours chaque fois qu'il en a besoin. Cet état de chose pousse l'encadreur à recourir à la méthode expositive pour rattraper le temps et néglige la méthode participative qui reste la plus efficace pour l'éducation de ces jeunes déficients. De ce fait, l'apprentissage reste superficiel et l'intégration socio-affective s'amenuise. A ce sujet, Jacquemin (2002, p.30) est directe quand elle nous dit :

> *« Dans les collectivités où les effectifs sont importants, un enfant handicapé aura de grandes difficultés à entrer en relation avec les autres. Il est par ailleurs certain que les enfants handicapés, en petit groupe, manipulent davantage les jouets et sont moins inhibés que dans un groupe plus grand ».*

Un autre obstacle qui rend la situation hostile à l'intégration socio-affective de ces jeunes déficients mentaux est le manque criant des moyens pouvant faciliter et satisfaire une intégration préférée par tous. Cet obstacle envenime la situation et rend caduque tous les efforts consentis par les encadreurs. Il est, en effet, clair qu'un enfant avec une déficience mentale, souvent associée aux autres pathologies, a besoin de beaucoup de choses : il est souvent maladif, exige souvent un déplacement différent de celui des normaux, une alimentation souvent différente à celle des normaux, etc. KAT nous parle quelques conséquences de cet obstacle :

> *« Hari aho umwana agwara ukabona ko aremvye, afise ikibazo gikomeye ariko na twe tudafise uburyo bwo kumuvuza bikwiye. Ahandi naho, hari aho umuvyeyi azana umwana mu kigo Akamuri ugasanga ntiyaronse impuzu, udusabuni dukwiye eka n'utundi dukenewe ku mwana atari muhira. Nk'umurezi amukurikirana ntuheza ngo utekane mu gihe utaba ufise ico womufashisha kandi na we nyene biramubabaza cane abona abandi bafise ikintu na we adafise ».*

Cela veut dire :

> *« Il peut arriver qu'un enfant tombe malade alors que nous n'avons pas de moyens pour le faire soigner convenablement. D'un autre côté, il peut y avoir un parent qui nous amène son enfant sans lui donner des habits, des savons ou autres choses nécessaires pour un enfant qui n'est pas à la*

maison. En tant qu'encadreur, on n'est jamais à l'aise si on n'a pas ce qui est nécessaire pour l'aider. De plus, l'enfant lui aussi est frustré quand il remarque qu'il manque ce que les autres possèdent ».

MAL ajoute :

« Urabona ko aba bana badafise ubumuga bumwe. Muri bo, hariho abadashobora gutambuka bigasaba ko mu kubatahana naho atamiduga ikigo gifise turondera uburyo bwo kubunguruza. Ubwo buryo na bwo ntibworoshe kuronka cane cane muri iki gihe tubayemwo. Iyo na yo iba intambamyi kugikorwa cacu no kw'iterambere ry'umwana amugaye ».

C'est-à-dire :

« Vous constatez que les enfants ne sont pas handicapés de la même manière. Parmi eux, certains ne peuvent pas marcher et par conséquent exigent un déplacement alors que le Centre n'a pas de véhicule pour ça. Nous sommes obligés de chercher des moyens pour le déplacement de ces enfants même s'il n'est pas facile d'en avoir actuellement. Ce qui est une containte sur notre tâche et sur le progrès de l'enfant handicapé ».

Tout compte fait, nous ne prétendons pas avoir épuisé tous les obstacles à l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux liés aux conditions difficiles d'encadrement, mais nous n'avons relevé que les plus significatifs, sinon la liste peut être plus longue que celle-ci.

7.3. Obstacles familiaux et parentaux

La naissance d'un enfant avec une déficience mentale entraîne des changements importants dans la vie du couple familial, de la famille et même de l'environnement social. Cela modifie inévitablement – et dans plusieurs cas – de manière négative, la façon de se percevoir, de voir l'enfant, la communication au sein du couple, la vie de famille, les valeurs et la conscience sociale. Ainsi, la présence d'un enfant handicapé peut devenir pour les parents une cause pouvant entraîner leur marginalisation ou provoquer un profond sentiment d'amertume. Le spécialiste en Sociologie du handicap Richier (2011, p.8) nous partage ses analyses en ces termes :

« Le handicap les a relégués et claustrés pour un temps dans un monde social particulier : ils apparaissent, pour le commun des mortels, comme prisonniers d'un cercle particulièrement rigide. Les parents vivent alors leur existence, non pas uniquement en fonction d'un statut imposé par la société, mais aussi selon les représentations qu'ils ont de leur situation présente ».

Considérant les analyses de Richier (2011), il est clair que l'univers parental avec en son sein une déficience est décrypté : les individus sont pris dans l'entre-deux-mondes, côtoyant ainsi à la fois le monde de la normalité et le monde de l'anormalité. De ce fait, le couple parental soufre d'avoir créé un enfant handicapé. Le sentiment de déception qui demeure intense chez eux ainsi que celui de dévalorisation que les parents éprouvent les enfoncent jusqu'à ce qu'ils s'interrogent sur le sens de la vie. Les parents demeurent alors persécutés par l'image d'un enfant idéal car l'enfant reçu ne comble ni leurs attentes ni leurs aspirations et ne répond pas davantage aux normes de la société. En effet, alors que les parents doivent s'y adapter, s'organiser pour offrir des conditions favorables au développement de l'enfant, tout en tentant de préserver leur intégrité personnelle et familiale, la situation où ils sont placés les conduit à adopter des comportements souvent défavorables à la croissance de l'enfant, voire à sa survie.

De prime abord, les parents d'un enfant déficient mental ont honte de lui et refusent d'en parler aux autres. Ceci condamne l'enfant à être toujours mis en quarantaine pour que les parents puissent parer aux troubles dans leurs relations avec les autres. GAM l'a, en effet, signalé en ces termes :

« (...) si abantu benshi, baronse umwana nka IRD bashobora kuvyakira. Turamaze kuvugana mbere n'abavyeyi batari bake, baratubwiye ko bamaze kubona baronse umwana afise ubumuga bwo mu mutwe batavyumvise, vyabateye ubwoba, bakamaramara iyo abandi bavyeyi bamubonye. Ni ivyo bituma baca bama babashira ahinyegeje, aho abantu batamubona ».

Cela se traduit :

« (...) Il y a peu de personnes qui reçoivent un enfant comme IRD sans être affectées. Par ailleurs, nous avons déjà échangé avec pas mal de parents, ils nous ont signifié qu'au moment où ils ont remarqué qu'ils ont eu un enfant déficient mental, ils n'ont pas compris. Ils ont eu peur et ont de la honte si

les autres parents le remarquent. Telles sont les raisons qui les poussent à cacher ces enfants loin là où ils ne sont pas vus par le public ».

Ces propos des encadreurs sont renforcés par le constat de Richier (2011, p.78) qui reste tranchant et direct en affirmant que :

« Les parents de l'enfant handicapé mental font comme si de rien n'était. Ils jouent un jeu de dupe aux dépens de leur entourage. Ce jeu trouve sa raison d'être dans le fait que les parents ne souhaitent pas « perdre la face » devant leur interlocuteur. Les parents cachent quelque chose qui peut les discréditer. Les parents sont isolés à cause d'une faute dont ils ne sont pas responsables. Ils sont accusés à tort d'un crime qui n'en est pas un. Leur faute est d'avoir enfanté un « monstre » qui, enfin de compte, n'est qu'un individu vivant sans se référer strictement aux normes sociales établies ».

Il est, en effet, clair que si cette situation bouleverse les parents du jeune déficient, on ne peut pas non plus attendre d'eux quelque chose favorable au processus d'intégration socio-affective de leur enfant. Alors que tout enfant apprend toujours par imitation des autres, il est à constater que l'enfant mis en quarantaine est aussi privé des stimulants pouvant l'aider à grandir socialement, affectivement et intellectuellement.

De plus, si les parents ne le cachent pas, ils adoptent un sentiment de surprotection en arguant que l'enfant est incapable de tout. MAL nous le dit dans ces termes :

« Iyo umwana ari muhira iwabo, umuvyeyi araraba ingene ameze akabona ko ata co yoshobora agaca aba ari we amukorera ibintu vyose. Atabaye hafi, hari abaca bazana umukozi ajejwe uyo mwana wenyene. (...) ».

Cela veut dire :

« Quand l'enfant est à la maison, son parent regarde combien il est handicapé et conclut que l'enfant est incapable de tout. De ce fait, il s'engage à tout faire pour son enfant. S'il n'a pas de temps, il engage une personne qui s'occupe seulement de cet enfant (...) ».

Cette situation enfonce davantage l'enfant dans son état de handicap et reste toujours un obstacle à son développement socio-affectif. Normalement, dans tout apprentissage, on aboutit à des résultats escomptés si l'apprenant reste attaché à la matière à apprendre. Il

doit participer activement, faire travailler son imagination, faire plusieurs exercices pratiques, poser des questions là où il ne comprend pas, regretter avec les autres quand il est en situation d'échec, etc. Or, la situation ci-haut décrite éloigne l'enfant des occasions d'apprentissage en laissant les autres agir à sa place et ce faisant, on lui refuse toute chance de développement.

Enfin, il est à noter qu'aux relations intrafamiliales, s'attache un style propre à chaque couple parental et à chaque « fratrie ». Mais, contrairement à ce que croient beaucoup de parents, il est à signaler que la présence, parmi des enfants normaux, d'un enfant déficient mental pose toujours un problème auquel on ne saurait trouver de solution univoque. Entre autres éléments qui provoquent de l'amertume chez le jeune déficient, MAG s'y réfère en ces termes :

> *« Ibintu bituma umwana nk'uyu atanezerezwa n'ukuba kumwe n'abandi bana bavukana canke n'abandi abaribo bose, n'uko batigera bamwakira, n'ukuvuga bamutahura. Umwanya wose baguma bariko baramushavuza akongera akababazwa n'uko abona abandi bashoboye gukora igikorwa iki canke kiriya nawe ataco ashoboye ».*

Cela se traduit :

> *« Entre autres éléments pouvant frustrer un tel enfant quand il est avec ses frères et sœurs ou n'importe quels autres enfants, ceux-ci ne tolèrent pas sa présence parmi eux c'est-à-dire, ne le comprennent pas. Il est constamment embêté et toujours frustré de voir combien les autres réussissent mieux telle ou telle autre tâche face à laquelle il est inapte ».*

Le site http://id.erudit.org/iderudit/030266ar, (le 28/4/2012, 18h30) est clair quand il nous parle de l'attitude des autres enfants face à leur frère ou sœur déficient mental :

> *« Les enfants ont parfois tendance à considérer leur frère ou sœur handicapé comme la source de tous leurs problèmes. L'hostilité qui en découle 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 ».*

Ainsi, cette attitude inadéquate des autres enfants reste nuisible au développement du jeune déficient. A part que même ces enfants sont dans une situation qui n'est pas épanouissante

pour eux, le jeune déficient en devient doublement victime. Il est d'abord isolé dans ses relations avec ses frères et avec le monde mais aussi, il est privé des éléments nécessaires pour sa stimulation lors de son apprentissage et l'intégration socio-affective en souffre davantage. Dans tous les cas, même si on fait un élargissement progressif des relations du déficient mental en dehors du cadre familial, la fréquentation d'autres enfants représente une difficulté autrement malaisée à résoudre. Nos enquêtés sont aussi conscients de cet aspect et GAM nous dit ceci :

> *« (...) mu babanyi iwabo hariho abadashobora kumwakira. Ugasanga nk'abandi bana bariko baramwita ko ari « ikilofa » kitagira ubwenge. Ivyo biraheza bikamubabaza cane ».*

Cela veut dire :

> *« (...) dans l'entourage chez eux, il y a ceux qui ne le comprennent pas. On peut trouver les autres enfants en train de l'appeler qu'il est « débile » et qu'il n'a pas d'intelligence. Ceci le frustre énormément ».*

Cependant, signalons qu'au cas contraire, les autres enfants peuvent être d'heureux auxiliaires de la maturation sociale du petit déficient si celui-ci cesse d'être toujours le point de mire des regards des autres et qu'on exige seulement de lui les conduites « civilisées » correspondant à sa compréhension. De ce fait, ils sont appelés à avoir vis-à-vis de lui une attitude positive de coopération, ce qui leur permettra de l'associer sans hostilité ni surprotection à leurs jeux.

7.4. Conclusion du chapitre

Si le présent chapitre s'est limité sur les trois types d'obstacles, nous demeurons conscient que l'intégration socio-affective de nos concitoyens (enfants déficients mentaux burundais) reste soumise à de multiples contingences car ils baignent dans un environnement extrêmement hostile à cette dernière. En plus des entraves d'origine sociétale, nous enregistrons aussi celles de l'univers économique. Il est, en effet, clair que les sociétés actuelles sont guidées par la notion de la compétitivité et visent toujours le gain de la productivité. Ceci a un impact négatif en ce qui est de l'attention portée aux enfants déficients mentaux. De plus, la législation burundaise reste aussi un obstacle non moins négligeable car elle reste lacunaire au sujet de la déficience mentale en ce sens que les codes et lois du pays ne parlent que globalement de la capacité et la protection des handicapés. A ce niveau même, force est de constater que dans la pratique, l'application de ces derniers n'est pas encore

effective. On ne se limite qu'aux principes seulement, alors qu'une loi n'a d'effets que quand il y a un texte d'application.

Tout compte fait, malgré cette hostilité de l'environnement qui engendre une multiplicité d'obstacles à la croissance intellectuelle et socio-affective de l'enfant déficient mental, celui-ci dispose des moyens de *« coping »* qui sont des mécanismes d'adaptation lui assurant une survie aussi bien sur le plan physique que psychique. Ce sont ces mécanismes d'adaptation qui font objet du chapitre qui suit.

CHAPITRE VIII. MECANISMES D'ADAPTATION RELATIONNELLE S'OFFRANT AU JEUNE DEFICIENT MENTAL DU CENTRE DE REEDUCATION

8.0. Introduction

L'adaptation n'est pas un fruit du hasard. Elle repose essentiellement sur les besoins humains comme la sécurité, l'affection, le succès, l'affirmation de soi, l'aide, etc. et se manifeste par un rendement dans l'activité développée et par un sentiment d'équilibre. L'organisme qui vit dans un certain milieu vise à satisfaire ses besoins et à s'y épanouir. Notons en outre que les diverses modalités de l'adaptation ne sont point des entités isolées car une même fonction adaptative ne s'actualise que par la convergence et l'interférence de ces modalités. C'est au prix d'une cascade de mécanismes superposés qu'une situation adaptative se réalise. Bresson et al. (1967, p.4) nous disent ceci :

> *« Une situation adaptative concrète apparaît comme une synergie d'adaptations, ou plus souvent comme un compromis, parfois tout juste viable, entre des adaptations situées à des niveaux adaptatifs différents ».*

Tout ceci pour dire que l'adaptation n'est pas le fruit d'un simple fait, mais au contraire, pour nous convaincre qu'elle est le résultat d'un long travail qui se réalise au prix de diverses modalités dans des conditions précises.

Le présent chapitre ne prétend pas épuiser la complexité du concept d'adaptation tel que envisagée par l'épistémologie et la phénoménologie mais il se propose de voir les mécanismes d'adaptation relationnelle qui s'offrent au jeune déficient mental du centre de rééducation ainsi que les éléments qui jouent un rôle catalyseur à l'adaptation de l'enfant déficient mental.

8.1. Mécanismes d'adaptation selon J. PIAGET

Notons d'emblée que l'adaptation humaine est à considérer comme un pouvoir que comme un état. De ce fait, on est conduit à se référer toujours à la capacité d'adaptation qui est celle de procéder à des réadaptations successives en fonction de la réalité interne et externe. Tout se mobilise avec le but de rechercher l'équilibre. Deschaseaux cité par Kourilsky & al. (1965, p.3) nous dit :

> *« D'une façon générale, l'adaptation est l'appropriation de l'organisme aux conditions de la vie, ce qui implique essentiellement un équilibre, une harmonie entre l'organisme et le milieu ».*

Dans le même sens, J.Piaget considère aussi l'adaptation du sujet au milieu et cherche à dégager les relations existant entre le sujet (agissant et pensant) et son environnement. Il indique que les structures qui caractérisent chaque niveau d'équilibre se construisent par l'interaction entre l'activité du sujet et les réactions de l'objet. Piaget cité par Sillamy (1980, p. 21) signale en outre que :

> *« il y a adaptation (...) lorsque l'organisme se transforme en fonction du milieu et que cette variation a pour effet un équilibre des échanges entre l'environnement et lui ».*

En outre, Piaget est d'un apport important dans ce domaine surtout quand il parle de processus d'assimilation et d'accommodation, deux modes d'action interdépendants qui se combinent sans cesse pour maintenir l'équilibre stable qui définit l'adaptation.

En effet, l'assimilation et l'accommodation sont deux mécanismes importants utilisés par un individu en processus d'adaptation. Ainsi, l'assimilation, au sens le plus large, est considérée par Piaget (1967, p.14) comme une action de l'organisme sur les objets qui l'entourent, étant donné que cette action dépend des conduites antérieures portant sur les mêmes objets ou d'autres analogues. Quant à l'accommodation, Lafon (1979, p.8) la définit comme une activité d'un sujet qui modifie ses schèmes antérieurs pour s'adapter aux conditions du milieu ambiant. Piaget en donne plus de précisions en disant que :

> *« L'enfant s'accommode progressivement au milieu en assimilant les éléments physiques et psychiques qui lui viennent du milieu, puis en transformant ses modes d'action antérieurs de façon à adopter une conduite plus ajustée aux nouvelles demandes du milieu ».*

En somme, les deux concepts vont toujours ensemble pour signifier l'adaptation. L'assimilation et l'accommodation demeurent deux mécanismes qui interagissent pour que l'individu garde son équilibre et s'adapte. Dans le processus d'adaptation, il n'y a pas d'assimilation sans accommodation et vice-versa, sinon la séparation de ceux-ci conduirait aux dérives de la déformation.

8.2. Adaptation par assimilation-accommodation chez le jeune déficient mental

Un Centre de rééducation ou d'accueil se présente comme un milieu extrêmement nouveau pour l'enfant déficient mental qui franchit pour la première fois les portes dudit Centre. Ceci pour plusieurs raisons car il entre dans un milieu particulièrement différent à celui du toît familial et de son entourage. Alors que ce dernier se caractérise par l'apathie, la surprotection, le non dynamisme, l'inexploitation des talents de l'enfant, etc. ; le Centre de rééducation se présente autrement. C'est un lieu d'apprentissage et se propose de faire face aux défis qui s'opposent à la croissance du jeune déficient. Autrement dit, le Centre travaille pour diminuer les handicaps du jeune déficient en lui permettant de jouer des rôles sociaux attendus dans un milieu donné. Or, les mécanismes d'assimilation renvoient à l'action du sujet et consistent à intégrer de nouvelles données aux patterns comportementaux qui existent déjà. Les mécanismes d'accommodation sont déterminés par l'objet et ont pour effet de modifier les comportements existant pour qu'ils puissent être adaptés aux exigences de la situation. De ce fait, le Centre dispose des aides et des aménagements physiques et sociaux pouvant augmenter, pour le jeune déficient, la participation sociale et partant, intégrer davantage. Les différences de ces deux milieux ci-haut mentionnés se remarquent dans les propos de nos enquêtés quand HAA parmi ceux-ci nous dit :

> *« Aha mw'irerero, nk'uko nari nabikubwiye, umwana ategerezwa kumenya kwiyoga, kwiyambika canke kwiyambura impuzu mugihe bikenewe, gukubura chambre yiwe akongera akayikoropa, kwimesera, kwifungurira,... Ariko hari aho tubaza abana ko ibi babikora muhira iwabo bakaduhakanira ko batabikora kuko ivyo bikorwa n'aba boyi (...) ».*

Cela veut dire :

> *« Ici au Centre, comme je vous l'ai déjà dit, un enfant doit savoir se laver, s'habiller ou se déshabiller en cas de besoin, balayer et nettoyer sa chambre, laver ses habits, se nourrir lui-même, ... Mais par contre, souvent on demande aux enfants si ce qu'ils font ici, ils le font aussi à la maison, ils affirment qu'ils ne le font pas car à la maison il y a des travailleurs qui le font pour eux (...) ».*

En effet, pendant le processus d'adaptation, l'enfant est toujours aidé par les encadreurs qui arrêtent des stratégies pouvant lui faire aboutir à une adaptation effective. L'exemple typique est NTS qui ne pouvait ni s'asseoir ni marcher. Au départ, l'enfant restait allongé par terre et était totalement aidé dans tous ses besoins par l'adulte. C'est au prix de ses efforts et de ses encadreurs qu'elle doit actuellement sa marche et sa posture assise comparable à celle des autres. Ceci est clair dans les propos de KAT quand il nous parle de NTS:

> *« Uyu mwana kuva agishika twagumye tumutwara muri « Kiné » kugira turabe na we ko yogira amaguru n'amaboko akomeye nk'abandi hanyuma nawe umunsi uri izina aze ahore yitahana nk'abandi. Nico gituma ubu ubona atambuka kurya, burya yarateye intambwe cane ».*

Ceci se traduit:

> *« Depuis que cet enfant est arrivé ici, nous l'avons toujours conduit chez le kinésithérapeute pour voir s'il pouvait avoir lui aussi les jambes et les bras en forme comme ceux des autres pour qu'un jour il puisse rentrer en marchant comme les autres. C'est ce qui a affermi son pas actuel pour qu'il marche de la sorte, il a quand même bien évolué ».*

De ceci, nous constatons que NTS, pour marcher et s'asseoir d'ailleurs, il lui a fallu une intervention régulière des kinésithérapeutes pour conférer à ses organes la forme et la force. Tous ces efforts étaient consentis dans le but de faciliter l'enfant à bien s'adapter aux sollicitations du milieu. A notre avis, nous constatons que cette adaptation se fait par accommodation. A ce sujet, Sillamy (1980, p.9) définit l'accommodation comme :

> *« (...) un processus par lequel un organe ou un organisme soumis à la pression des choses se modifie, s'ajuste, se conforme pour s'adapter aux conditions ambiantes ».*

De plus, le Centre de rééducation cherche à conférer à l'enfant une autonomie dans ses actions. Pour y parvenir, on lui fait apprendre beaucoup de choses de la vie courante qui peuvent le rapprocher plus ou moins au rang des normaux. L'action n'est pas facile mais elle est possible et la réussite est fonction des efforts énormes des encadreurs et de l'enfant. Ceci se remarque dans les propos recueillis au moment de notre enquête quand HAA nous disait ceci :

« (...) kubera ko ari muhira aba yamenyereye kudakora ikintu na kimwe, ashitse aha turamwigisha nk'ukwimesera uduhuzu canke gukora ibikorwa bitari bike. Ntaca abigira neza ubwo nyene, atangura abigira nabi. Ivyo na vyo ntitubigaya kuko aba ariko aravyiga mbere ni ko karyo ko kugira abifate, araheza akabigira neza amaze kubimenyera. Notanga akarorero kubijanye n'ukumesa, kwiyoga, gukoropa aho aba, n'ibindi. Kubera aba atabimenyereye usanga ariko arisuragurirako gusa amazi kugira yereke uwumuraba ko yahejeje kandi ata na kimwe yakoze. Ivyo rero, biratwereka ko umwana atazi ukuntu biyoga. Tumaze kubibona turabikosora, tukamwiza neza urukurikirane rw'ingene umwana ategerezwa kwiyoga. Araheza akabimenya mbere akanabimenyera gushika aho iyo amaze gukura afasha kuvyigisha abandi baba batarabimenya ».

Cela veut dire :

« (...) comme il est habitué à ne rien faire à la maison, quand il arrive ici, nous lui apprenons à laver ses habits ou faire d'autres activités diversifiées. Il ne réussit pas directement mais le fait quand même tant bien que mal. Nous ne désapprécions pas ce qu'il fait car il est en processus d'apprentissage et c'est d'ailleurs l'occasion pour s'y habituer. Entre autres activités qu'on lui apprend, nous lui apprenons à laver ses habits, se laver, torchonner sa chambre, etc. parce qu'il n'est pas habitué à se laver, il se jette de l'eau seulement pour montrer qu'il a terminé alors qu'il n'a rien fait. Cela nous montre que l'enfant ne sait pas se laver. Quand nous le remarquons, nous essayons de corriger en lui montrant comment on se lave. Il finit par le maîtriser et s'y habituer jusqu'à l'apprendre aux autres qui ne le connaissent pas encore ».

Ces propos nous montrent que pour s'adapter aux exigences du Centre, l'enfant handicapé est obligé de mettre en éveil ses potentialités tant psychiques que physiques. Il est en fait confronté à des situations qui, pour y réussir, il doit essayer, mémoriser, échouer une fois mais réessayer encore. De ce fait, tous ces apprentissages obligent à l'apprenant de rendre son comportement semblable à celui du groupe avec lequel il vit. Cela implique que l'adaptation aux conditions que l'enfant rencontre au Centre se fait par assimilation étant donné que selon Piaget (1980, p.14),

« l'assimilation est l'incorporation des objets ou d'une situation dans les schèmes de la conduite, ces schèmes n'étant autres que le canevas des actions susceptibles d'être répétées activement ».

En somme, la vie suppose une adaptation constante et les mécanismes adaptatifs assurent la survie, aussi bien au plan psychique que physique. Or, les mécanismes d'adaptation qui sont aussi des mécanismes de défense, évoluent au cours de la vie dans le sens d'une plus grande maturité. De ce fait, les mécanismes d'adaptation mis en œuvre par l'enfant en processus d'intégration sont multiples. Signalons que l'assimilation et l'accommodation restent des mécanismes inséparables car, lorsque l'individu agit sur le milieu, il se modifie et en retour lorsque le milieu agit sur l'individu, il se modifie aussi. Mais pour une meilleure adaptation, cette dernière doit se faire dans des conditions adaptatives favorables.

8.3. Eléments catalyseurs à l'intégration socio-affective du jeune déficient

Pour aboutir à une intégration voulue, le processus d'intégration doit se faire dans des conditions favorables à cette dernière. C'est d'ailleurs ce qui différencie le Centre et le milieu familial qui est souvent hostile à l'intégration. Au Centre de rééducation, le milieu contient des éléments susceptibles de stimuler et de favoriser l'apprentissage. Ces éléments sont multiples, mais nous allons revenir ici sur la compagnie, le sport et les activités manuelles.

En effet, le sport joue un rôle important dans la cohésion du groupe même chez les personnes normales. Pour ces enfants déficients mentaux, le sport leur donne l'occasion d'être avec les autres et d'exploiter les talents selon les aptitudes de chacun et d'apprendre sur les autres. Les encadreurs sont au courant des bienfaits du sport. Ceci est illustré en ces termes par GAM:

« Ibifasha umwana aha mw'irerero birahari. Dufashe nk'akarorero kuri sport, burya n'abakomeye bariko barakina umupira n'aho boba badakundana baragarukana akantu k'urukundo mu mitima ya bo. Aba bana nabo nyene usanga muri sport, bariko baratera umupira bari hamwe, uwubishoboye n'uwutabishoboye bibaryohera cane ku buryo bari mw'ishure batabona harageze umwanya wo kuja gukina ».

C'est-à-dire :

> *« Ici au Centre, nous avons ce qui peut aider l'enfant. Si nous prenons le sport comme exemple, même les personnes normales, quand elles jouent au ballon, quand bien même elles ne s'entendent pas, elles se sentent solidaires à ce moment précis. Il en est de même pour ces enfants. Quand ils jouent ensemble au ballon, ceux qui sont capables et ceux qui ne le sont pas sont très heureux et quand ils sont en classe, ils restent impatients de la récréation ».*

De ce fait, le Centre Akamuri dans son organisation hebdomadaire, a réservé des moments de loisirs pour les jeux culturels (danses, chants, films, ...) et les jeux sportifs (musculation, course, basket-ball, volley-ball, football,...). A côté de ces moments de loisirs, le Centre prévoit aussi des moments de réflexion et d'échange sur des thèmes qui intéressent de façon générale la jeunesse.

De plus, l'intégration des enfants déficients mentaux est favorisée par la bonne compagnie que l'enfant rencontre au Centre. Alors qu'à la maison, l'enfant est soit rejeté par les autres enfants, soit caché par ses propres parents, il en va tout autrement au Centre où les encadreurs lui font preuve d'amour et comprennent ses limites. En plus de ces encadreurs, les enfants qu'il y trouve sont ceux qui présentent les mêmes problèmes et se comprennent mutuellement. Si une incompréhension survient, les encadreurs interviennent pour jouer la médiation. A ce sujet, NTA avec qui nous avons échangé nous a dit :

> *« Kubera aba ari kumwe n'abandi bafise ubumuga bumwe, ariyumva akanezerwa cane. Ivyo navyo vyerekanwa n'ukuntu ari mu bandi aronka amahoro. (...) Usanga bari muri sport bari hamwe, gufungura bari hamwe, mu murima, mw'ishure hose baba bari hamwe. Ivyo navyo birafuma umwana atera imbere kuko aranezerwa cane n'ukuba kumwe n'abo basangiye ibibazo ».*

Ce qui veut dire :

> *« Comme il est avec les autres de même handicap, il se sent mieux et joyeux. Il est à l'aise quand il est avec les autres. (...) les enfants sont toujours ensemble quand ils sont au sport, au réfectoire, au champ et en classe.*

Ceci contribue au développement de l'enfant car il est ému d'être avec les autres qui présentent les mêmes problèmes d'handicap ».

MAG ajoute :

« Uwushatse gutatira abandi twebwe tuba twamubonye hanyuma tukamukosora kandi tukamuhanura. (...) ».

Ce qui veut dire :

« Celui qui veut causer des ennuis aux autres enfants, nous le remarquons à temps puis nous le corrigeons et nous le conseillons. (...) ».

La compagnie est, en effet, favorable à l'apprentissage car les enfants apprennent en imitant les autres qui connaissent plus et GAM nous le déclare en ces termes :

« Umwana iyo ari mu bandi ico abona umwe akoze na we aca ashaka kugikora, abona ko umwe afise ishaka ryo kwiga na we agaca ashaka kwiga. Akarorero ni nk'abana bakora mu nkwavu, kuko abona abandi baja kurandura ivyatsi zirya, nawe yumva yogenda kandi agiye akanezerwa ugasanga arafise ishaka ryo kwinjira mu nkwavu ngo azigaburire ».

Cela veut dire :

« Si l'enfant est avec les autres, il cherche à faire ce qu'un autre enfant fait et s'il remarque que l'un à une volonté d'étudier, ça lui procure l'envie d'étudier aussi. L'exemple typique est surtout les enfants qui s'occupent de l'élevage des lapins. Comme il voit que les autres vont chercher des herbes pour ces lapins, il sent l'envie d'aller avec eux et s'il y va, on le trouve joyeux et courageux pour avoir participé dans l'élevage des lapins. »

Enfin, les activités manuelles demeurent un élément important pour l'intégration d'une personne handicapée mentalement. Not (1973, p.123) souligne l'importance des activités manuelles dans le cadre purement pratique. Selon lui,

« Le travail manuel a une place de choix dans un internat médico-pédagogique et même en dehors de celui-ci. Il donne à l'enfant mentalement retardé une habileté pratique sans laquelle il serait à la charge des autres. Mais son importance devient de plus en plus significative en ce sens qu'il

contribue à l'éducation et au développement de plusieurs autres aspects de la personnalité ».

Remarquons, en effet, que c'est au moment des occupations quotidiennes que l'enfant déficient mental apprend beaucoup de choses. Mais c'est surtout à travers les activités manuelles qu'il apprend et affermit les habitudes d'ordre, d'exactitude et de propreté. De ce fait, tous ces apprentissages constituent des atouts précieux pour l'affirmation de soi et pour l'intégration socio-affective.

8.4. Progression vers une intégration socio-affective souhaitée

L'enfant déficient mental vient au Centre de rééducation étant considéré comme une honte pour la famille qui l'a engendré et une peste à fuir pour le voisinage et est vu comme un irrécupérable. Mais, par contre, le Centre considère son handicap comme une différence à comprendre et sur laquelle il est possible d'agir avec un espoir de plus en plus accru d'aboutir à des résultats probants. Ceci se remarque surtout au niveau des interventions du Centre auprès de ces jeunes déficients et les résultats viables qui ne cessent de se faire remarquer. Les efforts du Centre ne sont pas voués à l'échec car, nombre de cas qui ont évolué audit Centre deviennent souvent à leur tour des auxiliaires aux éducateurs connus ou des salariés travaillant dans les autres domaines de la vie du Centre.

En effet, quand l'enfant arrive au Centre, souvent il a peur des autres, ne sait rien et est incapable de tout. Le Centre le reçoit et les encadreurs le soumettent à un encadrement de routine en l'habituant à la vie de groupe jusqu'à ce qu'il se sente à l'aise avec les autres. NIE le dit en ces mots quand il nous parle de IRD :

« Ubu uyu mwana aranezerwa cane ari mu bandi kuko bavuga abona, bagatwenga abona, bakaririmba bari kumwe ; ubuho nawe nyene hari aho aterera mu gahogo akaririmba kuko nawe anezerezwa n'ivyo abandi bariko baragira ».

Cela signifie :

« Actuellement, cet enfant est content quand il est avec les autres car ils parlent en sa présence, rient en sa présence aussi, chantent toujours en sa présence ; dans ces jours lui aussi peut se mettre à chanter car il est à l'aise avec ce que les autres sont en train de faire ».

A côté de la vie de groupe, les encadreurs essaient de promouvoir en lui des relations interpersonnelles saines. Lorsqu'il est déjà habitué à la vie au Centre, il ne veut plus quitter et la conscience de ce qu'on fait de lui est déjà active. Ceci se remarque dans les propos de KAT quand il nous parle de NTS :

> *« Ibintu tumukorera ngaha biramunezereza cane. Ikibitwereka n'uko iyo baje kumutora aha tubaraza ngo bamujane mu Kamuri aranezerwa cane, ashitseyo araramutsa abandi bana n'abarezi, ukabona n'ukuri ko ashitse afise "morale" kandi yiyumva ari mubandi ».*

C'est-à-dire :

> *« Il est pleinement satisfait des services qu'on lui rend ici. Ce qui nous le montre, c'est quand on vient le prendre ici à l'internat pour l'amener au Centre Akamuri. Il exprime une joie extrême et s'il y arrive, il salue les autres enfants et les encadreurs ; vraiment on constate en lui une joie et une aisance prononcées ».*

MAG ajoute en parlant de NGC:

> *« Iyo ari ngaha mu kigo uyu mwana urabona ko afise akanyamuneza. Iyo abonye umurezi aramusanganira atwenga, turaganira kuko turafise uko tuvugana tukumvikana. Ivyo navyo kugira bishoboke, turabanza tukiga umwana umwe wese tukamenya ico akunda n'ico yanka. Tumaze kumumenya turaganirira no mubikorwa tuba turimwo. Araheza akanezerwa cane, akaririmba, nk'iyo ashoboye igikorwa umutumye akakwereka akanyamuneza kuko dusanzwe tubamenyereye turazi kubona ashavuye canke anezerewe ».*

Ce qui veut dire :

> *« Quand cet enfant est au Centre, on peut constater qu'il est joyeux. S'il voit un encadreur, il l'embrasse en souriant, nous dialoguons car nous sommes habitués à son langage. Cela est possible car avant toute chose nous cherchons à savoir d'abord ce qu'il aime et ce qu'il déteste. Après l'avoir compris, nous échangeons même pendant les activités qui nous occupent. Cela lui plaît suffisamment, il chante et s'il réussit une tâche*

qu'on lui confie, il ne manque pas à afficher son sentiment de satisfaction parce que nous les connaissons quand ils sont joyeux ou en colère ».

Grosso modo, l'enfant qui vient au Centre de rééducation est soumis à un processus de rééducation jusqu'à ce que le handicap ne paraisse plus comme un problème. Cet handicap est minimisé de manière à ne plus être considéré comme un obstacle car, le lauréat dudit Centre (le déficient mental) joue convenablement les rôles que la société attend de lui. Les encadreurs n'hésitent pas d'exhiber leur satisfaction à travers leur témoignage. KAT le témoigne comme suit quand il nous parle de NTS :

« Ubu uyu mwana arafise akarusho kanini kandi n'abavyeyi biwe barabibona. Uko umwana akura abandanya atera imbere ntasubira inyuma. Nk'uyu ntiyarazi gutambuka, ariko ubu aratambuka. Arashobora kwijana muri « douche », yaramaze gushira mu mutwe ko avuye muri Centre yakira igitenge agakenyera kugira aje muri « douche ». Ubu arazi aho isabuni ibikwa, arazi ko ashika yambura impuzu yari yambaye akambara nziza, kandi arazi ko mu gitondo hageze avyuka kare akoga kugira aje kw'ishure mu Kamuri. Hampande y'ivyo, uyu mwana ubu arazi uko ibikorwa biringanije ngaha n'umwanya wavyo ku buryo hari igihindutse aratubaza igituma canke akatwibutsa twibagiye. Ubu niwe yikuburira icumba akagikoropa, arisasira igitanda, arimesera impuzu, n'ibindi muvyo abakomeye bakora ».

Cela veut dire :

« Actuellement, cet enfant a une évolution remarquable et ses parents le constatent. En même temps que l'enfant grandit, il évolue aussi en connaissances. Pour celui-ci, il ne savait pas marcher mais actuellement il marche normalement. Il peut aller lui seul à la douche, il a déjà intériorisé que s'il vient du Centre, il prend sa pagne pour aller faire la douche. Actuellement, il sait là où on conserve le savon, il a aussi intériorisé qu'il doit changer les habits pour mettre ceux qui sont propres et il sait maintenant qu'il se lève tôt le matin, se lave pour qu'il aille à l'école au Centre Akamuri. A côté de ces performances, cet enfant connaît actuellement le programme des activités et les moments dédiés à chaque activité de façon que, s'il y a une petite modification au niveau de l'horaire,

il nous demande pourquoi ou nous rappelle si nous avons oublié. Actuellement, c'est lui qui balaie sa chambre et la torchonne, il fait lui-même son lit, lave ses habits et autres activités que les normaux peuvent faire ».

En fin de compte, il est claire qu'un jeune déficient qui ne fréquente pas le Centre de rééducation perd énormement car, il est privé de tous ses droits et son éducation reste lacunaire et est victime de l'ignorance de sa famille.

8.5. Conclusion du chapitre

Au départ, Piaget avait conçu l'assimilation et l'accommodation comme des mécanismes d'adaptation auxquels les personnes normales font toujours appel pour s'adapter à une nouvelle situation ou aux autres conditions qui exigent un effort particulier à l'organisme. Mais, nous venons de voir que les mêmes mécanismes sont aussi au profit des enfants déficients mentaux qui se battent eux aussi pour la vie. Ces mécanismes, appelés aussi des mécanismes de défense, sont souvent efficaces s'ils sont complétés par d'autres mécanismes et le milieu doit être suffisamment stimulant. De plus, l'enfant doit baigner dans un environnement favorable à l'adaptation relationnelle.

CONCLUSON GENERALE ET SUGGESTIONS

Comme le met en exergue notre formulation du sujet d'étude, notre recherche s'est donnée comme objectif d'étudier comment se fait l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux internes au Centre AKAMURI. Pour y parvenir, nous avons subdivisé le travail en deux principales parties à savoir le cadre théorique et méthodologique de notre recherche et la présentation des cas, l'analyse et l'interprétation des résultats de la recherche.

En effet, après avoir donné le contexte de notre recherche, nous avons montré les motivations à la base desquelles nous avons préféré cette étude. Nous l'avons ensuite délimitée avant d'entamer la première partie de notre recherche composée de quatre chapitres. Dans la première partie, en nous appuyant sur des résultats de la revue critique de la littérature et en les confrontant à nos pré-requis en psychologie, nous avons arrêté les définitions opérationnelles des concepts que nous prenions comme névralgiques dans le cadre de notre recherche. Egalement, un cadre théorique de référence a été constitué, et ici, nous n'avons retenu que les aspects qui cadrent mieux avec le volet socio-affectif pour un individu déficient mental. A partir dudit cadre théorique, nous avons explicité et présenté la problématique que soulève l'étude, la méthodologie que nous avons adoptée ainsi que les objectifs visés par une telle recherche. Compte tenu de la nature de notre sujet de recherche, nous précisons que nous avons opté dans notre travail, pour la méthode qualitative.

Dans la deuxième partie, nous avons présenté de façon objective les résultats de notre recherche, en nous basant sur les propos des encadreurs recuiellis à l'aide d'un entretien semi-directif et de l'observation directe des enfants déficients mentaux en pleine action. Nous signalons qu'un guide d'entretien et une grille d'observation étaient à l'usage lors de notre travail de terrain et nous avons complété ces informations par l'analyse des « fiches d'entrée » des enfants qui sont à l'étude. En outre, pour rendre plus opérationnel notre objectif général, des thèmes correspondants aux objectifs spécifiques ont été dégagés et ces derniers ont été exploités sous formes de chapitres suivants :

- Contribution des encadreurs à l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux
- Obstacles qui s'opposent à l'intégration des enfants déficients mentaux
- Mecanismes d'adaptation relationnelle qui s'offrent au jeune déficient mental du Centre de rééducation

Le premier objectif spécifique visait à ***découvrir la contribution des encadreurs à l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux***. Après avoir analysé les données et interprété les résultats de notre recherche, nous avons trouvé que les encadreurs ont un rôle important dans le processus d'intégration des enfants déficients mentaux qui sont au Centre de rééducation. En plus de l'organisation du Centre qui fonde ses assises sur leurs efforts, ils remplacent pendant une période relativement longue les parents des enfants et initient des mécanismes qui aident ces enfants à se créer une place au sein de la société. Ils sont aussi responsables des exercices stimulant la formation de la personnalité de ces derniers et qui visent à éliminer les barrières pouvant freiner leur intégration. De ce fait, les résultats de notre recherche nous ont permis d'affirmer que cet objectif a été atteint.

Le deuxième objectif cherchait à ***dégager les obstacles qui s'opposent à l'intégration socio-affective du jeune déficient***. Après analyse des données et interprétation des résultats, nous avons constaté que l'intégration socio-affective du jeune déficient est soumise à de multiples contingences. Les obstacles comme : le handicap du jeune déficient, les conditions difficiles d'encadrement ainsi que les obstacles familiaux et parentaux nous ont semblé les plus handicapants pour un enfant en processus de rééducation. Cependant, nous n'avons pas oublié de marquer les entraves d'origine sociétale et de l'univers économique. De plus, la législation burundaise reste aussi un obstacle non moins négligeable car, elle reste lacunaire au sujet de la déficience mentale. Les résultats de la recherche nous ont permis d'affirmer que cet objectif a été atteint.

Pour ce qui est du dernier objectif qui consistait à ***déceler les mécanismes d'adaptation relationnelle qui s'offrent au jeune déficient mental du centre de rééducation,*** nous avons découvert que le jeune déficient mental du Centre de rééducation s'adapte par accomodation et assimilation. Signalons que ces deux mécanismes avaient été conçus par Piaget comme mécanismes d'adaptation des personnes normales mais que nous trouvons aussi utiles pour les jeunes déficients mentaux. Ces mécanismes ne sont efficaces que quand ils sont completés par d'autres et l'enfant doit baigner dans un environnement favorable à l'adaptation relationnelle. De ce fait, nous avons cherché à connaître les éléments favorables à ladite adaptation et nous avons découvert que la compagnie, le sport et les activités manuelles sont d'une importance capitale pour aboutir à une intégration souhaitée. Au regard de ces résultats de la recherche, nous pouvons dire que cet objectif a été largement atteint.

Notre objectif général était d'***étudier comment se fait l'intégration socio-affective des enfants déficients mentaux internes au Centre AKAMURI***. Considérant que les objectifs spécifiques de notre recherche ont été atteints, il va sans dire que l'objectif général a été, ipso facto, atteint en ce sens que les objectifs spécifiques découlent directement de l'objectif général.

Qui plus est, nous estimons que notre travail est une contribution non négligeable à l'effort de comprendre les enfants déficients mentaux. Néanmoins, nous ne prétendons pas avoir épuisé toutes les richesses du sujet, d'où nous tendons le témoin à toute autre initiative de recherche intéressée par notre sujet à l'améliorer ou le prolonger en l'abordant sous d'autres aspects comme :

- ✓ *Intégration socio-affective des enfants déficients mentaux externes au Centre Akamuri*
- ✓ *Problématique de l'insertion professionnelle des jeunes déficients mentaux*
- ✓ *Impact de la présence d'un enfant déficient mental sur les comportements parentaux*

En définitive, nous avons jugé utile d'émettre quelques suggestions pouvant améliorer la situation des jeunes déficients mentaux.

Aux parents des enfants déficients mentaux, nous suggerons :

- De comprendre que l'enfant déficient mental doit, dans la mesure du possible, jouir des mêmes droits que les autres. De ce fait, comme les enfants normaux vont à l'école quand ils atteignent l'âge scolaire, les parents ont l'obligation d'amener aussi l'enfant déficient mental dans un Centre de perfectionnement pour qu'il jouisse son droit à l'éducation.

Aux responsables du Centre, nous proposons :

- De créer un cadre de formation du personnel du Centre en matière d'une prise en charge des enfants déficients mentaux ;
- D'accueillir un effectif proportionnel aux encadreurs disponibles pour rendre un service de qualité.

Aux militants des droits de l'homme en général et des handicapés en particulier, nous suggerons :

- De continuer de solliciter aux différents bailleurs de fonds et auprès du M.S.N.D.P.H.G. une assistance ponctuelle aux déficients mentaux et un soutien matériel aux deux Centres de rééducation qui existent déjà.

Aux pouvoirs publics, nous proposons :

- De créer des centres de rééducation dans les différents coins du pays pour alléger la tâche des deux autres qui existent au niveau national ;
- De mettre en place des institutions pouvant dispenser une formation en matière de prise en charge des enfants déficients mentaux ;
- D'appuyer de façon régulière le peu de centres de rééducation qui existent déjà ;
- De prévoir une législation visant à la protection et à la défense des droits des personnes handicapées en général et des déficients mentaux en particulier.

Bibliographie

1. Bresson, F. & al. (1967). Les processus d'adaptation. Paris : PUF.
2. Carlier, M. & Ayoun, C. (2007). Déficiences intellectuelles et intégration sociale. Wavre : Madaga.
3. Cusson, M. (1998). Criminologie actuelle. Paris : PUF.
4. De Ajuriaguera, N. (1980). Manuel de psychiatrie de l'enfant (2ème éd.). Paris : Masson.
5. De Ketele, J.M. & Roegiers, X. (1996). Méthodologie du recueil d'information (3ème éd.). Bruxelles : De Boeck & Larcier.
6. De Landsheere, G. (1972). Introduction à la recherche en éducation (5ème éd. Revue et augmentée). Paris : Colin&Bourrelier.
7. Delefosse, M.S. & Rouan, G. (2001). Les méthodes qualitatives en psychologie. Paris : Dunod.
8. Doron, R. & Parot, F. (1991). Dictionnaire de psychologie. Paris : PUF.
9. D'unrug, M.C. (1974). Analyse de contenu et acte de parole : De l'énoncé à l'énonciation. Paris : éd. Universitaires.
10. Durkheim, E. (1995). Education et Sociologie. Paris : PUF.
11. Feldman, R.S.; Geroux, S. & Cauchy, F. (1994). Introduction à la psychologie : Approches contemporaines. Montréal : Chenelière/Mc Graw-Hill.
12. Fernald, J. (1976). Les handicapés mentaux. Paris : PUF.
13. Fougeyrollas, P. & al. (1997). Révision de la proposition québécoise de classification: Processus de production du handicap. Québec : CQCIDIH/SCCIDIH
14. Jacquemin, D. (2002). L'accueil des enfants déficients intellectuels à l'école maternelle : Une prise en charge médico-sociale au sein de l'école. Mémoire de maîtrise, ENSP, Paris.
15. Kourilsky, R. & al. (1965). Adaptation et agressivité. Paris : PUF.
16. Köhler, C. (1967). Jeunes déficients mentaux : De l'enfance à l'âge adulte. Bruxelles : Galerie des Presses.

17. Lafont, R. (1963). Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant. Paris : PUF.

18. Lambert, J.L. (1986). Introduction à l'arriération mentale (2ème éd.). Bruxelles : Galerie des princes.

19. Léon, A. (1977). Manuel de psychopédagogie. Paris : PUF.

20. Le Robert de Poche. (1995). Langue française & noms propres. Paris : Dictionnaires Le Robert.

21. Linton, R. (1977). Le fondement culturel de la personnalité.Paris : Bordas.

22. Mardaga, P. (1990). L'intervention en déficience mentale : Problèmes généraux, méthodes médicales et psychologiques. (Vol.1). Bruxelles : Liège.

23. Meen, A. (2007). Centre Akamuri : un Centre d'accueil, d'éducation et de rééducation des personnes présentant une déficience mentale et/ou physique. Bujumbura, Burundi.

24. Misès, R. (1975). L'enfant déficient mental. Paris : Le fil rouge.

25. M.S.N.D.P.H.G., (2008). Politique nationale en faveur des orphelins et des autres enfants vulnérables. Bujumbura, Burundi.

26. Mucchielli, R. (1974). L'entretien de face à face dans une relation d'aide : Connaissance du problème. Paris : PUF.

27. Mugiramana, S. (2009). Le phénomène de copinage chez les jeunes de 15 à 25 : Etude menée auprès des élèves et étudiants de la Maire de Bujumbura. Mémoire de licence non publié, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi.

28. Ndayisaba, J. & De Grandmont, N. (1999). Les enfants différents. Montréal : Les Editions Logiques.

29. Nikokeza, A. (2009). Problématique de l'intégration psychosociale des mulâtres : Enquête menée auprès des mulâtres des Grands Lacs. Mémoire de licence non publié, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi.

30. Nisabwe, T. (2009). Cours de Séminaire de méthodologie de psychologie sociale. Manuscrit non publié, Université du Burundi (F.P.S.E), Bujumbura, Burundi.

31. Niyongabo, J. (2006). Cours de statistique. Cours inédit, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi.

32. Not, L. (1973). L'éducation des débiles mentaux, éléments pour une psychopédagogie. Toulouse : Editions Edouard Privat.

33. Novelli, P.N. (1986). Un séminaire sur la recherche qualitative. Washington : Ed. Recherches en sciences sociales.

34. Piaget, J. (1967). La psychologie de l'intelligence. Paris : Armand Colin.

35. Postic, M. & De Ketele, J.M. (1988). Observer les situations éducatives. Paris : PUF.

36. Richier, J-Y. (2011). Croire à la normalité : Les représentations sociales des parents de l'enfant déficient intellectuel. Paris : Presses Universitaires de Grenoble.

37. Rongere, P. (1970). Méthodes des sciences sociales. Paris : Librairie Dalloz.

38. Rose, B. & Doumont, D. (2007). Quelle intégration de l'enfant en situation de handicap dans les milieux d'accueils ? Bruxelles : Louvain-en Woluwe.

39. Sillamy, N. (1980). Dictionnaire encyclopédique de psychologie. Paris : Bordas.

40. Suavet, T. (1985). Dictionnaire économique et social. Paris : Editions Ouvrières.

41. Simaruku, C. (1987). Quelques problèmes psychologiques, économiques et sociaux inhérents à la déficience mentale infantile. Mémoire de licence non publié, Université du Burundi, Bujumbura, Burundi.

42. Tosquelles, F. (1975). La rééducation des débiles mentaux. Toulouse : Editions Privat.

43. UNESCO, (1983). Programme d'action mondiale concernant les personnes handicapées. New York.

44. UNICEF. (2006). Un monde digne des enfants. New York.

45. UNICEF. (2009). Analyse de la situation de l'enfant et de la femme. Bujumbura, Burundi.

46. Vial, M. (1990). Les enfants anormaux à l'école. Paris : Armand Colin.

47. Xhardez, Y. (1989). Vade-mécum de kinésithérapie et de rééducation fonctionnelle (3ème éd.). Paris : Editions Maloine & Prodim.

Webographie

1. www.siwadam.com , le 23/7/2010, 17h00min.
2. www.doctissimo.fr/htm/santé/encyclopédie, le 08/3/2010, 18h40min.
3. www.loeillet-alice/ladeficience.htm, le 23/7/2010, 17h30min.
4. www.asedeme.org/étude-et-rapport.html, le 03/6/2011, 10h00min.
5. www.fr.wikipedia.org/wiki/entretien_semi_directif, le 10/12/2011, 11h00min.
6. www.insieme-ge.ch/documentation, le 06/4/2012, 18h32min.
7. http://id.erudit.org/iderudit/030266ar, le 28/4/2012, 18h30min.

ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE D'OBSERVATION ET MODELE DE SON UTILISATION

I. Identification de l'enfant

Année de naissance :

Année de placement au Centre :

II. Grille d'observation

II.1. Indications relatives à l'observation :

L'enfant est observé pendant les différents moments de la journée, dans ses occupations quotidiennes. Cette observation nous a permis de connaître l'état actuel du sujet et d'évaluer son autonomie et son comportement adaptatif. Les résultats sont codés de la manière suivante :

1. Concernant l'autonomie personnelle, nous noterons :

a : si l'enfant effectue librement l'activité concernée

b : si l'enfant doit être aidé pour réussir à faire l'activité

c : si l'enfant est incapable de faire l'activité.

2. Concernant le comportement adaptatif, nous noterons :

Oui : si le comportement est présent

Non : si le comportement est absent

II.2. Résultats d'observation pour un cas

1. AUTONOMIE PERSONNELLE

Domaines d'activités	Activités quotidiennes	Aptitudes de l'enfant		
		a	b	c
1. Alimentation	Mange			
	boit			
2. Toilette	Se lave			
	S'habille et se déshabille			
	se peigne			
	Se maquille			
3. Déplacement	Marche			
	Monte et descend les escaliers			
4. Orientation spatiale	Va d'un coin à l'autre sans se perdre			
	Explore les milieux et l'espace environnant			

2. COMPORTEMENT ADAPTATIF

Domaines comportementaux	Comportements de l'enfant	Situation	
		Oui	Non
1. Activités sociales	Aide les autres par initiative		
	Joue avec les autres		
	Fait un jeu stéréotypé		
2. Relations sociales	Etablit facilement les contacts avec les autres		
	Recherche des contacts avec les éducateurs		
	A de l'attention pour les autres		
	Supporte les autres		
	A tendance à l'isolement		
3. Communication	Exprime ses besoins aux éducateurs ou aux parents		
	Parle normalement		
	Communique par signes ou par gestes		

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

I. Guide d'entretien en Kirundi

Présentation et consigne en Kirundi

Murezi, bwakeye,

Jewe nitwa NKESHIMANA Christophe. Ndi umunyeshure mw'Ishure Kaminuza y'Uburundi, mugisata cigisha imibereho n'ubuhinga bw'indero. Mfise igikorwa cerekeye kumenya : *« Iyinjira mu mubano n'ukubinezererwa kw'abana bafise ubumuga bwo mu mutwe. »*

Kuri ico gikorwa, nipfuza ko tuganira na wewe uko ubibona. Ivyo uza kunyagira vyose birangirira akamaro, ni naco gituma, hamwe ubinyemereye, nipfuza gukoresha aka kuma gafata amajwi kugirango ntihagire ikinsoba. Nkabemerera ko ivyo tuyaga vyose atawundi numwe azomenya uwabimbwiye. Mushima nta n'izina nza kubasaba ngo mumbarire.

Mbaye ndagushimira kukiganiro tuza kugirana.

Guide d'entretien

1. Uyu mwana agishika mw'irerero yari ameze gute?
2. Aha mw'irerero mufasha iki umwana nk'uyu ?
3. Ni iki mufasha umwana ari mw'irerero adashobora kuronka iyo ari i muhira iwabo ?
4. Abavyeyi barereye ngaha bafasha mu buryo ubuhe mu gikorwa co guha indero abana mubarereye ?
5. Mukora iki kugira imigenderanire yanyu n'uyu mwana ibe myiza?
6. Ni mutubwire ivyo uyu mwana akora ari kumwe n'abandi bafise ubumuga bwo mu mutwe vyerekana ko hari ikitagenda neza muri we.
7. Muhura n'intambamyi izihe mu gikorwa co gufasha uyu mwana afise ubumuga bwo mu mutwe?
8. Mukora iki mu ntumbero yo gutsinda izo ntambamyi?
9. Aha mw'irerero umwana ahura n'intambamyi izihe zimubuza gutera imbere mu migenderanire n'abandi?

10. Uyu mwana mubona ahura n'ingorane izihe muvyo asabwa gukora?
11. Umwana ahura n'ingorane izihe mu vyo akorera hamwe n'abandi?
12. Kubwanyu ni ibiki bituma umwana nk'uyu atanezererwa kuba kumwe n'abandi?
13. Ubu uyu mwana akora ibikorwa ibihe vyerekana ko afise akarusho ugereranije n'igihe yashikiye mw'irerero?
14. Ni ibiki bituma uyu mwana anezerwa n'ukuba kumwe n'abandi bana bafise ubumuga bwo mumutwe?
15. Ni ibiki vyerekana ko uyu mwana anezerezwa n'ibikorwa mumugirira aha mw'irerero?
16. Ni ibiki bifasha umwana mw'irerero kugiranira imigenderanire myiza n'abandi bana?
17. Umwana akora iki kugira akomeze imigenderanire agiranira n'abandi?
18. Mwosaba intererano iyihe yokwongera kubikorwa irerero rikora kugira habe akarusho mu kubaho kw'uyu mwana?

II. Guide d'entretien en Français

Présentation et consigne en Français

Madame, Monsieur l'encadreur (se), Bonjour,

Je m'appelle Christophe NKESHIMANA, je suis étudiant à l'Université du Burundi à la faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Je suis en train de réaliser mon travail de fin d'études intitulé : *« Intégration socio-affective des enfants déficients mentaux. »*

A ce sujet, je voudrais dialoguer avec vous. Tout ce que vous allez me dire est d'une grande importance et je n'ai pas besoin de connaître votre nom. Et si vous me le permettez, je vais utiliser cet appareil enregistreur pour éviter qu'il n'y ait de perte d'information.

Je vous remercie

Guide d'entretien

1. Comment l'enfant se comportait-il à son arrivée au Centre ?
2. Dans ce Centre, en quoi vous aidez un enfant déficient mental?
3. Au Centre, quels sont les supports que vous apportez à l'enfant et dont il ne bénéficie pas à la maison ?
4. En quoi les parents vous aident-ils dans votre travail d'éducation et de rééducation de leurs enfants?
5. Que faites-vous pour rendre meilleures vos relations avec cet enfant ?
6. Parlez-nous des réactions de cet enfant qui montrent qu'il a un problème au moment où il est avec les autres enfants déficients mentaux?
7. Quels obstacles rencontrez-vous dans votre rôle d'encadrer cet enfant déficient mental ?
8. Comment procédez-vous pour essayer de contourner ces obstacles ?
9. Au Centre, quels sont les obstacles que rencontre l'enfant et qui l'empêchent d'évoluer dans ses relations avec les autres ?
10. Quels sont les obstacles que rencontre l'enfant dans ce qu'on lui demande de faire ?
11. Quels sont les obstacles que l'enfant rencontre dans ce qu'il fait avec les autres ?
12. Selon vous, quelles sont les raisons qui poussent l'enfant à éprouver le dégoût quand il est avec les autres ?

13. Actuellement, quelles sont les réalisations qui démontrent l'évolution de l'enfant comparativement aux premiers jours de son arrivée au Centre ?
14. Quels sont les éléments qui sont à la base d'une joie que l'enfant déficient mental éprouve quand il est avec les autres enfants déficients mentaux ?
15. Qu'est-ce qui montre que cet enfant apprécie positivement les services que vous lui rendez au Centre?
16. Qu'est-ce qui aide l'enfant ici au Centre à nouer de bonnes relations avec les autres enfants ?
17. Que fait l'enfant pour renforcer ses relations avec les autres ?
18. Quelle contribution pourriez-vous demander qui s'ajouterait aux interventions quotidiennes du Centre pour améliorer l'épanouissement de l'enfant ?