

## SOMMAIRE

### De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental

Editorial	3
De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental	5
La rubrique du CIO	21
- manifestations scientifiques	
- activités de formation continue	
- dossiers	
- lu pour vous	

ASSOCIATION  
POUR L'INNOVATION  
EN ORTHOPEDAGOGIE



**UMONS**  
Université de Mons



# HANDICAPS INFO

2012  
Vol 27,  
N°3

**BULLETIN D'INFORMATION  
SCIENTIFIQUE  
EN ORTHOPEDAGOGIE**

### De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental

Trimestriel édité par l'Association pour l'innovation en  
- Orthopédagogie en collaboration avec le service  
d'Orthopédagogie Clinique de l'université de Mons

Editeur responsable : Marie-Claire HAELEWYCK, 18, Place du Parc B-7000 MONS

---

## Editorial

---

Ainsi que précisé dans le premier numéro 2012 de notre revue, nous vous proposons cette fois - toujours dans une des optiques chères au Département d'Etude et d'Action Sociales - un texte sur l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap mental.

Cet article se penche sur l'approche évolutive du développement de la personne, sur les notions de normalisation et de droits ainsi que sur les enjeux de la vie institutionnelle, de l'intégration, de l'inclusion et de l'accompagnement.

Une fois encore, la rubrique du CIO vous permettra de prendre connaissance de diverses informations : d'une part concernant une matinée d'étude " Vieillesse et immigration " et les activités de formation continue de l'Association pour l'Innovation en Orthopédagogie, d'autre part concernant des ouvrages intéressants dans le domaine du handicap, de la pédagogie et du vieillissement.

Nous vous souhaitons d'ores et déjà une excellente lecture.

Michèle Isaac  
Centre pour l'Innovation  
en Orthopédagogie

Marie-Claire Haelewyck  
Service d'Orthopédagogie  
Clinique



# De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champ du handicap mental

Marie-Claire Haelewyck & Mélanie De Schepper

## **Introduction : Les personnes en situation de handicap mental**

Comme le décrivent Gaurier et Michel (2010), une approche de la notion d' " handicap " s'inscrit dans une démarche évolutive. Le handicap mental est défini comme : " une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques avant l'âge de 18 ans " (Luckasson et al, AAMR ,2002). Selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), le handicap mental est considéré via un modèle individuel qui le définit par une réalité intrinsèque à l'individu ; mais aussi par un modèle social où le handicap est considéré comme une pathologie sociale, comme une conséquence de l'absence d'aménagements des environnements ordinaires, comme une résultante d'un problème d'organisation sociale et de rapport entre la société et l'individu. La situation de handicap est inhérente à la société. Une situation de handicap désigne ainsi l'interaction avec l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Les éléments de l'environnement joints à une liste de facteurs personnels peuvent faciliter ou entraver la réalisation d'activités, la participation sociale. Solier et al. (2010) expliquent que l'on tente de redéfinir la notion de " handicap " par les limitations d'interaction entre l'individu et son environnement, limitations qui varient d'une situation à une autre.

### **Le développement de la personne porteuse d'un handicap au sein de son environnement familial**

La situation de handicap mental implique, pour les personnes concernées, d'affronter un certain nombre de difficultés qui viennent s'ajouter aux aléas " classiques " de la vie. Il est donc logique de constater qu'elles auront, en moyenne, plus de difficultés d'ajustement à gérer et que celles-ci auront un impact sur leur sphère développementale.

Avant d'être handicapé, un enfant est un enfant, une personne est une personne au sein de sa famille. Chaque individu va donc construire et développer son identité. C'est ainsi que, comme le relève Korff - Sauss, (1996, p.75), les enfants handicapés passent par les mêmes étapes de développement affectif que les autres. Cet auteur fait partie de ceux qui soulignent avec force, et avec exemples à l'appui, les étonnantes capacités d'élaboration psychique que l'on peut observer chez les personnes handicapées mentales. Elle note d'ailleurs qu'une des spécificités de la souffrance possible de la personne en situation de handicap est " le décalage énorme, quasi insurmontable, entre son monde intérieur et ses possibilités de l'exprimer " (p.95).

Dans son article, R. Scelles (2002) utilise le terme de " co-construction " soulignant l'idée que le processus d'identification place l'autre et son image dans une situation centrale ; image à laquelle le sujet différent va se référer. Dans ce processus d'imprégnation, l'individu différent semble plus fragile. L'auteur insiste sur cette fragilité et explique que la reconnaître va permettre à l'individu de ne plus être un " objet " mais de devenir un être capable de penser, de devenir un sujet.

L'enfant en situation de handicap va devoir non seulement gérer sa différence, mais également la souffrance que celle-ci peut provoquer chez son entourage, qu'il s'agisse de ses parents ou de la fratrie. Même très démunis intellectuellement, les enfants sont conscients d'être à l'origine de la souffrance de leurs parents et portent inévitablement le poids de cette blessure narcissique. R. Scelles (1997) explique que l'annonce du handicap a un impact direct sur la fratrie car elle représente un élément traumatisant ; les processus d'identification au sein d'une fratrie peuvent devenir problémati-

## **De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

ques si l'enfant s'identifie à son frère différent. Selon l'auteur, cette annonce a également un impact indirect car la fratrie s'inquiète face au désarroi des parents, face à leur impuissance. Dans ces situations, l'enfant peut faire preuve de sentiments de jalousie et d'agressivité envers son frère différent, sentiments liés à de la culpabilité. C'est dans ce contexte que les enfants " différents " vont apprendre à développer leur identité familiale. Il arrive qu'un tabou s'installe autour de ces questions relatives à la notion même d'handicap. Pour protéger l'autre, chacun va s'attacher à parler le moins possible ce qui peut engendrer, notamment, un blocage des capacités de symbolisation de l'enfant différent. Dans ce cas, l'expression des affects autour du handicap est empêchée, car jugée trop dangereuse. Le non-dit plonge l'enfant dans une impuissance qui peut le laisser sans voix et sans pensée si l'on n'y prend pas garde.

Dans ce système de non-dits, nous observons que la famille peut mettre de côté la question du handicap, excluant finalement une des dimensions qui contribue à la construction de l'identité de l'enfant. Nous pouvons même parler d'un phénomène de double exclusion car la famille peut s'exclure elle-même de l'éducation, du développement constructif de l'individu ; mais c'est sans compter sur les ressources du réseau familial et professionnel.

### **Les processus de normalisation des personnes en situation de handicap mental**

Winance M. (2004) (p. 202) définit deux approches du processus de normalisation. La première, plus ancienne, est de considérer la normalisation comme " un alignement des identités sur le " normal " ; la seconde sera abordée dans le point relatif à l'inclusion. Nous comprenons ainsi au sein de cette première approche que tout individu s'écartant de la norme devra entamer une démarche de progression pour approcher une situation comparable à une situation dite normale, et par-là même de retrouver une place dans la société. La situation normale étant définie comme une situation où l'individu s'intègre dans une vie familiale, sociale, professionnelle. La " normalité " en ce sens est donc définie par comparaison entre les individus. Il s'agit d'une distribution statistique des individus au sein d'une société.

### **De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

Dans cette vision des choses, l'auteur admet que la personne en situation de handicap est une personne chez qui il existe un manque, un manque qui, de par son importance, l'empêche d'obtenir une place dans la société. Dans le cas d'une personne avec handicap mental, ce manque est lié à un " fonctionnement cognitif " insuffisant. Cet aspect cognitif étant le plus valorisé par la société est considéré comme le bien le plus précieux chez un individu. Ce manque peut engendrer de l'anxiété, de la peur et donc parfois du rejet de la part des autres membres de la société qui ne veulent pas penser aux risques encourus personnellement par la perte de telles facultés.

Cette idée de tendre vers la normalisation présente un paradoxe puisqu'il est demandé à une personne définie comme s'écartant de la norme de diminuer ce même écart. Goffman (1985) pense pouvoir atténuer ce paradoxe par l'utilisation du concept " comme si ". En ce sens, la personne en situation de handicap va se comporter comme si elle avait atteint la " normalité " ; et la personne dite " normale " va tout faire pour considérer cette personne comme si elle l'était.

L'acception du terme normalisation a été revue par Wolfensberger, et Tullman (1982) qui en modifient la définition pour qu'elle se lise ainsi : " la normalisation implique - autant que possible - l'utilisation de moyens culturellement valorisés dans le but d'aider, établir ou maintenir des rôles socialement valorisés pour les personnes " (p. 132). Selon eux, la valorisation du rôle social de l'individu est basée sur des connaissances empiriques et s'inspirent de plusieurs théories en sociologie et en psychologie. Cette notion de valorisation des rôles sociaux met en évidence le lien qu'il y a entre les rôles qu'occupent les personnes et comment elles seront par la suite perçues, évaluées et traitées. Les auteurs expliquent qu'il est ainsi possible de prévoir comment la modification des rôles sociaux d'individus, groupes et couches sociales pourra changer les réactions et l'intervention des personnes qui observent ou interagissent avec ceux-ci. Il est également possible de prévoir comment cette modification identifie les multiples stratégies qui peuvent ainsi façonner des rôles sociaux.

### **L'institutionnalisation**

Si la personne en situation de handicap doit " faire avec " la dynamique singulière qui s'est installée au sein de sa famille, elle doit également composer avec le regard que va poser la société sur elle, la place qu'elle lui assigne et surtout les libertés qu'elle lui accorde. Tous les droits civils n'étant pas à priori reconnus. L. Vaney (1991) souligne à juste titre qu' " au nom de l'efficacité, de l'économie, de la sécurité ou pire de l'eugénisme, les droits les plus élémentaires peuvent être remis en question dans les sociétés les plus " développées " (p. 42).

Il existe ainsi une différence entre les droits accordés aux personnes en situation de handicap mental et toute autre personne. Cette différence semble avoir pour but de limiter, en partie du moins, l'accès à la vie communautaire car la personne différente gêne, dérange de par sa différence elle-même. Afin de moins s'y confronter, une solution apportée par la société religieuse et civile est celle de l'enfermement, qui va très tôt être mise en place.

Dans leur ouvrage, Pélicier, Thuillier et Seguin (1812-1880) déclaraient que les " idiots " ne nécessitaient rien d'autre que de soins domestiques ; et que cela devait se dérouler dans un établissement qui s'y consacre. Il rejoint la réflexion de Belhomme (1824), citée par Duché (1990), selon laquelle il est préférable que les personnes présentant un handicap mental intègrent une institution et ce, de par leur dangerosité et de par le danger qu'elles représentent pour les valeurs morales et religieuses de la société. Les auteurs déclaraient par-là respecter leur devoir de protection envers la société et mettaient ainsi en évidence le bien-fondé de leur réflexion.

Morvan (2010) souligne les effets à court et à long terme de l'institutionnalisation. Tout d'abord, celle-ci implique une séparation familiale. La famille délègue une partie de ses responsabilités et se met à l'écart lors de certaines prises de décision, se laissant ainsi déposséder du rôle d'intervenant. Le geste de délégation de la part de la famille peut se transformer en geste de limitation de la responsabilité parentale par l'institution, et surtout peut être vécu comme un geste d'abandon pour la personne concernée. De cette distance entre l'enfant et sa famille découle toute une série de conséquences telles que la perte de repères spatiaux et temporels, de repères affectifs, ...



### **De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

Se joint à la mise en institution, l'absence de sollicitation ou au contraire la multiplicité désordonnée des stimulations au sein de ces structures d'hébergement, qui peuvent provoquer chez le sujet soit des attitudes de repli et de fermeture, soit des demandes constantes quasi à vide, le plus souvent agressives, débouchant sur de graves troubles relationnels.

Historiquement, l'institutionnalisation a souvent été associée à des images à connotation négative telles que l'enfermement, l'isolement, le rétrécissement, la détérioration tant physique que psychologique. La vie en institution, outre le fait qu'elle n'aide pas le sujet " placé " à progresser, a tendance à tenir les individus à l'écart de la société. Une partie importante des besoins de l'individu ne peut être prise en compte hors de la communauté, loin de valeurs sociales qui la régissent.

Il est ici important de souligner que l'institutionnalisation n'est pas essentiellement définie par la taille, mais par les caractéristiques dites de la " culture institutionnelle " : dépersonnalisation, rigidité de la routine, traitement en groupe, distance sociale et paternalisme. La taille est simplement un indicateur - plus l'établissement est grand, plus les chances sont faibles de garantir des services individualisés et sur mesure, ainsi que la participation et l'inclusion dans la société.

Rappeler ces limites liées à la vie institutionnelle expose à deux risques : celui de la généralisation et celui de la globalisation comme quoi l'institution serait, par définition, mauvaise voire inutile.

Cependant, les institutions ont dû s'adapter aux nouvelles exigences et aux besoins de l'individu mais aussi à ceux de la société. Des réajustements successifs ont été entrepris et, dans le meilleur des cas, l'institutionnalisation a su et pu éviter de telles dérives. Morvan (2010) explique que repérer et prendre en compte ces forces souterraines dans leurs effets est sans doute le meilleur moyen de s'en démarquer et aussi d'éviter les pièges qui y conduisent, d'imaginer des solutions innovantes le plus souvent anciennes - mais réinventées- qui permettent d'échapper aux pesanteurs et aux rouages de ce qui dans l'institution est devenu machinal. Comprendre partiellement les dérives institutionnelles implique de s'interroger sur ce qui a présidé à la mise

## **De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

en place des organisations des institutions. Le social tente de composer avec ses " déviants " et ses " contrefaits " ; ce qui n'exclut pas, par ailleurs, qu'elle se définisse et s'affirme, ne serait - ce que par expiation, comme espace d'actions planifiées de soin, d'éducation, d'insertion.

Pour leur part, Aussilloux et Baghdadli (2006) amènent l'idée selon laquelle, actuellement, la société n'est peut-être plus prête à admettre qu'une série d'adaptations, de soins, ...soit faite en faveur d'un sous-groupe de la société. Ce serait lui offrir des avantages auxquels tout individu n'aurait pas accès. Il s'agirait donc uniquement de discrimination positive. L'idéal serait de favoriser un investissement de la part de la personne porteuse d'un handicap et de sa famille afin d'intégrer la vie commune, plutôt qu'un investissement unique de la part des professionnels mais aussi de l'ensemble de la société. L'idée de la désinstitutionnalisation transparait, laissant supposer que ce sont aux personnes concernées, accompagnées de professionnels, d'intégrer la société avec ses ressources, ses difficultés ; et non plus l'inverse.

### **De la désinstitutionnalisation à l'intégration**

En sociologie, l'intégration est définie comme : " Un processus ethnologique qui permet à une personne ou à un groupe de personnes de se rapprocher et de devenir membre d'un autre groupe plus vaste par l'adoption de ses valeurs et des normes de son système social. L'intégration nécessite deux conditions : une volonté et une démarche individuelles de s'insérer et de s'adapter, c'est-à-dire l'intégrabilité de la personne ; et la capacité intégratrice de la société par le respect des différences et des particularités de l'individu " (La Toupie, Dictionnaire politique, 2006-2011). La notion d'intégration tente de rapprocher un individu d'un groupe d'individus dans lequel il n'est pas inclus. Il s'agit d'un processus qui va de l'intégration physique à l'intégration sociétale en passant par l'intégration fonctionnelle - c'est-à-dire l'utilisation conjointe de toute une série de moyens et de services. Elle touche à divers domaines tels ceux relatifs à la vie personnelle, familiale, sociale et sociétale.

Stiker (1982) aborde l'idée que l'intégration repose sur l'idée que la cohabitation sociale et groupale " hors les murs " évite les pièges et les dérives de la vie institutionnelle. Il explique que la levée de la double contrainte, celle de

demeurer en dehors du social et d'y participer à la fois, y conduirait. Toute la question est de savoir jusqu'à quel point la vie intégrante réduit ces avatars institutionnels ou encore ne fait que les déplacer.

Dans cette dernière hypothèse émise par l'auteur, le résultat des dérives serait identique à l'enfermement, mais s'effectuerait par le biais de conduites opposées, à savoir au lieu du retrait, l'annexion, au lieu de l'isolement, la fusion. L'intégration a peut-être souffert de ce dont elle est porteuse, à savoir une contradiction de fond autour d'un double mouvement où s'opposent et se mêlent différence et ressemblance. L'auteur souligne que l'étymologie du terme " intégration " est éclairante ; il s'agit d'associer, de faire entrer dans un ensemble, de devenir ressemblant, et également, de rendre entier, de refaire, de réparer. Pour Stiker, l'ambiguïté tient à ce que, dans le même temps, sont implicitement recherchés l'acceptation de la différence et l'effacement de cette même différence.

C'est là que se trouve l'ambivalence, au sens littéral, de la juxtaposition et du " côtoïement " de deux réalités contraires. A ce moment crucial les expériences d'intégration courent les plus grands risques d'arrêt ou de non renouvellement liés aux tensions touchant l'un ou l'autre des points suivants : se situer dans le seul registre du besoin ou d'emblée dans le " tout - affect ", se limiter à la socialisation ou se centrer exclusivement sur l'apprentissage.

Pourtant, l'intégration aurait pu et dû se déployer en développements et en expériences de plus en plus larges, et se traduire en implantations concrètes de plus en plus solides et généralisées. Elle s'ancre et se réclame de la mouvance réactualisée des notions d'éducabilité, affirmée déjà par Itard (1801) au sujet de son élève Victor, le sauvage de l'Aveyron, et de la normalisation définie par Wolfensberger (1980) comme possibilité pour la personne d'utiliser au mieux ses capacités adaptatives.

Par ailleurs, Stiker (1982) souligne la nécessaire prise en compte, dans le contexte actuel, de la " modifiabilité " des fonctionnements et des comportements, la recherche de l'actualisation des potentiels aussi bien cognitifs qu'affectifs, rejoignant les préoccupations de concertation entre les différents partenaires ainsi que les visées d'ouverture sur le milieu, d'autant plus vives qu'elles s'appuient sur l'évolution même de la notion de handicap, vue comme résultante et traduction sociale d'un déficit et d'une incapacité.

### De l'intégration à l'inclusion

L'inclusion peut être définie comme " l'action d'inclure quelque chose dans un tout ainsi que le résultat de cette action " (La Toupie, Dictionnaire politique, 2006-2011). Le concept d'intégration sociale peut ainsi être caractérisé par les rapports entre systèmes sociaux.

Dans la seconde vision de la normalisation qui aborde le principe d'inclusion, Winance (2004) (p. 202) émet l'idée que la notion d'handicap dépend de l'interaction entre l'individu et la société, et définit la normalisation comme " un travail qui transforme à la fois cette norme et l'identité des acteurs ".

La culture de l'inclusion commence par l'affirmation que chaque être humain est doué. La douance est un trait humain commun. Goffman (1985) décrit les difficultés d'inclusion en faisant référence aux situations engendrées par la différence de l'individu qui l'empêche d'être totalement accepté par la société. La notion d'intégration visait principalement la personne porteuse de la différence ; la notion d'inclusion va cibler la société dans son ensemble.

Selon Ionescu (1993), l'intégration des personnes en situation de handicap mental ne peut totalement aboutir sans l'acceptation et l'appui du public. Lorsque la phase d'intégration est entamée, la moitié du chemin reste encore à faire, celui de s'adapter et d'accueillir la personne au sein de notre société. Le groupe accueillant doit donc lui aussi modifier ses comportements, adapter ses règles. Il s'agit d'un ajustement mutuel où chacun fait un pas, mais aussi où chacun est supposé en retirer des bénéfices.

L'inclusion implique donc un processus dialectique où, d'un côté, la personne handicapée cherche à s'adapter le plus possible aux normes sociales et, de l'autre, les normes sociales s'adaptent pour accepter les différences. Elle implique également un développement de stratégies par lesquelles chaque population, avec ses spécificités, devrait trouver sa place (Stiker, 1982).

Goffman (1985) précise que cette acceptation n'a pas de lien immédiat avec la présence ou non d'un handicap, mais bien plus avec son caractère visible, à savoir sa remarquabilité et sa percevabilité car la déficience est considérée comme une qualité négative par la norme sociale, et son caractère «mar-

---

### **De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

quant», à savoir l'intensité avec laquelle ce handicap perturbe l'interaction avec l'autre. Ainsi un handicap " visible " mais " non marquant " sera selon lui mieux accepté qu'un handicap " non visible " mais " marquant ". Le caractère " marquant " entre en immédiate comparaison avec ce qui se passe dans la norme. Si nous adaptons ces concepts aux situations de handicap mental, nous observons que celles-ci disposent donc d'un caractère pas toujours visible mais certainement marquant. Ces éléments enrichissent notre compréhension quant au fait que le handicap mental est moins bien accepté que d'autres handicaps.

Afin que les membres de la société puissent parvenir à l'acceptation de cette différence, ils doivent pouvoir jongler entre les normes sociales, normes qui dirigent leurs comportements, et les éléments raisonnés acquis lors des confrontations à la différence, éléments qui leur permettent de s'adapter à des situations qui peuvent sortir de cette norme. Cette notion d'acceptation de la différence souligne l'importance des expériences vécues concrètement et des relations établies avec les personnes elles-mêmes. Cela met également en évidence la nécessité pour l'individu de modifier sa représentation des normes et des règles existantes pour qu'elles puissent correspondre aux situations rencontrées ; mais également de transformer les attentes liées à ces normes. Lorsque nous envisageons l'inclusion, le regard n'est plus nécessairement porté sur l'intégration mais bien simultanément sur la normalisation des conditions de vie de la personne et le changement de nos représentations quant aux normes de la société. Il nous reste donc à aborder les moyens dont la société dispose pour inclure les personnes en situation de handicap.

### **Les modalités d'accompagnement favorisant l'inclusion**

Différentes modalités d'intervention en milieu ouvert pour les personnes en situation de handicap mental existent. Celles-ci permettent l'accompagnement de l'individu au sein de la société et ce, tout au long du cycle de vie. Nous pouvons citer les services d'aide précoce où une équipe de professionnels tente d'aider l'enfant et sa famille à vivre au mieux cette période d'acceptation du handicap en intervenant sur le plan éducatif, social et psychologique. Il existe également des services d'aide à l'intégration qui peuvent prendre le relais des services d'aide précoce et fournissent un soutien, une

---

### De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental

---

guidance, parfois même des aides éducatives et une collaboration avec les milieux scolaires. A l'âge adulte, les services d'accompagnement tentent de favoriser une plus grande autonomie et la participation sociale des personnes adultes en les soutenant à la mise en œuvre de leurs projets.

La mise en place de ces modalités laisse supposer des interventions de multiples professionnels à domicile, à l'école, sur le lieu de travail ou encore, dans le milieu de vie. Ces différentes interventions nécessitent d'avoir recours à une diversité de spécialistes et de professionnels qui sont appelés à travailler en interdisciplinarité, en tenant compte des contextes familiaux et sociaux des bénéficiaires.

L'existence de ces modalités d'accompagnement conduit à la mise en place de mesures d'actions positives. Celles-ci sont définies par M-C. Haelewyck, D-P. Decoster et C. Coppée (à paraître) comme: " un ensemble de mesures visant à favoriser certaines personnes appartenant à des catégories qui ont subi ou seraient susceptibles de subir des discriminations systématiques " (p.1). Ces actions positives ont pour objectif de gommer les désavantages liés au handicap et de favoriser le droit au logement, le droit à l'emploi et le droit à la formation via des aides financières, d'appui,... fournies par les services cités ci-dessus.

Ainsi, l'accessibilité est perçue comme une composante active de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans notre société. Cette notion d'accessibilité peut se retrouver dans toutes les activités humaines de la vie (les déplacements, le travail, les loisirs, ...). Dans le cas de personnes en situation de handicap mental, l'un des enjeux reste l'accessibilité à l'information écrite ou orale ainsi qu'à la communication puisque l'individu a des capacités de compréhension limitées.

Si l'environnement reste continuellement à adapter aux besoins des individus, il n'en reste pas moins vrai que les habiletés requises par les professionnels doivent également s'adapter à ces changements sociétaux. Ainsi, Lambert (2002) souligne le fait que les attitudes des intervenants ont un impact sur la qualité de vie des bénéficiaires, montrant l'importance pour les professionnels de porter un regard critique sur leur processus de travail. Il s'avère

### **De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

ainsi pertinent de s'assurer de la qualité du travail effectué et d'adopter une démarche d'autoévaluation de celle-ci. Dans leur ouvrage, Haelewyck et Gousée V. (2010) mettent notamment l'accent sur l'évaluation des méthodologies de travail et d'organisation au sein d'un service afin de vérifier s'il y a bien une cohérence entre les buts recherchés et les résultats obtenus. Les auteurs mettent en évidence le fait que le processus d'autoévaluation favorise un meilleur sentiment d'autoefficacité des intervenants ainsi qu'une meilleure satisfaction dans le travail.

Les contextes " hors les murs ", dans lesquels s'insèrent les activités d'accompagnement, conduisent à des enjeux sensiblement différents qu'au sein d'établissements plus ou moins ouverts à l'environnement social et humain. Ces enjeux mettent en exergue toute une série de pratiques qui sont plus en lien avec les réseaux familiaux et sociaux des bénéficiaires et qui exigent également la mise en place de collaboration avec des services ordinaires et pas uniquement des services spécialisés (comme c'est le cas par exemple dans le domaine du logement, de l'emploi, ...). Prenons l'exemple d'une des missions des services d'accompagnement qui est celle du soutien au logement. Intégrer la personne au sein d'un environnement ordinaire, c'est-à-dire qui ne diffère en rien avec l'environnement de la norme, permet d'amoin-drir l'aspect " visible " et " marquant " du handicap, de le socialiser, facilitant ainsi son acceptation. Il s'agit là d'une étape qui mène à l'accessibilité universelle.

La notion " d'accessibilité universelle " est perçue comme suit " Il s'agit de concevoir et de réaliser un environnement sans obstacles pour d'aucuns qu'ils soient porteurs d'un handicap permanent ou momentané " (Haelewyck et al, à paraître, p9). On y retrouve deux principes : celui qui met en évidence la capacité d'atteindre les biens, les services ou les activités désirés par un individu (Caubel, 2003) et celui où l'accessibilité universelle est considérée comme la conception de produits, d'équipements, de programmes et de services qui puissent être utilisés par tous, dans toute la mesure du possible, sans nécessiter ni adaptation, ni conception spéciale (ONU, 2006).

## **Conclusion**

Nous remarquons que la notion même de handicap se situe dans un processus qui va de l'exclusion de l'individu avec retard mental à son inclusion possible dans la société. Afin d'y parvenir, l'individu, inséré dans un système familial et relationnel, devra relever de nombreux défis. Il sera amené à travailler sur sa différence et sur les conséquences de cette différence sur son entourage, passant par un processus de normalisation (Winance, 2004). Cependant, l'individu avec retard mental éprouve beaucoup plus de difficultés à effacer cette différence car elle est marquante. Ce fonctionnement cognitif altéré peut être amélioré notamment par le recours à la remédiation cognitive (Vande Vonder et Haelewyck, 2009). Ces essais sont emprunts d'ambiguïté puisque sont implicitement recherchés à la fois l'acceptation de la différence et l'effacement de celle-ci.

D'un autre côté, le regard de la société envers la personne en situation de handicap a évolué. En Europe, il existe depuis les années 80 un changement des mentalités, des attitudes et des responsabilités. Chaque pays membre de l'union ratifie ses propres dispositions en attente d'une position commune ayant pour objectif prioritaire de passer de l'idée de " protection " à celle de " vie autonome ". En effet, l'Europe favorise toute action d'inclusion active de la personne en situation de handicap de par le respect de leurs droits mais également par la promotion de leur autonomie, de leur accès à l'emploi,...

Encore plus récemment, la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations-Unies (2006) ratifiée en Belgique en 2009, oblige le pays à rendre des comptes quant aux mesures effectives pour garantir leurs droits aux personnes en situation de handicap et éliminer toute forme de discrimination à leur égard.

Pour conclure, il nous reste à évaluer de manière continue et incessante les pratiques en faveur des personnes en situation de handicap mental pour mettre en lumière les ambiguïtés, les paradoxes et/ou les effets pervers de toute nouvelle mesure mise en place.



## Bibliographie

Aussilloux, C. & Baghdadli, A. (2006). Handicap mental et société : soigner, éduquer, intégrer. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54, 336-340.

Caubel, D.(2003). *Outils et méthodes des enjeux/impacts sociaux d'une politique de transports urbains : le concept d'accessibilité*, [En ligne]. Adresse URL : [http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/09/64/15/PDF/ASRDLF\\_2003.pdf](http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/09/64/15/PDF/ASRDLF_2003.pdf).

*Convention de l'Organisation des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006)*, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvf.pdf>.

Duché, D-J. (1990). *Histoire de la psychiatrie de l'enfant*. Paris : PUF Ed.

Gaurier, B. & Michel, D-A. (2010). *Tous Inclus ! Réinventer la vie dans la Cité avec les personnes en situation d'handicap*. Paris : Ed. de l'Atelier/Ed. ouvrières.

Goffman, E. (1985). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les éditions de minuit.

Haelewyck, M-C., Decoster, D-P. & Coppée, C. (à paraître). *Des mesures d'action positive versus l'accessibilité universelle*. Mons : UMons.

Haelewyck, M-C. & Goussée, V. (2010). *Autoévaluation de la qualité des services sociaux et médicaux. Expérience auprès de cinq services volontaires*. Paris : L'Harmattan.

Ionescu S. (1993). *La déficience intellectuelle*. Montréal : Editions Agence d'Arc.

Itard, J-M. (1801). *Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron*. Paris : Bibliothèque 10-18.

---

**De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

Korff-Sauss S. (1996). *Le miroir brisé : l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Réédité en 2009, Pluriel, Hachette -Littérature.

Lambert, J-L.(2002). *Les déficiences intellectuelles. Actualités et défis*. Fribourg : Editions Université Fribourg Suisse.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.G.E., Coulter, D. L., Craig, E.M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D.M., Spreat, S. & Tassé, M.J. (2002). *Mental Retardation, Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington : American Association on Mental Retardation.

Morvan, J.S. (2010). *L'énigme du handicap. Traces, trames, trajectoires*. Toulouse : Editions Erès.

Organisation Mondial de la santé (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : OMS.

Pélicier, Y., Thuillier, G.& Seguin, E. (1812-1880). *L'Instituteur des Idiots*. Paris : Economica Ed.

Scelles, R. (1997). *Fratrie et handicap*. Paris : L'Harmattan.

Scelles (2002). *Contribution à l'étude des situations d'handicap à la compréhension de la vie psychique du sujet dans ses liens aux autres. Synthèse de travaux*.

Scelles, R. ; Bouteyre, E. ;Dayan, C. & Picon, I. (2007). " Groupe fratries " d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé : leurs indications et leurs effets. *Revue Francophone de la déficience intellectuelle*, 18, 32-44.

Stiker, H-J. (1982). *Corps infirme et société*. Paris : Aubier-Montaigne.

Vande Vonder, L. & Haelewyck M-C. (2009). Les apprentissages cognitifs dans l'enseignement spécialisé de types 1 et 2. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 48, 227-241.

---

**De l'exclusion à l'inclusion sociale dans le champs du handicap mental**

---

Vaney, L.(1991). L'intégration : un partage des valeurs, un développement des connaissances et des pratiques, une transformation des mentalités. In : *La personne mentalement handicapée et la société. Quels moyens pour favoriser son intégration ?* Colloque ASA/SHG.

Winance, M. (2004). Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions. *Politix*, 17(66), p. 201-227.

Wolfensberger W. (1980). The definition of normalization : update, problems, disagreements and misunderstandings. In : R.J. Flynn & K.E. Nitsch (Eds), *Normalization, social integration and human services*. Baltimore: University Park Press.

Wolfensberger, W. & Tullman, S. (1982). A brief overview of the principle of normalization . *Rehabilitation Psychology*, 27(3), 131-145.

Tourev, P. (2006\_2011). *L'intégration* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Integration.htm>.

Tourev, P. (2006\_2011). *L'inclusion sociale* [En ligne]. Adresse URL : [http://www.toupie.org/Dictionnaire/Inclusion\\_sociale.htm](http://www.toupie.org/Dictionnaire/Inclusion_sociale.htm).

## La rubrique du CIO

### Manifestations scientifiques

#### **Matinée d'étude «Immigration et vieillissement»**



" Vieillir dans un pays autre que celui d'où l'on vient signifie être confronté à des conceptions différentes de la vieillesse, du statut, et du rôle des personnes âgées. Il s'agit alors de négocier cette étape de l'existence dans un " entre deux ", avec des attentes qui ne sont pas toujours compatibles avec les modèles sociaux, les pratiques et usages propres à celui-ci.

Les professionnels de la santé et de l'aide travaillant au contact de ce public témoignent amplement du grand écart observé entre la vieillesse souhaitée et celle qui est vécue par ces personnes ". (L'observatoire, 2009)

#### ***Programme de la matinée d'étude***

8h30: Accueil des participants

9h00: Séance d'ouverture

Monsieur C. Conti, Recteur de l'Université de Mons

Monsieur M. Barvais, Bourgmestre de Mons

Madame E. Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des chances

#### **Introduction à l'immigration et au vieillissement.**

Madame M-C. Haelewyck et Monsieur W. Lahaye de l'UMons

**Présentation du projet de recherche-action du CPAS : objectifs de départ et résultats atteints**

Madame Y. Simeone

10h30: Pause café

**11h00: Présentation des formations réalisées au sein du Centre pour L'Egalité des chances**

Monsieur R. Bathoum

**Présentation du guide de bonnes pratiques réalisé au sein du Service d'Orthopédagogie Clinique de l'Université de Mons**

Mesdames J. Gillot et A. Lecocq

Séance de questions-réponses

12h30: Séance de clôture

Monsieur G. Goetgebuer, Président du CPAS de Mons.

13h00: Lunch

Modérateur de la matinée d'étude: Monsieur A. Murillo

Animations par le théâtre du copion

**Nous remercions nos partenaires associatifs:** ACLI, AIRBE Harmonie, AIBM, Association de la Pensée d'Atatürk, Carrefour du Monde, Comites, Les Mamans de Mons, M'Sourire, Partenariat Togo, Sercom.

**Ainsi que:** ACASA, le Service d'Egalité des Chances du CPAS de Mons, la Bonne Maison de Bouzanton, la Résidence du Bois d'Havré.

Avec la collaboration de la Wallonie et le soutien de la Fondation Roi Baudouin.

Secrétariat du Service d'Orthopédagogie Clinique 065/37.31.77

claudia.locurto@umons.ac.be

Lecocq Amandine 065/37.37.64

Gillot Julie 065/37.37.28

Haelewyck Marie-Claire 065/37.31.85

Simeone Yvonne 065/41.23.61

## Activités de Formation Continue

L'Association pour l'Innovation en Orthopédagogie vous propose une formation à :

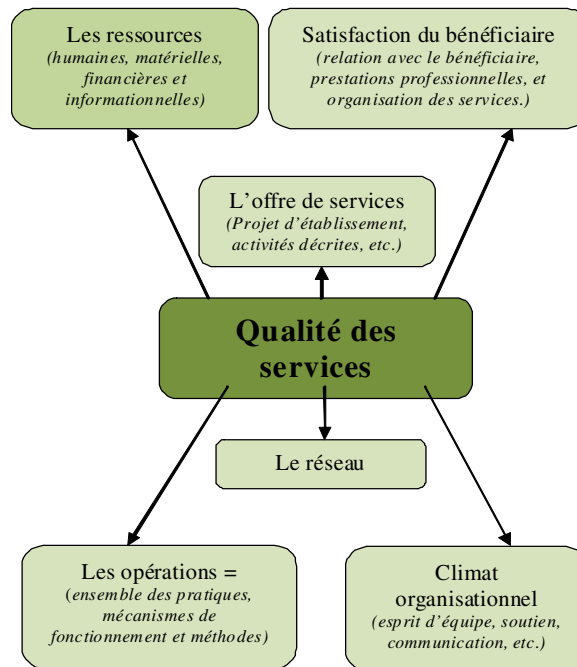
### la qualité des services destinés aux personnes vieillissantes

*Pour une meilleure qualité des services*

*Pour une meilleure qualité de vie*

#### La qualité des services : définition

Un ensemble d'actions tendues vers une finalité qui est de créer une amélioration ; implique une participation volontaire de tous les acteurs ; requiert un management participatif et peut avoir plusieurs effets.



## Formation et guide pour l'accompagnement à l'autoévaluation

Utilisation d'un guide qui permet :

1. d'examiner et d'apprécier la qualité mise en œuvre au sein du service en englobant toutes les facettes ;
2. la mise en place d'une démarche participative et la prise en compte du point de vue de tous les acteurs.



## Autoévaluation >< Contrôle

### Un accompagnement à l'autoévaluation, pourquoi ?

Un accompagnement à l'autoévaluation a un effet :

1. de mobilisation : développe la réunion et l'échange entre les différents membres de l'équipe.
2. de structuration : permet l'établissement, en groupe, de priorités et d'étapes évolutives.
3. d'apprentissage : permet le développement de nouveaux modes de fonctionnement pour et par l'équipe ainsi qu'une meilleure connaissance du travail de chacun ;
4. de découverte des ressources : stimule l'amélioration mutuelle des connaissances et favorise l'émergence de nouvelles ressources ;
5. d'évolution : implique les différents membres de l'équipe au sein d'un processus évolutif commun.

---

## La rubrique du CIO

---

### **A qui s'adresse cette formation ?**

Intervenants d'une même équipe auprès de personnes vieillissantes : infirmières, aides-soignantes, éducateurs, psychologues...

**Durée** : 4 ou 8 jours

**Prix** : 510 €/jour/groupe en Belgique

### **Contacts :**

Valérie Lemaire, coordinatrice des formations, +32 (0)65 37.31.76  
valerie.lemaire@umons.ac.be

Claudia Locurto, secrétariat, +32 (0)65.37.31.77  
claudia.locurto@umons.ac.be

Marie-Claire Haelewyck, présidente de l'A.I.O., +32 (0)65.37.31.77  
marie-claire.haelewyck@umons.ac.be



## **Dossiers**

Chers partenaires,

C'est la rentrée... un temps privilégié pour lire, s'informer, se former.  
C'est donc un bon moment pour vous de faire connaissance avec nos dossiers thématiques.

L'objectif de la collection " OrthoPlus " dont font partie ces dossiers est de mettre entre vos mains un aperçu scientifique de diverses thématiques ayant trait à la déficience intellectuelle, l'autisme, le vieillissement.

A ce jour :

Déficience intellectuelle. Définitions & classifications  
Thérapies émotivo-cognitivo-comportementales  
L'autisme et le modèle TEACCH de Schopler  
L'autodétermination des personnes en situation de handicap



## La rubrique du CIO

---

Les apprentissages cognitifs chez les personnes en situation de handicap  
La communication chez les personnes en situation de handicap  
Comportements-problèmes  
L'éducation affective et sexuelle des personnes en situation de handicap &  
La parentalité  
La formation de parents. Pourquoi ? Comment ?  
La généralisation des acquis chez les personnes en situation de handicap  
L'intégration scolaire  
Vivre dans sa maison... Habiter le monde !  
Méthodologie de soutien à l'intégration  
professionnelle des personnes en situation  
de handicap  
Vieillesse et déficience intellectuelle.  
Recueil de textes  
La mort et le deuil. Recueil de textes

Pour visualiser couvertures et tables des matières, un seul lien :

<http://w3.umons.ac.be/cio/ressources/ouvrages/ouvrages.htm>

Si ces dossiers vous interpellent, ils sont disponibles en commande au prix de 10 euros l'exemplaire (frais de port inclus).

Il vous suffit de manifester votre intérêt par e-mail à l'adresse électronique

[cio@umons.ac.be](mailto:cio@umons.ac.be)

## Lu pour vous

**Gourdon, V. (2001). *Histoire des grands-parents*. Paris : Editions Perrin.**

Les grands-parents sont aujourd'hui des personnages essentiels dans la famille française. Nombreux, actifs, prêts à aider leurs enfants et petits-enfants, telle...> Lire la suite est l'image des " nouveaux grands-parents ". Mais

jusqu'où peut-on parler de nouveauté ? Les générations passées ne profitaient-elles pas de la présence des aïeuls ? Étaient-ils des vieillards dépendants ou de solennels et distants patriarches ? À l'aide de nombreuses archives inédites - registres paroissiaux, recensement, autobiographies, codes de savoir-vivre - Vincent Gourdon remet en cause ces simplifications et retrace pour la première fois la longue histoire des grands-parents en France. Loin de penser que les aïeuls apparaissent avec la spectaculaire montée de l'espérance de vie au XXe siècle, il montre leur forte implication dans les familles des siècles passés et leur capacité à suppléer les parents. Quant au modèle des grands-parents " gâteau ", l'auteur prouve qu'il n'a pas émergé dans les dernières décennies, mais qu'il apparaît en plein siècle des Lumières, lorsque l'image baroque de la vieillese comme détachement et retraite spirituelle entre en déclin et que philosophes et artistes dépeignent une paternité plus tendre, plus libérale, plus respectueuse de l'individualité des enfants. La bourgeoisie du XIXe siècle favorise l'expansion de cette image valorisée de la grand-parenté. La figure du tendre aïeul, autonome, adoré et respecté par ses enfants et petits-enfants, opposée au patriarche aristocratique et, dans le monde paysan et ouvrier, au vieillard abandonné, se répand progressivement dans les familles, la législation, l'art et la culture scolaire. Sensible à la diversité des aspects offerts par les sources, aux détails du quotidien comme aux enjeux idéologiques, Vincent Gourdon retrace la généalogie complexe de la reconnaissance dont jouissent aujourd'hui les grands-parents.

**Mansell, J. & Beadle-Brown, J. (2012). *Active support. Enabling and empowering people with intellectual disabilities*. London : Jessica Kingsley.**

" Active Support " est un modèle de soins qui permet aux personnes ayant une déficience intellectuelle de participer pleinement à tous les aspects de leur vie et qui les y encourage. Cette approche fondée sur les preuves est particulièrement efficace pour les personnes avec des incapacités plus sévères, et est d'un intérêt croissant pour les professionnels responsables de fournir un soutien et des services.

Les auteurs donnent un aperçu complet de ce qu'est le soutien actif et de la manière dont il peut être utilisé dans la pratique en se basant sur la théorie et

la recherche qui sous-tendent les méthodes impliquées. Ils décrivent comment faire participer les personnes handicapées mentales aux activités significatives en tant que participants actifs, et comment tenir compte du style de communication nécessaire pour favoriser des relations positives entre les soignants et les personnes qu'ils soutiennent. Mettant en évidence les principaux enjeux pour ceux qui essaient de mettre en pratique ce soutien actif, ils expliquent ce qui est nécessaire un jour après l'autre pour soutenir la mise en œuvre, l'amélioration et l'entretien de l'approche. Ils abordent également des solutions possibles pour les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Enfin, ils regardent comment intégrer le soutien actif à approches centrées sur la personne, en s'appuyant sur des exemples tirés de diverses organisations et d'études de cas.

Texte définitif sur le soutien actif, ce livre sera une lecture essentielle pour tous ceux qui s'occupent des questions de la qualité de vie des personnes ayant une déficience intellectuelle, y compris les psychologues, les spécialistes du comportement, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de soins, les ergothérapeutes, les inspecteurs et régulateurs des services, ainsi que les familles.

**Marty, F. (sous la direction de) (2012). *Les grands concepts de la psychologie clinique. 2ème Edition. Paris : Dunod.***

Cette deuxième édition actualisée est composée de 15 articles courts et synthétiques définissant les grands concepts de la psychologie clinique psychanalytique.

Sommaire : Avant-propos. L'inconscient. Les pulsions. Le rêve. La projection. L'identification. Les fantasmes. Les mécanismes de défense. L'infantile. Le narcissisme. Le complexe d'Oedipe. La névrose. Les psychoses. Les états limites. La dépression. Le transfert. La projection.

Cet ouvrage est particulièrement conseillé aux étudiants de psychologie, aux psychologues cliniciens, aux psychiatres et aux psychanalystes

**Ponsford, J., Sloan, S. & Snow, P. (2013). *Traumatic brain injury. Rehabilitation for everyday adaptive living. Hove, East Sussex : Psychology Press.***

Les 15 dernières années ont vu de nombreux développements dans la connaissance, la recherche et la réadaptation des personnes après une lé-

sion cérébrale traumatique (TBI). La deuxième édition de ce livre est un guide mis à jour pour les professionnels de la santé qui travaillent avec des personnes ayant de telles blessures. Son intérêt clinique remarquable fournit à la fois des informations exhaustives et des stratégies pratiques pour faire face à des problèmes habituels de pensée, de mémoire, de communication, du comportement et d'émotions chez les adultes et les enfants. Le livre aborde un large éventail de défis, de ceux qui commencent par l'altération de la conscience, à ceux qui se produisent pendant de nombreuses années après l'accident, et présente des stratégies pour maximiser la participation à tous les aspects de la vie communautaire. Le livre sera utile aux cliniciens praticiens, aux étudiants dans les disciplines de la santé concernant la réadaptation neurologique, mais aussi aux familles des personnes atteintes de lésions cérébrales traumatiques.

**Tardif, M., Borges, C. & Malo, A. (sous la direction de) (2012). *Le visage réflexif en éducation. Où en sommes-nous 30 ans après Schön?* Bruxelles : De Boeck.**

Dans les années 1980, Donald Schön propose, avec ses idées de praticien réflexif et de réflexion, une nouvelle manière d'envisager le travail et la formation des professionnels. Ses idées sont rapidement reprises par des milliers de chercheurs et de formateurs à travers le monde. Le modèle du praticien réflexif gagne l'Europe dès le début des années 1990, mais aussi les pays latino-américains et, progressivement, la plupart des systèmes de formation des enseignants qui, partout à travers le monde, prétendent aujourd'hui former des enseignants réflexifs. La recherche en éducation subit le même impact. Bref, tant sur le plan scientifique que professionnel, dès la fin des années 1980, autant à travers les adhésions que les réactions critiques qu'elle suscite, la conception de Schön devient une référence obligée, voire un quasi-paradigme au sein de la recherche internationale sur l'enseignement et la profession enseignante.

Près de trente ans plus tard, cet ouvrage collectif s'efforce de prendre la mesure du virage réflexif initié par Schön. Quel sens faut-il donner à ce virage réflexif ? Quelles ont été son importance et ses retombées pour la profession enseignante et la formation à l'enseignement ? Cette orientation réflexive est-elle encore pertinente de nos jours pour penser l'activité et la

formation professionnelle des enseignants ? Telles sont les questions qui sont au cœur de cet ouvrage, fruit d'une collaboration internationale entre des chercheurs nord-américains et européens.

**Verdon, B. (sous la direction de) (2012). *Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques*. Paris : Armand Colin.**

Amplement marquée par le spectre de la maladie d'Alzheimer, ainsi que par les revendications de vieillesse évitée, ou sinon performante, réussie, l'avancée en âge mobilise tout à la fois la mobilisation et l'attention de chacun.

Vieillir engage en effet intensément un regard sur soi, sur le chemin propre emprunté par chacun pour mener sa vie, et bientôt la conclure, dans une tension compliquée entre le constat d'un irréductible inachèvement des actes posés et le voeu d'un accompagnement des actes posés et le voeu d'un accomplissement des idéaux nourris, tension fort susceptible de participer au déploiement d'états de souffrance psychique importants.

Formés à des degrés divers, de façon plus ou moins spécifique, à la psychologie clinique, à la psychopathologie, à la neuropsychologie cognitive, les psychologues qui interviennent auprès des adultes âgés, de leurs proches et des professionnels, sont sollicités pour des missions d'une très grande diversité en des lieux cliniques eux-mêmes fort différents.

Cet ouvrage propose une réflexion argumentée sur les pratiques psychologiques auprès de l'adulte âgé rapportées par des praticiens de terrain et des enseignants-chercheurs. Articulant réflexions théoriques, méthodes cliniques, expériences concrètes de l'activité professionnelle, les divers chapitres qui le constituent illustrent la variété et la richesse des pratiques professionnelles du psychologue dans la société d'aujourd'hui.