RÉPUBLIQUE DU BENIN

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

3e Année de Licence en Psychologie

Rapport de stage

Sujet :

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE POUR L'AUTONOMIE ET L'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP INTELLECTUEL À LA CHRYSALIDE

Présenté et soutenu publiquement le 26 Juillet 2022 par :

OBOSSOU Idéssè Alexandra

Sous le Jury :

Président : **Dr(MA) ZOUNON Ornheilia**, Maître Assistant, Enseignant chercheur au Département de Psychologie

Examinateur : **Dr MEHINTO Michel**, Enseignant chercheur au Département de Psychologie, Psychologue clinicien

Membre : **Dr OGNIN Modeste**, Enseignant au Département de Psychologie

Mention : Très bien

ANNÉE ACADÉMIQUE : 2021-2022

SOMMAIRE

DÉDICACES.....3

REMERCIEMENTS.....4

LISTE DES TABLEAUX.....5

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....6

RÉSUMÉ.....7

INTRODUCTION.....9

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE.....12

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....20

CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION.....36

CONCLUSION.....49

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUE.....51

ANNEXES.....53

DÉDICACES

À

Mon père, Élie OBOSSOU

Ma mère, Sikiratou OGAWIN

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous voudrions témoigner toute notre reconnaissance. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à :

- Notre tutrice de stage, Dr ZOUNON Ornheilia pour son encadrement et ses conseils sans lesquels ce travail ne serait pas réalisé ;
- Notre maître de stage, madame Mireille ADJINDA qui a fait preuve de disponibilité et de soutien à notre égard et nous a encouragé tout au long du stage ;
- Dr Thierry KOUGBEAGBEDE, chef du département de psychologie, à son adjoint, Dr Modeste OGNIN et tous nos professeurs, enseignants du département de psychologie pour nous avoir façonnés par l'enseignement et pour l'effort consenti durant toutes ces années de formation ;
- Madame Claudine LAWSON DAÏZO, Directrice exécutive de LA CHRYSALIDE, pour nous avoir accueillis dans son centre pour le déroulement de notre stage ;
- Tout le personnel de LA CHRYSALIDE pour leur attention, leur gentillesse et leur collaboration ;
- Tous les challengers de LA CHRYSALIDE et leurs parents pour leur disponibilité et leur collaboration ;
- La famille OBOSSOU en particulier mes frères et sœurs qui n'ont jamais cessé de me soutenir d'une manière ou d'une autre et de m'encourager ;
- Tous mes amis, spécialement Carmel ADJAKA, Élysé DJELY, Maximilien AKODJETIN pour leur soutien et tous leurs conseils.

À toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la réussite de notre recherche, nous disons un sincère merci.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des challengers selon leur sexe et leur âge……37

Tableau 2: Répartition des personnes en situation de handicap intellectuel selon leur scolarisation ou non……..38

Tableau 3a **:** Répartition des challengers selon la durée d'accompagnement…….39

Tableau 3b: Répartition des enquêtés selon les changements observés suite à l'accompagnement psychologique de leurs enfants……..39

Tableau 4: Répartition des parents selon leur satisfaction par rapport à l'accompagnement de leurs enfants……..40

Tableau 5: Répartition des challengers selon leur participation et leur implication à la vie familiale……41

Tableau 6: Répartition des challengers selon leur capacité à subvenir à certains petits besoins ou non……42

Tableau 7: Répartition des enquêtés selon les changements observés au plan comportemental…….....45

Liste des sigles et acronymes

AAIDD : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

AAMR : American Association on Mental Retardation / Association Américaine sur le Retard Mental

APA : American Psychiatric Association

CIM : Classification Internationale des Maladies

DI : Déficience Intellectuelle

DP : Département de Psychologie

FASHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales

HI : Handicap International

ISFES : Institut Supérieur de Formation des Éducateurs Spécialisés

JI : Journée Internationale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QI : Quotient Intellectuel

RAPHAL : Réseau des Associations des Personnes handicapées de l'Atlantique et du Littoral

UAC : Université d'Abomey-Calavi

RÉSUMÉ

Dans le cadre des activités pédagogiques de la troisième année de licence en Psychologie, nous avons effectué un stage à LA CHRYSALIDE. Ce stage, d'une durée de trois mois, a fait l'objet d'une réflexion critique autour du thème : « Accompagnement psychologique pour l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel à LA CHRYSALIDE ». L'objectif principal de cette recherche est de montrer l'importance de l'accompagnement psychologique des personnes ayant une déficience intellectuelle. Notre échantillon est composé de douze personnes en situation de handicap intellectuel, de leurs parents, et de six membres du personnel encadrant pouvant rendre compte de leurs vécus. Notre démarche mixte, à la fois quantitative et qualitative, combine observations directes, enquêtes par questionnaire, entretiens, et documentation. Les aides à la communication favorisant la stimulation de la parole, la participation active et l'implication permanente de l'enfant et du jeune déficient intellectuel dans différentes instance de la vie, expliquent l'accession à l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel à LA CHRYSALIDE. Un projet de vie personnalisé et individualisé, adapté aux aptitudes de la personne déficiente intellectuelle, et orienter vers l'apprentissage d'un savoir-faire pratique constitue entre autre, une mesure d'accompagnement, pouvant stimuler l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel.

Mots clés : Handicap intellectuel, Autonomie, Accompagnement psychologique, Intégration sociale.

ABSTRACT

As part of the pedagogical activities of the third year of bachelor's degree in Psychology, we did an internship at LA CHRYSALIDE. This three-month course was the subject of a critical reflection on the theme: "Psychological support for the autonomy and social integration of people with intellectual disabilities at LA CHRYSALIDE". The main objective of this research is to show the importance of psychological support for people with intellectual disabilities. Our sample is composed of twelve people with intellectual disabilities, their parents, and six members of the supervisory staff who can report on their experiences. Our mixed approach, both quantitative and qualitative, combines direct observations, questionnaire surveys, interviews, and documentation. Communication aids promoting the

stimulation of speech, the active participation and the permanent involvement of the child and young person with intellectual disabilities in different parts of life, explain the access to autonomy and social integration of people with intellectual disabilities in LA CHRYSALIDE. A personalized and individualized life project, adapted to the abilities of the person with intellectual disabilities, and oriented towards the learning of practical know-how is, among other things, an accompanying measure, which can stimulate the autonomy and social integration of people with intellectual disabilities.

Keywords: Intellectual disability, Autonomy, Psychological support, Social integration.

INTRODUCTION

L'intelligence est la faculté qui permet à l'être humain d'apprendre, de connaître, d'utiliser son savoir, de créer et de raisonner (Juhel 2015, p.54). Elle désigne communément le potentiel des capacités mentales et cognitives qui permettent à l'individu de résoudre un problème et de pouvoir s'adapter au monde et à son environnement[1]. Elle permet à l'enfant de satisfaire sa curiosité, en explorant la réalité, son environnement, en allant au contact des autres, en faisant des expériences et en questionnant les adultes. Mais, il peut arriver que cette faculté soit atteinte d'un dysfonctionnement, d'une défaillance, ou perde certaines de ses fonctions ou ne se développe pas comme cela se doit. Dans ce cas, on parle de déficience intellectuelle ou de retard mental, qui peut survenir chez toute personne, dans toutes les familles, sans distinction de sexe, de race, de religion ou de classe sociale.

La notion de retard mental, qui jusque dans un passé récent, ne prenait en compte que l'efficience intellectuelle, est aujourd'hui remplacée par une approche plus environnementale qui évalue plutôt le déficit du fonctionnement adaptatif défini comme « la capacité de relever les défis relatifs à l'autonomie personnelle et à la responsabilité sociale qui sont propre à chaque âge et à chaque culture » ou, « comme la qualité des performances quotidiennes pour faire face à l'environnement » : communication, soins personnels, habiletés sociales, utilisation des ressources communautaires, autonomie à l'égard des soins personnels, de la santé et de la sécurité, aptitudes scolaires, de travail ou encore les loisirs (Klinger, 2013). Le retard mental ou DI est défini par Ionescu (1987, p.29) comme un *arrêt, ralentissement ou inachèvement du développement, se manifestant par la présence concomitante d'un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la normale et d'un comportement adaptatif déficitaire, déterminés par des facteurs étiologiques : biologiques et/ou environnementaux, qui peuvent agir à partir du moment de la conception jusqu'à la fin de la maturation psychomotrice*. Cela provoque un handicap qui touche différentes fonctions et affecte tout le développement d'un enfant, les capacités relationnelles, l'apprentissage, l'autonomie, la socialisation, et le comportement.

La personne déficiente intellectuelle est confrontée à plus d'obstacles que les autres citoyens. Elle est fréquemment éprouvée aussi bien sur le plan développemental que sur celui éducatif selon les atteintes du déficit intellectuel. Ses difficultés doivent donc être compensées par un accompagnement permanent, évolutif, adapté à son état et à sa situation à travers une

[1] Définition | Intelligence | Futura Santé (futura-sciences.com)

intervention psychoéducative précoce dès le plus jeune âge afin de développer au maximum ses habiletés cognitives et sociales. Néanmoins, ces personnes, malgré les limitations intellectuelles peuvent acquérir des savoir-faire et un certain niveau d'acquisition scolaire de base qui leur permettent de développer une certaine autonomie et de prévenir l'apparition de pathologie ou le développement des comportements problématiques. La mise en place d'actions éducatives orientées vers l'apprentissage des rôles sociaux ainsi que l'acquisition de compétences pratiques, et d'habiletés sociales, aide ces personnes à trouver une place dans la société où elles se sentent acceptées, appréciées et aptes au travail.

Au Bénin, les personnes en situation de handicap intellectuel sont très marginalisées du fait de la stigmatisation du handicap, et aussi de l'interprétation socioculturelle que l'on se fait à leur sujet. Certaines sont parfois internées faute d'une prise en charge adaptée, d'autres sont délaissées à elles-mêmes, et d'autres encore sont très surprotégées par leurs parents et familles qui les élèvent dans un cercle vicieux, les empêchant de grandir et d'exercer leur pouvoir d'autonomie. Ainsi, elles sont privées de contact social, pouvant favoriser le développement et l'acquisition d'habiletés sociales, indispensables à leur autonomie et leur intégration sociale.

Dans le souci d'offrir des services d'accueil, d'écoute, de conseils, d'orientation et d'accompagnement répondant aux besoins spécifiques de ces personnes, des actions concertées ont été menées par des parents, ami.e.s et familles des personnes ayant une déficience intellectuelle. Ces initiatives ont abouti à la création de quelques associations pour personnes en situation de handicap intellectuel. Ces associations et structures, à l'exemple de La Chrysalide prennent en charge les enfants présentant ce type de handicap, accompagnent les familles dans leurs rôles et s'efforcent de promouvoir les droits de ces enfants et leur inclusion à la société. Pour mieux appréhender l'effort consenti par ces structures et faire ressortir l'impact de leurs actions, nous avons décidé de mener notre recherche sur l'accompagnement psychologique pour l'autonomie et l'intégration sociale de l'enfant et du jeune en situation de handicap intellectuel.

Nous espérons à travers notre recherche montrer, de manière générale, l'importance de l'accompagnement psychologique des personnes en situation de handicap intellectuel. Plus spécifiquement, il s'agira pour nous d'évaluer l'effet des interventions visant le développement de l'autonomie chez les personnes en situation de handicap intellectuel et de montrer l'apport de l'accompagnement psychologique dans l'amélioration des troubles de comportement

présents chez l'enfant et le jeune en situation de handicap intellectuel. Ainsi, notre travail de recherche s'articule autour de trois grands chapitres :

Le premier chapitre présente le cadre institutionnel et le déroulement de notre stage, le second aborde le cadre théorique de la recherche et l'approche méthodologique adoptée pour atteindre nos objectifs de recherche et le troisième, quant à lui, est consacré à la présentation des résultats de recherche, analyse et la discussion.

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE

1-1- Description du lieu de stage

LA CHRYSALIDE est une structure qui accueille des enfants, adolescents et jeunes ayant une déficience intellectuelle de tout genre, légère ou profonde, associée ou non à une infirmité motrice et qui entraine un retentissement sur le comportement adaptatif de l'individu. Elle offre aux personnes qu'elle accueille un accompagnement spécialisé en vue de développer leur autonomie relativement aux actes de la vie quotidienne et à leur environnement immédiat.

1-1-1 Historique et statut juridique

LA CHRYSALIDE est une association pour l'intégration des personnes en situation de handicap intellectuel du Bénin. Elle a été créée le 30 mai 1998 par des parents d'enfants en situation de handicap, des ami.e.s de personnes en situation de handicap, des personnes de bonne volonté et des professionnels du domaine du handicap.

Dès sa création, elle a opté pour l'inclusion des personnes ayant une déficience intellectuelle dans toutes les activités de la vie et à tous les niveaux. Sa vision est de favoriser l'autonomisation et l'épanouissement des personnes en situation de handicap intellectuel par la prévention, la réadaptation et l'inclusion sociale. Elle est reconnue officiellement sous le N° 98/360/MISAT/DC/SG/DAI/SAAP-ASSOC du 20 Novembre 1998. LA CHRYSALIDE est inscrite à l'annuaire des organisations intervenant dans le domaine du handicap au Bénin ; éditions 2011 réalisées par le projet Droit, Égalité, Citoyenneté, Solidarité et Inclusion des Personnes Handicapées (DECSIPH) avec le concours de Handicap International Togo-Bénin[2].

1-1-2 -Situation géographique

LA CHRYSALIDE est située dans le quartier Houénoussou à Houéyiho dans le 11e arrondissement de Cotonou. Elle fait face au second portail du CEG Houéyiho en venant de la clinique Houéyiho vers la cité Houéyiho, au carré N° 156.[3]

[2] Extrait du journal officiel de La Chrysalide

[3] Fiche de renseignement de la chrysalide

1-1-3 Missions

Depuis sa création, LA CHRYSALIDE joue le rôle de centre d'accueil, d'information, de conseils, d'orientation et de prise en charge des personnes en situation de handicap intellectuel et de leurs familles ainsi qu'un agent de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps. Elle s'est assignée comme mission de réduire en République du Bénin, de façon significative et durable, la marginalisation des personnes en situation de handicap intellectuel en vue de leur inclusion socioprofessionnelle par la prévention, la prise en charge et l'orientation.

Son objectif est de contribuer à l'amélioration de la situation des personnes ayant un handicap intellectuel par des actions de sensibilisation, de formation et de plaidoyer de façon participative et professionnelle. Ses différentes actions vont dans le but de :

- Participer à la mise en œuvre de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) et de la loi n° 2017-06 du 29 Septembre portant protection et promotion des droits des personnes handicapées en République du Bénin.

- Contribuer à la promotion de l'éducation inclusive au Bénin.

- Défendre les droits des personnes déficientes intellectuelles par des demandes ponctuelles, des plaintes et des tables de concertation.

1-1-4 Activités et Fonctionnement du centre

LA CHRYSALIDE est un espace d'accueil, d'échange, d'orientation, de prise en charge. Elle fonctionne sous forme d'externat et accueille dans son établissement toute personne qui présente une déficience intellectuelle. Elle compte dans ses effectifs plusieurs types d'enfant en situation de handicap intellectuel. Il y a principalement des trisomiques, les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale (IMC), des autistes et même des polyhandicapé(e)s. On les appelle les challengers.[4]

Au premier contact, l'enfant ou le jeune adolescent, souvent accompagné par ses parents est reçu en entretien par la directrice exécutive (psychologue), ou par son assistant, chargé des affaires administratives et financières (qui est aussi un psychologue clinicien). Premièrement, elle écoute les raisons de leur présence ainsi que leurs attentes. Des informations sont recueillies

[4] À LA CHRYSALIDE, on désigne par "Challenger" tout enfant ayant une déficience intellectuelle, car on estime que ces enfants doivent en permanence relever des défis

sur les antécédents et le parcours clinique de l'enfant. Après observation de celui-ci, et analyse des données recueillies, on présente aux parents les différentes modalités de prise charge en fonction des besoins spécifiques de l'enfant. Si celui-ci est en âge de préscolarisation et peut être scolarisé, on suggère aux parents de l'inscrire dans une école de leur choix ou on les oriente vers les écoles dites « intégratrices »

LA CHRYSALIDE fonctionne suivant le calendrier scolaire national. Leur rentrée commence en Octobre de chaque année et s'achève en Juillet par la grande colonie de vacances. Elle ouvre ses portes du lundi au vendredi de 08h à 18h. Les challengers viennent du mardi au vendredi à 09h et rentrent chez eux à partir de 16h.

À LA CHRYSALIDE, il y a trois sections ou classes. Les challengers sont répartis dans les différentes sections selon leur âge, la sévérité de leur déficience et leur niveau d'autonomie. On retrouve en section 1 ou classe 1 les enfants à grand besoin d'autonomie et d'accompagnement permanent ; en section ou classe 2, les enfants à autonomie moyenne et en section ou classe 3 les enfants à autonomie suffisante. L'inscription de l'enfant est censurée par le paiement des frais d'inscription qui s'élèvent à 10000 Fcfa pour les nouveaux et 8000 Fcfa pour les anciens; de restauration (12000 FCFA/mois) et de transport (15000 ou 20000 FCFA/mois). Pour les enfants abonnés au service de transport, un minibus est mis à disposition pour assurer le déplacement quotidien des challengers de leur quartier résidentiel jusqu'au centre du Mardi au Vendredi. Le minibus parcourt uniquement les environs de LA CHRYSALIDE principalement Kouhounou, Agla, Saint-Jean, Mènontin, Gbégamey, Fidjrossè, Akpakpa. Dans le but de favoriser la participation sociale des enfants, adolescents et jeunes adultes ayant une déficience intellectuelle et leur permettre de grandir en autonomie, plusieurs activités sont menées et prennent en compte tous les domaines de la vie tels que les soins, l'habitat, le travail, la culture, le sport. Comme activités, nous avons :

- l'apprentissage des habitudes de vie quotidienne qui concourent à l'autonomie et à l'épanouissement (règles élémentaires d'hygiène et de propreté) : apprendre à faire sa toilette, à se brosser les dents, à s'habiller, à balayer, à ranger ses affaires, à se laver les mains avant et après le repas, à prendre ses repas tout seul, à faire la vaisselle, la lessive, et autres.

- les apprentissages scolaires : la maîtrise de l'anatomie du corps humain (schéma corporel) ; l'écriture, la lecture, la dictée, le comptage et les basiques de l'arithmétique (addition, soustraction…) ;

- les activités sportives qui se font tous les jeudis matin ;

- les ateliers ludique de l'après-midi : chants, danses, comptine, poésie, lecture oralisée ;

- les ateliers de libre expression : dessin, coloriage, causerie, débat et échange ;

- les ateliers de travaux manuels (activité artistique) pour la motricité fine : enfilage de perles pour fabriquer des colliers, bracelets, boucles d'oreille et chapelets, effilochage de tissus découpés pour réaliser des poupées, couture, collage, fabrication d'objets d'art de décoration et de cartes de vœux ;

-Des activités périodiques telles que :

* des excursions ou des sorties organisées dans des musées, des marchés, piscine ou à la plage ;

* des cours d'arts culinaires (aide à la cuisine, confection de pâtisserie, fabrication de pains de savon et de savon liquide et autres produits de consommation ;

* la participation des challengers aux championnats nationaux handisport : vitesse de 100 m, saut en longueur ;

* l'organisation des séances de sensibilisation sur les droits des personnes handicapées : article 29 du CDPH concernant la participation à la vie publique et politique ;

* l'organisation des journées portes ouvertes (commémoration des journées internationales de la trisomie 21[5] et de l'autisme[6] célébrées respectivement les 21 Mars et 2 Avril).

L'organisation des rencontres culturelles ainsi que des journées portes ouvertes constituent une occasion d'ouverture sur l'extérieur avec des expositions, vente des objets d'arts et produits fabriqués par les challengers.

L'association fonctionne grâce à plusieurs sources de financement que sont : les cotisations de ses membres, les dons, legs et parrainages des personnes et structures de bonne volonté notamment les Orthophonistes françaises (Ortho Bénin France), Monas Unidas Espagne, Rotary club Cotonou cocotiers, Lion Club international Cotonou Dauphin, Leo Club Stèv Nouvelle, et autres. Elle est en collaboration avec d'autres associations telles que HI,

[5] 21 mars : JI de la trisomie 21 : En décembre 2011, dans sa résolution A/RES/66/149, l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé de proclamer le 21 mars comme journée internationale de la trisomie 21 qui sera célébrée à partir de 2012.
[6] UNITED

RAPHAL, Fondation Liliane, APEI Périgueux (Association des parents et ami.e.s de personnes handicapées mentales en France).

1-1-5- Structure organisationnelle et ressources humaines.

La structure de gestion de LA CHRYSALIDE possède une Assemblée générale (AG), un conseil d'administration composé de 11 membres élus par l'Assemblée Générale. Il se compose des postes de : Présidence, Vice-présidence, Secrétariat Général, Secrétariat Général Adjoint, Trésorerie Générale, Trésorerie Générale Adjointe, Commissaires aux comptes, Conseiller à l'éducation et au sport, Conseiller Adjoint à l'éducation et au sport, Conseiller à la santé et à la réadaptation et Conseiller Adjoint à la santé et à la réadaptation.

À l'interne, la direction exécutive est dirigée par madame DAÏZO Claudine LAWSON. Le personnel est composé d'une orthophoniste, d'une kinésithérapeute, d'un éducateur spécialisé, d'un psychologue, d'un psychoéducateur, d'un comptable, d'un coach de sport, des animateurs, des encadreurs, et des bénévoles.

1-2- Description des activités menées par le stagiaire

1-2-1 Les activités effectuées au cours du stage

Durant notre période de stage, nous étions sous tutorat de la secrétaire générale, chargée des affaires administratives et financières de la structure. Nos deux premières semaines furent une période d'observation et de découverte, d'une population très particulière et à besoins spécifiques. Pendant cette période, nous avons fait la connaissance des challengers et nous nous sommes imprégnés des différents domaines et activités de la structure. Tout au long de notre stage, nous avons mené plusieurs activités qui s'inscrivent dans le cadre de l'accompagnement des enfants et jeunes déficients intellectuels vers l'autonomie. Ainsi, nous pouvons énumérer entre autres :

1-2-1-1 L'accueil.

En ce qui concerne l'accueil des personnes en situation de handicap intellectuel, nous venons très tôt les matins pour pouvoir accueillir les challengers à leur arrivée tout en leur offrant le sourire et des gestes d'affection.

1-2-1-2-La Praxie et la Psychomotricité

Les exercices de praxies et de psychomotricités se font tous les matins après le petit déjeuner. Ils consistent, d'une part, à la réalisation d'un geste moteur volontaire (vibrer les lèvres, gonfler la joue, souffler, tendre et entrer la langue, siffler) pour la praxie et, d'autre part, à la pratique des mouvements particuliers très précis (motricité fine) et des mouvements qui font travailler l'ensemble du corps (motricité globale) pour la psychomotricité. Nous avons aussi participé à ces séances plusieurs fois et puis nous avons observé les encadreurs faire. Pendant ces séances nous assistons les enfants qui n'arrivent pas à suivre les consignes et exécuter ces gestes et mouvements comme cela se doit, et nous les aidons, à bien le faire, tout en les stimulant par des mots d'encouragement (super, bien réussi, bravo, bon d'amour). Ces activités de praxie et de psychomotricité permettent de sensibiliser et de muscler la sphère oro-faciale afin d'améliorer l'articulation des mots et la précision du geste, et ainsi favoriser la concentration et la mémoire de l'enfant.

1-2-1-3 -La supervision des activités de vie quotidienne

Elle consiste à apprendre à l'enfant ou au jeune en situation de handicap intellectuel, à nettoyer sa chambre, à ranger ses affaires, à se laver les mains avant et après le repas, à faire ses besoins aux toilettes, à faire sa toilette, le balayage, à faire la vaisselle, et autres. Nous les assistons lors de ces tâches, tout en leur montrant, comment cela se fait et en les invitant à y participer afin qu'ils sachent le faire eux-mêmes. Ces activités permettent aux challengers d'acquérir les habiletés pratiques nécessaires et indispensables pour leur autonomie.

1-2-1-4 Animation de section

À LA CHRYSALIDE, il y a trois sections ou classes. Les matins après les exercices de praxie et de psychomotricité, les challengers rejoignent leur classe respective pour continuer le reste des activités de la journée. En classe, nous dispensons aux enfants, des cours d'alphabétisation, et quelques notions d'apprentissages scolaires : l'alphabet français, l'écriture, la lecture, la dictée, le comptage des nombres, l'anatomie du corps humain (schéma corporel), et les basiques de l'arithmétique (addition, soustraction); les notions temporelles et spatiales. Nous les initions à la connaissance de l'argent (monnaie, billets). Nous menons aussi avec les challengers des jeux ludiques et éducatifs (jeux d'encastrement, et des puzzles, identification de deux images

identiques, description d'image, etc.). Ces activités permettent d'éveiller leur champ visuel, d'améliorer leur concentration et de stimuler la créativité et l'imagination.

Il y a des activités qui se font par section et d'autres qui rassemblent toutes les sections. En ce qui concerne les activités communes, elles se font généralement les après-midis. Il s'agit de groupe de paroles, des causeries, de jeu de rôle, des activités artistiques (dessin, coloriage) et culturelles (chant et danse). Pendant ces moments, nous invitons chacun à participer le mieux, à se défouler et à montrer ce qu'il sait faire. Certains pensent qu'ils sont meilleurs que les autres et se moquent de leurs camarades. Devant une telle situation, nous les interpelons, puis nous les ramenons à l'ordre en leur demandant de s'excuser auprès de leurs camarades et de cultiver l'esprit d'équipe, le vivre ensemble. Pendant les activités de coloriage et de dessin, nous voyons certains challengers, ceux qui comprennent vite les consignes, assister leurs ami.e.s à bien tenir le crayon et à mieux faire. Nous les félicitons et encourageons tout le monde à l'entraide.

1-2-1-5 Réunion administrative

Tous les lundis, nous participons aux séances de concertations, qui regroupent tout le personnel administratif et les intervenants permanents. Au cours de ces réunions se planifient et se discutent les différentes activités qui seront menées tout au cours de la semaine. On attribue à chaque animateur la section à encadrer suivant la programmation de la semaine. Nous présentons au personnel les activités que nous souhaiterons faire avec les challengers afin de maximiser leur autonomie. Chaque semaine, on fait la rotation des animateurs par section. Nous avons donc eu la chance de parcourir chacune des sections.

1-2-2 Rôles joués au cours du stage

Au cours de notre stage, plusieurs missions nous ont été confiées. Nous avons eu à diriger des séances de sport, au cours desquelles nous menons avec les challengers des activités de relaxation, d'expressions corporelles. Nous avons aussi animé des séances de communication sur la déficience intellectuelle, et l'autisme à l'occasion de la journée internationale de l'autisme, et de la journée porte ouverte organisée par la structure. Pour cette journée porte ouverte, nous étions appelés à former les challengers sur les droits des personnes en situation de handicap. De plus, nous avons reçu des parents en entretien clinique, sous la supervision de notre responsable psychologue.

1-2-3 Acquis et bilan du stage

À l'issue de ce stage, nous avons fait la découverte des pathologies et troubles de comportement. Ça a été l'occasion pour nous de voir comment se manifestent certains troubles de comportement chez les sujets ayant une déficience intellectuelle. Nous avons pu relier nos connaissances théoriques acquises au cours de notre formation aux faits de la réalité. À travers ce stage, nous avons beaucoup appris, sur la conduite d'un entretien clinique et sur les techniques d'intervention auprès des personnes en situation de handicap intellectuel. Les tâches qui nous ont été confiées nous ont permis de développer le sens de la responsabilité, d'écoute et d'empathie et de savoir gérer nos émotions.

1-3-Difficulté

Comme difficultés, nous pouvons énumérer celles rencontrées lors de l'animation des sections où nous avons eu du mal à faire face aux caprices des challengers surtout quand nous nous retrouvons seules à diriger les séances d'activité. Nous avons eu du mal à faire face à certains comportements inappropriés de la part des challengers, et qui relèvent de l'opposition, voire de la pure provocation. Parfois, on se retrouvait complètement impuissant et sans force. Nous avons eu de difficulté à gérer nos émotions. Il arrive des moments où l'on est tellement frustré au point où des larmes s'échappent sans qu'on s'en rende compte.

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

2-1 -Clarification conceptuelle

Pour rendre plus accessible la compréhension de notre document à tous lecteurs, nous avons jugé important d'expliquer certains mots et expressions clés dont nous ferons usage tout au long de ce travail. Il s'agit entre autres des concepts de : Handicap, Déficience Intellectuelle, Accompagnement Psychologique, Intégration Sociale, Autonomie, Handicap Intellectuel.

2-1-1 Handicap

Le mot handicap provient d'un terme anglais « hand in cap », qui signifie littéralement « la main dans le chapeau », apparut pour la première fois au XVI siècle en Grande-Bretagne et désignait un jeu d'échecs, lié à la notion d'égalité des chances. Il s'agissait d'échanger des objets de valeur équivalente. Le mot sera ensuite utilisé dans le monde sportif pour qualifier un désavantage attribué aux meilleurs joueurs, les plus forts, afin d'égaliser les chances des autres participants (course à handicap dans le sport hippique). En 1981, les définitions relatives au monde hippique ont été abandonnées laissant place à de nouvelles définitions dont les sens premiers sont le désavantage pour les personnes et la diminution des capacités physiques, sensorielles, et intellectuelles.

Selon l'OMS « est appelé handicapé, celui dont, l'intégrité physique ou mentale est progressivement diminuée congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise » Libermann (2003).

La notion de handicap est relative aux normes d'usage, au niveau de développement et aux capacités de tolérance du groupe auquel appartient l'individu handicapé. En psychologie, le terme handicap est attribué à « infirmité » pour signifier le désavantage psychosocial que doit compenser une personne atteinte de déficience. Le terme « handicapé » étant trop stigmatisant, on parle plutôt de « personne handicapée » ou de « personne en situation de handicap ».

Selon la nouvelle définition donnée par la loi française du 11 Février 2005, portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, « constitue un handicap […] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie

en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap, ou d'un trouble de santé invalidante »[7]

2-1-2 -Déficience intellectuelle

Le concept de déficience intellectuelle, entre temps appelé retard mental, est défini par plusieurs organismes, mais très souvent, les spécialistes du domaine se réfèrent généralement aux clarifications suivantes : celle de l'AAMR (Luckasson et coll. 2003), celle du DSM-IV-TR (APA, 2000) et celle de la CIM- (OMS, 1993).

Selon l'OMS (1993), la déficience intellectuelle ou le retard mental est défini comme un « *arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales*».

L'AAMR, dans sa dernière définition, se base sur un modèle fonctionnel qui tient compte de la façon dont les individus fonctionnent dans leur environnement : *La personne présentant une déficience intellectuelle se caractérise par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel, et du comportement adaptatif. Cette incapacité se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques, et survient avant l'âge de 18 ans*.

2-1-3 Handicap intellectuel.

Le handicap intellectuel est la conséquence d'une déficience intellectuelle qui se traduit par des difficultés ou incapacités à communiquer, à apprendre et à se faire comprendre par les autres.[8]

2-1- 4 - Intégration sociale

Selon Émile Durkheim, « l'intégration sociale est un processus par lequel l'individu participe à la vie sociale. Cette participation s'opère grâce à l'intégration des individus dans plusieurs instances (familiale, religieuse, groupes professionnels) qui les prédisposent à vivre en société.»[9]

[7] Définition du handicap – La grille AGGIR – Handicap Info (handicap-info.fr)

[8] Atircle1 de la loi n° 2017-06 du 29 septembre 2017 portant protection et promotion des droits des personnes handicapées en République du Bénin

[9] Emile DURKEIM, Éducation et sociologie, paris (1975)

D'après le grand dictionnaire de psychologie, « 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 d'agir, mais encore de répondre à ses besoins interpersonnels de participation, d'affiliation et de confirmation ». (p387)

L'idéologie de la normalisation définit l'intégration sociale à partir de trois éléments « vivre dans un milieu de vie le plus naturel possible, favoriser les interactions avec le maximum de personnes et favoriser la participation aux activités habituelles de la société (travail, études, loisirs, consommation, décisions) ». Mario et Claire (1988), p16.

2-1-5 -Autonomie

Selon le dictionnaire Robert, l'autonomie est la « capacité de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie », la capacité à subvenir à ses propres besoins.

En nous référant au dictionnaire du handicap (2011, 7e édition), pour les personnes en situation de handicap mental ou psychique, l'autonomie correspond plutôt « à des capacités mentales et à une maîtrise de savoir-faire, d'habiletés sociales ainsi qu'à une insertion socio-relationnelle dans son environnement ».

« L'autonomie est le fait pour un individu, d'agir en exerçant sa volonté et son libre choix » (DECI & RYAN, janvier 2008).

2-1-5 - Accompagnement : c'est un ensemble d'actions ou d'attitudes médicales et paramédicales visant à guérir ou à soulager une personne atteinte d'une maladie grave de longue durée. En psychologie, un accompagnement est toute action à visée thérapeutique exécutée sur une durée, isolement ou dans le but de soutenir une action thérapeutique déjà en cours.

2-1-6 - Accompagnement psychologique : encore appelé « soutien psychologique », est une forme de soutien destiné à toute personne souffrant de difficulté psychologique afin de traiter les troubles psychiques de l'esprit. Ce soutien permet de soulager la souffrance, les symptômes, d'assurer le confort et la qualité de vie du patient et de ses proches.[10]

Également connu sur le nom de psychothérapie de soutien ou soutien psychologique, l'accompagnement psychologique consiste à accompagner un patient afin de l'aider à

[10] https://soinsalternatifs.ch/def-94-soutien-psychologique

surmonter une épreuve particulièrement difficile, telle que la maladie grave, la découverte d'une maladie chronique, le deuil, le divorce, le licenciement, une situation de rupture, et autres.[11]

2-2 -Revue de littérature

2-2-1 Historique et généralités sur la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle a existé dans toutes les civilisations, mais sa perception en a souvent occulté la réalité. Par le passé, dans certaines cultures, par exemple chez les Grecs et les Romains, on se débarrassait des personnes en situation de handicap puisqu'elles exigeaient beaucoup de soins et imposaient des sacrifices à leur famille et à la tribu. Dans la culture islamique, ces personnes sont bien prises en charge. Avec l'avènement de nouveaux courants de pensée, et l'évolution des sciences médicales, psychopédagogiques et sociales, associés à la transformation des systèmes de valeurs, l'autorité publique et l'opinion politique ont changé leur façon de percevoir les personnes déficientes intellectuelles. Jusqu'au XVIIIe siècle, on les enfermait dans des « asiles ». On ne faisait rien pour comprendre et améliorer leur état, mais on se préoccupait de leur procurer des conditions de vie plus ou moins acceptables, ce qui a marqué un certain progrès. Ces « incurables », « idiots », « imbéciles », « arriérés » (terme, par lesquels on les nommait à l'époque), vont devenir objet de soins curatifs, d'essais pédagogiques et d'éducation adaptée. Cette période fut marquée par la création de classe « spécialisée » au sein des écoles primaires, en faveur des enfants ayant une déficience intellectuelle. Ces classes regroupaient les enfants déficients intellectuels, et offraient un programme adapté à leur rythme d'apprentissage, assuré par des enseignants spécialisés. C'est le système qui a prévalu en France, au Québec, au Canada et aux États-Unis dans les années soixante.[12] Vers la fin des années 1960, en France comme au Québec, les intervenants auprès des personnes en situation de handicap puisent dans la psychologie et la psychanalyse, ces disciplines étant considérées comme pouvant éclairer la question des objectifs à poursuivre et des méthodes d'intervention à adopter (Juhel, 2015). La psychologie génétique, dédiée au développement intellectuel,

[11]http://www.cabinet-goutte.fr/suivis-psychologiques/, consulté le 20/06/2021

[12] Tiré du mémoire de Mireille ADJINDA, sur la prise en charge de l'enfant ayant une déficience intellectuelle à Cotonou

élaborée par Piaget (1960), offre de nouvelles pistes pour la mise en place de méthode et de programme d'intervention. Les interventions de René Zazzo (1969) et de Roger Misès (1975) ont permis de mieux comprendre certaines déficiences intellectuelles.

Grâce à l'évolution de la médecine et aux tests psychométriques de Alfred Binet (1905), les premières classifications de la déficience intellectuelle ont été établies. L'accent a été mis sur la différence entre maladie mentale et déficience mentale. Puisque par le passé, la déficience intellectuelle était souvent perçue comme une maladie mentale et son traitement se résumait à l'internement du sujet. Ainsi, pour bien distinguer le malade mental du déficient mental, on verra apparaître l'expression « déficience intellectuelle » ou « handicap intellectuel ».

À la fin des années quatre-vingt, se développe le principe de normalisation, qui marque l'intégration physique et effective des personnes en situation de handicap intellectuel dans l'environnement social : on parle de la valorisation des rôles sociaux assurés dans la société par les personnes présentant des besoins spéciaux (Juhel, 2015). Cette valorisation passe par le développement des capacités et des habiletés personnelles de l'individu ainsi que l'amélioration de l'image de la personne en situation de handicap intellectuel.

2-2-2 Classification et critères psychométriques de la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle se manifeste selon différents degrés de sévérité allant de la forme légère à la forme grave ou profonde. Le DSM-IV et la CIM-10 distinguent quatre niveaux de gravité. Ces différents degrés ont été identifiés à partir des résultats chiffrés des tests d'intelligence, qui ont aussi permis d'émettre le diagnostic de la déficience intellectuelle.

2-2-2-1 la déficience intellectuelle légère

On parle de déficience intellectuelle légère lorsque le QI est compris entre 50 et 70.

Pour la CIM-10, on parle de retard mental léger chez une personne dont le QI varie entre 50 et 69 et l'âge mental du sujet (devenu adulte) est de 9ans à 12ans au plus.

Pour le DSM-IV-TR, le retard mental léger se définit par un QI de 50-55 à 70.

La déficience intellectuelle légère rend possible l'acquisition du langage et de nombreuses aptitudes de toute sorte, mais toujours à un niveau très concret. Ces personnes peuvent apprendre à lire, à écrire, à compter. Elles peuvent accéder à une autonomie aussi complète que possible sur le plan de la vie quotidienne et professionnelle si on leur donne l'occasion.

2-2-2-2 -La déficience intellectuelle moyenne

Elle se définit par un QI compris entre 35-55.

Pour la CIM-10, le retard mental moyen se définit par un QI compris entre 35 et 49. Pour le DSM-V, le quotient intellectuel est de 35-40 à 50-55.

Une fois à l'âge adulte, les personnes ayant une déficience moyenne atteignent un âge mental compris entre 6ans à 9ans au plus.

2-2-2-3 La déficience intellectuelle grave/sévère

Elle est définie généralement par un QI de 20-25 à 35.

Pour la CIM-10, le QI est compris entre 20 et 34, et pour le DSM-IV, le niveau de QI est de 20-25 à 35-40. L'âge mental est situé entre 3ans à 6ans au plus.

Chez le sujet ayant une déficience intellectuelle sévère, certains apprentissages de base sont possibles à acquérir, la communication verbale est rudimentaire ainsi que l'autonomie. Ces enfants sont, la plupart du temps, placés en institution ou en internat spécialisé.

2-2-2-4 La déficience intellectuelle profonde

C'est le degré le plus grave. Elle est définie théoriquement par un QI inférieur à 20 ou 25 pour les deux systèmes de classifications. Cette forme de déficience est généralement associée à plusieurs troubles de développement touchant d'autres organes sensibles. Chez les enfants présentant une déficience intellectuelle profonde, la parole et le langage sont quasiment inexistants. Les acquisitions sont reliées aux notions de base de vie courante, comme celles des automatismes (se moucher, manger, etc.).

Néanmoins, le quotient intellectuel (QI) à lui seul ne suffit pas pour établir un diagnostic ni pour se prononcer sur l'état réel de l'individu. Cette classification faite à partir du QI est de moins en moins d'actualité. D'une part, elle ne fournit pas d'information sur les capacités et les caractéristiques de la personne déficiente intellectuelle et donc est peu utile dans l'élaboration d'un plan d'intervention auprès de la personne. D'autre part, l'efficacité et la validité des tests mesurant le QI ont été remises en cause pour diverses raisons relevant de la qualité du test, de l'état dans lequel la personne se trouve lors de la passation du test, la culture d'origine de la personne, l'atmosphère de la pièce. C'est pour cela que Samuel Gonzales Puell (2009) affirme,

dans son ouvrage *comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes*, qu'il y a peu à dire sur une personne déficiente intellectuelle en se basant sur le QI, car, ce qui importe, c'est ce que la personne est capable de faire avec son QI et non pas le chiffre qui renvoie à un étalonnage.

En plus du quotient intellectuel, il faut que l'évaluation des fonctions cognitives révèle un fonctionnement significativement inférieur à la moyenne, suivi de déficience du comportement adaptatif pendant la période de croissance.

Selon l'AAIDD (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities), le diagnostic, de la DI est fait à partir de 3 critères :

- Limitation significative du fonctionnement intellectuel : un QI inférieur à 70 ;
- Limitation significative du comportement adaptatif ;
- Apparition des symptômes ou du diagnostic avant l'âge de 18ans.

2-2-3-Les causes de la déficience intellectuelle

De nombreux préjugés ont été faits sur la déficience intellectuelle, et cela est lié à l'ignorance des origines ou des causes de celle-ci. Ces attitudes datent du moyen-âge où les gens croyaient que cet état résultait d'une sorte de châtiment de Dieu. Même de nos jours, des parents de jeunes enfants déficients intellectuels pensent qu'ils ont été punis pour une faute qu'ils auraient commise ou encore que, c'est parce qu'ils sont faibles qu'ils ont des enfants déficients. En fait, la déficience intellectuelle est un accident de la nature et elle n'est aucunement liée au caractère moral des parents, ni à leur faiblesse, ni à une punition.

Bien qu'il reste encore beaucoup à apprendre sur la déficience intellectuelle, des études poussées en médecine, en biologie, en psychologie et en sociologie, ont permis d'élucider certaines causes de la déficience intellectuelle. Mais d'autres restent encore inconnues. Parmi les causes connues de la plupart des déficiences moyennes et profondes, nous pouvons citer entre autres :

- Les facteurs génétiques ou héréditaires : ils renvoient à une altération cellulaire, organique ou fonctionnelle de l'être humain due à une aberration génétique lors de la conception ou pendant les premières semaines de vie intra-utérine. Il s'agit ici des aberrations chromosomiques de type autosomique (la trisomie 21, et les autres trisomies, le syndrome de Prader-Willi, le syndrome d'Angelman, le syndrome de

Rubinstein-Taybi, le syndrome de Cornelia de Lange, la neurofibromatose , la maladie du cri du chat, et autres.) ; les aberrations chromosomiques touchant les chromosomes sexuels (x et y) tel que le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Rett, le syndrome de Turner, le syndrome de Klinefelter. Il faut noter que le degré de la gravité de la DI varie d'un syndrome à un autre et, parfois d'une personne à une autre au sein d'un même syndrome. Les erreurs métaboliques (la maladie des urines à odeur de sirop d'érable ou syndrome de Menkes, la galactosémie, la phénylcétonurie, la maladie de Tay-Sachs…).

- Les aberrations biologiques : ce sont les lésions pathologiques avec lesquelles naissent certains enfants et qui sont installées pour leur vie durant. Ces lésions peuvent se produire avant, pendant et après la naissance. Il s'agit des causes attribuées au manque d'oxygène au cerveau (anoxie), à la maladie (la tuberculose, la syphilis, la rubéole, le diabète, la narcomanie ou l'érythroblastose fœtale) ; aux habitudes de vie (consommation de l'alcool, de la drogue, cocaïne), à l'absorption des médicaments néfastes, le déficit de vitamine, la prématurité et les accouchements difficiles, etc.
- Les facteurs psycho-socio-économiques : les conditions psycho-socio-économiques font partie des facteurs non négligeables de la déficience intellectuelle dans la société. L'enfant peut naître en bonne santé physique, mais au fil des ans, voir son état se dégrader. La petite enfance est une période très sensible, et la pauvreté de l'environnement ou un environnement malsain, peut agir dans un sens défavorisant, et sur certains plans de façon irréversible et perturber le développement intellectuel de l'être en devenir. Les recherches actuelles montrent que la privation d'éducation et d'autres facteurs sociaux, culturels font aussi partie des causes de la déficience intellectuelle. Au bas âge de la vie, des stimuli sont nécessaires et indispensables au développement intellectuel d'un enfant, et leurs absences ou manques nuisent à l'adaptation sociale. Il y a aussi les conséquences de la maltraitance envers l'enfant, le syndrome du bébé secoué qui survient à la suite des mouvements brusques et répétés au cours desquels la tête du nourrisson est fortement secouée et peut entrainer de graves lésions du cerveau ; la mauvaise alimentation, les maladies contagieuses.

Nous ne saurions achever cette revue de littérature sans aborder les représentations et perceptions du handicap intellectuel dans notre société.

2-2-4 Représentation, perception et regard de la société sur la déficience intellectuelle au Bénin

Le regard de la société ou la perception que l'on se fait de la déficience intellectuelle joue un rôle déterminant dans le respect du sujet handicapé et dans le processus d'accompagnement et de réadaptation. Au Bénin, les difficultés de l'évolution du regard de la société sur le handicap sont d'ordre culturel. Pendant longtemps, la société a élaboré des théories pour expliquer l'existence des différences, la survenue d'une déficience, d'une maladie et du handicap. Ces théories populaires, culturelles, qui sont des représentations sociales, décrivent la manière dont on considère et on traite les personnes en situation de handicap.

De nombreuses représentations sociales entourent le handicap au Bénin. Elles sont d'ordre spirituel, ou possèdent une dimension invisible, d'ordre divin, et aussi d'ordre relationnel. Idrissa Diop (2012) exprime cela en ces termes *: toute culture s'attache à trouver une ou des causes au handicap. En Afrique Subsaharienne, en particulier au Bénin, celles-ci relèvent principalement d'un registre spirituel, divin et relationnel. Le handicap ou la maladie serait effectivement le résultat d'un dysfonctionnement des relations, entre le social et le religieux, entre le visible et l'invisible, autrement dit, entre les humains et les forces spirituelles qui les régissent.*

Dans certains milieux, où les religions traditionnelles sont très bien pratiquées (Orisha chez les Yoruba, vodoun chez les Fon et apparentés, Tohossou/Tron chez les mina et apparentés) (Laurence Gros, 2009, p26), le handicap intellectuel est perçu comme une punition divine après une transgression ou une négligence. Toute interdiction ou « Su »[13] transgressée par l'homme ou la femme (adultère, sortie noctule...) peut provoquer une déficience chez l'enfant.

Comme le souligne Prévôt (2011), *selon les systèmes de croyances traditionnelles, la maladie, et le handicap ne sont pas le fruit du hasard, mais interviennent par punition ou par sanction pour la transgression d'un interdit par exemple.* M. Heraud (2005) le rejoint dans le même ordre d'idée en ajoutant que, *Le handicap est généralement considéré comme la manifestation de l'interdit, l'expression d'une sanction.*

[13] Interdit ou totem en langue fon

2-3 – Problématique

Enfant ou adulte, la personne en situation de handicap est un sujet qui partage notre humanité et s'insère dans la société où nous vivons. Le handicap, c'est tout ce qui limite l'individu dans ses interactions et empêche sa pleine participation à la vie en société. Cette limitation d'activité ou restriction à la vie en société est souvent due à une altération des capacités sensorielles, physiques, mentales, cognitives ou psychiques, qui peut survenir à n'importe quel moment de la vie, que ce soit à la naissance, dans l'enfance, à l'âge adulte ou à la vieillesse. Très souvent, quand on parle de handicap, on a tendance à penser à une personne en fauteuil roulant, avec des malformations physiques ou une canne blanche à la main, ce qui n'est souvent pas le cas. Certains handicaps peuvent être directement identifiables. Par contre, d'autres ne s'identifient qu'à travers l'observation du comportement et des habiletés de l'individu au quotidien, en comparaison avec ceux de ses paires. Parfois, il n'est pas facile de savoir si une personne est en situation de handicap ou pas, car le handicap n'est ni figé, ni toujours visible. C'est le cas du handicap intellectuel qui n'est rien d'autre que la conséquence de la déficience intellectuelle.

La déficience intellectuelle est une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances, et de la cognition. Selon l'American Association on Mental Retardation(AAMR), la personne présentant une déficience intellectuelle se caractérise par *des limitations du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif :(se laver, prendre le transport commun ….).* Cette incapacité se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques avant l'âge de 18ans. Du fait de son état permanent qui ne peut se guérir, la déficience intellectuelle constitue un obstacle majeur qui empêche l'acquisition ou la conservation de nouvelles connaissances. L'individu passe par des étapes de développement pour grandir, mais chez les enfants ayant une déficience intellectuelle, le développement est lent sur tous les plans. De même, les apprentissages sont aussi lents et difficiles, voire impossibles, à acquérir. Pour ces enfants, tout est difficile, et ils ont tout le temps besoin de l'aide d'un tiers dans toutes les tâches, même dans les petits soins.

Plusieurs recherches ont en effet montré que le potentiel cognitif des enfants ayant une déficience intellectuelle peut être stimulé si l'on met en place une intervention éducative précoce appropriée et un accompagnement personnalisé, sachant que le déclin progressif de la

naissance à l'adolescence du potentiel intellectuel de ces enfants peut être compensé. La déficience intellectuelle touche l'individu avec différent degré de sévérité, et de ce fait, les difficultés de l'enfant ainsi que les besoins de soutien qui en découlent sont très différents et varient d'une personne à une autre. Historiquement, on se basait sur le chiffre du QI pour définir le degré de déficience intellectuelle, mais on se base aujourd'hui sur les capacités d'adaptation à l'environnement de la personne, donc sur son niveau de fonctionnement. Ce point est vraiment fondamental, parce qu'il montre combien le handicap ne résulte pas uniquement de la déficience de la personne, mais aussi d'une interaction entre l'individu vulnérable et son environnement, et cet environnement peut être obstacle ou facilitateur pour sa participation et son autonomie (Fourgyrolas, 1998). La gravité d'une déficience au terme de son évolution dépend pour sa part, des effets (positifs ou négatifs) que les facteurs de l'environnement exercent tout au long de l'histoire du sujet (R. Sablleux et coll., 1979).

Depuis plus d'une vingtaine d'années au Bénin, nombreuses sont les Organisations Non Gouvernementales et structures qui interviennent dans la prise en charge des personnes en situation de handicap intellectuel et s'investissent pour leur épanouissement et leur intégration sociale. Cette prise en charge traite chaque aspect du sujet déficient dans sa globalité et dans sa singularité, en tenant compte de ses besoins aux plans médical, psychomoteur, ainsi qu'affectif et communicationnel sans oublier sa socialisation et son autonomie. Quel que soit le handicap, les personnes concernées ont en commun la quête d'autonomie. L'identification de ses besoins et la mise en place d'un accompagnement pluridisciplinaire sont les facteurs les plus essentiels pour optimiser le développement de l'enfant en situation de handicap intellectuel et lui donner les meilleures chances de progresser et pouvoir se prendre en charge lui-même. C'est dans ce sens que Roger Mise professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la faculté de médecine Paris XI-Bicêtre, stipule qu'*en partageant le pain et la vie de ces personnes lourdement handicapées, on s'efforce en outre, de décrypter leur désir, sans y substituer le nôtre et on tente par-là de leur faciliter l'accès à une vie plus autonome et plus digne*. La personne en situation de handicap intellectuel est aussi un être de désir, de besoins, un être de culture et n'a pas que des incapacités. Elle possède aussi des forces, des capacités et des potentialités qui peuvent se développer si l'environnement y est favorable et si elle bénéficie d'un accompagnement adapté. Mais, la plupart du temps, les parents ont du mal à s'adapter au rythme de leur enfant, et cherchent à tout faire pour lui, à tout faire à sa place. Certains sous-estiment les capacités de l'enfant et se disent qu'il ne peut pas faire telle chose sans même essayer de le lui apprendre. L'enfant est ainsi réduit à sa déficience, à ses incapacités, ce qui

renforce encore le handicap de ce dernier et ne lui permet pas de développer son autonomie. Il y a d'autres parents, vu l'état de leur enfant, n'aime pas le faire sortir. Ces enfants sont souvent cachés dans les arrières cours, et ne sont pas affichés. Du coup, ils sont privés d'environnement stimulant et de contact social pouvant véritablement faciliter l'acquisition et le développement d'habiletés cognitives et sociales nécessaires pour leur intégration sociale. Tous ces constats font partie des raisons qui ont suscité le choix de notre sujet de recherche qui porte sur « l'accompagnement psychologique pour l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel ». La question se trouvant au cœur de notre recherche est la suivante : quelles sont les actions mises en place pour favoriser l'autonomie et l'intégration sociale de l'enfant et du jeune en situation de handicap intellectuel ?

Pour mener à bien notre recherche, des hypothèses et objectifs ont été élaborés et se présentent comme suit ;

2-3-1 -Hypothèses de recherche

2-3-1-1Hypothèse générale

Les personnes en situation de handicap intellectuel nécessitent un accompagnement psychologique adapté à leurs besoins pour développer leur autonomie en vue d'une meilleure intégration sociale.

2-3-1-2 -Hypothèses spécifiques

- La participation et l'implication de l'enfant en situation de handicap intellectuel dans les différentes tâches et activités quotidiennes augmentent son niveau d'autonomie.
- Les interventions psychoéducatives auprès des enfants en situation de handicap intellectuel favorisent leur développement optimal ainsi que l'apprentissage des comportements adaptés permettant une meilleure intégration sociale.

2-3-2-Objectifs de recherche

2-3-2-1-Objectif général

Notre objectif général vise à montrer l'importance de l'accompagnement psychologique des personnes en situation de handicap intellectuel.

2-3-2-2- Objectifs spécifiques

- Évaluer l'effet des interventions visant le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap intellectuel.
- Montrer l'apport de l'accompagnement psychologique dans l'amélioration des troubles de comportement présents chez l'enfant et le jeune en situation de handicap intellectuel.

2-4- Méthode

Pour la mise en œuvre de cette recherche, nous avons opté pour une approche mixte, à la fois quantitative et qualitative. L'approche quantitative nous a permis de collecter des données quantifiables sur la durée d'accompagnement et les changements survenus, à l'aide d'un questionnaire d'enquête administré aux parents d'enfants en situation de handicap intellectuel. L'approche qualitative nous a permis de recueillir des données via les observations et entretiens.

2-4-1- Participants

- **Population de la recherche**

La population de recherche, encore appelée population cible ou population mère, désigne l'ensemble des sujets ayant des caractéristiques communes ou semblables, destinés à une étude donnée. Pour le compte de notre recherche, la population cible est composée des personnes en situation de handicap intellectuel, dont l'effectif total est de 27, de leurs parents et des membres du personnel de LA CHRYSALIDE dont l'effectif est de 12. Elle peut aussi se réduire à un échantillon, c'est-à-dire également l'ensemble des individus qualifiés et ayant pris effectivement part à l'étude.

- **L'échantillonnage**

L'échantillonnage est un processus qui consiste à recueillir des informations sur une partie de la population (échantillon) cible. Elle consiste à sélectionner de la population mère, des individus qui vont prendre part à notre enquête et qui seront interrogés. Dans le cadre de cette étude, un échantillonnage raisonné est adopté. L'échantillon est constitué de :

-12 personnes en situation de handicap intellectuel qui fréquentent LA CHRYSALIDE ;

-06 membres du personnel de LA CHRYSALIDE (03 animateurs, 2 psychologues, une kinésithérapeute).

-12 parents de personne en situation de handicap intellectuel.

- **Critères de choix des personnes ayant constitué l'échantillon**

➢ **Personne en situation de handicap intellectuel**

Avoir une déficience intellectuelle, être inscrit à LA CHRYSALIDE et avoir bénéficié d'au moins 1 an d'accompagnement/ rééducation au centre.

➢ **Personnel**

Être animateur, bénévole ou professionnel permanent à LA CHRYSALIDE et intervenant auprès des personnes en situation de handicap intellectuel, et être présent au centre au moment de l'étude.

➢ **Parents**

Être parent d'un enfant ayant un handicap intellectuel, avoir un enfant inscrit à LA CHRYSALIDE et avoir donné son consentement pour participer à l'étude.

2-4-2- Matériels

Il s'agit d'énumérer l'ensemble des techniques et outils ayant permis la collecte, le traitement, et l'analyse des données.

2-4-2-1-Techniques et outils de collecte des données

- **Observation**

C'est la première technique du chercheur, la plus utilisée et, de surcroît, indispensable dans tout projet de recherche. Car, tout part de l'observation.

L'observation est *«la constatation attentive des phénomènes, sans volonté de les modifier, à l'aide de moyens d'investigation et de la recherche appropriés à cette constatation»* Landsheere (1982, p.36). Elle permet au chercheur d'avoir des réponses à ses interrogations, de constater de lui-même des faits pertinents, qui lui permettront d'aborder ou non un sujet. Durant notre recherche, nous avons fait preuve d'observation participante. Cette technique nous a permis de prendre connaissance de la réalité et des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de handicap intellectuel dans leur quotidien.

- **L'entretien**

  L'entretien est défini, comme *« un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations en relation avec le but fixé »* Grawitz (2001). C'est aussi une technique vivante, une forme de communication établie entre deux ou plusieurs personnes ayant pour but de recueillir des informations concernant un sujet précis. Dans le cadre de notre étude, pour sa bonne conduite, un guide d'entretien a été défini, et suivi. Il s'agit d'un entretien semi-directif d'une durée de (20-30min) effectué avec six membres du personnel permanent du centre.

- **Le questionnaire**

  Le questionnaire est un outil de collecte de données chiffrées. Il prend la forme d'un formulaire constitué d'une série de questions rédigées et préétablies, et posées de façons standardisées à un échantillon d'individu. Cette technique a permis de recueillir l'opinion des parents quant à l'accompagnement dont bénéficient leurs enfants et les changements que cela génère sur l'accession à l'autonomie de l'enfant et du jeune déficient intellectuel. Ce questionnaire est structuré en trois parties, et composé de 14 questions ouvertes et fermées, administré uniquement aux parents d'enfants en situation de handicap intellectuel.

2-4-3- Procédure

2-4-3-1-Collecte et traitement de données recueillies

Après la collecte des données, il s'en est suivi la phase de traitement. Les données issues du terrain ont fait l'objet d'un dépouillement manuel, et ont été organisées suivant les objectifs de recherche. En effet, le traitement des données recueillies s'est fait via le logiciel Microsoft Word 2013 pour le texte et Microsoft Excel 2013 pour les tableaux. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu qui consiste à transcrire, à commenter les résultats afin d'aboutir à leur interprétation et leur discussion.

2-4-3-2 Aspects éthiques

Pour mener à bien notre travail, des démarches administratives ont été faites. Après l'élaboration du guide d'entretien et du questionnaire, nous avons pris conseil auprès de la directrice de LA CHRYSALIDE, qui nous a mis en contact avec les parents des enfants en situation de handicap intellectuel faisant partie de notre échantillon. Tous les enquêté.e.s ont reçu des explications relatives à notre sujet de recherche ainsi qu'aux objectifs poursuivis. Ils nous ont donné leur accord. En retour, nous avons rassuré les uns et les autres de l'anonymat et de la confidentialité des informations qui nous seront confiées. Tout au long de ce processus, nous avons pris des précautions sur le plan éthique au regard de la sensibilité des enquêté.e.s afin de protéger leur dignité.

CHAPITRE 3: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

3-1- Résultats

Dans cette partie, nous exposerons en détails, les résultats issus des questionnaires adressés aux parents, des entretiens menés avec les intervenants, ainsi que des observations faites sur le terrain. Ensuite, nous ferons une analyse des données recueillies.

Notre recherche porte sur les personnes en situation de handicap intellectuel et vise à montrer l'importance de l'accompagnement psychologique pour le développement de leur autonomie et leur intégration sociale. A cet effet, nous avons étudié l'effet des interventions visant le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap intellectuel et l'apport de l'accompagnement psychologique dans l'amélioration des troubles de comportement.

3-1-1- L'effet des interventions psychologiques sur le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap intellectuel :

Pour atteindre cet objectif, nous avons collecté et analysé des données sur la durée d'accompagnent, les changements observés par les parents, leur perception, leur satisfaction, et sur la capacité de l'enfant à se prendre en charge et son implication à la vie familiale. Les informations ont été recueillies grâce au questionnaire d'enquête adressé aux parents et à nos observations faites sur le terrain au cours des trois mois de stage.

3-1-1-1-Répartition des personnes en situation de handicap intellectuel selon leur sexe et leur âge

Tableau1 : Répartition des challengers (enfants et jeunes en situation de handicap intellectuel) selon leur sexe et leur âge.

Âge	Sexe		Total
	Masculin	**Féminin**	**Effectifs**
7ans	1	0	1
13ans	2	1	3
19ans	1	1	2
20ans	1	0	1
25ans	1	0	1
27ans	1	0	1
29ans	1	0	1
30ans	2	0	2
Total	**10**	**2**	**12**

Source : Travaux de terrain, Mai 2021

Soit N, l'effectif de notre échantillon ; A, la somme de tous les âges, et M la moyenne de l'âge.

N=12 et A=245. M est égal à la somme de tous les âges, divisée par l'effectif de l'échantillon, ce qui donne M=20.41.

La lecture du tableau n°1 nous révèle que l'âge des personnes en situation de handicap intellectuel de notre échantillon varie de 7ans à 30ans, dont 83.33% sont de sexe masculin et 16.66% sont de sexe féminin. Nous avons eu à calculer la moyenne d'âge de cette population, ce qui a donné 20,41.

De ces données, nous pouvons dire que la majorité des personnes en situation de handicap intellectuel de notre échantillon d'étude sont des adolescents et jeunes adultes et leur âge moyen est de 20ans.

3-1-1-2- Scolarisation des personnes en situation de handicap intellectuel

Tableau2 : Répartitions des personnes en situation de handicap intellectuel selon leur scolarisation :

L'enfant ou le jeune est-il scolarisé ou a-t-il été scolarisé une fois ?	**Effectifs**	**Pourcentage%**
Oui	9	75%
Non	3	25%
Total	12	100%

Source : Enquête de terrain, Mai 2021.

Les données consignées dans le tableau n° 2 nous montrent que, parmi ces personnes en situation de handicap intellectuel de notre échantillon d'étude, 9 ont été scolarisés, au moins une fois, avant d'être confrontés aux réalités de leur handicap, soit un pourcentage de 75%, et 3 qui n'ont pas connu le monde scolaire. Pour ceux qui n'ont jamais été scolarisés, plusieurs raisons expliquent cela : complexité de leur handicap (polyhandicap, déficience sévère), angoisse des parents (la peur que l'enfant ne soit sujet de moquerie ou ne se perde).

3-1-1-3- Durée d'accompagnement et changements observés au fil du temps

Tableau n°3a : Répartition des challengers selon la durée d'accompagnement.

Période de suivi (nombre d'années d'accompagnement psychologique et psychoéducatif)	Effectifs	Pourcentage%
Moins d'un an	2	16,66%
Environ un an	1	8,33%
Plus d'un an	9	75%
Total	12	100%

Source : Enquête de terrain

De ce tableau, il ressort que la majorité des personnes en situation de handicap intellectuel de notre échantillon d'étude sont suivies par le centre depuis plus d'un an.

Tableau n°3b : Répartition des enquêté.e.s (parents) selon les changements observés suite à l'accompagnement psychologique de leur enfant.

Depuis que votre enfant fréquente LA CHRYSALIDE, il y a-t-il eu un changement ou une amélioration ?	Effectifs	Pourcentage%
Changements positifs	11	99%
Changements négatifs	0	0%
Difficile à apprécier	1	1%
Total	12	100%

Source : Enquête de terrain

Sur 12 parents ayant répondu à notre questionnaire, 11 nous confient avoir constaté des changements positifs et des améliorations (compréhension des consignes, acquisition de la propreté, de l'hygiène, du langage, diminution des comportements stéréotypés, réduction de la propension à se déshabiller en public, moins d'agressivité, ouverture aux autres, moins agité; acquisition d'une capacité à faire des choix, moins de colère, …) suite à l'accompagnement de leur enfant, soit 99%.

Mais un de nos enquêtés affirme qu'il est difficile d'apprécier ce changement. Comme nous pouvons le lire à travers ses propos :

« Difficile à faire cette appréciation. Tantôt, on note des changements positifs au plan comportemental, tantôt c'est négatif. »

3-1-1-4- Perception des parents et leur satisfaction par rapport à l'accompagnement psychologique dont bénéficie leur enfant à LA CHRYSALIDE.

Tableau n° 4 : Répartition des parents selon leur satisfaction par rapport à l'accompagnement de leur enfant.

Êtes-vous satisfaits de l'accompagnement psychologique dont bénéficie votre enfant à LA CHRYSALIDE ?	Effectifs	Pourcentage%
Oui	10	83,33%
Non	0	0%
Plus ou moins	2	16%
Total	12	100%

Source : Enquête de terrain, Mai 2021.

En ce qui concerne la satisfaction des parents quant à l'accompagnement psychologique de leur enfant, 10 affirment être satisfaits, soit 83,33% et 2 sont plus ou moins satisfaits, soit 16%.

Quant à la perception des parents sur l'accompagnement psychologique dont bénéficie leur enfant au centre, tous les parents questionnés admettent qu'il a y eu des changements aussi minimes, soit-il. En voici quelques propos qui relatent leur perception :

« L'accompagnement à La Chrysalide, c'est bien soulageant. Ça a permis à mon enfant de développer certaines capacités en autonomie ».

« Je vois que cet accompagnement est nécessaire et important. »

« C'est un bon accompagnement, d'autant plus qu'il est en contact avec d'autres personnes, ce qui le réjouit »

« Étant conscients de son handicap, nous n'attendons pas forcément qu'il évolue sur le plan professionnel… Par contre, l'école devrait nous aider à détecter en lui d'autres aptitudes, pour qu'on l'oriente vers un métier d'apprentissage. À la maison, il s'implique beaucoup dans les travaux domestiques : nettoyage, rangement et autres ».

3-1-1-5- Participation et implication de l'enfant à la vie familiale

Tableau n° 5: Répartition des challengers selon leurs participations et implications à la vie familiale.

Avez-vous l'habitude de lui confier des tâches à la maison ?	Effectifs	Pourcentages%
Oui	09	75%
Non	03	25%
Total	12	100%

Source : Travaux de terrain, Mai 2021.

L'analyse des informations consignées dans ce tableau nous révèle que les personnes en situation de handicap intellectuel de notre échantillon sont de plus en plus impliquées à la maison et participent aux tâches quotidiennes, soit 75% des challengers.

3-1-1-6- Capacité de l'enfant à se prendre en charge (Autonomie)

Tableau n° 6 : Répartitions des challengers selon leur capacité à subvenir à certains petits besoins ou pas.

3-1-1-6- Capacité de l'enfant à se prendre en charge (Autonomie)

Tableau n° 6 : Répartitions des challengers selon leur capacité à subvenir à certains petits besoins ou pas.

Avec l'accompagnement à LA CHRYSALIDE, votre enfant arrive-t-il à faire ses petits besoins (s'habiller, se brosser, manger, se chausser, ranger ses affaires, et autres) seul ?	Effectifs	Pourcentages %
Oui	09	75%
Non	00	0%
De mieux en mieux	03	25%
Total	12	100%

Source : Travaux de terrain, Mai 2021

De ce tableau, il ressort que, avec l'accompagnement à LA CHRYSALIDE, (09) challengers arrivent à se prendre en charge eux-mêmes seuls, et (03) y parviennent de mieux en mieux (parfois seul, parfois avec de l'aide). On peut en déduire qu'avec l'accompagnement psychologique et psychoéducatif, la plupart des personnes en situation de handicap intellectuel de notre échantillon arrivent à se dépasser, à relever beaucoup de défis chaque jour, à prendre des initiatives, et faire plein de choses eux-mêmes, parfois seuls, parfois avec de l'aide.

3-1-2- L'apport de l'accompagnement psychologique dans l'amélioration des troubles de comportement chez la personne en situation de handicap intellectuel :

À ce niveau, nous allons évoquer les troubles de comportement et comportements problématiques, qu'on observe chez les personnes en situation de handicap intellectuel, leurs causes, et les thérapies ou stratégies ayant permis la réduction ou la diminution significative de ces troubles de comportement. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes appuyés sur les données issues des entretiens faits avec le personnel intervenant auprès des personnes en situation de handicap intellectuel au centre et de certaines données issues du questionnaire adressé aux parents.

3-1-2-1- Les troubles de comportement présents chez les personnes en situation de handicap intellectuel

Des entretiens que nous avons eus avec le personnel, il ressort que les troubles de comportement auxquels ils font face le plus souvent sont : trouble de l'humeur, trouble de l'attention ou hyperactivité, l'agressivité, l'automutilation, trouble anxieux, les comportements sexuels inappropriés. Ces troubles de comportement, encore appelés comportement défis, se manifestent par des colères incoercibles, la destruction des objets (par exemple, déchirer ses vêtements), se masturber ou exposer son sexe en public, frapper ou se cogner la tête, mordre les mains, déambulation permanente, le retrait, les stéréotypies, le défi de l'autorité.

3-1-2-2- Les causes des troubles de comportement :

Les données recueillies nous révèlent que plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de l'apparition des troubles de comportement**.** Selon nos enquêtés, ces comportements défis sont souvent liés à l'absence de parole, à une incapacité à exprimer leurs besoins ou désirs ou à se faire comprendre, à la conscience de leurs limites, au manque d'estime de soi, à l'hypersensibilité sensorielle (au bruit, à la promiscuité, au toucher), difficultés à faire face aux changements, à gérer les frustrations, au trouble du sommeil. Nous notons également que certains troubles sont liés au type de handicap que porte l'enfant.

Un de nos enquêtés précise que : « *les troubles du comportement sont liés à la communication. La personne n'arrive pas à mettre en mot son désir, ce dont elle a besoin ; elle pense qu'en faisant une crise de colère, ou en adoptant un comportement inapproprié, elle peut mieux se faire entendre. »*

Un autre intervieweur ajoute en ces termes:

Pour certaines personnes, cela constitue un moyen d'expression.

Il y a des enfants, s'ils veulent quelque chose, et qu'ils n'ont pas ça sur-le-champ, ils font de sévères crises de colère, taper sur la table, casser un objet de valeur, ou renverser son assiette.

De tout ce qui précède, il ressort que la non-satisfaction des besoins, l'absence de la parole et le manque de compréhension favorisent l'expression de trouble de comportement chez les personnes en situation de handicap intellectuel. Nous notons également que ces troubles de

comportement et comportements problématiques varient selon le handicap, et d'un individu à un autre.

3-1-2-3- De l'accompagnement à la réduction et/ou diminution significative des troubles de comportement

Pour faire face aux troubles de comportement, diverses activités sont mises en place par les différents professionnels intervenant auprès de ces enfants en situation de handicap intellectuel. Pour pallier les difficultés de communication, les intervenants utilisent des pictogrammes, des objets, des images, des signes, offrant des possibilités de choix, qui permettent à l'enfant ou au jeune de pouvoir désigner ou toucher du doigt ce dont il a besoin, ce qu'il veut, d'exprimer son accord ou son désaccord et de mieux comprendre les consignes. Les séances de praxie permettent aux enfants de faire travailler la motricité globale du corps, les nerfs vocaux, l'articulation des lettres, mots et syllabe qui favorisent l'expression du langage ; les séances de sensibilisation, permettent de les orienter sur la façon de se comporter en société.

Un de nos enquêtés nous dit *: « En les observant au quotidien, nous identifions leur centre d'intérêt, et nous proposons des activités, des jeux au goût de chacun, nous les stimulons à chaque instant, nous récompensons par moment, puis nous les encourageons à mieux faire. »*

« Dans certaines situations, nous essayons de parler calmement avec la personne, tout en faisant preuve d'écoute active. Cette technique nous permet de mieux déceler ce qui pourrait susciter un comportement inadapté. »

Pour mieux instaurer la discipline ou faire perdre les mauvaises habitudes et les mauvais comportements, les animations font usage des méthodes restrictives telles que l'isolement, la contention, le renforcement positif/négatif. Un de nos enquêtés nous affirme :

« Parfois, quand l'enfant adopte un comportement inapproprié, par exemple, il crache partout, ou il crache sur ses paires, on le lui interdit et il ne veut pas comprendre, on l'écarte du groupe pendant un moment, et après on le réintègre ».

En somme, les aides à la communication, le développement d'activités en lien avec le goût des personnes, l'identification des besoins, l'application des mesures restrictives, l'écoute active, la stimulation, la sensibilisation, l'éducation entre les paires, le renforcement positif/négatif, et l'accompagnement orthophonique regroupent l'ensemble des stratégies ayant permis une

réduction ou une diminution significative des troubles de comportement chez les personnes en situation de handicap intellectuel.

3-1-2-4-Changement observé au plan comportemental

Tableau n° 7 : Répartition des enquêtés selon les changements observés par rapport aux comportements problématiques.

Par rapport aux troubles de comportement, qu'avez-vous remarqué ?	**Effectifs**	**Pourcentages %**
a- Une diminution des troubles de comportement (agitation, agressivité, hyperactivité, colère excessive, automutilation)	06	50%
b- Diminution ou perte des comportements stéréotypés (Battement ou agitation des mains, succion du pouce, se cogner la tête, battement des bras)	06	50%
c- aucun changement	00	0%
Total	12	100%

Source : Données de terrain

De ces données, certains parents nous révèlent avoir observé une diminution des troubles de comportement chez leurs enfants (moins d'agressivité, d'automutilation..), soit 50% des parents, et d'autres parents disent avoir remarqué une diminution ou perte des comportements stéréotypés (succion du pouce, battement des mains, cogner la tête...), soit 50% également.

3-2-Discussion

Le but de la présente recherche est de montrer l'importance de l'accompagnement psychologique pour l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel à travers l'observation, les séances d'entretiens semi-directifs sur les troubles de comportement, les thérapies ou stratégies ayant permis une réduction ou une diminution significative de ces troubles de comportement, et l'administration du questionnaire sur la durée d'accompagnement, les changements observés, la perception et satisfaction des parents, et la participation de l'enfant à la vie familiale.

En premier lieu, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la participation et l'implication de l'enfant en situation de handicap intellectuel dans les différentes tâches et activités quotidiennes augmentent son niveau d'autonomie. Selon Odile klinger-Delarge, *« toutes les occasions de laisser l'enfant agir seul dans son milieu doivent être saisies» (p34).* Pour tout parent, favoriser l'autonomie de son enfant est à la fois un désir et une peur. Quant aux personnes présentant une déficience intellectuelle, la question est encore plus difficile et importante. Pourtant, pour y parvenir seul, il faut que l'enfant ait l'occasion, l'accord, et le soutien. En le faisant participer, en lui confiant régulièrement des tâches, l'enfant développe petit à petit sa capacité de faire, d'agir, d'action, et son pouvoir de prise d'initiative, et de faire des choix ; il développe son sens de responsabilité et sa confiance en soi. Juhel(2015) nous rejoint dans le même ordre d'idée, quand il affirme que, *« pour avoir une meilleure estime de soi, les enfants handicapés doivent participer et contribuer à tous les aspects de leur vie»*. Dans notre étude, nous avons remarqué que la majorité des personnes en situation de handicap intellectuel qui fréquentent LA CHRYSALIDE, sont des adolescents et jeunes adultes, et que, à leur arrivée au centre, avaient très peu d'autonomie, et n'arrivaient pas à accomplir les simples gestes de vie quotidienne elles-mêmes, et étaient totalement dépendants des nounous misent à leur disposition. La participation et l'implication de ces enfants aux ateliers d'apprentissage, a permis à ceux-ci, de grandir en autonomie, et de se détacher de leur nounou. Ces progrès sont le fruit de plusieurs années d'accompagnement psychologique et socioéducatif. Aujourd'hui, ces enfants sont mieux outillés, et peuvent prendre soin de leur hygiène corporelle, prendre leur repas seul, ranger leurs affaires, s'habiller de façon approprié, faire leur besoin aux toilettes, entretenir leur chambre, faire les tâches ménagères, respecter les règles de sécurité.

En second lieu, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle « Les interventions psychoéducatives auprès des enfants en situation de handicap intellectuel favorisent leur

développement optimal ainsi que l'apprentissage des comportements adaptés permettant une meilleure intégration sociale ». D'une part, notre étude a montré que les habiletés langagières, sensorimotrices, psychomotrices, cognitives, et sociales des enfants de notre échantillon d'étude se sont développées et améliorées au fil des années d'accompagnement psychologique. Nous avons aussi remarqué que ces enfants et jeunes DI ont des comportements problèmes, qui freinent et entravent leur intégration sociale. Ces comportements problèmes se manifestant par des colères incoercibles, l'agressivité, l'automutilation, le retrait, l'opposition, la destruction des objets, le défi de l'autorité, sont souvent dus à l'absence de parole, à une incapacité à exprimer leurs besoins et à se faire comprendre, aux difficultés à faire face aux changements et à gérer les frustrations. D'autre part, notre étude a montré que la mise en place de nouvelles alternatives a permis de réduire considérablement ces troubles de comportement grâce aux techniques de modelage, de stimulation verbale, d'incitation physique, de renforcement, d'isolement, de contention. L'une des grandes forces d'un plan d'accompagnement psychologique est le fait qu'il identifie les *« comportements alternatifs désirables que la personne devrait présenter à la place du comportement qui pose problème »* O'Neill et coll. (2008, p. 125). Dans leurs interventions, les animateurs s'efforcent de remplacer les comportements problèmes de la personne par des comportements appropriés en lui donnant de nouveaux moyens d'action et d'expression.

Au terme de notre recherche, tous les objectifs que nous nous sommes fixés sont atteints, et nos hypothèses sont vérifiées. Il se dégage de notre étude que l'accompagnement psychologique est indispensable pour le développement de l'autonomie et l'intégration de l'enfant et du jeune en situation de handicap intellectuel dans la société.

3-3- Suggestions

Au regard de cette recherche, nos suggestions à l'endroit de LA CHRYSALIDE, et des structure de prise en charge des personnes en situation de handicap intellectuel se résument comme suit :

- Mettre en place des projets de vie personnalisés et individualisés, qui tiennent compte des aptitudes de la personne en situation de handicap intellectuel afin de l'orienter vers l'apprentissage d'un métier qui lui permettra de se rendre utile dans la société ;
- Promouvoir un espace de formation en art plastique, en faveur des personnes en situation de handicap intellectuel, et y adapter le matériel pédagogique et les enseignements à leur niveau intellectuel et à leur rythme d'apprentissage ;

- Faire la promotion de la création des emplois protégés pour personnes en situation de handicap intellectuel, pour qu'à la fin de leur formation, elles puissent facilement intégrer le monde du travail où leurs droits seraient connus et respectés au même titre que les autres.
- Désinstitutionnaliser un peu l'accompagnement des personnes en situation de handicap intellectuel, par des projets de découverte des métiers (artistiques et artisanaux) afin de permettre aux jeunes adolescent(e)s, de plus s'extérioriser. Cela favoriserait plus leur intégration et leur inclusion sociale.

Conclusion

Le stage effectué à LA CHRYSALIDE a été très bénéfique pour nous en ce sens qu'elle nous a permis non seulement de mettre en pratique les connaissances théoriques acquises au cours de notre formation, mais aussi de pouvoir observer en situation réelle les manifestations de ce que c'est qu'un trouble de comportement, et mieux comprendre les phénomènes psychologiques qui interviennent dans l'expression de celui-ci.

Le développement cognitif et social d'un enfant se construit à travers plusieurs étapes particulières et essentielles, suivant un ordre bien défini. Cependant, lorsque celui-ci est en situation de handicap intellectuel, son parcours est entièrement différent. Et, suivant le degré du handicap, des difficultés se répercutent sur l'ensemble de son développement et face aux adaptations qu'il doit affronter. Aussi, peut-il se retrouver dans une relation de rejet ou de surprotection de la part de ses parents et de son entourage, ce qui ne facilitera pas son envol vers l'indépendance (autonomie).

Notre recherche sur ***l'accompagnement psychologique pour l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel à La Chrysalide***, nous a permis d'acquérir de nouvelles connaissances, et de développer des compétences relatives au monde professionnel, de nous constituer un savoir autour du handicap, de la déficience intellectuelle, ses causes, ses conséquences, et ses retentissements sur le développement des sujets qui en sont porteurs. En effet, l'objectif premier de cette recherche est d'évaluer l'effet des interventions visant le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap intellectuel, et le second, montrer l'apport de l'accompagnement psychologique dans l'amélioration des troubles de comportement présents chez l'enfant et le jeune en situation de handicap intellectuel. De notre étude, il ressort que l'autonomie de ces personnes s'est développée au fil des années d'accompagnement, grâce à l'environnement stimulant que leur offre LA CHRYSALIDE, tout en les mettant au cœur des activités, en les impliquant à toutes les tâches et en les faisant participer le plus activement possible.

L'analyse des résultats issus des entretiens, des questionnaires d'enquêtes et de l'observation a permis de mieux appréhender les difficultés qu'éprouvent les personnes en situation de handicap intellectuel au quotidien, et l'impact des actions que mène LA CHRYSALIDE chaque jour pour le bien-être et l'épanouissement de ces personnes.

Il importe donc que les responsables à divers niveaux et l'opinion publique prennent conscience des besoins spécifiques de ces enfants et changent leur façon de les percevoir. Les parents et la société gagneraient à reconnaître les capacités et à accepter les limites de la

personne déficiente intellectuelle, afin de l'aider à s'accepter lui-même et à mettre en avant d'autres compétences sociales qui lui permettront de développer une certaine autonomie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES

- American Association of Mental Retardation [AAMR] (1994). *Retard mental, définition,* classification et système de soutien. Saint-Hyacinthe Edisem.

- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* (4e, J.-D. Guelfi et coll. trad. éd.). Paris: Masson (original publié en 1994).

- Doron, R. et Parot, F (directeurs), (1991). *Dictionnaire de psychologie*, Paris, PUF, 756 pages.

- Diop, I. (2012). *Handicap et représentation sociale en Afrique occidentale dans le français d'aujourd'hui* 2012/2 (n° 177), Armand Colin, 148p

- Émile DURKEIM. (1975), *Éducation et sociologie*, paris PUF

- Fougeyrollas, P. (1998). La classification québécoise du processus de production de production du handicap et la révision de la CIDIH. *Handicaps et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI ,78-80,85-101.*

- Juhel, J.-C. (2015). *La personne ayant une déficience intellectuelle. Découvrir, comprendre, intervenir,* Québec, Presses de l'Université Laval, 446 pages.-

- Heraud, M. (2005). *Malédiction et handicap : à qui la faute ?* Handicap international France.

- Liberman, R. (2003). *Handicaps et maladies mentales, que sais-je ?* Paris, PUF.

- Mario Bolduc et Claire Chamberland. (1988), *« l'intégration sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle »*, santé et société, vol. 10 ; n° 3, p.16

- Mise, R. (1975). *L'enfant déficient mental : approche dynamique.*

- Odile KLINGER-DELARGE. (2013), *100 idées pour accompagner les enfants déficients intellectuels,* Pari : Tom Pousse, 187p.

- OMS (1993). *Clarification internationale des Maladies*, 10e révision. Paris, Masson, 226 pages

- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Sprague, J. R., Story, K. & Newton, J. S. (2008). *Évaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques.* Manuel pratique. Bruxelles : De Boeck.

- Prévôt, A. (2011). *La surdité et les sourds au Bénin*. Unpublished, Mémoire de master, université Stendhal-Grenoble3

- Piaget, J. (1972), *Problèmes de psychologie génétique*, Paris, Denoel Gonthier

-Roger Mises, article n° 2005/1-2. *La notion de la déficience intellectuelle et ses applications, p23-47*

-Zazzo, R. (1969) (sous la direction de). *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 3éd.

- Définition | Intelligence | Futura Santé (futura-sciences.com)

- Définition du handicap – La grille AGGIR – Handicap Info (handicap-info.fr)

- https://soinsalternatifs.ch/def-94-soutien-psychologique , consulté le 20/06/2021

- https://www.cabinet-goutte.fr/suivis-psychologiques/ , consulté le 20/06/2021

ANNEXES

<u>Annexe1</u>: Questionnaire d'enquête adressé aux parents d'enfants en situation de handicap intellectuel

Ce questionnaire intervient dans le cadre d'un travail de recherche pour la rédaction d'un mémoire de licence, dont le thème porte sur l'accompagnement psychologique pour l'autonomie et l'intégration sociale des personnes en situation de handicap intellectuel. Votre contribution serait d'une grande utilité.

I - État civil, et profession des parents ?

A- **Information sur l'enfant**

Sexe de l'enfant : Féminin ☐ Masculin ☐

Âge :

1-L'enfant est-il scolarisé ou a-t-il été scolarisé?

Oui ☐ Non ☐

2- Dans quels types d'école ?

Ordinaire ☐ Intégratrice ☐ spécialisée ☐

B- Fréquentation de LA CHRYSALIDE et impact

1-Comment avez-vous connu LA CHRYSALIDE ? Par le biais :

- d'un professionnel ☐ - des ami.e.s ☐
- des parents ☐ - d'un parent d'enfant en situation de handicap ☐
- autres (à préciser)

2-Pourquoi avez-vous choisi d'inscrire votre enfant à LA CHRYSALIDE ?

a- Pour qu'il/elle bénéficie d'un accompagnement psychologique et psychoéducatif

b- Pour qu'il/elle soit dans le même environnement que les enfants comme lui
c- Autre (préciser)…

3-Quelles sont vos attentes ?

a- une amélioration de son état (autonomie)
b- une guérison totale de son mal
c- ouverture sociale et épanouissement
d- autre (préciser)

4-Depuis quand votre enfant fréquente il/elle LA CHRYSALIDE ?

Moins d'un an ☐ Environ un an ☐ plus d'un an ☐

5-Depuis que votre enfant fréquente LA CHRYSALIDE, qu'avez-vous remarqué ?

a- diminution des troubles du comportement (agitation, hyperactivité, agressivité, colère excessive, automutilation)
b- développement de certaines habiletés (acquisition du langage, de la propreté du soin corporel, et de l'hygiène)
c- Diminution ou perte des comportements stéréotypés (Battement ou agitation des mains, succion du pouce, se cogner la tête, battement des bras)
d- Aucun changement.

6- Comment percevez-vous l'accompagnement dont bénéficie votre enfant à LA CHRYSALIDE ?

.....
.....
.....

7- Êtes-vous satisfaits de l'accompagnement dont bénéficie votre enfant à La Chrysalide ?

a- Oui b- non c- Plus ou moins

C-Participation et implication de l'enfant à la vie en famille et autonomie

1-L'enfant participe-t-il/elle à la vie familiale ?

Oui ☐ Non ☐

2- Et de quelle manière ?

……
……
……....

3- Avez-vous l'habitude de lui confier des tâches à la maison ?

Oui ☐ Non ☐

Lesquelles ?

La vaisselle ☐ Le nettoyage des chambres ☐ des achats à la boutique ☐

La cuisine ☐ Autres (précisez)

4- Avec l'accompagnement à La Chrysalide, votre enfant arrive-t-il/elle à subvenir à ses petits besoins (par exemple se laver, s'habiller, se brosser, manger, ranger ses affaires) seul ?

Oui ☐ Non ☐ de mieux en mieux ☐

5- Quels sont vos projets d'avenir pour votre enfant ?

……
……
……
……

Merci pour votre participation !!!!

Annexe 2 : Guide d'entretien adressé aux animateurs et professionnels encadreurs

1-Est-ce que vous avez des outils pour évaluer le niveau d'autonomie des enfants et jeunes en situation de handicap intellectuel qui sont suivis à LA CHRYSALIDE ?

……
……

2-Comment faites-vous pour évaluer le niveau d'autonomie atteint par l'enfant ?

……
……

3-Est-ce que vous pensez qu'il existe plusieurs types d'autonomie ? Si oui, lequel ou lesquels travaillez-vous le plus à LA CHRYSALIDE ?

……
……
……

4- Faut-il atteindre un certain niveau d'autonomie dans tous les domaines ?

……
……

5-Quels moyens utilisez-vous pour aider l'enfant déficient intellectuel à développer son autonomie ?

……
……

6-Quelles sont les activités que vous menez avec les enfants en vue de maximiser leur autonomie ?

……
……
……

7- Quand un enfant n'est pas intéressé ou ne montre pas d'intérêt par rapport à une activité, comment faites-vous pour que l'enfant s'y intéresse et y participe ?

……
……
……

8- Quels sont les troubles de comportement que vous observez souvent chez les personnes en situation de handicap intellectuel ? En quoi sont liés ces troubles de comportement (causes) ? Et quelle thérapie ou stratégie utilisez-vous pour réduire ou diminuer de façon significative ces comportements défis ?

……
……

……
……

9-Comment gérez- vous les moments de crises avec les personnes en situation de handicap intellectuel ?

……
……

10-Comment se passe l'intégration scolaire et sociale des enfants en situation de handicap intellectuel que vous accompagnez ?

……
……

11- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap intellectuel ?

……
……

Annexe 3 : Organigramme de LA CHRYSALIDE

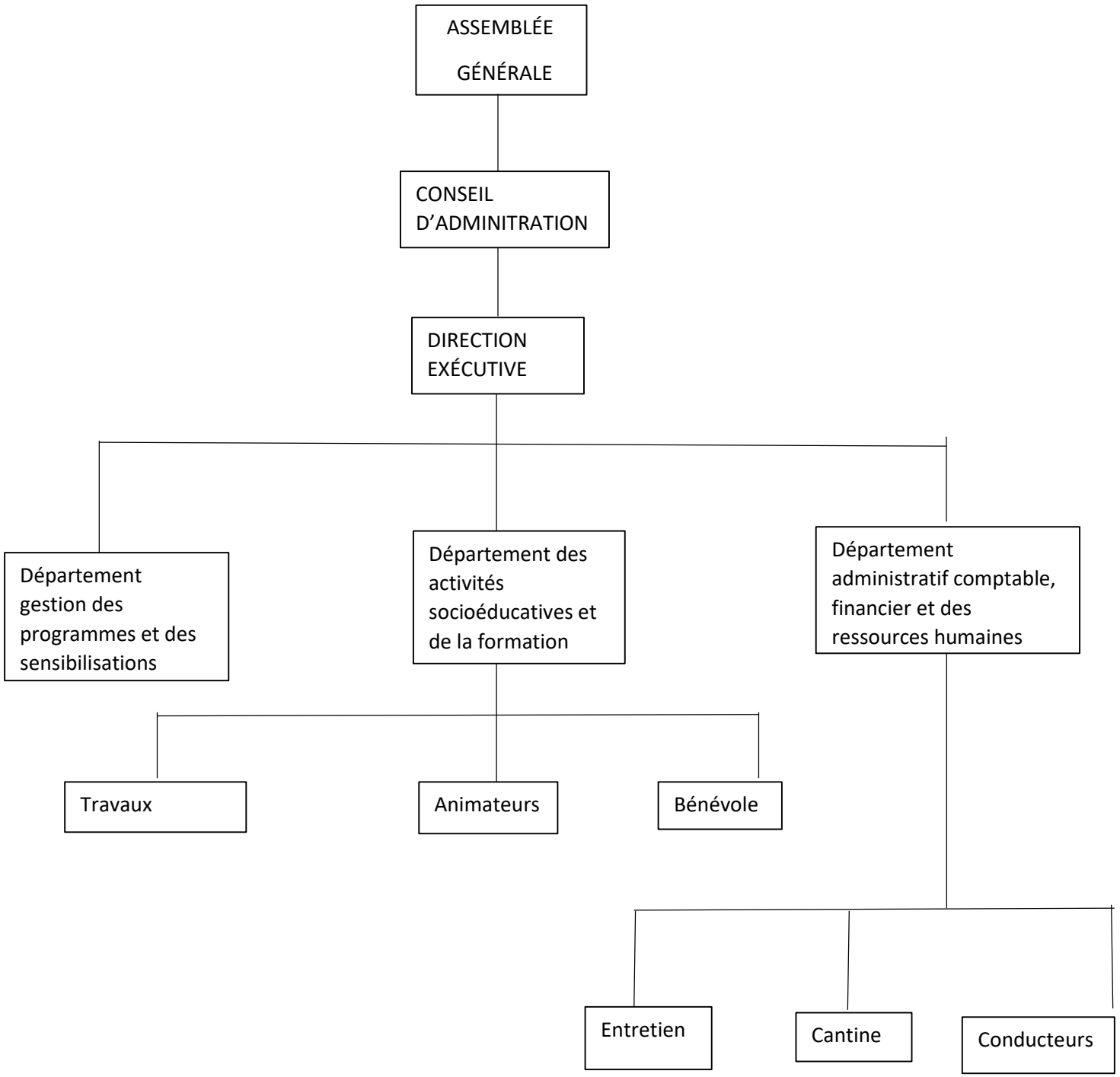

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES TABLEAUX 5
Liste des sigles et acronymes 6
RÉSUMÉ 7
INTRODUCTION 9
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE 12
1-1- Description du lieu de stage 12
1-1-1 Historique et statut juridique 12
1-1-2 -Situation géographique 12
1-1-3 Missions 13
1-1-4 Activités et Fonctionnement du centre 13
1-2- Description des activités menées par le stagiaire 16
1-2-1-4 Animation de section 17
1-2-1-5 Réunion administrative 18
1-2-2 Rôles joués au cours du stage 18
1-2-3 Acquis et bilan du stage 19
1-3-Difficultés 19
CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE 20
2-1 -Clarification conceptuelle 20
2-1-1 Handicap 20
2-1-2 -Déficience intellectuelle 21
2-1- 4 - Intégration sociale 21
2-1-5 -Autonomie 22
2-2 -Revue de littérature 23
2-2-1 Historique et généralités sur la déficience intellectuelle 23
2-2-2 Classification et critères psychométriques de la déficience intellectuelle 24
2-2-2-1 la déficience intellectuelle légère 24
2-2-2-2 -La déficience intellectuelle moyenne 25
2-2-2-3 La déficience intellectuelle grave/sévère 25
2-2-2-4 la déficience intellectuelle profonde 25
2-2-3-Les cause de la déficience intellectuelle 26
2-2-4 Représentation, perception et regard de la société sur la déficience intellectuelle au Bénin 28

2-3 -Problématique. 29
2-3-1 -Hypothèses de recherche 31
2-3-1-1Hypothèse générale 31
2-3-1-2 -Hypothèses spécifiques 31
2-3-2-Objectifs de recherche 31
2-3-2-1-Objectif général 31
2-3-2-2- Objectifs spécifiques 32
2-4- Méthode 32
2-4-1- participants 32
2-4-2- Matériels 33
2-4-2-1-Technique et outils de collecte des données 33
2-4-3- Procédure 34
2-4-3-1-collecte et traitement de données recueillies 34
CHAPITRE 3: PRÉSENTATION DES RÉSULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION . 36
3-1- Résultats 36
3-1-1- L'effet des interventions psychologiques sur le développement de l'autonomie des personnes en situation de handicap intellectuel 36
3-1-1-1-Répartition des personnes en situation de handicap intellectuel selon leur sexe et leur âge 37
3-1-1-2- Scolarisation des personnes en situation de handicap intellectuel 38
3-1-1-4- Perception des parents et leur satisfaction par rapport à l'accompagnement psychologique dont bénéficie leur enfant à La Chrysalide. 40
3-1-1-5- Participation et implication de l'enfant à la vie familiale 41
3-1-1-6- Capacité de l'enfant à se en prendre charge (Autonomie) 41
3-1-2- L'apport de l'accompagnement psychologique dans l'amélioration des troubles de comportement chez la personne en situation de handicap intellectuel 42
3-1-2-1- Les troubles de comportement présents chez les personnes en handicap intellectuel 43
3-1-2-2- Les causes des troubles de comportement 43
3-1-2-3- De l'accompagnement à la réduction et/ou diminution significative des troubles de comportement 44
3-1-2-4-Changements observés au plan comportemental 45
3-2-Discussion 46
Conclusion 49
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIQUES 51
ANNEXES 53

Annexe1: Questionnaire d'enquête adressé aux parents d'enfants en situation de handicap intellectuel 54

Annexe 2 : Guide d'entretien adressé aux animateurs et professionnels encadrants…….54

Annexe 3 : Organigramme de LA CHRYSALIDE 59