

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 

La présente publication en ligne est une fusion de plusieurs fichiers PDF reçue en dépôt légal et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 7 avril 2009.

Section du dépôt légal

LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE¹

Serban Ionescu

Après une présentation de la qualité de vie objective et subjective, de l'évaluation de la qualité de vie comme indicateur des effets de la désinstitutionnalisation et de l'intégration sociale, l'auteur présente six tendances actuelles dans la recherche concernant la qualité de vie: (a) la poursuite de l'utilisation de la qualité de vie comme indicateur des effets de la désinstitutionnalisation; (b) un intérêt plus grand pour la qualité de vie subjective; (c) l'étude de la qualité de vie chez les personnes déficientes intellectuelles vieillissantes; (d) la diversification des cibles de recherche, avec un intérêt marqué pour les aspects plus particuliers et pour les familles des personnes déficientes intellectuelles; (e) l'élaboration de modèles de qualité de vie plus complets; (f) le fait que la qualité de vie ne constitue plus seulement un objet de recherche mais a d'importantes implications pour l'intervention.

Le concept de qualité de vie occupe une place centrale dans le champ de la déficience intellectuelle. En effet, les praticiens s'y intéressent de plus en plus et les chercheurs explorent avec minutie ses différentes facettes. Le nombre de publications consacrées à la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle – et, notamment, des publications en français – a augmenté au cours des dernières années. En témoignent les quatre articles publiés dans la *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle* (Jourdan-Ionescu, Ionescu, Corbeil et Rivest, 1990; Martin-Laval, 1992; Schalock, 1993a; Tremblay et Martin-Laval, 1996), les deux articles de la revue *Comportement Humain* (Harvey, Pelletier et Martin-Laval, 1990; Lachapelle et Cadieux, 1993), les cinq chapitres consacrés intégralement ou partiellement à ce thème (Martin-Laval et Harvey, 1993; Jourdan-Ionescu, Ionescu, Parisi, Cacciaguerra et Aronadio, 1995; Boudreault, Déry et Rousseau, 1995; Jourdan-

Ionescu, Ionescu, Corbeil, Gauthier et Rivest, 1995; Boisvert et Ouellet, 1995) inclus dans les tomes 1 et 2 de *La déficience intellectuelle* (Ionescu, 1993, 1995) et la conférence donnée par Schalock au III^{ème} Congrès de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (Schalock, 1993b) et dont le texte (Schalock, 1995) est reproduit dans le volume sur *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle* (Ionescu, Magerotte, Pilon et Salbreux, 1995).

Comment expliquer la popularité du concept de qualité de vie? Sur un plan plus large, je noterai l'intérêt porté, au cours des dernières décennies, à la notion de qualité, en général – qualité des produits, qualité des services, gestion de la qualité, cercle de

Serban Ionescu, Université René Descartes - Sorbonne Sciences Humaines (Paris, France) et Université du Québec à Trois-Rivières (Canada).

-
1. Cet article constitue une version légèrement modifiée et actualisée de la conférence d'ouverture du IV^{ème} Congrès de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (Mons, 6-8 juillet 1995).

qualité, etc. – et le fait que nos sociétés s'intéressent de plus en plus à la qualité de vie de leurs citoyens. Plus spécifiquement, dans le domaine de la déficience intellectuelle, l'intérêt pour le concept de qualité de vie s'est surtout développé avec l'application, progressivement plus étendue, du principe de la normalisation. Dans la perspective de la normalisation, la valorisation du rôle social ou la promotion d'un style de vie comparable à celui de la norme deviennent des *moyens* pour améliorer la qualité de vie.

Certains auteurs, comme Borthwick-Duffy (1986) ou Schalock, Keith, Hoffman et Karan (1989) soutiennent que dans le contexte actuel – où un grand nombre de personnes déficientes ne sont plus institutionnalisées – le concept de qualité de vie est plus approprié que ceux de normalisation et d'adaptation communautaire ou sociale. Le concept de qualité de vie permettrait une approche plus globale de la personne déficiente intellectuelle, axée davantage sur son état de bien-être mental, physique et social, sur ses conditions de vie et sur son cadre culturel (Schalock, 1993b). De surcroît, cette approche fait que c'est la qualité de vie qui devient la cible de l'intervention et, par conséquent, un bon critère d'évaluation de celle-ci (Baker et Intagliata, 1982).

QUALITÉ DE VIE OBJECTIVE ET SUBJECTIVE

La qualité de vie est un concept difficile à définir et, non sans humour, Baker et Intagliata (1982) écrivent qu'il y a autant de définitions de la qualité de vie que d'auteurs qui écrivent sur ce sujet. L'examen de définitions disponibles montre, toutefois, que la majorité des auteurs fait référence à deux grandes dimensions.

La première est *objective* et concerne les conditions externes de vie. Il s'agit selon Bigelow, Brodsky, Stewart et Obson (1982) des variables sociales (objectives) qui décrivent les conditions environnementales essentielles, requises pour

satisfaire les besoins humains de base. Cette dimension objective concerne les conditions de vie telles que mesurées par différents indicateurs socio-économiques et culturels qui font référence au niveau de vie.

Selon l'aspect privilégié, quatre approches de la qualité de vie objective peuvent être décrites. La première, se centre sur l'*environnement résidentiel*, considéré sous différents angles:

- *physique*, où l'on considère le confort du logement et la manière dont est assurée l'intimité de la personne, en évaluant, notamment, la surface du logement et la densité (nombre de résidents par rapport au nombre de pièces disponibles);
- *géographique*, où l'on se centre sur la localisation et l'apparence extérieure du logement, sur la proximité des commerces et des services (transports en commun, loisirs, soins de santé, etc.);
- *organisationnel* (ou de "gestion de la résidence"), qui concerne la durée et le type de supervision, le temps que la personne passe dans la résidence, les caractéristiques des autres résidents, etc.

La deuxième approche concerne les *indicateurs sociaux*. Dans ce cas, la qualité de vie d'une personne est évaluée en comparant ses conditions de vie (type de résidence, revenu, état de santé, loisirs, travail) avec les conditions de vie moyennes ou normales pour la société dans laquelle vit la personne évaluée.

Dans le cadre de la troisième approche, l'intérêt est centré sur la qualité des milieux de vie et, pour cette raison, il s'agit d'une approche de type *écologique*. Dans cette perspective, l'évaluation porte sur les ressources d'aide disponibles dans le milieu, sur les services et les programmes offerts, sur les pratiques d'intervention, sur le style de vie (le nombre, la nature, les types d'activités dont les loisirs et les lieux où elles se déroulent), sur le réseau social de la

personne.

La quatrième approche se centre sur le *contrôle* que les personnes déficientes intellectuelles exercent sur leur vie et sur leur environnement. Ce contrôle fait référence à la possibilité qui est offerte aux personnes déficientes d'exprimer des préférences, de faire des choix et de prendre des décisions. Ceci implique la reconnaissance, par l'entourage, du fait que les personnes déficientes sont capables d'influencer ou de contrôler, tout au moins en partie, les événements qui surviennent dans leur vie.

La seconde dimension de la qualité de vie est *subjective*. Souvent désignée comme bien-être subjectif, elle concerne la qualité de l'expérience vécue par une personne, expérience que celle-ci évalue subjectivement. Les critères d'évaluation sont, par conséquent, propres à chaque personne. Selon Okun et Stock (1987), le bien-être subjectif est un "concept parapluie" désignant, sur un continuum allant du négatif au positif, les réactions subjectives aux différentes expériences de vie.

Le bien-être subjectif a deux composantes: le bien-être psychologique et la satisfaction de vie (Zautra et Goodhart, 1979; Diener, 1984). Le *bien-être psychologique* fait référence à l'état psychologique de l'individu et peut être défini comme la prépondérance des affects positifs sur les affects négatifs (Bradburn, 1969). Cette composante du bien-être subjectif intéresse particulièrement les chercheurs qui travaillent dans le domaine de la santé mentale. La *satisfaction de vie* est définie et opérationnalisée soit comme une réalité globale, unidimensionnelle soit comme étant en relation avec l'un ou l'autre des domaines de la vie (satisfaction par rapport au travail, aux loisirs, au logement, à la vie quotidienne, à la santé, etc.).

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE

Les différences concernant la manière dont les auteurs conçoivent le concept de qualité de vie expliquent la diversité des instruments d'évaluation disponibles.

Dans une revue des mesures empiriques de la qualité de vie des personnes présentant des incapacités (comme, notamment, le retard mental, les troubles du comportement et les incapacités physiques), Hughes, Hwang, Kim, Eisenman et Killian (1995) font état de 1243 différents types de mesures utilisées dans les 87 articles de recherche, publiés entre 1970 et 1993, où l'on évaluait une ou plusieurs composantes des 15 dimensions de la qualité de vie mises en évidence après une analyse de 44 définitions de ce concept.

L'évaluation de la qualité de vie objective peut se faire avec plusieurs instruments comme, par exemple, les différents *Index de qualité de vie*: celui élaboré par Schalock *et al.* (1989), celui développé par l'École d'État Wrentham et l'Hôpital pour enfants de Boston (traduit en français et adapté par Portelance, 1987), ou celui proposé, au Québec, par le Centre Butters/Institut des Érables (1991).

L'Index de qualité de vie (Portelance, 1987), instrument que nous avons utilisé dans l'étude longitudinale de la désinstitutionnalisation et de l'intégration sociale (Jourdan-Ionescu *et al.*, 1995) permet, justement, l'évaluation de personnes vivant en institution ou à l'extérieur, dans la société. Les 60 items de cet index font référence à 10 dimensions de la qualité de vie objective: individualisation, santé et bien-être, biens et ressources matérielles, intimité, liens sociaux, estime de soi, loisirs, confort, facteurs de santé et de sécurité, droits et libertés.

L'évaluation de la qualité de vie subjective pose des problèmes. En effet, les limitations du répertoire langagier et de la compréhension ou la tendance à l'acquiescement manifestés par certaines personnes ayant une déficience intellectuelle rendent difficile l'évaluation et peuvent en compromettre la validité. Certains auteurs ont proposé des solutions pour surmonter ces problèmes d'évaluation (voir, par exemple, les travaux de Heal et Sigelman, 1990; Sigelman, Schoenrock, Winer, Spanhel, Thomas, Martin, Budd et Bensberg, 1981; Wyngaarden, 1981).

Pour évaluer la qualité de vie subjective, certains auteurs – comme Edgerton, Bollinger et Herr (1984)

ou Seltzer (1981) – ont utilisé l'*entretien*. Seltzer a eu recours à cette méthode pour évaluer la satisfaction des personnes déficientes quant au mode de vie, notamment, quant à leur environnement physique, à leurs responsabilités quotidiennes, à leur autonomie, à leurs relations sociales et avec les intervenants. Cet auteur souligne les difficultés qu'il a rencontrées lors de ces entretiens et propose l'élaboration d'instruments plus précis.

L'évaluation de la qualité de vie subjective peut aussi se faire avec des *questionnaires*, comme ceux élaborés par Scheerenberger et Felsenthal (1977) ou Flynn et Saleem (1986). Mentionnons, enfin, un instrument fréquemment utilisé au Québec (Boisvert et Ouellet, 1990; Boudreault, 1990; Harvey *et al.*, 1990; Rousseau, 1988). Il s'agit de l'Échelle de satisfaction par rapport au style de vie, élaborée par Heal et Chadsey-Rusch (1985) et qui comporte six sous-échelles (communauté, amis et temps libre, services, travail, satisfaction générale et acquiescement).

LA QUALITÉ DE VIE EN TANT QU'INDICE DES EFFETS DE LA DÉSINSTITUTIONNALISATION ET DE L'INTÉGRATION SOCIALE

Les recherches menées depuis la fin des années soixante-dix et portant sur les effets de la désinstitutionnalisation des personnes présentant une déficience intellectuelle sont, en bonne partie, basées sur l'étude des modifications de la qualité de vie, aussi bien objective que subjective. Un des aspects souvent étudiés est la satisfaction. Ainsi, dans le cas de l'étude longitudinale Pennhurst – mise sur pied après le procès retentissant concernant cette institution, et l'ordonnance du juge Broderick d'offrir aux résidents des services externes – les personnes ayant quitté Pennhurst ont exprimé, une fois désinstitutionnalisées, plus de réponses affirmatives à la question "Aimez-vous vivre ici?" que lorsqu'elles vivaient en institution (73 % par rapport à 40 %).

Les résultats concernant le degré de satisfaction ne sont cependant pas concordants. Schalock et Genung

(1993), par exemple, trouvent que les personnes qui, quinze ans après le placement indépendant dans la société, étaient encore intégrées exprimaient le même niveau de satisfaction que celles qui recevaient, de nouveau, des services spécialisés. L'évaluation, dans cette recherche, a été effectuée avec le Questionnaire de qualité de vie de Schalock et Keith (1993).

Au Québec, Paré (1993) a évalué deux groupes de personnes présentant une déficience sévère ou profonde, l'un vivant en institution et l'autre, six mois après la désinstitutionnalisation. Évalués avec l'Inventaire de bien-être J8-T, les sujets désinstitutionnalisés présentaient un niveau de satisfaction significativement plus bas que celui des personnes restées en institution. Paré explique ce résultat par la meilleure image d'elles-mêmes qu'ont les personnes institutionnalisées et invoque les améliorations effectuées dans les institutions qui existent encore au Québec.

Dans un rapport de recherche, Pilon, Arsenault et Gascon (1994) présentent les résultats obtenus après l'administration d'une batterie d'instruments d'évaluation – constituée, notamment, du Sinfoïd, du Passing, des Échelles d'ambiance institutionnelle et communautaire, de l'Échelle de satisfaction de vie, de l'Inventaire de bien-être (auto-évaluation), de l'Inventaire de bien-être (témoin) – et notent que les sujets désinstitutionnalisés vivant en famille d'accueil ont, comparativement à un groupe de sujets encore institutionnalisés, une meilleure perception de leur qualité de vie et témoignent d'une plus grande satisfaction par rapport à la nourriture, à l'habitation, à l'environnement, aux autres personnes, à elles-mêmes et aux activités auxquelles elles participent.

Les effets de la désinstitutionnalisation ont aussi été évalués avec une ou plusieurs composantes de la qualité de vie objective. Ainsi, Michaud, Horth et Roy (1992) ont étudié la diversité des activités réalisées par les personnes déficientes, en utilisant l'Inventaire du style de vie du résident, instrument conçu par Bellamy, Newton, Lebaron et Harner (1986) et traduit en français par l'Institut québécois de la déficience intellectuelle. Les résultats obtenus

montrent que l'intégration sociale (évaluée six mois et un an après la désinstitutionnalisation) favorise la diversification des activités ainsi qu'une plus grande implication dans les activités de loisirs.

Dans une étude longitudinale impliquant des évaluations répétées, Jourdan-Ionescu *et al.* (1995) relèvent, cinq ans après la désinstitutionnalisation, des améliorations significatives du score total à l'Index de qualité de vie (Portelance, 1987) et des scores pour six dimensions de cet instrument. Ces dimensions sont:

- l'*individualisation* (les hausses sont dues, notamment, au fait que les personnes déficientes fêtent leur anniversaire à leur date de naissance et qu'ils possèdent, plus souvent, des objets personnelles);
- les *biens et ressources matérielles* (même si l'alimentation est, en raison de l'absence de diététicienne et de cuisinier, moins équilibrée qu'en institution, la hausse de score pour cette dimension est due au fait de disposer, pour son usage personnel, d'un poste de télévision et de radio ainsi qu'au fait de résider à proximité d'une série de ressources de services);
- l'*intimité*, qui est en hausse en raison du fait que, d'une part, les personnes étudiées disposent d'une pièce convenablement meublée pour être seules ou pour recevoir des visites et que, d'autre part, leur intimité est assurée aussi bien lors de l'utilisation des toilettes que de la salle de bains;
- les *loisirs*, dimension où l'augmentation du score est due à la possibilité de choisir les activités de loisir et au fait de bénéficier de journées récréatives ou de sorties le soir;
- le *confort* a augmenté grâce à la réduction (à 3 ou 4 personnes) de la taille du groupe

vivant dans la même résidence. L'environnement dans la maison ou l'appartement où les personnes déficientes vivent après leur désinstitutionnalisation est plus confortable et, en même temps, plus agréable en raison du mode de décoration, de l'existence de plantes décoratives, etc.;

- au plan des *droits et libertés*, on note que ceux-ci sont mieux respectés qu'en institution en raison, notamment, d'un plus grand contrôle sur l'environnement et du fait que l'horaire quotidien est respecté.

Cette recherche longitudinale montre que trois dimensions de la qualité de vie – santé et bien-être, estime de soi, facteurs de santé et de sécurité – restent stables. On constate, enfin, une diminution du score pour la dimension *liens sociaux*. Ceci s'explique par le fait qu'après leur sortie de l'institution, les personnes déficientes ont reçu moins de visites et sont sorties moins avec les membres de leur famille ou avec des amis.

Les études présentées aboutissent à des résultats contradictoires. Ceux-ci peuvent être interprétés comme l'expression de la complexité du concept de qualité de vie, concept évalué avec des instruments très différents qui saisissent l'une ou l'autre des multiples facettes de ce concept. À ceci s'ajoute l'hétérogénéité des populations étudiées et celle des conditions de vie et de prise en charge dans les différentes institutions et ressources utilisées après l'intégration sociale.

Une difficulté supplémentaire découle du caractère fluctuant de la qualité de vie. La comparaison des scores moyens à l'Index de qualité de vie lors des sept évaluations réalisées au cours de cinq années de suivi met en évidence des variations importantes:

- la sortie de l'institution s'accompagne d'une hausse très importante du score moyen qui

augmente de 32,34 (en institution) à 36,25 (quatre mois après l'intégration sociale);

après la hausse constatée lors de la première évaluation post-désinstitutionnalisation (quand le score moyen a atteint, comme nous l'avons indiqué, 36,25), on note, lors des deux évaluations ultérieures, des diminutions de la qualité de vie, le score moyen baissant à 35,82, puis à 33,89). Cette baisse s'est produit parallèlement à une augmentation des comportements inadéquats, notée lors de l'évaluation avec l'Échelle québécoise de comportements adaptatifs. Les évaluations ultérieures mettent en évidence un rééquilibrage de la qualité de vie, le score moyen augmentant à 36 points et plus. Ceci doit être mis en relation avec des changements du cadre de vie, suite à des déménagements qui ont permis une amélioration des conditions de vie.

TENDANCES ACTUELLES DANS LA RECHERCHE CONCERNANT LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

L'examen des publications parues au cours des quatre dernières années permet de dégager plusieurs tendances dans la recherche consacrée à la qualité de vie des personnes déficientes.

(a) *La poursuite de l'utilisation de la qualité de vie comme indicateur des effets de la désinstitutionnalisation.* En Angleterre, Mansell (1994) étudie un groupe de 13 sujets ayant un retard mental sévère ou profond, identifiés comme présentant des problèmes très sévères de comportement. Ces sujets ont été transférés d'un cadre institutionnel dans des foyers de groupe spécialisés. Mansel constate qu'après leur désinstitutionnalisation, la qualité de vie des sujets étudiés et leur participation à des activités constructives ont augmenté de manière significative. En même temps, il note que chez la majorité des sujets, il n'y a pas eu d'augmentation des problèmes

de comportement.

Dans le cadre d'une autre recherche, une équipe écossaise (Cullen, Whoriskey, MacKenzie, Mitchell, Rafton, Shreeve et Stanley, 1995) compare deux groupes appariés, constitués chacun de 50 adultes (âgés de 31 à 50 ans) présentant des incapacités d'apprentissage légères à profondes. Tandis que le premier groupe avait été désinstitutionnalisé, le second vivait encore en institution. L'intérêt de cette recherche découle de son caractère longitudinal, les données ayant été recueillies à des intervalles de six mois sur une période de deux ans et demi. Si les données obtenues pour le groupe institutionnalisé restent stables, celles concernant les sujets désinstitutionnalisés montrent des modifications au cours des six premiers mois après la désinstitutionnalisation, et, ensuite, une tendance à la stabilité. Les modifications notées chez les sujets désinstitutionnalisés sont, généralement, considérées comme modestes.

Une troisième publication (Emerson et Hatton, 1996) passe en revue les recherches sur les effets de la désinstitutionnalisation, dans le Royaume Uni et en Irlande, des personnes présentant des incapacités intellectuelles. Les résultats figurant dans 71 publications indiquent que l'intégration dans de petites résidences situées dans la communauté s'associe avec: (1) une plus grande participation de l'utilisateur aux activités proposées; (2) des contacts plus fréquents avec le personnel; (3) une utilisation accrue des services communautaires; (4) une hausse des comportements adaptatifs; (5) une diminution des comportements-problèmes observés; (6) plus de possibilités de choix; (7) des contacts plus fréquents avec la famille et les amis; (8) un meilleur niveau de vie matérielle; (9) une plus grande acceptation par la communauté. Emerson et Hatton notent, cependant, de grandes différences quant à la qualité des services offerts dans la communauté, certains faisant que la qualité de vie soit similaire à celle des institutions.

(b) *Le fait que les chercheurs accordent une place de plus en plus importante à la qualité de vie subjective.* Trois recherches constituent des

contributions au plan méthodologique. Ainsi, Rosen, Simon et McKinsey (1995) proposent le PALS, un instrument d'évaluation constitué de quatre échelles: l'échelle de stress perçu (qui contient 7 items), l'échelle destinée à mesurer l'affect (constituée de 18 adjectifs bipolaires), l'échelle solitude (qui comprend 21 items) et l'échelle de satisfaction (composée de 11 items).

Dans la deuxième publication, Hawkins, Kim et Eklund (1995) étudient la validité et la fidélité de l'Index de satisfaction de vie à cinq dimensions, instrument d'évaluation qu'ils avaient présenté un an auparavant et qui est conçu pour être utilisé auprès d'une population de sujets ayant un retard mental.

Enfin, Favel, Realon et Sutton (1996) présentent les résultats de quatre études préliminaires, menées pour développer la méthodologie d'évaluation du bonheur chez les personnes présentant un retard mental profond ainsi que d'autres handicaps sévères. Ces résultats suggèrent que les expressions faciales offrent une mesure valide du bonheur, que la fréquence du sourire spontané varie d'un sujet à l'autre, que le bonheur de certaines personnes peut augmenter de manière très nette suite à des interactions sociales simples et que les réactions émotionnelles différentielles des usagers aux différents soignants peuvent être très utiles dans le suivi du développement des relations sociales.

Deux recherches concernent l'évaluation de la qualité de vie subjective. Dans la première, Yu, Jupp et Taylor (1996) tentent d'établir si il y a une relation entre les scores à l'Échelle de satisfaction par rapport au style de vie et le type de résidence où vivent les personnes ayant des incapacités intellectuelles. Les données obtenues révèlent que les personnes vivant, dans la communauté, dans des foyers de groupe étaient plus satisfaites de leur résidence que les personnes vivant en institutions hospitalières ou dans des petites maisons situées sur le terrain d'un hôpital. Les personnes vivant en foyer de groupe étaient plus satisfaites des contacts qu'elles avaient avec des amis que les personnes vivant dans des petites maisons qui à leur tour, étaient plus satisfaites

que celles vivant en milieu hospitalier. Les personnes vivant en milieu hospitalier et celles vivant dans des petites maisons sur le terrain d'un hôpital étaient plus satisfaites des services obtenus de la part des professionnels que celles vivant en foyer de groupe.

Dans une autre recherche, Matikka (1996) étudie les relations entre trois critères du bien-être subjectif – le bonheur, la vision positive de la vie et le stress – et une série de caractéristiques psychologiques individuelles. Le bonheur et la vision positive de la vie sont associés à une image positive de soi, au fait que les autres ont une perception positive du sujet, à l'estime de soi et au sentiment d'autonomie. Le stress, quant à lui, était associé à un manque d'estime de soi, au désir d'autonomie, au fait d'être de sexe féminin, à la conscience de l'incapacité. Les sujets éprouvant du stress sentaient que leurs incapacités les empêchaient de réaliser leurs objectifs de vie. Ces résultats soutiennent l'idée d'une relation entre caractéristiques individuelles et qualité de vie perçue.

(c) *Les préoccupations concernant le vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle ont engendré des recherches sur la qualité de vie de ces personnes.* Brown (1993) réalise une revue des recherches menées dans ce domaine et, dans une perspective holistique, aborde des aspects comme le réseau social et les loisirs ou le partenariat parents/usagers/ professionnels. Ashman et Suttie (1995) soulèvent la question des services pour personnes âgées présentant une incapacité intellectuelle et abordent la question de leur bien-être. Enfin, Wadsworth, Harper et McLeran (1995) examinent les besoins des travailleurs âgés présentant un retard mental et discutent de l'adaptation du système actuel de services afin de continuer le soutien aux personnes qui désirent se retirer de l'environnement professionnel. Lorsque ces personnes prennent leur retraite, nombreuses sont celles qui doivent faire face aux défis que constituent une mauvaise santé, la pauvreté ou l'isolement social. La transition réussie vers la retraite doit être assurée par des services de counseling professionnel, de planning concernant les loisirs et les programmes résidentiels.

(d) *Les cibles des études de qualité de vie se diversifient: certaines concernent des aspects très particuliers, d'autres s'intéressent à la famille des personnes déficientes.* Parmi les cibles très particulières, nous pouvons citer la qualité de vie de personnes bénéficiant de programmes spécifiques de traitement pour des troubles métaboliques génétiques (Kurtz, Finucane, Hiland, Bottiglieri, Sherwood et Bennett, 1994), la qualité de vie de personnes traitées avec une dibenzazépine (la Clozapine, Pary; 1994) ou la qualité de vie envisagée dans une perspective rurale (Heinlein, 1994).

Une autre direction est suggérée par Chubon, Clayton et Vandergriff (1995) qui s'intéressent aux différences de qualité de vie en fonction du type d'incapacité. Ces chercheurs constatent que les scores des personnes ayant un retard mental étaient significativement plus bas que ceux des personnes présentant des lésions de la moëlle épinière, surtout aux items qui concernent le contrôle, le soutien social et le niveau d'énergie.

Dans le cadre de la tendance à la diversification, les publications récentes témoignent aussi de l'intérêt pour la qualité de vie des familles (Bouchard, Pelchat, Boudreault et Lalonde-Graton, 1994) et, plus particulièrement, des mères des personnes présentant une déficience intellectuelle (Hong et Seltzer, 1995; Smith, 1996). Sur une population de 461 mères vieillissantes, ayant dispensé tout au long de leur vie des soins à leurs enfants déficients, Hong et Seltzer (1995) notent les conséquences positives, sur le bien-être psychologique, du fait d'assumer des rôles multiples.

Dans une recherche très sophistiquée au plan méthodologique, Smith (1996) constate que le bien-être psychologique diminue le fardeau subjectif que ressentent 225 mères âgées ayant assuré, à domicile, des soins à leurs enfants déficients mentaux. En même temps, Smith note que les facteurs objectifs de stress et les ressources n'étaient pas en relation avec le fardeau ressenti.

(e) *Les études de modélisation de la qualité de vie dans le champ de la déficience intellectuelle*

progressent vers des modèles plus complets. Le premier modèle – proposé par Borthwick-Duffy en 1986, dans sa thèse de doctorat présenté à l'Université de Californie (à Riverside) – comprenait quatre dimensions: environnement résidentiel, relations interpersonnelles, implication dans la communauté et stabilité. En 1993, Schalock fait état de cinq autres modèles et, plus récemment, Felce et Perry (1995) proposent un modèle qui intègre des indices objectifs et subjectifs et qui concerne cinq dimensions: le bien-être physique, le bien-être matériel, le bien-être social, le bien-être émotionnel, le développement et l'activité. Partant d'une analyse exhaustive des définitions de la qualité de vie, Hughes *et al.* (1995) décrivent un modèle conceptuel de la qualité de vie comprenant quinze dimensions majeures, chacune ayant plusieurs composantes: 1. bien-être psychologique et satisfaction personnelle; 2. relations sociales et interactions; 3. emploi; 4. bien-être physique et matériel; 5. auto-détermination, autonomie et choix personnel; 6. compétence personnelle, adaptation communautaire et habiletés de vie indépendante; 7. intégration à la communauté; 8. acceptation sociale, statut social et ajustement écologique; 9. développement personnel et accomplissement; 10. environnement résidentiel; 11. divertissements et loisirs; 12. normalisation; 13. indicateurs individuels et socio-démographiques; 14. responsabilité civique; 15. services de soutien reçus.

(f) *Objet de recherche, la qualité de vie a d'importantes implications pour l'intervention.* Dans le chapitre qu'ils ont élaboré pour *La déficience intellectuelle* (Ionescu, 1993), Martin-Laval et Harvey (1993) insistent sur le fait que le score global à l'Index de qualité de vie (I.Q.) "doit aider l'intervenant à améliorer graduellement les caractéristiques de l'environnement de la personne déficiente intellectuelle, ses conditions de vie, afin que, peu à peu, la qualité de vie globale de la personne s'améliore à son tour". En effet, la simple lecture des items de l'I.Q. engendre une remise en question des objectifs de programmation de l'intervention.

Cette tendance à l'utilisation de la qualité de vie dans

la planification de l'intervention apparaît souvent chez Schalock (1993b, c; 1994) qui envisage la qualité de vie dans le contexte plus large du développement de politiques et de programmes, de l'offre de services et de l'évaluation de programmes. La même tendance est clairement identifiable dans l'article de Newton, Horton, Ard, Lebaron et Sappington (1994) qui s'intéressent à l'amélioration de la vie sociale des personnes avec retard mental et chez Bertuola et Mascarin (1994) qui proposent un programme expérimental qui vise, notamment, l'amélioration de la qualité de vie. Notons, enfin, le travail de Reischl et Wordes (1994) qui décrit un programme de monitoring par des volontaires, conçu pour améliorer la qualité de vie dans les foyers de groupe.

Après la normalisation, la valorisation des rôles

sociaux, l'intégration et l'appropriation, la qualité de vie constitue un de ces *concepts locomotive*, source d'énergie et de profonds remaniements dans l'intervention et les attitudes face aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Son utilisation entraînera plus d'efficacité dans les services offerts et plus de respect pour les usagers de ces services. En nous projetant dans le futur, nous pourrions nous demander quel sera le concept qui occupera la place que détient actuellement, dans le champ de la déficience intellectuelle, la *qualité de vie*? Le congrès de cette année de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales, congrès qui aura lieu, en octobre, à Sion (en Suisse), nous offre peut-être la réponse à cette question par son thème: le partenariat!...

RESEARCH IN THE FIELD OF THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH AN INTELLECTUAL DISABILITY

Following the presentation (1) of the two types (objective and subjective) quality of life, (2) of the assessment of quality of life and (3) of the quality of life as an index of deinstitutionalization and social integration effects, the author presents six current trends in quality of life research: (a) its continuing utilization in the study of deinstitutionalization effects; (b) major interest in subjective quality of life; (c) study of older mentally retarded people quality of life; (d) diversification of research targets (i.e. interest for particular topics and for families); (e) development of comprehensive models of quality of life; (f) quality of life is not only a research target but also plays an important role in intervention.

BIBLIOGRAPHIE

ASHMAN, A. F., SUTTIE, J. (1995) Changing existing services for older people with an intellectual disability. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(3), 189-204.

BAKER, F., INTAGLIATA, J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79.

BELLAMY, G. T., NEWTON, J. J., LEBARON, N., HARNER, R. H. (1986) Forward life style accountability in residential services for persons with mental retardation. Published manuscript. University of Oregon: Specialized training program.

BERTUOLA, M., MASCARIN, S. (1994) Il corpo come strumento di espressione integrale: Una esperienza di animazione con ritardi mentali medio-gravi. *Italian Journal of Intellectual Impairment*, 7(1), 101-116.

- BIGELOW, D. A., BRODSKY, G., STEWART, L., OBSON, M. (1982) The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In G.J. Stahler et W.R. Tash (Eds), *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press.
- BOISVERT, D., OUELLET, P.-A. (1990) Désinstitutionnalisation et intégration sociale: l'expérience québécoise. In S. Ionescu (Ed.), *L'intervention en déficience mentale. Volume 2*. Bruxelles: Mardaga.
- BOISVERT, D., OUELLET, P. A. (1995) Préoccupations actuelles dans le domaine de l'étude du processus d'intégration sociale. In S. Ionescu (Éd.), *La déficience intellectuelle. Tome 2. Pratiques de l'intégration*. Paris: Nathan Université et Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A. (1986) Quality of life of mentally retarded people: development of a model. Thèse de doctorat inédite. University of California.
- BOUCHARD, J.-M., PELCHAT, D., BOUDREAULT, P., LALONDE-GRATON, M. (1994) *Processus d'adaptation et qualité de vie de la famille*. Montréal: Guérin Universitaire.
- BOUDREAULT, P. (1990) La désinstitutionnalisation des personnes déficientes intellectuelles et leur appréciation de la qualité de vie. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 1, 147-158.
- BOUDREAULT, P., DÉRY, M., ROUSSEAU, J. (1995) La qualité de vie, un critère essentiel dans l'évaluation de l'intégration sociale. In S. Ionescu (Éd.), *La déficience intellectuelle. Tome 2. Pratiques de l'intégration*. Paris: Nathan Université et Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- BRADBURN, H. M. (1969) *The structure of psychological well-being*. Chicago: Adline Publishing.
- BROWN, R. I. (1993) Quality of life issues in aging and intellectual disability. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18(4), 219-227.
- CENTRE BUTTERS/INSTITUT DES ERABLES (1991) *L'I.Q.: Index de qualité de vie*. Brigham: Institut des Erables.
- CHUBON, R. A., CLAYTON, K. S., VANDERGRIFF, D. V. (1995) An exploratory study comparing the quality of life of South Carolinians with mental retardation and spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 39(2), 107-118.
- CULLEN, C., WHORISKEY, M., MACKENZIE, K., MITCHELL, W., RALFTON, K., SHREEVE, S., STANLEY, A. (1995) The effects of deinstitutionalization on adults with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(6), 484-494.
- DIENER, E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- EDGERTON, R. B., BOLLINGER, M., HERR, B. (1984) The cloak of competence: after two decades. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 345-351.
- EMERSON, E., HATTON, C. (1996) Deinstitutionalization in the UK and Ireland: Outcomes for service users. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21(1), 17-37.
- FAVELL, J. E., REALON, R. E., SUTTON, K.A. (1996) Measuring and increasing the happiness of people with profound mental retardation and physical handicaps. *Behavioral Interventions*, 11(1), 47-58.
- FELCE, D., PERRY, J. (1995). Quality of life – its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- FLYNN, M. C., SALEEM, J. K. (1986) Adults who are mentally handicapped and living with their parents: satisfaction and perceptions regarding their lives and circumstances. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30, 379-387.
- HARVEY, M, PELLETIER, J., MARTIN-LAVAL, H. (1990) Mesure comparée de la qualité de vie dans les ressources communautaires de la région de Granby. *Comportement Humain*, 3(2-3), 85-92.
- HAWKINS, B. A., KIM, K., EKLUND, S. J. (1995) Validity and reliability of a five dimensional life satisfaction index. *Mental Retardation*, 33(5), 295-303.
- HEAL, L. W., CHADSEY-RUSCH, J. (1985) The Lifestyle Satisfaction Scale (LSS). Assessing individual's satisfaction with residence, community setting and associated services. *Applied Research on Mental Retardation*, 6, 475-490.

- HEAL, L. W., SIGELMAN, C. K. (1990) Methodological issues in measuring the quality of life of individuals with mental retardation. In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life: perspectives and issues*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- HEINLEIN, K. B. (1994) Quality of care, quality of life – a rural perspective. *Mental Retardation*, 32(5), 374-376.
- HONG, J., SELTZER, M. M. (1995) The psychological consequences of multiple roles: The nonnormative case. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(4), 386-398.
- HUGHES, C., HWANG, B., KIM, J. H., EISENMAN, L. T., KILLIAN, D. J. (1995) Quality of life in applied research: A review and analysis of empirical measures. *American Journal on Mental Retardation*, 99(6), 623-641.
- IONESCU, S. (Éd.) (1993) *La déficience intellectuelle. Tome 1. Approches et pratiques de l'intervention. Dépistage précoce*. Paris: Nathan Université et Ottawa: Éditions Agence d'Arc.
- IONESCU, S. (1995) *La déficience intellectuelle. Tome 2. Pratiques de l'intégration*. Paris: Nathan Université et Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- IONESCU, S., MAGEROTTE, G., PILON, W., SALBREUX, R. (eds.) (1995) *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Trois-Rivières: UQTR et AIRHM.
- JOURDAN-IONESCU, C., IONESCU, S., CORBEIL, L., GAUTHIER, M., RIVEST, C. (1995) Étude longitudinale de la désinstitutionnalisation et de l'intégration sociale des jeunes adultes. In S. Ionescu (Éd.), *La déficience intellectuelle. Tome 2. Pratiques de l'intégration*. Paris: Nathan Université et Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- JOURDAN-IONESCU, C., IONESCU, S., CORBEIL, L., RIVEST, C. (1990) Évaluation de la désinstitutionnalisation: 1. La qualité de vie. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 1(1), 49-58.
- JOURDAN-IONESCU, C., IONESCU, S., PARISI, A., CACCIAGUERRA, F., ARONADIO, G. (1995) L'intégration scolaire et ses résultats à long terme. In S. Ionescu (Éd.), *La déficience intellectuelle. Tome 2. Pratiques de l'intégration*. Paris: Nathan Université et Montréal: Éditions Nouvelles AMS.
- KURTZ, M. B., FINUCANE, B., HYLAND, K., BOTTIGLIERI, T., SHERWOOD, W. G., BENNETT, M. J. (1994) Detection of metabolic disorders among selectively screened people with idiopathic mental-retardation. *Mental Retardation*, 32(5), 328-333.
- LACHAPELLE, Y., CADIEUX, A. (1993) L'évaluation des besoins et de la qualité de vie d'adultes ayant une déficience intellectuelle. *Comportement Humain*, 7(2), 117-127.
- MANSELL, J. (1994) Specialized group homes for persons with severe or profound mental retardation and serious problem behaviour in England. *Research in Developmental Disabilities*, 15(5), 371-388.
- MARTIN-LAVAL, H. (1992) Évaluation de la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 3(Numéro spécial), 139-141.
- MARTIN-LAVAL, H. M., HARVEY, M. (1993) Méthodologie d'évaluation de la qualité de vie. In S. Ionescu (Éd.), *La déficience intellectuelle. Tome 1. Approches et pratiques de l'intervention. Dépistage précoce*. Paris: Nathan Université et Ottawa: Éditions Agence d'Arc.
- MATIKKA, L. M. (1996) Effects of psychological factors on the perceived quality of life of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 9(2), 115-128.
- MICHAUD, D., HORTH, R., ROY, S. (1992) L'effet de la l'intégration sociale sur le comportement adaptatif et sur la diversité des activités. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 3(1), 39-48.
- NEWTON, J. S., HORNER, R. H., ARD, W. R. Jr, LEBARON, N., SAPPINGTON, G. (1994) A conceptual model for improving the social life of individuals with mental retardation. *Mental Retardation*, 32(6), 393-402.
- OKUN, M. A., STOCK, W. A. (1987) The construct validity of subjective well-being measures: an assesment via quantitative synthesis. *Journal of Community Psychology*, 15, 481-492.
- PARÉ, C. (1993) *L'influence du processus de désinstitutionnalisation en relation avec les comportements adaptatifs, l'intégration sociale et la qualité de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle sévère et profonde*. Thèse de doctorat. Québec : Université Laval.

- PARY, R. J. (1994) Clozapine in 3 individuals with mild mental-retardation and treatment refractory psychiatric disorders. *Mental Retardation*, 32(5), 323-327.
- PILON, W., ARSENAULT, R., GASCON, H. (1994) *Le passage de l'institution à la communauté et son impact sur la qualité de vie et l'intégration sociale de la personne présentant une déficience intellectuelle*. Rapport de recherche. Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard.
- PORTELANCE, J.-P. (1987) Index de qualité de vie: réalisations et perspectives. Rapport synthèse. Montréal: Centre d'accueil Jean-Olivier Chénier.
- REISCHL, T. M., WORDES, M. (1994). Collaborative evaluation of a volunteer monitoring program to improve group homes for adults with mental retardation. *Community Mental Health Journal*, 30(1), 29-43.
- ROSEN, M., SIMON, E. W., MCKINSEY, L. (1995) Subjective measure of quality of life. *Mental Retardation*, 33(1), 31-34.
- ROUSSEAU, J. (1988) *La réinsertion sociale des personnes déficientes intellectuelles ayant vécu en institution: bilan des expériences québécoises et évaluation de la qualité de vie*. Rapport de recherche. Québec: MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- SCHALOCK, R. L. (1993a) La qualité de vie: conceptualisation, mesure et application. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 4(2), 137-151.
- SCHALOCK, R. L. (1993b) Quality of life in the 1990's: perspectives and issues. Communication présentée au IIIe Congrès de l'Association Internationale de Recherche en faveur des personnes Handicapées mentales. Trois-Rivières, 23-25 août.
- SCHALOCK, R. L. (1993c) Viewing quality of life in the larger context. *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 18(4), 201-208.
- SCHALOCK, R. L. (1994) Quality of life, quality enhancement, and quality assurance: Implications for program planning and evaluation in the field of mental retardation and developmental disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 17(2), 121-131.
- SCHALOCK, R. L. (1995) De l'intégration comme idéologie, comme pratique et comme objet d'étude. In S. Ionescu, G. Magerotte, W. Pilon et R. Salbreux (eds.), *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Trois-Rivières: UQTR et AIRHM.
- SCHALOCK, R. L., GENUNG, L. T. (1993) Placement from a community-based mental retardation program: A 15 year follow-up. *American Journal of Mental Retardation*, 98(3), 400-407.
- SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D. (1993) *Quality of life questionnaire manual*. Worthington (Ohio) : IDS.
- SCHALOCK, R. L., KEITH, K. D., HOFFMAN, K., KARAN, O. C. (1989) Quality of life: its measurement and use. *Mental Retardation*, 27, 25-31.
- SCHAEERENBERGER, R. C., FELSENTHAL, D. (1977) Community settings for MR persons: satisfaction and activities. *Mental Retardation*, 15, 3-7.
- SELTZER, G. B. (1981) Community residential adjustment: the relationship among environment, performance satisfaction. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 624-630.
- SIGLEMAN, C. K., SCHOENROCK, C. J., WINER, J. L., SPANHEL, C. L., THOMAS, S. G., MARTIN, P. W., BUDD, E. C., BENSBERG, G. J. (1981) Issues in interviewing mentally retarded persons: an empirical study. In H. R. Bruininks, C. E. Meyers, B. B. Sigford, K. C. Lakin (Eds), *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people*. Washington: AAMD (monographie no.4).
- SMITH, G. C. (1996) Caregiving outcomes for older mothers of adults with retardation: A test of the two-factor model of psychological well-being. *Psychology and Aging*, 11(2), 353-361.
- TREMBLAY, G., MARTIN-LAVAL, H. (1996) L'Inventaire de qualité de vie en milieu résidentiel. *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 7(Numéro spécial), 62-63.
- WADSWORTH, J. S., HARPER, D. C., MCLERAN, H. E. (1995) The transition from work to retirement among adults with mental retardation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 26(3), 42-48.

WYNGAARDEN, M. (1981) Interviewing mentally retarded persons: issues and strategies. In H. R. Bruininks, C. E. Meyers, B. B. Sigford, K. C. Lakin (Eds), *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people*. Washington: American Association on Mental Deficiency (monographie no.4).

YU, A. L. C., JUPP, J. J., TAYLOR. A. (1996) The discriminate validity of the Lifestyle Satisfaction Scale (LSS) for the assessment of Australian adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21(1), 3-15.

ZAUTRA, A., GOODHART, D. (1979) Quality of life: a review of the literature. *Community Mental Health*, 4, 1-10.

LES COMPÉTENCES LANGAGIÈRES DES ENFANTS HANDICAPÉS MENTAUX MODÉRÉS DANS DEUX CONTEXTES PRAGMATIQUES - ÉVALUATIONS ET INTERVENTIONS LOGOPÉDIQUES

Bernadette Piérart

La compréhension et la production de diverses structures langagières par des enfants déficients mentaux modérés, scolarisés dans l'enseignement spécial de type II, a été examinée dans deux contextes pragmatiques : lors d'épreuves psychométriques classiques et au cours d'échanges langagiers à propos de manipulations d'objets. Les observations ont porté sur 32 enfants de 6 à 15 ans, répartis en trois échantillons : 13 enfants atteints du syndrome de Down, 12 enfants sévèrement prématurés et 7 enfants dont les troubles relèvent d'étiologies diverses. Les résultats montrent l'intérêt de ces deux types de procédures : dans chaque échantillon, le fonctionnement lexical, syntaxique et pragmatique varie en fonction du contexte des observations langagières. En particulier, la compréhension et la production des marqueurs de relations spatiales par les handicapés modérés, dans un contexte de manipulations d'objets, reflète exactement les modalités d'acquisition de ces marqueurs par tous les enfants au cours de leur développement. L'observation comparative du fonctionnement langagier du handicapé mental modéré apporte donc aussi des informations sur l'architecture cognitive sous-jacente au langage. Des conséquences pour l'intervention logopédique découlent de ces observations.

L'enfant déficient mental qui ne dispose pas des mêmes ressources cognitives que ses pairs, construit-il les divers sous-systèmes qui composent le langage, en suivant un cheminement propre ou de la même manière que l'enfant normal mais avec un décalage dans le temps? L'objectif de cet article est

d'examiner comment des handicapés mentaux modérés, comprennent et utilisent diverses structures sémantiques lexicales et syntaxiques en fonction des paramètres suivants: l'étiologie de leur handicap, leur âge chronologique, leur âge mental, le contexte des observations langagières, et en particulier, le type d'interaction dans lequel ces dernières s'inscrivent.

Bernadette Piérart, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, 10, Place du Cardinal Mercier, 1348 Louvain-la-Neuve.

Outre leurs enjeux théoriques, ces observations fondent des démarches diagnostiques et remédiatrices en logopédie.

Avec la collaboration de Méral Adem, Séverine Buriez, Isabelle De Moor, Florence Mathieu, Géraldine Méreau et Virgine Willynck, Institut Supérieur de Logopédie, rue du marais à chardons, 5, 7410 Mons (Ghlin). Ces jeunes logopèdes ont recueillis les données rassemblées ici dans le cadre de leur travail de fin d'études réalisé sous la direction du premier auteur.

LES ENJEUX THÉORIQUES ET LA RÉALITÉ CLINIQUE

Cet article a fait l'objet d'une présentation au IV^e Congrès de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (Mons, 6-8 juillet 1995).

Au cours de ces dernières années, la psychologie cognitive a entrepris le démontage des architectures cognitives sous-jacentes au langage, en empruntant quatre voies convergentes :

- a) la voie développementale;
- b) l'étude du vieillissement cognitif et langagier (Van der Linden et Hupet, 1994);
- c) la voie de la neuropsychologie cognitive (Seron et Jeannerod, 1994);
- d) l'étude comparative du fonctionnement cognitif et langagier dans diverses pathologies développementales, telles les déficiences mentales, l'autisme, les déficiences auditives, les déficiences visuelles, les polyhandicaps, (Deleau et Weil-Barais, 1994), les dysphasies.

Quelle que soit la voie empruntée, la référence à un modèle s'avère indispensable. Dans l'étude des pathologies développementales, tout particulièrement, il n'y a pas de comparaison naïve: c'est le choix du modèle qui détermine le type de comparaisons à effectuer, les critères de celles-ci, les sujets à comparer, tout autant que l'interprétation des données.

Le handicap mental modéré répond à diverses atteintes d'origine organique (Lambert, 1986) qui sont loin d'être homogènes. Il existe des différences qualitatives dans le fonctionnement cognitif et langagier des sujets retardés de même niveau mental qui se trouvent masquées dans les travaux où le Q.I. ou l'âge mental servent d'organisateur aux observations. La partition des échantillons de déficients mentaux modérés en sous-groupes pallie à ce reproche en autorisant une approche comparative, qui enrichit la théorie et bénéficie en retour des progrès des modèles théoriques dont elle contribue à la mise à l'épreuve.

Cette partition en sous-groupes n'est toutefois pas aisée. Cerner l'étiologie d'un handicap mental est un problème très complexe qui constitue un premier écueil lorsqu'on tente de répartir les sujets en sous-groupes. L'Association Américaine de Retard Mental (Grossman, 1983) a établi une liste d'étiologies qui comporte plus de 90 catégories. Certaines d'entre-elles commencent à être bien connues, comme la trisomie 21, les épisodes

hypoxiques péri- ou post-nataux, les effets des intoxications maternelles durant la grossesse, les troubles consécutifs aux infections maternelles virales ou bactérielles. Même lorsqu'ils sont étiquetés sous une même étiologie, les troubles des handicapés présentent une variété dont les dossiers disponibles sur le terrain ne fournissent pas toujours le détail. Un autre écueil rencontré dans les essais de partition des échantillons réside dans le nombre de sujets à regrouper et plaide pour les études de cas unique pour des étiologies très peu fréquentes.

LE LANGAGE DES HANDICAPÉS MENTAUX MODÉRÉS : QUEL(S) MODÈLE(S) DE RÉFÉRENCE?

Parmi les caractéristiques langagières des handicapés mentaux modérés, celles des trisomiques sont les mieux connues parce que ce groupe fait référence à une étiologie facile à déterminer (Rondal, 1985, 1986). Les caractéristiques langagières dans les autres étiologies sont beaucoup moins étudiées, pour cette raison scientifique. Parmi celles-ci la prématurité sévère touche un nombre appréciable de sujets.

Les démarches de l'examen logopédique de l'enfant sont inséparables des cadres conceptuels de la psycholinguistique génétique, dont trois courants successifs se sont avérés particulièrement importants (Piérart, 1994).

Cette discipline a d'abord été marquée par l'intérêt pour la syntaxe, développé dans la foulée des travaux de Chomsky (1965). Dans cette perspective, le développement du langage est considéré comme le fruit d'une interaction entre une faculté innée pour apprendre le langage et un environnement qui offre la langue. Les troubles du développement du langage y sont conçus comme une difficulté de traitement syntaxique dépendant de ces structures innées. L'évaluation du langage se restreint à l'inventaire des structures syntaxiques comprises et produites par l'enfant et au calcul de la longueur moyenne de ses productions verbales, considérée comme un indice de complexité syntaxique.

Dans les années 70, on a pris la mesure des limites du modèle de Chomsky pour se centrer sur la sémantique. Le langage y est alors vu comme une fonction cognitive, parmi d'autres, telles l'imitation différée, le jeu symbolique et le dessin. Le développement du langage chez l'enfant n'est plus considéré uniquement comme le résultat du traitement purement syntaxique des énoncés qu'il entend dans son entourage, mais aussi comme le reflet de ses possibilités cognitives. Quelques modèles sémantiques du développement du langage sont alors élaborés (Clark, 1973; Slobin, 1973) où l'intérêt se porte sur les stratégies de traitement d'une structure sémantique ou syntaxique mises en oeuvre par l'enfant. La question de l'universalité des structures dégagées se pose alors, y compris pour les sujets qui présentent des troubles ou des retards du développement cognitif. L'enfant utilise-t-il des stratégies de tous les enfants ou développe-t-il des stratégies propres? Ses stratégies reposent-elles sur les mêmes bases que tous les enfants? Cette période en psycholinguistique génétique a surtout mis l'accent sur les fonctions référentielles du langage. Elle s'intéresse aux modalités de la compréhension et de l'expression du nombre, des comparatifs (Sinclair-De Zwart, 1969), des couleurs, des relations spatiales (Piérart, 1975), c'est-à-dire de concepts où le cognitif et le sémantique sont relativement proches.

Le courant pragmatique se développe en psycholinguistique génétique depuis 1982. Son objectif est de rendre compte des énoncés et du discours produit dans des conditions réelles, prenant en considération le sujet énonciateur, le moment d'énonciation, en plus des opérations linguistiques universelles. Le courant pragmatique peut se comprendre comme le versant linguistique de la psychologie sociale. En psycholinguistique génétique, il suscite maintes recherches comparatives sur les situations de communication : récit, jeu libre, conversations (bain, repas); sur les caractéristiques des interlocuteurs: âge, statut (mère), handicap; sur les contenus de discours (Bernicot, 1992). Le courant pragmatique considère que les troubles du développement du langage ne dépendent pas uniquement de difficultés de traitement dans les

processus syntaxiques, de troubles cognitifs plus ou moins discrets, mais aussi d'autres facteurs en rapport avec l'usage social de la langue.

En logopédie, tant dans l'évaluation que dans la rééducation, les contextes langagiers sont généralement peu variés: l'enfant qui parle mal (et qui le sait, si l'on en juge par ses refus de s'exprimer) interagit avec un logopède le plus souvent dans un contexte de description d'images ou de désignation d'images, c'est-à-dire dans un contexte où sont surtout sollicitées les fonctions référentielles du langage et très peu les fonctions sociales de celui-ci. Ces deux contextes jouent toutefois un rôle complémentaire dans l'acquisition du langage, comme l'a bien montré K. Nelson (1981) chez le jeune enfant. Elle a pu mettre en évidence deux styles différents dans l'acquisition du langage entre 12 mois et 30 mois: le style référentiel et le style expressif. Les «enfants référentiels» ont un lexique bien développé, comportant beaucoup de noms d'objets et quelques verbes. Les «enfants expressifs» utilisent autant de mots fonctionnels que de noms. A 24 mois, les «enfants référentiels» ont un lexique plus développé que les «enfants expressifs», et une syntaxe nettement plus réduite, alors que la syntaxe des «enfants expressifs» est bien plus développée que leur lexique. Les différences s'estompent à partir de 30 mois.

L'objectif de la plupart des épreuves disponibles en langue française pour l'examen du langage est de situer les performances des enfants par rapport à celles des enfants de son âge. Toutes les épreuves de langage se déroulent habituellement dans la situation classique assez «figée», où l'examineur pose des questions à l'enfant ou l'invite à accomplir diverses tâches langagières ou non langagières. Elles ne touchent que la dimension référentielle du langage. En outre, même si leur date de parution est plus récente, la plupart de ces épreuves se basent sur des contextes théoriques qui datent des deux premiers courants en psycholinguistique génétique.

La plupart des recherches sur le langage des handicapés mentaux modérés portent sur une douzaine d'enfants rassemblés sur la base de leur âge mental,

en regroupant les diverses étiologies, à l'exception de la trisomie 21. Ces travaux montrent une liaison entre l'âge mental et le nombre de mots connus par l'enfant, estimé par un test classique de vocabulaire. Le développement lexical de l'enfant handicapé mental modéré serait retardé quantitativement mais non qualitativement (Rozenberg, 1982; Rondal, 1985; Fazio, Johnson et Brandl, 1993). Quelques recherches se sont plus particulièrement penchées sur l'acquisition différentielle des mots (en compréhension, dans tâche de désignation d'images) selon qu'ils sont concrets ou abstraits, (Fazio *et al.*, 1993), c'est-à-dire sur la base de leur fonction référentielle, ou selon qu'ils apportent ou non des informations nouvelles à leur utilisateur et à son partenaire conversationnel dans une tâche de jeu (Léonard, Cole et Steckol, 1979), c'est-à-dire à l'acquisition lexicale référentielle et pragmatique. La prise en compte de l'influence de diverses tâches référentielles et pragmatiques dans l'acquisition des prépositions d'espace a fait l'objet d'une recherche de Fayasse, Comblain et Rondal, (1992), sur 30 sujets handicapés mentaux modérés dans les étiologies ne sont pas précisées. La revue de Rondal (1985) de l'acquisition des marquages morpho-syntaxiques en français par les handicapés mentaux modérés indique que l'acquisition des phrases négatives et passive est inférieure à celle des enfants de même âge mental.

ÉVALUATIONS DU LANGAGE DE 32 ENFANTS HANDICAPÉS MENTAUX MODÉRÉS

Les démarches d'observation

Les contextes pragmatiques retenus

L'examen du langage a été réalisé dans deux contextes. Les enfants ont d'abord été vus dans un contexte classique de testing de la compréhension et de l'expression, où ils devaient se plier à quelques contraintes déterminées par l'examinatrice: rester en place, faire attention, répondre aux questions posées, désigner une image en réponse à une instruction. Ils ont ensuite été examinés dans deux situations de jeu

semi-induit où les mesures langagières sont prises dans un contexte moins contraint: les enfants interagissent verbalement et gestuellement avec la logopède. Leurs conversations sont enregistrées et décodées ultérieurement. Les examens ont été réalisés en cinq séances.

Contexte psychométrique standard

Le contexte classique d'examen du langage comportait l'évaluation du lexique, de la syntaxe et des relations spatiales, en sollicitant surtout les fonctions référentielles de l'enfant.

Le stock lexical a été évalué, en compréhension uniquement, à l'aide de la partie passive du «Test de vocabulaire actif passif» (TVAP) de Deltour et Hupkens (1980), destiné aux enfants de trois à cinq ans. L'enfant est invité à désigner parmi six images, celle qui correspond au mot qu'on lui présente auditivement. Les distracteurs peuvent occasionner des confusions perceptives (visuelles ou auditives), des confusions sémantiques (du type partie et tout). La partie active du TVAP (1980), qui consiste en la définition de mots n'a pas été appliquée. En effet, la définition d'un mot implique des compétences cognitives plus larges que son utilisation, compétence sur laquelle nos observations étaient centrées.

L'évaluation de la syntaxe a tenté d'identifier les stratégies (lexicales, morpho-syntaxiques et narratives) utilisées par l'enfant pour comprendre un énoncé. Dans l'épreuve mise au point par Khomsi (1987), l'enfant est invité à désigner une image, parmi quatre, qui correspond à la phrase sous examen. L'épreuve symétrique de closure grammaticale, de Deltour (1992) essaie de cibler la structure syntaxique à produire, en présentant à l'enfant des phrases lacunaires à compléter.

L'évaluation de la compréhension et de la production des prépositions d'espace a été réalisée à l'aide du TRT de Deltour (1983). Le test se compose de deux parties: la compréhension des prépositions d'espace est évaluée par un tâche de désignation d'un dessin parmi cinq. La production de prépositions d'espace

est sollicitée pour décrire des images.

Les épreuves de Khomsi (1987) et le test de closure de Deltour (1992) s'appuient sur les modèles développementaux du langage proposés par le deuxième courant psycholinguistique présenté plus haut. La partie théorique du TRT de Deltour (1983) fait référence aux théories cognitives d'acquisition des marqueurs de relations spatiales (Piérart, 1975_{a,b}, 1976_{a,b}, 1977, 1978_{a,b}) mais, du fait de l'utilisation de représentations imagées des items en lieu et place de items princeps qui faisaient intervenir des objets miniatures, cette épreuve différentielle ne fournit aucun moyen d'évaluer les résultats de l'enfant par rapport aux filières développementales dégagées dans les travaux de référence.

Contexte de jeu semi-induit

Le second contexte d'examen du langage a été celui d'échanges langagiers tout en manipulant des objets miniatures standardisés. Deux situations ont été retenues:

Dans l'épreuve «Le bain des poupées» (Chevrie-Muller, Simon, Le Normand, Fournier, 1988), l'enfant interagit avec l'observateur, en échangeant des informations, en formulant des demandes, en posant des questions à propos des vêtements des poupées, de leur schéma corporel et d'objets impliqués dans les situations de bain.

Souvent au cours de son examen, le logopède s'appuie aussi sur un modèle de fonctionnement du langage. C'est ainsi que pour le lexique, par exemple, il évaluera non seulement le stock lexical de l'enfant, mais aussi la manière dont il accède à ce stock lexical. Le logopède prendra donc des mesures de débit, de fluence, et le cas échéant, examinera quelles sont les stratégies de facilitation qui aident le plus le sujet : l'ébauche du mot, la facilitation contextuelle, le mime, etc.

L'évaluation de la compréhension et de la production des marqueurs de relations spatiales dans un contexte de manipulation d'objets (Piérart, 1975_a, 1981)

permet de repérer les stratégies de traitement de l'enfant en fonction de paramètres pragmatiques tels les caractéristiques des objets de référence (opaques, transparents, ronds, rectangulaires, animés ou inanimés, etc.). Dans la tâche de compréhension, l'enfant est invité à placer les objets suivant des instructions «au-dessus de, sur, en dessous de, devant, derrière, entre». Dans la tâche de production, l'enfant décrit des placements d'objets qui mettent en jeu ces relations spatiales.

Les échantillons

Les observations ont porté sur 32 enfants handicapés mentaux modérés de 6 à 15 ans fréquentant l'enseignement spécial de type II¹.

Ce groupe a été réparti en trois échantillons, sur la base des étiologies des handicaps. Le premier échantillon réunit 13 enfants atteints du syndrome de Down. On peut considérer que ces enfants présentent une pathologie développementale liée à une maladie génétique. Le deuxième échantillon rassemble 12 enfants très sévèrement prématurés, pour lesquels la pathologie développementale pourrait répondre à une atteinte très précoce. Le troisième échantillon, moins homogène, regroupe 7 enfants dont le handicap mental relève d'étiologies diverses. Ce dernier échantillon reflète la réalité clinique du terrain, tandis que les deux premiers répondent à des critères de sélection plus rigoureux et devraient permettre de situer les observations par rapport à un modèle théorique. Tous ces enfants ont un quotient intellectuel inférieur ou égal à 50 (WISC). Ils ont en outre été examinés à l'aide des échelles différentielles d'intelligence de Perron-Borelli (EDEI, 1974), de manière à estimer un âge mental. Le tableau 1 présente l'échantillon des enfants (9 garçons et 4 filles) atteints du syndrome de Down. Le Q.I. de tous ces enfants est < à 45, excepté deux, qui ont un Q.I. de 50 (Franç., Q.I. = 51 et Sand., Q.I. = 49).

1. Nous remercions les directions et le personnel des Écoles et Institutions d'Enseignement Spécial, pour type II, de Clerfayt, Lessines, Tournai et Waudrez, en Belgique, pour leur aimable accueil et pour leur collaboration.

Tableau 1

Échantillon des trisomies 21 (n=13)

Nom	Age	A.M.
Rom.	7;1	<3;0
Fra.	7;2	4;6
Ste.	8;2	<3;0
Dav.	9;3	<3;0
Aur.	9;9	3;9
Jul.	10;0	4;0
Gaë.	12;0	3;3
Elo.	12;0	3;3
San.	12;0	4;3
Mic.	12;7	3;6
Fou.	13;9	3;6
Séb.	13;11	3;3
Aïs.	14;6	<3;0

Tableau 2

Échantillon des prématurés (n=12)

Nom	Age	Q.I.	A.M.
Lud.	6;0	62	3;9
Jen.	6;8	63	3;3
Pat.	8;11	66	5;0
Aïc.*	8;11	49	5;6
Mal.*	8;11	62	6;3
Joh.	10;9	55	5;9
Gré.	11;2	40	5;6
Sab.	11;2	58	5;6
Chr.	11;2	45	5;6
San.	11;8	45	4;9
Gui.	12;4	45	4;9
Armé.	13;1	53	5;3

Leur âge mental est inférieur à 4 ans 6 mois. L'âge mental moyen de ce groupe vaut 3 ans 4 mois. Le deuxième échantillon se compose de 12 enfants (5 garçons et 7 filles) nés avant sept mois d'âge conceptionnel et dont le poids de naissance était inférieur à 2kg 300 (les jumelles Mal* et Aïc* pesaient respectivement 2 kg et 1kg 200). Le tableau 2 présente les Q.I. et les âges mentaux. Le troisième groupe réunit des enfants qui présentent un Q.I. < 50 et un âge mental de 4;6 ans. Ce retard mental relève de diverses étiologies organiques, parfois inconnues, comme on peut le lire au tableau 3. Seul le faible effectif de ce groupe a empêché son morcellement par étiologie, ce qui affaiblit la portée théorique des observations, mais correspond à la réalité du terrain clinique.

Résultats

Observations dans le contexte classique de testing lexical et syntaxique

Les résultats des trois échantillons au TVAP (Deltour

Tableau 3

Composition de l'échantillon "étiologies diverses" (n=7)

Nom	Age	Q.I.	A.M.	Étiologies
Jul.	7;3	51	4;0	hépatomégalie
Mor.*	8;4	45	---	hydrocéphalie
Ann.	9;0	46	3;9	microcéphalie
Gar.	9;7	46	4;3	hypertension maternelle
Mic.	11;2	44	5;3	souffrance néo- natale
Aïs.*	11;3	45	6;5	inconnue
Fra.	11;3	<45	4;3	inconnue

* Ces enfants n'ont pas passé le testing classique

& Hupkens, 1980) figurent au tableau 4. L'enfant est invité à désigner parmi cinq images celle qui correspond au stimulus sous étude. Les principes de cotation prévue par le constructeur ont été respectés: l'enfant obtient 2 points pour la bonne réponse, 1 point pour une réponse partielle. Les scores moyens obtenus par les trois échantillons peuvent être lus au tableau 4, ainsi que les écart-types dans chaque échantillon, qui constituent un indicateur de la variabilité entre les enfants. On peut également y lire les valeurs des coefficients de corrélations de Spearman entre d'une part les scores des enfants, et d'autre part leur âge chronologique et leur âge mental.

Les enfants prématurés et ceux dont les difficultés relèvent d'étiologies diverses ont un résultat moyen de 37 points sur un maximum possible de 60 points, ce qui correspond à un niveau de trois ans. Les résultats des trisomiques sont en moyenne beaucoup plus faibles que ceux des deux autres groupes, tant pour le score global que pour le nombre de bonnes réponses.

Ils correspondent à un âge inférieur à trois ans. Les scores des prématurés sont liés à leur âge chronologique et très significativement liés à leur âge mental. Ces valeurs des corrélations constituent un pronostic favorable de progrès lors des stimulations logopédiques. Le tableau 5 présente les résultats au test de compréhension orale de phrases de Khomsi (1987).

L'enfant y est invité à désigner une image, parmi quatre, qui correspond à la phrase qu'on lui lit. Les distracteurs sont construits avec les mêmes éléments sémantiques. La somme des bonnes réponses constitue le score N₁. Lorsque l'enfant a passé les 52 items de l'épreuve, l'examineur revient sur les réponses erronées. Il donne à nouveau l'énoncé à l'enfant et lui demande de désigner une image. La somme des bonnes réponses lors de cette deuxième application compose le score N₂. Parmi les 52 items, 17 sollicitent des stratégies lexicales: il suffit de comprendre un élément lexical (négation, relation de type agent-action, et agent-action-objet) pour décoder

Tableau 4

Compréhension lexicale (TVAP)

	T. 21 (n=12)	Prématurés (n=12)	Autres étiologies (n=15)
Score moyen (/60)	22.6	37.5	37.8
S	8.8	7.62	8.4
Nombres de réponses complètes (en X)	10.3	17.6	16.2
Dispersion moyenne des réponses complètes	3.9	3.4	3.7
RS âge chronologique	.28	.52*	.95*
RS âge mental	.48	.77**	.47

* p = .05

** p = .01

cet item. Ces items sont normalement acquis avant 4;6 ans. Les 23 items qui sollicitent des stratégies morpho-syntaxiques sont acquis entre 4;6 ans et 5;5 ans. Ici la désignation de l'image correcte impose l'identification d'une variable morpho-syntaxique (préposition d'espace, pronom, marque de temps ou d'aspect). Les stratégies dites complexes sont sollicitées pour décoder les 12 énoncés restants, plus difficiles parce qu'ils intègrent différents éléments informatifs (pronom relatif, phrases complétives, pronom personnel complément, passifs).

Tous les résultats des prématurés, tant pour le nombre de bonnes réponses (N_1 et N_2) que pour l'équilibre entre les divers types de stratégies correspondent à un niveau de 5;6 ans, tandis que les résultats et les stratégies de compréhension des trisomiques sont du niveau 4;6 ans. Ces derniers ne sont pas capables de mettre en relation un thème et un propos. Ce sont surtout les pronoms et les marques temporelles et aspectuelles qui ne peuvent être traitées adéquatement. N_2 est une meilleure mesure de la compétence de traitement syntaxique que N_1 . Le gain entre le nombre de bonnes réponses à la première et

à la deuxième application des items témoigne des difficultés d'attention et de mémorisation des trisomiques. Le profil moyen des enfants qui souffrent d'un handicap lié à d'autres étiologies se rapproche davantage de celui des prématurés que de celui des trisomiques, sauf en ce qui concerne ce gain entre N_1 et N_2 .

Dans quelle mesure les résultats des trois échantillons se lient-ils à leur âge chronologique? Cette éventualité permet d'espérer des progrès avec les stimulations langagières. Dans quelle mesure les scores obtenus sont-ils en corrélation avec l'âge mental de l'enfant? Les valeurs des coefficients de corrélation de Spearman présentées au tableau 6 permettent de fournir des éléments de réponse.

Le nombre de réponses fournies par les trisomiques ne se lie pas à leur âge chronologique mais très significativement à leur âge mental, en particulier les scores N_2 qui témoignent de l'aptitude à modifier une première réponse erronée. Le type de stratégies utilisées se lie aussi à l'âge mental, sauf en ce qui concerne les stratégies complexes qui sont très peu

Tableau 5

Compréhension de phrases au test de Khomsi
(% calculés sur $n \times$ le nombre d'items)

	Trisomiques (n=13)	Prématurés (n=12)	Autres étiologies (n=15)
Nombre de réponses			
N_1 (52)	46	74	68
N_2 (52)	67	85	89
Gain	21	11	21
Stratégies			
Lexicales (17)	64	87	88
Morpho-syntaxiques (23)	40	72	61
Complexes (12)	31	59	55

présentes dans cet échantillon. Chez les prématurés, les valeurs des coefficients de corrélation, dans l'ensemble plus élevées entre l'âge chronologique et les diverses entrées de l'épreuve de Khomsi, indiquent que l'enfant est capable de progrès, d'autant plus que son âge mental est élevé (R.S. N_2/AM). Les stratégies lexicales, très bien maîtrisées dans leur ensemble ne sont plus susceptibles de progresser. Par contre, les stratégies complexes sont le fait des enfants cognitivement les plus avancés.

Mesurer la disponibilité des structures syntaxiques est une tâche méthodologiquement délicate car il est très difficile de cibler avec précision la structure à produire. L'épreuve de closure grammaticale, de Deltour (1992) présente à l'enfant des phrases lacunaires à compléter. Cette épreuve est symétrique à celle de Khomsi (1987), tant pour les items que pour le matériel imagé. Le tableau 7 fournit les résultats des observations réparties en catégories lexicales et morpho-syntaxiques.

En moyenne, les prématurés maîtrisent 64% des oppositions lexicales masculin/féminin tandis que les

trisomiques fournissent peu de réponses à ces items. Les prématurés produisent 38 % des marquages morpho-syntaxiques des formes verbales, ce qui correspond à un niveau de 4 ans, et les trisomiques 25%, ce qui correspond à un niveau inférieur à trois ans. Dans ces deux échantillons, l'ordre de difficulté est identique : les marquages sont maîtrisés pour les formes verbales simples. Viennent ensuite les négatives, acquises par plus de la moitié des prématurés mais seulement par 25% des trisomiques, puis les formes verbales conjuguées et notamment le passé composé. Les oppositions singulier/pluriel dans les formes verbales ne sont pas acquises. Le marquage morpho-syntaxique des formes verbales se développe entre trois et quatre ans. Les performances des enfants, dont l'âge varie de 7;1 à 14;6 ans pour les trisomiques et de 6;0 à 13;1 pour les prématurés, ne sont pas liées à l'âge chronologique, ni à l'âge mental. Ces résultats confirment les données de la littérature, en nuancant les niveau d'acquisition en fonction des étiologies des sujets. Les résultats obtenus pour les marquages dont le développement est lent, soit les articles et les pronoms, sont inférieurs à un niveau de trois ans dans les deux échantillons.

Tableau 6

Valeurs des coefficients de corrélation de Spearman entre le nombre de réponses et les stratégies du test de Khomsi et l'âge chronologique (AC) et l'âge mental (AM) dans les 3 échantillons

	Trisomiques (n=13)		Prématurés (n=12)		Autres étiologies (n=5)	
	AC	AM	AC	AM	AC	AM
N_1	.07	.53*	.59*	.32	.82	.82
N_2	.20	.79**	.40	.65*	.60	.97*
Stratégies						
Lexicales	.42	.52*	.45	.33	.90*	.87
Morpho-syntaxiques	-.09	.69**	.62*	.39	.67	.77
Complexes	.05	.26	.65*	.52*	.82	.67

* p = .05

** p = .01

Tableau 7

Résultats au test de production orale de Deltour (TCG)
 (en % moyens, calculés sur n X le nombre d'items)

		Trisomiques (n=13)	Prématurés (n=12)	Autres étiologies (n=5)
Lexique				
(Masculin/féminin)	(/9)	21	64	69
Morpho-syntaxe				
Formes verbales simples	(/3)	86	92	93
Formes verbales au pluriel	(/6)	5	14	16
Formes verbales conjuguées	(/6)	15	29.7	27
Négatives	(/2)	25	58	20
X pour toutes les formes Verbales	(/17)	25	38	34
Articles	(/3)	30	66	60
Pronoms	(/6)	0	10	6

Notons la ressemblance entre les résultats de l'échantillon des prématurés et de celui des enfants souffrant d'autres étiologies.

Observations dans le contexte de jeu semi-induit «Le bain des poupées»

Le matériel de cette épreuve a été repris à la batterie d'évaluation psycholinguistique de Chevrie-Muller *et al.* (1988). Les propos recueillis ont fait l'objet de mesures de longueur et de disponibilité et ont permis le calcul d'indices syntaxiques et pragmatiques. Ces mesures peuvent être lues au tableau 8.

Les mesures syntaxiques, sont les suivantes: la longueur moyenne des productions verbales (LMPV) qui est le rapport entre le nombre de mots et le nombre d'énoncés produits par l'enfant; la longueur (en syllabes) de la phrase la plus longue; la distribution des diverses productions en mots à contenu et mots-fonctions et leur rapport aux nombre d'énoncés produits par l'enfant.

Le LMPV est une mesure classique de la complexité du langage, malgré le biais introduit, notamment du fait du poids égal accordé à chaque mot, que celui-ci véhicule un contenu sémantique (nom, verbe, adjectif) ou qu'il ait le statut d'outil grammatical (mot-fonction, article, pronom, préposition, adverbe, conjonction). La comparaison du nombre de mots à contenu sémantique et du nombre de mots à fonction grammaticale donne un aperçu de la structuration syntaxique des propos de l'enfant. Les trisomiques utilisent beaucoup de mots à contenu (noms, verbes, adjectifs) et peu de mots-fonctions (pronoms, adverbes prépositions, conjonctions), contrairement aux autres handicapés mentaux où la proportion s'inverse, ce qui est un signe de complexification syntaxique. Les trisomiques ont un LMPV plus faible que celui des autres échantillons : leurs propos ont en moyenne une longueur de deux mots, parfois trois, qui correspondent à trois types de structures : structure sujet-verbe, verbe-objet direct, complément de lieu. Les prématurés commencent à employer des phrases de quatre mots du type sujet/verbe/objet ou

Tableau 8

Mesures syntaxiques et pragmatiques au «Bain des poupées», pour chaque échantillon (en moyenne)

	Trisomiques (n=13)	Prématurés (n=12)	Autres étiologies (n=7)
Mesures de longueur			
Nombre de mots	205.83	288.36	293
Nombre d'énoncés	93.91	86.9	92.8
LMPV	2.18	3.19	3.09
Phrase la plus longue	8.7	17.7	
Syntaxe			
Mots-fonctions/énoncés	1.05	1.77	1.69
Mots à contenu/énoncé	1.13	1.51	1.4
Mesures de disponibilité			
Débit	15.6	21.06	25.46
Fluence	14.21	15.87	19.54
Répétitions	2.8	1.36	
Autorépétitions	2.4	.72	
Pragmatique			
Tours de parole	.99	4.8	-
Ruptures	2.99	0	-

verbe/complément prépositionnel.

Le débit de parole est calculé en mettant en rapport le nombre de syllabes du récit produit par l'enfant et la durée de l'activité, soit 15 minutes. L'indice de fluence met en rapport le nombre de mots produits durant ce temps. Le débit des trisomiques est lent, pour une fluence faible: les enfants n'évoquent pas facilement les mots et les articulent lentement en raison de leurs problèmes praxiques bucco-phonatoires. La fluence des prématurés est à peine meilleure, pour un débit beaucoup plus rapide, signant l'absence de troubles articulatoires. Les enfants dont le handicap relève d'autres étiologies se distinguent

des deux autres échantillons par une fluence bien meilleure et un débit qui ne se distingue pas des valeurs normales : leur langage est fluide. Notons la proportion importante de répétitions des propos de l'adulte par les trisomiques et la proportion d'autorépétitions, qui sont comptabilisées dans ces deux indices. Cette observation tend à faire baisser encore leurs valeurs de débit et de fluence. Les prématurés font peu de répétitions et pas d'autorépétitions (un seul enfant en fait 5, d'où la valeur de l'indice moyen).

Les mesures pragmatiques constituent le versant social de l'interaction de l'enfant avec son partenaire.

Elles prennent en compte les tours de parole, c'est-à-dire le nombre de fois que le locuteur parle, spontanément ou en réponse à une question. L'indice de tours de parole du tableau 8 est le rapport entre le nombre de tours de parole de l'enfant et celui de la logopède. Les handicapés d'origine non génétique ont un peu plus d'initiatives langagières que l'examinatrice, tandis que les trisomiques en ont beaucoup moins: il faut les stimuler à s'exprimer, poser des questions, auxquelles ils ne répondent pas toujours. Les ruptures sont des coupures nettement perceptibles à l'intérieur d'un énoncé. Elles peuvent se marquer par un changement de structure grammaticale ou par un changement de phrase après un silence. Les ruptures sont surtout fréquentes chez les trisomiques.

Les marqueurs de relations spatiales

L'examen des marqueurs de relations spatiales, dans un contexte de manipulation de jouets, a porté sur trois organisations perceptivo-sémantiques: les marqueurs de l'axe vertical : *sur, au-dessus de, en dessous de*; les marqueurs de l'axe sagittal : *devant, derrière*; le marqueur *entre*, suivant les procédures mises au point dans notre étude génétique sur les enfants de trois à dix ans (Piérart, 1975_a, 1975_b, 1977, 1978), reprises ultérieurement sur les enfants déficients mentaux légers (Piérart, 1981). L'enfant est d'abord invité à décrire des configurations de jouets réalisées par l'examineur, impliquant l'utilisation d'un marqueur de relation spatiale (par ex. : «le chien saute au-dessus du lit»). Les descriptions recueillies constituent la tâche de production. On demande alors à l'enfant de disposer les objets conformément à une instruction qui comporte un marqueur de relation spatiale (par ex. : «mets le chien derrière l'armoire»). Cette procédure définit la tâche de compréhension.

C'est la complexité cognitive sous-jacente qui détermine les modalités d'acquisition des marqueurs de relations spatiales par les trisomiques et par les prématurés comme le montrent bien le détail des résultats en fonction des procédures et des items de

la recherche, ainsi que leur analyse théorique et clinique (Piérart, sous presse). La figure 1 présente la synthèse des réponses des enfants dans nos trois échantillons.

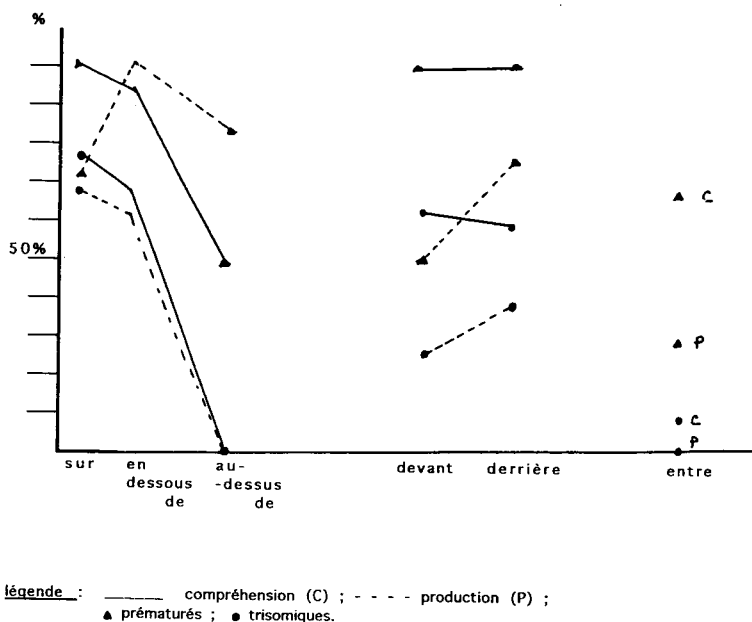
Dans chacun des trois axes qui organisent les marqueurs de relations spatiales (Piérart et Costermans, 1979), et pour chacun de ces marqueurs, la compréhension est meilleure que la production. Cet ordre est habituel pour tous les enfants: ni les enfants prématurés, ni les enfants trisomiques, ne ceux dont les étiologies relèvent d'autres problèmes, ne se distinguent des autres de ce point de vue.

Une seconde observation se dégage de l'examen de la figure 1 : il y a des décalages dans l'acquisition des divers marqueurs. L'axe vertical fait l'objet de la meilleure maîtrise. Ensuite viennent les marqueurs de l'axe sagittal, enfin les prémices de l'acquisition de *entre*. Cet ordre génétique est celui de tous les enfants (Piérart, 1978_a), avec toutefois des différences dans les marges chronologiques des acquisitions et le terme du développement.

Enfin, une troisième observation ressort de la figure 1: les résultats des prématurés et des trisomiques sont assez différents les uns des autres. À l'exception de *au-dessus de*, les marqueurs de l'axe vertical sont tout à fait acquis à 6 ans déjà, (réussite > 75%) par les prématurés. Si, dans cet échantillon, la compréhension des marqueurs de l'axe sagittal est maîtrisée, à 6 ans, seule la production de *derrière* atteint 75%. *Entre* est en cours d'installation. Les résultats des trisomiques sont meilleurs pour les marqueurs de l'axe vertical, du moins pour *sur* et *en dessous de*; ils sont médiocres pour ceux de l'axe sagittal et quasi inexistant pour *entre*. Les enfants dont le handicap relève d'autres étiologies ont acquis les marqueurs de l'axe vertical, et de l'axe sagittal. Leurs performances y sont du même niveau que celles des prématurés et l'on note aussi l'asymétrie entre *devant* et *derrière* présente chez tous les enfants. Par contre, leurs résultats pour *entre* sont inférieurs à ceux des prématurés.

Figure 1

Compréhension et production des marqueurs de relations spatiales dans les trois échantillons



Nos observations sur la genèse et le développement des marqueurs de relations spatiales, entre trois et dix ans (Piérart, 1975_a, 1978_a), ont montré la pertinence des modèles psychosémantiques lexicaux: (a) la construction du sens des marqueurs de relations spatiales est de nature oppositionnelle; (b) l'enfant comprend et utilise les marqueurs de relations spatiales en réduisant leur contenu sémantique à celui qui correspond à son niveau de représentation des relations spatiales, quand il ne leur confère pas tout simplement le rôle d'exprimer la permanence de l'objet. Dans un premier stade, observable dans cette recherche, les enfants comprennent et utilisent les marqueurs dont le contenu se réfère aux opérations de représentation spatiales topologiques, c'est-à-dire de nature purement qualitative, construites précocement au cours du développement cognitif (Piaget et Inhelder, 1946).

Ces représentations topologiques sont sous-jacentes aux marqueurs *sur* et *en dessous de*, sur la base de la notion de contact entre l'objet-cible et l'objet de référence. C'est la notion de permanence de l'objet disparu qui sous-tend la compréhension et l'utilisation de *derrière*. L'opposition *au-dessus de* / *sur* qui nécessite la prise en compte d'une distance sur l'axe vertical de l'espace préalablement construit, et l'opposition *devant* / *derrière* sont de nature projective et d'un niveau cognitif de six ans, c'est-à-dire supérieur à celui des enfants trisomiques. Le contenu de *entre* fait référence à la mesure, opération euclidienne construite après neuf ans.

Le test des relations topologiques (TRT) de Deltour (1983) a été appliqué aux trisomiques et aux enfants de l'échantillon "autres étiologies". Ce test, construit suivant le même schéma que le TVAP (Deltour et

Hupkens, 1980), comporte une partie "compréhension" où l'on demande à l'enfant de désigner parmi cinq dessins disposés en ligne, celui qui correspond à la phrase qu'on lui donne (par exemple, "Montre la cuillère qui est dans la tasse") et une partie "utilisation", forgée sur le même modèle que le TCG (Deltour, 1992) où face à deux dessins qui contrastent des oppositions lexicales sémantiques (par exemple devant et derrière), l'enfant reçoit une phrase qu'il est invité à terminer (par exemple "Ici, la poupée est devant le canapé, là, elle est... *derrière*"). Les résultats moyens des enfants des échantillons 1 et 3 peuvent être lus au tableau 9 en regard de leurs résultats à l'épreuve de manipulation d'objets.

Les résultats varient quelque peu selon les dispositifs d'examen. Les trisomiques ont des meilleurs scores au TRT pour la compréhension et la production de *sur* et de moins bons scores pour la compréhension et la production de *en dessous de*. La compréhension de *au-dessus de* est facilitée par le TRT. Les enfants du troisième échantillon, dont la compréhension des marqueurs de l'axe vertical de l'espace est parfaite, ont des scores équivalents en compréhension avec les deux procédures, mais des scores différents en production. Dans l'axe sagittal, le TRT facilite la production de *devant* et de *derrière* et la compréhension de *derrière* par les trisomiques, tandis que le groupe 3 n'accuse de variation que pour *devant*, cognitivement plus fragile que *derrière*, selon nos hypothèses (Piérart, 1977). Pour *entre*, la procédure imagée facilite la compréhension des trisomiques, tandis que sa production, qui n'est pas cognitivement pas possible à cet âge mental, est nulle quelle que soit la procédure d'examen. Il semble que pour l'examen de la compréhension, la procédure de désignation d'image, même si elle ne représente qu'une probabilité de réussite aléatoire de 20 %, est cognitivement moins exigeante qu'une procédure de manipulation d'objets, où l'enfant doit construire de toutes pièces la relation demandée. Cette différence, nuancée par les difficultés de lecture d'une image, expliquent les meilleurs scores au TRT, surtout lorsqu'une notion est en cours d'installation. En production par contre, la procédure d'évocation devant deux images contrastées sollicite davantage

l'apparition d'un marqueur qui aurait pu être appris comme un élément d'une paire dont un des éléments est ainsi fourni à l'enfant. La plus grande souplesse de la procédure de manipulation d'objets et les analyses plus fines qu'elle autorise (Piérart, Bizet et Collart, 1976) compense sa longueur d'application tandis que les procédures imagées du TRT, plus rapide à appliquer, sont intéressantes pour un screening.

CONCLUSIONS

Répartir un échantillon d'enfants handicapés mentaux modérés en sous-groupes relativement homogènes est une démarche lourde et difficile: bien cerner les étiologies n'est pas simple; regrouper un nombre suffisant de sujets tient parfois de la gageure. Les observations rassemblées ici confirment néanmoins l'intérêt de cette démarche, grâce aux comparaisons qu'elle rend possibles.

Les deux contextes de recueil des observations présentent l'un et l'autre des avantages et des limites. Les épreuves de testing classiques (Deltour et Hupkens, 1980; Khomsi, 1987; Deltour, 1992) ont l'avantage d'être rapides et systématiques: en laps de temps relativement restreint, divers aspects de la connaissance lexicale (en compréhension) sont passés en revue. Les résultats permettent de situer l'enfant par rapport à un âge mental d'acquisition. L'utilisation combinée du test de Khomsi (1987) et du TCG (Deltour, 1992) offre le même intérêt: on peut y passer en revue la production des marquages du féminin, du pluriel et analyser de manière différentielle la maîtrise des formes verbales, des articles, des pronoms. Ces inventaires morpho-syntaxiques sont précieux avant toute stimulation logopédique, qu'ils permettent d'orienter de manière très précise. En outre, l'épreuve de Khomsi présente encore deux avantages: la reprise des réponses fausses en présentant à nouveau l'item au sujet, permet de mieux cerner sa compétence linguistique et de faire la part des éventuelles manifestations d'opposition, si fréquentes chez les trisomiques; la mise en évidence des stratégies de traitement des énoncés, en regard

Tableau 9

**Compréhension et production des marqueurs de relations spatiales
dans les procédures de manipulation d'objets et au TRT (en %)**

	Marqueurs de relations spatiales				Test des relations topologiques			
	Compréhension		Production		Compréhension		Production	
	T (n=13)	aE (n=5)	T (n=13)	aE (N=5)	T (n=13)	aE (n=5)	T (n=13)	aE (n=5)
Dans	-	-	-	-	92	100	77	0
Près de	-	-	-	-	92	100	7	20
Axe vertical								
Sur	7.5	100	69	85	92	100	77	40
Au-dessus de	0	100	0	57	38	100	0	80
En dessous de	69	100	53	100	58	100	16	80
Axe sagittal								
Devant	61	100	30	70	58	80	50	100
Derrière	54	100	38	100	66	100	66	100
Entre								
Au milieu	-	-	7.5	64	25	80	25	80
Entre	7.5	42.5	0	0	36	40	0	0

d'un âge d'acquisition permet de centrer l'intervention sur les stratégies en cours d'installation. Ces épreuves classiques présentent toutefois leurs limites. Du fait qu'elles sollicitent quasi exclusivement les fonctions référentielles des enfants, elles peuvent sous-estimer leur potentiel surtout quand ceux-ci sont handicapés mentaux. Si l'on ajoute que des difficultés de lecture de l'image peuvent biaiser les performances des sujets et que le fait de partager des informations visuelles avec l'observateur peut inhiber le besoin ou l'envie de les exprimer, on appréciera les compléments d'information apportés par les contextes interactifs.

Ceux-ci permettent beaucoup d'observations cliniques, peut-être complexes à synthétiser dans une

recherche. De ce fait, leur application sur le terrain souffre d'un manque de repères par rapport auxquels situer les observations. Nous espérons que cette recherche pourra combler, en partie du moins, ces carences normatives. Malgré la longueur des procédures de recueil et de traitement des échantillons de langage obtenus, les contextes interactifs permettent de repérer les procédures qui aident l'enfant à évoquer un mot ou une structure phrastique, à prendre en compte son partenaire conversationnel. Mettre en scène devant l'enfant à l'aide de jouets et d'objets miniatures des structures linguistiques qui dépassent le niveau de l'étiquetage, telles les relations spatiales ou la représentation d'actions nécessitant l'utilisation de la conjugaison, des négatives, des passives est une démarche courante en

rééducation logopédique. Standardiser ces structures de manière à en faire un instrument d'évaluation n'est pas impossible, comme nous avons pu le montrer à propos des marqueurs de relations spatiales. Les observations ainsi recueillies présentent alors moins de biais que leur représentation imagée.

Soulignons, pour terminer, que les stimulations lan-

gagières connaissent leurs limites du fait de verrous cognitifs dans le développement des enfants déficients mentaux modérés, en particulier chez les trisomiques. Bien choisir les notions cognitives et linguistiques à proposer à l'enfant, en écartant celles qui correspondent à ces verrous cognitifs constitue alors une démarche à privilégier.

LANGUAGE COMPETENCES OF CHILDREN WITH A MODERATE MENTAL RETARDATION IN TWO PRAGMATIC CONTEXTS - EVALUATIONS AND INTERVENTIONS FOR LANGUAGE EDUCATION

Comprehension and production of various language structures by children with a moderate mental deficiency has been studied in two different pragmatic contexts: a) from classical psychological assessment and b) from verbal exchanges concerning the handling of objects. Data were gathered from 32 6 to 15 year-old children from three samples: 13 children with a Down syndrome, 12 severely premature children and 7 children whose disabilities were from various etiologies. Results show that in each sample, the lexical, syntactic and pragmatic functioning varies as a function of the context in which the data have been gathered. In particular, comprehension and production of markers concerning spatial relations assessed from the handling of objects mirrors exactly the developmental features which have been observed for the children of a broad-ranging samples. The comparison of mentally deficient and normally-developing children thus illuminates the underlying cognitive structure of language and leads to intervention strategies for language education.

BIBLIOGRAPHIE

ADEM, M., BURIEZ, S. (1993) *Syntaxe et lexique chez les déficients mentaux modérés dans un contexte de manipulation d'objets -enfants de 7 à 14 ans-*. Mémoire inédit de graduat en Logopédie. École Normale et Institut Supérieur Provincial de Logopédie F. Hottyat. Mons (Ghlin).

BERNICOT, J. (1992) *Les actes de langage chez l'enfant*. Paris. P.U.F.

CHEVRIE-MULLER, C., SIMON, A.-M., LE NORMAND, M.-T., FOURNIER, S. (1988) *Batterie d'évaluation psycholinguistique*. Paris. Centre de Psychologie Appliquée.

CHOMSKY, N. (1965) *Aspects of theory of syntax*. Cambridge. MIT Press.

CLARK, E. (1973) What's in the word? On the child's acquisition of semantics in his first language. In Th More (Ed): *"Cognitive development and the acquisition of language."* New York. Springer-Verlag.

DELEAU, M., WEIL-BARAIS, A. (EDS) (1994) *Le développement de l'enfant -approches comparatives-*. Paris. P.U.F.

DE MOOR, I., WILLYNCK, V. (1994) *Syntaxe et lexique chez les handicapés modérés âgés de 6 à 13 ans - recherche sur un échantillon de grands prématurés*. Mémoire inédit de graduat en Logopédie. École Normale et Institut Supérieur Provincial de Logopédie F. Hottyat. Mons (Ghlin).

- DELTOUR, J.-J., HUPKENS, D. (1980) *Test de vocabulaire actif, passif, pour enfants de trois à cinq ans*. Issy-les-Moulineaux, E.A.P.
- DELTOUR, J.-J. (1983) *Test de relations topologiques*. Issy-les-Moulineaux, E.A.P.
- DELTOUR, J.-J. (1992) *Test de closure grammaticale pour enfants de 3 à 8 ans (TCG 3-8)*. Liège. P.U.L.
- FAZIO, B., JOHSTON, J., BRANDL, L. (1993) Relation between Mental Age and vocabulary development among children with mild mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 5, 541-546.
- FAYASSE, M., COMBLAIN, A., RONDAL, J. (1992) Compréhension et production des prépositions spatiales topologiques et projectives chez les sujets handicapés mentaux modérés. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 3, 2, 91-116.
- GROSSMAN, H. (1983) *Manual of terminology and classification in mental retardation*. Washington D.C.: American Association on Mental Deficiency.
- KHOMSI, A. (1987) *Épreuve d'évaluation des stratégies de compréhension en situation orale, 0-52*. Paris. Centre de Psychologie Appliquée.
- LAMBERT, J.-L. (1986) *Introduction à l'arriération mentale*. Bruxelles. Mardaga.
- LÉONARD, L., COLE, B., STECKOL, L. (1979) Lexical usage of retarded children: an examination of informativeness. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 49-54.
- MATHIEU, F. (1993) *Acquisition des marqueurs de relations spatiales chez les déficients mentaux modérés -étude génétique de 7 à 14 ans-*. Mémoire inédit de graduat en Logopédie. École Normale et Institut Supérieur Provincial de Logopédie F. Hottyat. Mons (Ghlin).
- MÉREAU, G. (1994) *Syntaxe et lexique chez les handicapés mentaux modérés dans un contexte de testing-enfants mongoliens et non mongoliens de 7 à 15 ans-*. Mémoire inédit de graduat en Logopédie. École Normal et Institut Supérieur Provincial de Logopédie F. Hottyat. Mons (Ghlin).
- NELSON, K. (1981) Individual differences in language development : implications for the development and for the language. *Developmental Psychology*, 17, 170-186.
- PERRON-BORELLI, M. (1974) *Les échelles différentielles d'efficience intellectuelle EDEI*. Issy-les-Moulineaux. Éditions scientifiques et psychotechniques.
- PIAGET, J., INHELDER, B. (1948) *La représentation de l'espace chez l'enfant*. Paris. PUF.
- PIÉRART, B. (1975_a) *L'acquisition des structures linguistiques de la localisation spatiale -recherches réalisées sur des enfants de 3 à 10 ans*. Thèse de doctorat en Psychologie. U.C.L.
- PIÉRART, B. (1975_b) La genèse de "entre": "intuition primitive" ou "coordination des voisinages"? - Contribution de l'approche psycholinguistique à l'étude de la notion. *Archives de Psychologie*, XLIII, 170, 75-109.
- PIÉRART, B. (1976_a) Les relations spatiales d'intériorité et d'entourage dans le langage des enfants de 3 à 8 ans. *International Journal of Early Childhood*, VIII, 1, 10-16.
- PIÉRART, B. (1976_b) Acquisition du langage, patron sémantique et développement cognitif -à côté de, contre, loin de, près de-. *Le langage et l'Homme*, 30, 27-36.
- PIÉRART, B., BIZET, A., COLLART, J. (1976) *Objets ou images?*, Question méthodologique en psycholinguistique génétique, *Archives de Psychologie*, XLV, 3, 267-276.
- PIÉRART, B. (1977) L'acquisition des marqueurs de relation spatiale devant et derrière. *L'Année Psychologique*, 77, 95-116.
- PIÉRART, B. (1978_a) Acquisition du langage, patron sémantique et développement cognitif - observations, à propos des prépositions spatiales au-dessus de, en dessous de, sous et sur. *Enfance*, 4-5, 197-208.
- PIÉRART, B. (1978_b) Genèse et structuration des marqueurs de relations spatiales entre trois et dix ans, In: Costermans, J. (Ed.) Structures cognitives et organisation du langage. *Cahiers de l'Institut de Linguistique*, 5, 1-2, 41-59.
- PIÉRART, B. (1981) L'acquisition des marqueurs de relation spatiale chez les déficients mentaux légers, In: Rondal, J., Lambert, J.-L., Chipman, H. (Eds): *Psycholinguistique et handicap mental*. Mardaga, Bruxelles, 55-67.

- PIÉRART, B. (1994) Approche pragmatique et traitement logopédique -un exemple: les troubles du développement du langage-, *Questions de Logopédie*, 28, 137-172.
- PIÉRART, B. (Sous presse) Genèse et structuration des marqueurs de relations spatiales -apport des observations sur les handicapés modérés. *L'Année Psychologique*.
- RONDAL, J. (1985) *Langage et communication chez les handicapés mentaux*. Bruxelles. Mardaga.
- RONDAL, J. (1986) *Le développement du langage chez l'enfant trisomique 21*. Bruxelles. Mardaga.
- ROSENBERG, S. (1982) The language of the mentally retarded: Development, processes, intervention. In: S. Rosenberg (Ed), *Handbook of applied psycholinguistics: Major thrusts of research and theory*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- SERON, X., JEANNEROD, M. (1994) *Neuropsychologie humaine*. Bruxelles. Mardaga.
- SINCLAIR-DE ZWART, H. (1969) *Acquisition du langage et développement de la pensée*. Paris. Dunod.
- SLOBIN, D. (1973) Cognitive prerequisites for the development of grammar. In: Ferguson C., Slobin D., *Studies in child language development*. New York. Holt. Rinehart & Wiston, 175-208.
- VAN DER LINDEN, M., HUPET, M. (Eds) (1994) *Le vieillissement cognitif*. Paris. P.U.F.

TEST D'APPRENTISSAGE DE LA PENSÉE ANALOGIQUE POUR ADOLESCENTS HANDICAPÉS MENTAUX MODÉRÉS

C. Schlatter, F.P. Büchel et L. Thomas

Pour combler le manque en matière d'instruments d'évaluation adaptés à la population des handicapés mentaux modérés, et en contre-pied aux procédures statiques d'évaluation de l'intelligence, un test d'apprentissage de la pensée analogique a été construit, spécifiquement destiné à cette population. Le test comprend une phase d'entraînement préparatoire, une phase d'apprentissage durant laquelle les sujets bénéficient d'aides standardisées, et finalement une phase de maintien et de transfert. Le matériel est composé de tâches d'analogies présentées sous forme de matrice 2x2, et deux degrés de complexité ont été définis. Les premiers résultats suggèrent que le test répond à l'objectif de discrimination des sujets en fonction de leur capacité à profiter des aides qui leur sont fournies. Une validation du test par un entraînement de la pensée inductive est prévue.

L'ÉVALUATION DU POTENTIEL INTEL- LECTUEL

L'utilisation des tests «statiques»¹ pour l'évaluation de l'intelligence a suscité d'importantes critiques (Büchel et Paour, 1990; Budoff et Friedman, 1964; Campione, Brown et Ferrara, 1982; Carlson et Wiedl, 1980; Feuerstein, Rand et Hoffman, 1979; Flammer et Schmid, 1995; Guthke, 1990). Ces tests évaluent l'intelligence à l'aide d'une mesure centrée uniquement sur le niveau de performances actuel du sujet. Ils négligent le fait que tous les sujets n'ont pas eu les mêmes conditions et expériences d'apprentissage, formelles ou informelles, pour acquérir les connaissances déclaratives et procédurales impliquées

dans les tâches des tests. Le fondement de cette égalité des chances est fortement contesté, notamment en ce qui concerne les enfants mentalement handicapés. En faisant abstraction de ces différences d'expériences d'apprentissage, les tests statiques sous-estiment le niveau de performance réel de tels enfants. Ces enfants ne bénéficient souvent pas, lors de leur développement, d'interactions sociales intellectuellement stimulantes. De plus, en conséquence d'une image de soi négative, ils développent une attitude passive face aux problèmes cognitifs. Pour ces personnes, la validité prédictive du QI quant au développement ultérieur est donc remise en question. Etant donné que le savoir déclaratif joue un

C. Schlatter, F.P. Büchel et L. Thomas, Université de Genève, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation

Cet article a fait l'objet d'une présentation au IVe Congrès de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (Mons, 6-8 juillet 1995).

-
1. Dans la littérature, on trouve aussi les termes «tests classiques» ou «tests de performances». Il s'agit des procédures diagnostiques dont les règles de standardisation minimisent les interactions sociales et les aides fournies par l'expérimentateur. En général, le résultat d'un test statique est exprimé par un score unique qui représente le niveau de performances, p.ex. Par le QI (Büchel, 1995, 31-33; Guthke et Wingenfeld, 1992, 64).

rôle important dans beaucoup de tâches des tests d'intelligence, la mesure du QI dépend trop fortement des apprentissages antérieurs et est, par conséquent, peu adéquate à prédire les capacités d'améliorations, ou capacités d'apprentissage, dont les sujets défavorisés peuvent faire preuve lorsqu'ils bénéficient d'aides appropriées. Une critique différente concerne l'information clinique diagnostique rendue par les tests classiques: en tant que mesure statique et quantitative de l'intelligence, elle ne permet pas d'identifier les processus cognitifs qui sont efficaces ou déficients en cours de la résolution des tâches, ni les aides qui permettent d'optimiser l'acquisition ou le rendement de ces processus. Or, de telles informations diagnostiques qualitatives revêtent une grande importance tant pour la recherche en matière de déficience intellectuelle que pour la mise en place de programmes d'intervention.

Afin de remédier aux faiblesses de l'approche statique dans l'évaluation de l'intelligence, différents auteurs (Budoff et Friedman, 1964; Feuerstein et Shalom, 1967; Guthke, 1972; Hurtig, 1967; Kern, 1930; Vygotsky, 1934/1985) ont proposé des procédures d'évaluation basées sur une approche dynamique, à savoir les tests d'apprentissage. L'évaluation dynamique de l'intelligence consiste à introduire dans la procédure d'évaluation une ou plusieurs phases d'entraînement qui comprennent des interactions pédagogiques entre l'examineur et le sujet examiné. Cette procédure permet d'évaluer l'amélioration substantielle du niveau de performances initial dont le sujet est capable moyennant un certain nombre et type d'aides; cette amélioration est alors interprétée en termes de capacité ou de potentiel d'apprentissage. Selon Budoff (Budoff et Corman, 1976), la phase d'entraînement permet de minimiser les effets des différences interindividuelles en matière d'expériences d'apprentissage antérieures et d'obtenir ainsi un diagnostic plus équitable. Que l'entraînement soit inséré entre deux mesures statiques (prétest et posttest) ou directement dans le test lui-même, l'enregistrement des gains et l'analyse des processus de résolution et d'apprentissage

devraient apporter un diagnostic plus valide et plus pédagogique que les tests statiques (Guthke, 1990). La notion de dynamique se réfère donc d'une part à l'objet évalué - processus ou dynamiques du changement, et d'autre part à la méthode d'évaluation - procédure interactive visant à continuellement préciser le diagnostic du sujet en situation d'apprentissage (Campione et Brown, 1987).

Les tests d'apprentissage pour des sujets mentalement handicapés n'ont été développés que dans le cadre d'études expérimentales. Toutefois, certains résultats actuels sont encourageants. En comparant les effets de 6 procédures d'administration différentes du CPM de Raven (consignes standards et 5 procédures dynamiques dans lesquelles des aides plus ou moins explicites sont données) sur le niveau de performances de sujets présentant un handicap mental léger, Carlson et Wiedl (1978) ont montré que ce niveau peut être significativement optimisé par un feed-back élaboré (l'expérimentateur explique les principes impliqués dans la tâche et les raisons pour lesquelles une réponse est correcte ou incorrecte), ainsi que par la consigne à décrire verbalement la tâche et à justifier son choix de réponse. La possibilité d'obtenir un diagnostic plus valide des capacités intellectuelles de sujets mentalement handicapés grâce à une procédure dynamique a également été démontrée par Budoff (Babad et Budoff, 1974; Budoff et Corman, 1976; Budoff, Meskin et Harrison, 1971). L'évaluation dynamique des différences entre sujets sans handicap mental et légèrement handicapés dans l'apprentissage et le transfert (Campione, Brown, Ferrara, Jones et Steinberg, 1985) montre que les deux groupes ne se distinguent pas dans leur capacité d'apprentissage proprement dite, mais qu'en revanche ils se différencient significativement dans leur capacité de maintenir ces apprentissages (résolution de types de tâches identiques mais dont le contenu est différent des tâches d'apprentissage) et surtout dans leur capacité de transférer ces apprentissages sur des tâches plus complexes.

En ce qui concerne l'application de procédures

dynamiques avec des sujets présentant un handicap mental modéré, Hamilton et Budoff (1974) ont obtenu, à l'aide du Koh's Block Design learning test, des différences significatives au posttest entre un groupe entraîné et un groupe contrôle. De plus, le QI des sujets entraînés était significativement corrélé avec les scores au prétest (considéré comme un test statique) mais non avec ceux au posttest. Ces résultats indiquent la capacité des sujets handicapés mentaux modérés de profiter d'un apprentissage et le manque de validité pronostique du prétest seul pour cette population. Toutefois, nous constatons un manque important d'études sur les tests d'apprentissage concernant des sujets présentant un handicap mental modéré. Tant la recherche en matière d'éducation cognitive que la pratique diagnostique et pédagogique nécessitent des tests d'apprentissage pour cette population. Par exemple, la thèse de Jensen (1969) selon laquelle le raisonnement abstrait, tel que le raisonnement inductif, demeure résistant à toute forme d'entraînement pour certains groupes d'handicapés mentaux, ne peut être contestée à l'aide d'évidences empiriques, par défaut d'instruments de mesure appropriés. Le développement de tels instruments devrait permettre d'orienter la recherche vers une meilleure compréhension du dysfonctionnement cognitif chez ces personnes.

Dans ce but, l'utilisation de tâches faisant appel à la pensée inductive repose sur une assise théorique: en effet, tel que les études factorielles de l'intelligence l'ont souligné (Snow, Kyllonen et Marshalek, 1984; Spearman, 1923; Raven, 1938), le raisonnement inductif représente une fonction centrale dans les compétences intellectuelles puisque les items qui le mettent en jeu corréleront le plus fortement avec le facteur "g". De plus, il intervient dans le transfert des apprentissages à d'autres contextes (Holyoak, 1984). Il est donc pertinent que la recherche en psychopédagogie avec des sujets présentant des performances intellectuelles très faibles tente de mettre en évidence les causes de cette sous-performance et les aides optimales en lien direct avec une fonction centrale de l'intelligence (Goldman et Pellegrino, 1984; Klauer, 1989, 1990).

Etant donné notre intérêt pour le problème du transfert, nous avons mené, dans un projet précédent (Scharnhorst et Büchel, 1995), une recherche d'intervention sur la pensée inductive avec des personnes mentalement handicapées de différents degrés. Pour étudier le type de médiation le plus approprié, nous avons développé un programme d'entraînement installé sur ordinateur. Pour des propos d'évaluation, nous avons, de plus, créé un test comprenant trois types de tâches inductives: des classifications, des séries et des analogies. Test et entraînement se sont avérés bien adaptés aux élèves handicapés légers. Pour les handicapés modérés par contre, les deux instruments de recherche étaient inadéquats. Il ne s'agissait pas seulement d'un problème de niveau de difficulté trop élevé, mais l'ensemble de l'arrangement expérimental ne correspondait pas à cette population: le type de standardisation expérimentale classique ne permettait ni les interactions sociales nécessaires, ni une application suffisamment souple des aides. L'expérience a clairement montré que la recherche avec la population des handicapés modérés nécessite une dynamisation des procédures d'évaluation et d'expérimentation.

CONSTRUCTION D'UN TEST DYNAMIQUE

Dans ce but, nous avons entrepris de construire un test d'apprentissage de la pensée analogique, adressé à cette population particulière, comprenant des phases de pré-apprentissage, d'apprentissage avec médiation et une phase posttest de maintien et de transfert. Notre intention d'individualiser la procédure ne devait pas pour autant céder le pas à une situation dépourvue de toute standardisation. Nous estimons qu'une certaine rigueur scientifique est nécessaire et indispensable dans la création d'un instrument de mesure; notre volonté de pouvoir interpréter et comparer les résultats d'une manière fiable, et de valider ultérieurement le test nous impose un compromis entre une situation individualisée et une situation statique entièrement standardisée.

L'objectif de ce test est la discrimination des personnes auxquelles les aides lors de l'apprentissage profitent, et pour lesquelles on suppose un potentiel d'apprentissage élevé, de celles auxquelles les aides ne profitent pas ou peu, et pour lesquelles on peut supposer un faible potentiel d'apprentissage. Pour ces deux groupes de sujets, les possibilités d'intervention pédagogique seront distinctes.

À la différence du test de pensée inductive que nous avons réalisé dans le premier projet, nous avons décidé de limiter le choix aux analogies seules; d'une part parce que le raisonnement analogique est une composante essentielle dans le processus de transfert, et d'autre part afin d'éviter une procédure trop longue. Nous avons opéré un autre changement par rapport au premier test de pensée inductive: le matériel est manipulable et ne se présente plus sous forme papier-crayon. Cela offre l'avantage de rendre les sujets actifs au cours de leur raisonnement, de leur permettre de mieux visualiser ce qu'ils réalisent, de limiter la charge mnésique en éliminant les éléments au fur et à mesure de leur progression, et finalement de favoriser une meilleure compréhension de la tâche. On peut objecter à cela que la manipulation est un frein à la possibilité d'abstraction, comme le défend Feuerstein (Feuerstein *et al.*, 1979). Cependant, les premières observations effectuées sur la première version du test (avec présentation papier-crayon), ont montré que les sujets avaient de la difficulté à comprendre la nature de la tâche ("il manque une quatrième image") d'une part, et d'autre part étaient incapables de comparer d'une manière systématique les différents éléments qui leur étaient présentés, situés à différents endroits des feuilles de test. Initialement, les éléments de la matrice analogique ainsi que les distracteurs étaient reproduits sur des pages. Le fait de découper les images s'est révélé être une aide considérable, non seulement pour la compréhension même de la tâche, mais également pour sa résolution. En cela, et tout au moins pour cette population, nous nous rapprochons plus des théories constructivistes pour lesquelles le développement de la pensée passe nécessairement par l'action. La présentation du test telle que nous l'avons conçue permet effectivement à cette population de

faire preuve de capacités qu'elle n'aurait pu démontrer sans cette aide.

La construction du test s'est déroulée selon une stratégie clinique, c'est-à-dire que nous avons procédé à des modifications du matériel ou de la procédure, au fur et à mesure des résultats que nous obtenions avec nos sujets. N'ayant que peu de références se rapportant à l'évaluation dynamique des personnes handicapées mentales modérées, et suivant notre objectif de construire un instrument adapté à cette population spécifique et à leurs difficultés particulières, le choix d'une démarche qualitative plutôt que quantitative dans un premier temps nous a paru plus judicieux. Un total de 22 élèves provenant de trois institutions spécialisées de Genève ont participé pour l'instant à cette recherche: 8 élèves avec handicap mental modéré, 3 élèves avec troubles du comportement et 11 élèves avec handicap mental léger. Trois versions du test se sont succédées et nous travaillons sur une quatrième version avec les modifications définitives.

Structure du test d'apprentissage de la pensée analogique

Le test d'apprentissage de la pensée analogique se déroule en trois phases réparties en deux sessions (figure 1). Lors de la première phase, les sujets sont soumis à un entraînement destiné à les familiariser avec le matériel du test et à les préparer à la résolution des tâches. Le test débute par six items d'analogies altérées où l'élève est entraîné à observer la relation entre deux éléments et à appliquer cette relation à un troisième élément. En cas de difficultés de la part de l'élève dans la description des attributs (p.ex. couleur) et de leurs caractéristiques (p.ex. bleu), on lui présente 4 items de comparaisons afin de l'entraîner à analyser et à comparer systématiquement deux éléments selon leurs similitudes et leurs différences. Cette première phase précédant l'apprentissage a été rajoutée suite aux observations faites avec les premiers sujets. La résolution directe de tâches d'analogies sans aucun entraînement préalable semble en effet être trop difficile pour cette population. Les sujets qui ont été

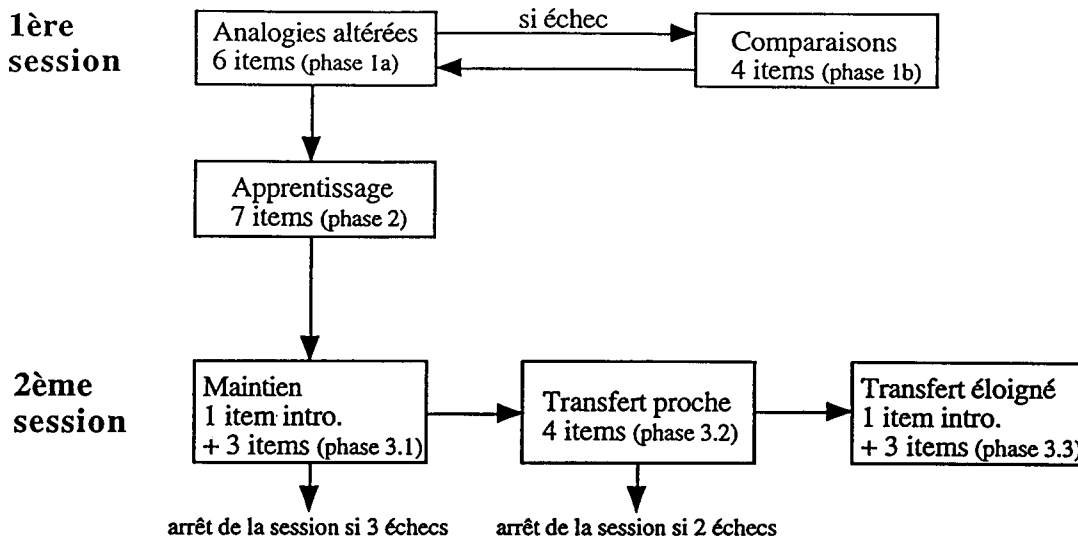
soumis à la première version du test, sans phase d'entraînement, ne comprenaient toujours pas la nature du problème et les règles à appliquer à la fin du test². L'apprentissage a lieu lors de la deuxième phase. L'élève résout sept items d'analogies de premier degré de complexité et bénéficie d'aides standardisées en fonction de ses erreurs. Lors d'une deuxième session, se déroule la phase trois. L'élève

est soumis à des items de maintien, de transfert proche et de transfert éloigné.

Pour chacune des phases, nous avons cherché quels critères seraient les plus prédictifs quant à la réussite aux phases ultérieures. Pour ce faire, nous avons élaboré des feuilles de protocole assez exhaustives.

Figure 1

Structure du test d'apprentissage de la pensée analogique



2. Nous retrouvons une forme de procédure avec pré-apprentissage similaire dans l'instrument *Children's analogical thinking modifiability* élaboré par Tzuriel et Klein (1985). Ces auteurs, se basant sur la théorie de l'évaluation dynamique de la modifiabilité cognitive de Feuerstein *et al.* (1979) introduisent une phase de familiarisation au matériel du test précédant l'entraînement lui-même. Les élèves sont tout d'abord entraînés à classer dans une matrice les éléments constitutifs des items selon leurs trois dimensions (forme, couleur et taille) jusqu'à ce qu'ils maîtrisent les opérations de classification. Ce n'est qu'après que débute le test.

Matériel

Le test est composé d'items d'analogies présentées sous forme de matrice 2X2. Les éléments de la matrice ainsi que les réponses à choix sont représentés sur des cartons de format 8/8 cm. L'expérimentateur construit la matrice devant l'élève en plaçant les trois éléments A, B et C sur un cadre en bois délimitant 4 cases vides; les réponses à choix parmi lesquelles l'élève va choisir l'image qui vient en D sont placées devant l'élève.

Les items sont en modalité figurative concrète et figurative géométrique. Le degré de complexité est défini en fonction du nombre de relations à inférer entre les éléments pour la résolution de la tâche. La résolution des items de premier degré de complexité nécessite l'inférence de deux relations: une relation entre les éléments A et B et une relation entre les éléments A et C. Pour le deuxième degré de complexité, il y a trois relations à inférer: deux entre les éléments A et B et une entre les éléments A et C. Les relations portent sur des attributs tels que la couleur, le nombre, la taille, l'orientation, la forme de l'objet ou l'ajout d'un autre objet.

Les distracteurs ont été construits selon un arbre de combinaisons possibles comme le montrent les figures 2 et 3. Lors du projet précédent, nous avons pu observer que les sujets présentant un handicap mental léger choisissaient fréquemment un distracteur pour lequel l'un des attributs avait subi un changement incorrect (par exemple, si la relation portait sur l'attribut taille, ils choisissaient un élément dont la taille avait changé, mais d'une manière incorrecte). Nous pouvons penser que ces sujets sont capables de détecter la relation liant deux éléments, mais que l'encodage ne s'effectue pas d'une manière suffisamment fine. Afin de contrôler l'hypothèse d'un manque de précision et d'approfondissement lors de l'encodage, nous avons rajouté deux images parmi les distracteurs de premier degré de complexité pour lesquelles l'un des attributs les plus prégnants (par exemple la couleur) subit un changement incorrect. Nous obtenons ainsi un set de six distracteurs pour les items de premier degré de complexité et de huit pour

les items de deuxième degré.

Les analogies altérées de la phase 1 sont définies par une seule relation à inférer, soit entre les éléments A et B, soit entre les éléments A et C.

La figure 4 présente un exemple d'item de premier degré de complexité en modalité figurative concrète. Les trois éléments A, B, et C sont placés dans le cadre de la matrice par l'expérimentateur et l'élève va choisir sa réponse parmi les six solutions proposées et la placer dans la case vide (D). La relation à inférer entre les éléments A et B est un changement de couleur; la relation entre les éléments A et C est un changement portant sur la présence ou l'absence de la queue. La figure 5 présente un item de deuxième degré de complexité en modalité figurative abstraite. Il y a deux relations à inférer entre les éléments A et B portant sur le changement de la couleur et de la taille des objets, et une relation entre les éléments A et C qui est un changement d'orientation de l'objet. Il y a pour cet item de deuxième degré de complexité un set de huit réponses à choix.

Procédure d'administration

Entraînement aux analogies altérées (phase 1a)

Le test débute avec un entraînement centré sur l'inférence et l'application d'une seule relation. Deux éléments (A et B) sont placés par l'expérimentateur dans le cadre de la matrice que l'élève est invité à décrire en termes de changements. L'expérimentateur dispose ensuite un troisième élément (C) dans la matrice, identique à A et demande à l'élève de lui appliquer la même relation qu'il y a entre A et B. Deux autres éléments sont ensuite placés mais cette fois en A et C, afin d'habituer l'élève à observer les relations aussi bien en ligne qu'en colonne. Il lui est demandé de décrire à nouveau la relation liant les éléments A et C et de résoudre l'analogie altérée.

Finalement l'expérimentateur lui soumet une analogie vraie construite à partir des deux analogies altérées précédentes en coordonnant les deux relations AB et AC. La figure 6 présente un schéma des items de ces

Figure 2

Arbre des combinaisons possibles pour la construction des distracteurs de premier degré de complexité

Changement sur:

Attribut 1

correct

inchangé

incorrect

Attribut 2

correct

inchangé

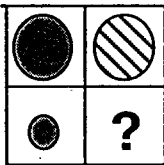
correct

inchangé

correct

inchangé

Exemple:



solution

distracteurs

Figure 3

Arbre des combinaisons possibles pour la construction des distracteurs de deuxième degré de complexité

Changement sur:

Attribut 1

correct

inchangé

Attribut 2

correct

inchangé

correct

inchangé

Attribut 3

correct

inchangé

correct

inchangé

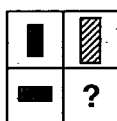
correct

inchangé

correct

inchangé

Exemple:



solution

distracteurs

Figure 4

Exemple d'item de premier degré de complexité, modalité figurative concrète (Taille réelle des images = 8/8cm)

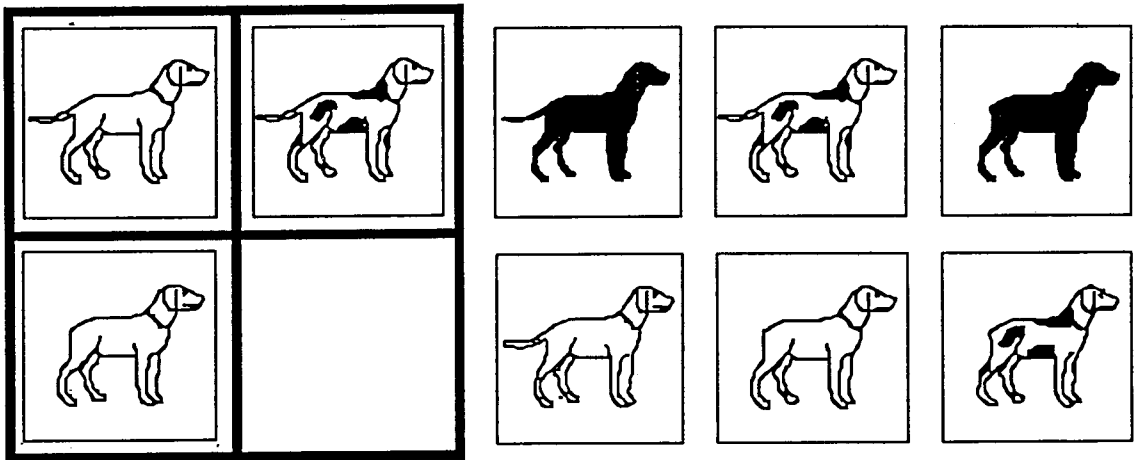


Figure 5

Exemple d'item de deuxième degré de complexité, modalité figurative abstraite (taille réelle des images = 8/8 cm; couleurs originales = bleu et rose)

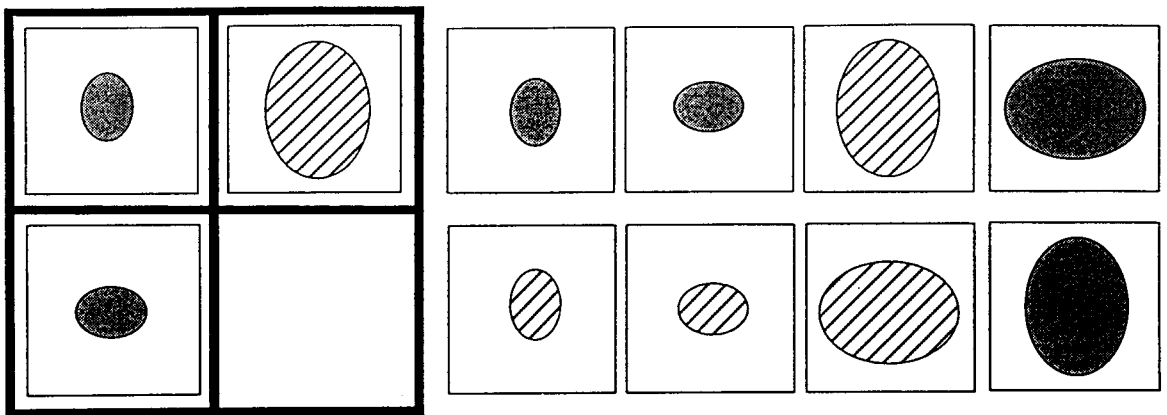
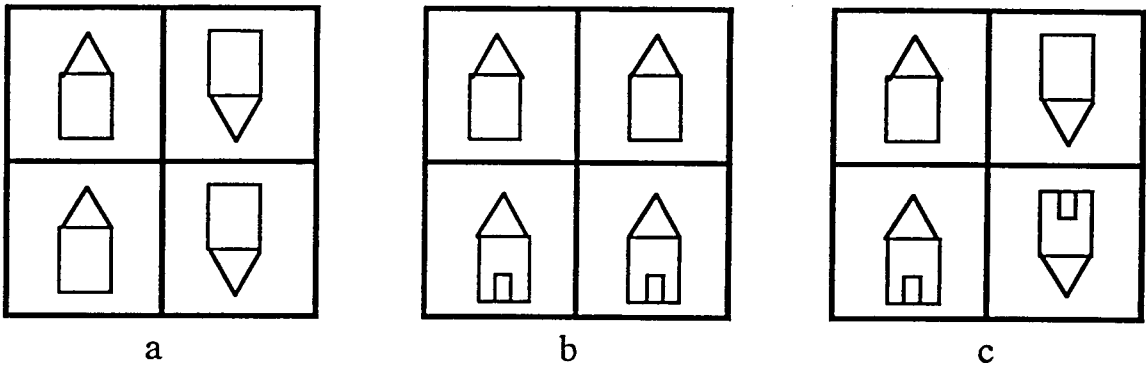


Figure 6

Schéma d'items présentés lors de l'entraînement aux analogies altérées (phase 1a)



- a) une seule relation est à inférer entre les éléments A et B.
- b) une seule relation est à inférer entre les éléments A et C.
- c) coordination des deux relations (analogie vraie).

trois étapes.

Ces trois étapes sont répétées avec des images figuratives abstraites.

Nous avons constaté chez certains élèves une difficulté à abstraire l'attribut sur lequel porte le changement, c'est-à-dire à décrire les éléments en terme de semblables et de différents. Ces élèves reçoivent un entraînement aux comparaisons.

Entraînement aux comparaisons (phase 1b)

L'élève est invité à retrouver parmi un set de trois puis de cinq images celle qui est identique au modèle qui lui est présenté. L'expérimentateur demande ensuite à l'élève de comparer systématiquement le modèle avec chaque image, et de décrire en quoi elles sont pareilles et en quoi elles sont différentes. Les deux premières images ne diffèrent que sur un seul attribut, puis une troisième image lui est proposée différant à la fois sur les deux attributs précédemment élaborés.

Cet exercice est répété trois fois, dont deux avec du matériel figuratif abstrait.

Apprentissage (phase 2)

L'apprentissage est composé de sept items de premier degré de complexité. Nous distinguons pour les cinq premiers items une première étape d'encodage de la matrice et une deuxième étape de résolution. Avant de disposer le set de réponses à choix devant l'élève, celui-ci est invité à décrire la matrice et à anticiper verbalement la réponse. Cette procédure a pour objet d'habituer le sujet à encoder d'une manière précise la matrice, d'analyser chaque élément en termes d'identité et de différence par rapport aux autres éléments, et à rester centré sur la matrice. L'expérimentateur l'aide à encoder les éléments en soulignant le ou les attributs qu'il n'aurait pas vus ou mentionnés. Par contre il ne donne pas encore d'aides sur la réponse anticipée par le sujet. Après la description de la matrice, l'élève choisit la bonne réponse parmi les six images au choix et la place dans la case vide. Si la réponse sélectionnée respecte les

deux attributs, il reçoit un feed-back positif et une récapitulation des règles à suivre pour résoudre la tâche lui est fournie. En cas d'échec, l'élève reçoit des aides standardisées selon ses erreurs. La figure 7 donne un aperçu de la séquence de ces aides.

Si sa réponse ne tient compte que d'un seul attribut, l'expérimentateur le centre sur le deuxième attribut. Si sa deuxième réponse ne prend en compte toujours qu'un seul attribut, les deux changements qui ont été vus lors de la description de la matrice lui sont rappelés et l'élève est invité à trouver l'image qui respecte ces deux attributs à la fois. S'il échoue toujours, la bonne réponse lui est donnée et les règles à suivre lui sont explicitées.

Si dans sa première réponse aucun changement n'a été effectué ou qu'un changement a été mal effectué, l'expérimentateur centre l'élève sur le changement d'un attribut. Selon qu'il applique cette relation dans

sa deuxième réponse ou non, soit la procédure se poursuivra comme précédemment, soit la bonne réponse lui est donnée et explicitée.

Lors des deux derniers items, nous essayons d'autonomiser l'élève dans sa démarche en ne donnant que peu d'aides au départ. Il nous semble important en effet de l'amener à une résolution indépendante des tâches sans intervention systématique de l'expérimentateur. Celui-ci dispose donc tout de suite les réponses à choix devant l'élève et lui demande de résoudre la tâche seul.

En cas d'erreur, un simple feed-back lui est d'abord fourni: "c'est faux; essaye encore" si sa réponse ne respecte aucun attribut, ou "c'est presque juste; essaye encore" s'il a tenu compte d'un changement. L'expérimentateur ne donne des aides qu'après son deuxième essai (figure 8).

Figure 7

Séquence des aides pour les items 1 à 5 de la phase d'apprentissage (phase 2)

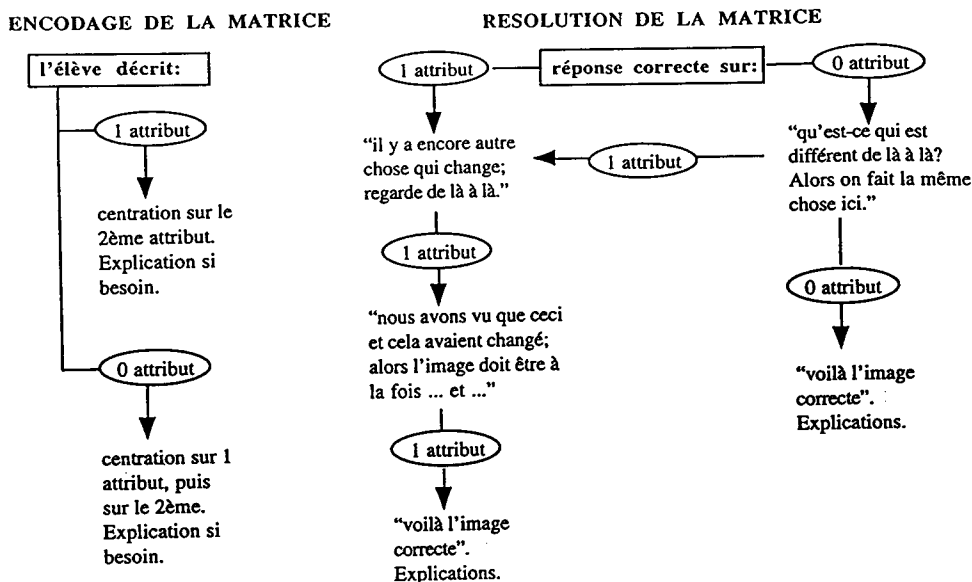
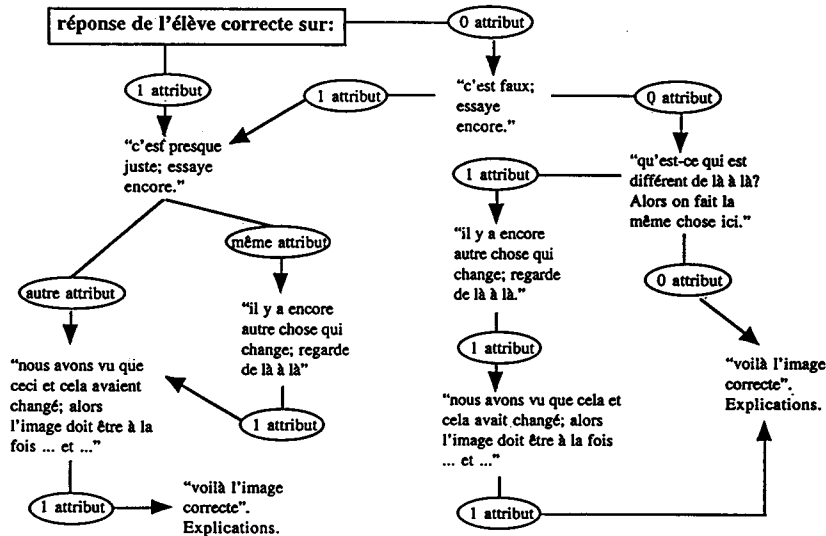


Figure 8

Séquence des aides pour les items 6 et 7 de la phase d'apprentissage (phase 2)



Selon qu'il choisit l'image respectant l'autre attribut et qu'il oublie le premier qu'il avait vu, ou qu'il reprend une image avec le même attribut que précédemment, l'aide sera différente: dans le premier cas, les deux changements lui sont rappelés et l'élève est invité à trouver l'image qui respecte ces deux changements à la fois; dans le deuxième cas, l'élève est centré sur le deuxième attribut. S'il échoue au troisième essai, la bonne réponse lui est donnée et explicitée.

Dans le cas où ses deux premiers choix ne respectent aucun des deux attributs, la procédure est reprise depuis le début, c'est-à-dire que l'expérimentateur l'aide à encoder correctement la matrice et à décrire les changements sur un attribut puis sur l'autre.

Phase de maintien et de transfert (phase 3)

Pour la troisième phase nous adoptons une procédure plus statique de façon à évaluer les effets de maintien et de transfert suite à l'apprentissage. Cette phase s'est déroulée entre une et quatre semaines

d'intervalle avec le test d'apprentissage selon les cas. Une tâche d'introduction précède les trois items de maintien afin de s'assurer que l'élève se souvient correctement de ce qu'il lui est demandé de faire. Si ce n'est pas le cas, la consigne et les règles à suivre lui sont réexpliquées. Il résout ensuite trois items identiques à ceux présentés lors du test d'apprentissage. Dans cette quatrième phase, l'élève ne reçoit plus d'aides. Seul un feed-back, positif ou négatif, lui est fourni. L'élève a droit à un deuxième essai en cas de réponse incorrecte. S'il ne réussit aucun item sur les trois, la session s'arrête là.

Il résout ensuite quatre items de transfert proche, c'est-à-dire des images différentes de celles du test d'apprentissage mais toujours de premier degré de complexité. Il a toujours droit à un deuxième essai et de simples feed-backs lui sont donnés.

S'il réussit au moins deux items sur les quatre, des items de transfert éloigné, c'est-à-dire de deuxième degré de complexité, lui sont présentés. Un item d'introduction est fait avec l'expérimentateur et

celui-ci attire son attention sur le fait qu'il y a cette fois-ci trois changements à effectuer.

Notation

Pour chacune des phases, nous avons élaboré des feuilles de protocole prenant en compte différents critères de réussite, ceci dans le but de déterminer lesquels seraient les meilleurs prédicteurs quant à la réussite aux phases ultérieures. En ce qui concerne l'entraînement aux analogies altérées, les points suivants sont notés:

- nombre de réussites aux analogies altérées et aux analogies vraies
- attributs et caractéristiques des attributs décrits
- nombre et type d'attributs pris en compte dans la résolution.

Pour les comparaisons:

- nombre de réussites
- attributs et caractéristiques des attributs décrits.

Pour l'apprentissage:

étape de description:

- nombre et caractéristiques des attributs mentionnés spontanément;

étape de résolution:

- nombre de réussites
- nombre d'attributs pris en compte dans la réponse
- nombre et type d'aides fournies.

Pour les items de maintien et de transfert:

- nombre de réussites
- nombre et type d'attributs pris en compte dans la réponse
- nombre de feed-backs fournis.

RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

Le nombre limité de sujets (6 élèves pour la dernière

version du test) ainsi que notre approche de type clinique ne nous permettent pas pour l'instant de tirer des conclusions définitives sur les résultats obtenus. Dans l'état actuel de notre recherche, il semblerait que le nombre de réussites sans aides complété du nombre d'aides fournies lors de l'apprentissage (phase 2) sont des critères de prédiction pertinents quant à la réussite à la phase de maintien et de transfert proche et éloigné (tableau 1). Nous pouvons constater en effet que les élèves qui résolvent plus d'items sans aides lors de l'apprentissage et qui ont eu besoin de peu d'aides pour résoudre les tâches obtiennent de bonnes performances aux items de maintien, réussissent les items de transfert proche pratiquement sans feed-backs, et sont capables de résoudre des items de transfert éloigné. Les élèves qui résolvent peu d'items sans aides et qui ont eu besoin de beaucoup d'aides présentent par contre des performances plus faibles lors des items de maintien, et ne sont pas capables de résoudre les items de transfert proche. D'autres recherches (p.ex. Ferrara, Brown et Campione, 1986) font part de ce même type de relation entre d'une part le nombre d'aides nécessaires lors du test d'apprentissage et d'autre part les performances de maintien et de transfert.

En ce qui concerne le nombre d'aides fournies lors de l'apprentissage, la différence entre les deux groupes d'élèves se manifeste aussi bien au niveau de la quantité que de la qualité des aides (tableau 2a et 2b). Les élèves qui éprouvent plus de difficultés ont effectivement besoin de plus d'aides de type rappel des attributs et coordination des attributs (aide R2b), ainsi que de type "réponse donnée" (R3), alors que les élèves qui ont moins de difficultés nécessitent principalement qu'un simple rappel d'un attribut (aide R2a). Ces élèves-là oublient l'un des attributs lors de la résolution, mais il suffit de le leur rappeler pour qu'ils trouvent la réponse correcte. Par contre, les autres élèves non seulement oublient souvent le deuxième attribut, mais ils échouent même avec le rappel. Il semble que ces élèves ont de la difficulté à maintenir simultanément deux informations à la fois et à les coordonner.

Tableau 1**Résultats des 6 sujets aux phases 1a, 2 et 3**

Phases		Ann.	Ali	Jér.	Jes.	Lin.	Geo.
ANALOGIES ALTEREES (1a)	Description des différences (sur 8)	7	6	7	4	7	7
	Nbre de réussites aux analogies altérées (sur 4)	4	4	4	3	4	2
	Nbre de réussites aux analogies vraies (sur 2)	2	1	1	0/1*	0	0
	Nbre d'attributs respectés (sur 4)	4	3	3	1/2*	2	2
APPRENTISSAGE (2)	Nbre d'attributs décrits (sur 10)	6	6	9	6	4	7
	Nbre de caractéristiques décrites (sur 20)	11	12	9	12	5	13
	Nbre de réussites sans aide (sur 7)	4	3	2	2	2	1
	Nbre d'aides nécessitées	6	6	8	9	14	16
MAINTIEN (3.1)	Introduction-Rappel	O.K.	O.K.	O.K.	a)	non	O.K.
	Nbre de réussites sans aide (sur 3)	2	2	2		1	1
	Nbre total de réussites (après feed-back)	3	?b	2		?b	1
TRANSFERT PROCHE (3.2)	Nbre de réussites sans aide (sur 4)	3	2	2	a)	0	0
	Nbre total de réussites (après feed-back)	4	4	2		0	0
TRANSFERT ELOIGNE (3.3)	Nbre de réussites sans aide (sur 3)	2	0	1	a)	c)	c)
	Nbre total de réussites (après feed-back)	2	1	2			

* Les analogies altérées ont été interrompues pour passer à la phase des comparaisons, puis reprises.

O.K.: le sujet se souvient parfaitement de la consigne.

a) la phase de maintien et de transfert n'a pas pu être administrée à ce sujet.

b) la réponse n'a pas pu être cotée.

c) le sujet n'a pas atteint le critère fixé pour passer aux items de transfert éloigné (arrêt si 2 échecs sur 4).

Une autre différence apparaît lors de l'étape de description de la matrice (tableau 2a). En règle générale, les élèves qui résolvent plus facilement les items décrivent également mieux la matrice d'une façon spontanée; en revanche, avec les élèves plus

faibles, l'expérimentateur intervient beaucoup plus, notamment en attirant leur attention sur les deux éléments qui diffèrent et qu'ils n'ont pas mentionnés (aide D2: «Qu'est-ce qui change de là à là?»).

Tableau 2a

Profil des aides lors de l'apprentissage (phase 2) par élève et par items (items 1 à 5)

items*	Ann.					Ali					Jer.					Jes.					Lin.					Geo.				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
D1	X		X	X													X					X		X				X		
D2					AC										AB	AC		AC		AB	AC		AC		AB	AB	AB	AB		
R1											X	X	X						X							X	X			
R2a		X							X	X	X				X	X			X	X	X	X		X	X	X	X	X		X
R2b		X																	X	X	X		X	X	X					X
R3																			X		X		X		X	X				X

* une étape de description de la matrice précède la résolution des items 1 à 5. D1= "Y a-t-il autre chose qui change?"; D2 = "Qu'est-ce qui change de là à là?"; R1= Explication sur 1 attribut; R2a= Centration sur le 2ème attribut; R2b= Rappel des 2 attributs et coordination; R3= réponse donnée par l'expérimentateur.

En ce qui concerne la phase d'entraînement aux analogies altérées (phase 1a), la réussite à la troisième étape, à savoir la coordination de deux relations, semble être prédictive quant à la suite du test. Il apparaît en effet que les sujets qui résolvent correctement les analogies vraies, sans aides, obtiennent de bonnes performances lors de la phase d'apprentissage et nécessitent peu d'aides. Ces mêmes sujets sont également capables de résoudre des analogies de deuxième degré de complexité lors de la phase de transfert (tableau 1). Cette phase de pré-

apprentissage paraît particulièrement efficace lorsque l'on considère les résultats obtenus par les élèves qui n'en ont pas bénéficié. Il s'agit d'une aide supplémentaire qui favorise la compréhension des tâches, et qui se révèle indispensable pour la plupart des sujets.

D'une manière qualitative et par rapport à notre objectif de départ, il semblerait que le test permette de discriminer les «gainers» (selon Budoff, 1987) «des non gainers», c'est-à-dire les sujets qui profitent des

aides durant l'apprentissage de ceux auxquels les aides ne profitent pas. Les résultats obtenus par les «gainers» sont prometteurs; ils suggèrent que ces élèves, soutenus par une médiation appropriée, peuvent acquérir une forme de raisonnement et des habitudes de travail propre à ce type de tâche; nous observons que ces élèves, lors des items de maintien

et de transfert, appliquent correctement les stratégies apprises, telles que l'encodage complet de la matrice, la comparaison, l'inférence de la règle, etc. Cependant, ces résultats ne sont pas suffisamment différenciés pour l'instant, notamment en raison du nombre limité de sujets ainsi que d'items.

Tableau 2b

Profil des aides lors de l'apprentissage (phase 2) par élève et par items (items 6 et 7)

items*	Ann.		Ali.		Jer.		Jes.		Lin.		Geo.	
	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7	6	7
F0	X					X					X	X
F1	X	X	X	X			X	X	X	X	X	
D3						X						
R2a			X			X					X	
R2b	X		X				X		X	X	X	
R3											X	

* les items 6 et 7 sont résolus sans description préalable de la matrice. F0= Feed-back nég. "C'est faux"; F1= Feed-back pos. et nég. "C'est presque juste"; D3= Retour à la description de la matrice.

La question du nombre de distracteurs pour les items de premier degré de complexité se pose ici. L'effet de hasard est certainement trop important selon le premier choix du sujet. Par exemple, si le sujet choisit en premier lieu un distracteur respectant un seul des deux attributs (celui qui varie trois fois dans l'arbre de construction des distracteurs; voir figure 2), il ne restera plus qu'une seule image respectant ce

même attribut, la bonne réponse. Il se peut donc que le sujet prenne cette réponse non pas parce qu'il a coordonné les deux attributs, mais parce que c'est la seule qui lui reste s'il maintient son choix sur le premier attribut. Par ailleurs, le nombre d'items par phase n'est pas très élevé. Cependant, augmenter le nombre de tâches devient difficile quand on sait le temps que prend une procédure dynamique,

particulièrement avec cette population.

CONCLUSIONS

Le test d'apprentissage de la pensée analogique nous a permis de différencier, au sein d'une population présentant un handicap mental modéré, les élèves qui profitent d'une médiation et assimilent des stratégies enseignées, de ceux pour lesquels les aides en cours d'apprentissage ne sont pas suffisantes et qui ne présentent qu'un potentiel d'apprentissage limité. Cette distinction entraîne des conséquences non négligeables d'un point de vue pédagogique.

Les aides que nous proposons dans ce test peuvent se répartir en deux catégories: celles qui sont relatives au matériel et à la présentation des tâches, et les aides spécifiques données lors de l'apprentissage (phase 2). Nous pouvons donc nous poser la question, comme le suggère Paour (1995), si les gains observés sont la conséquence d'une appropriation par le sujet de processus enseignés, donc d'une transformation du sujet, ou s'ils résultent principalement d'une simplification de la tâche, donc d'une transformation de la difficulté initiale de la tâche. La question de l'interprétation des progrès induits par le test et de la capacité de l'instrument à évaluer le potentiel cognitif est intimement liée à cette problématique.

Pour la suite de cette recherche, nous envisageons de valider le test avec un entraînement de la pensée inductive. Cette deuxième partie du projet devrait nous permettre de mieux identifier les critères de prédiction les plus valides. Nous projetons également d'élaborer un entraînement de base pour les sujets dit «non-gainers» axé principalement sur les processus fondamentaux de comparaison et de classification, ainsi qu'un entraînement destiné aux «gainers» axé sur le maintien et la coordination de plusieurs informations à la fois. C'est en effet la principale difficulté que rencontrent ces sujets lorsqu'ils sont confrontés aux items de deuxième degré de complexité.

Nous avons défini pour ce test les transferts proche et éloigné respectivement selon la familiarité du contenu et selon le degré de complexité des items. Le transfert à d'autres types de tâches ou à d'autres contextes est une question d'importance que nous pourrions traiter conjointement avec l'entraînement de la pensée inductive. Il est indubitable en effet, que les apprentissages réalisés par ces sujets restent spécifiques au type de tâches compris dans le test (voir p.ex. Klauer, 1990, 1995 à ce sujet), et qu'une généralisation spontanée ne peut être raisonnablement espérée.

ANALOGICAL REASONING TEST FOR ADOLESCENTS WITH MODERATE MENTAL RETARDATION

In order to contribute to the development of diagnostic instruments adapted to persons with moderate mental retardation, and offering an alternative to traditional static IQ tests, an analogical reasoning learning test has been developed. The procedure involves three phases: In the pretraining phase, some cognitive prerequisites are taught. In the second phase, a number of learning items are administered with standardized hints. The maintenance and transfer capacity are assessed in the third phase. The test items consist of analogical matrices (2x2) of two complexity level. The results of a pilot study suggest that this procedure allows the discrimination of subjects with moderate mental retardation with their learning capacity.

BIBLIOGRAPHIE

- BABAD, E.Y., & BUDOFF, M. (1974) Sensitivity and validity of learning-potential measurement in three levels of ability. *Journal of Educational Psychology*, 66, 3, 439-447.
- BÜCHEL, F.P. (1995) De la métacognition à l'éducation cognitive. In F.P. Büchel (Ed.), *L'Éducation cognitive. Le développement de la capacité d'apprentissage et son évaluation* (pp. 9-44). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé (série: textes de base).
- BÜCHEL, F.P., & PAOUR, J.-L. (1990) Introduction. Contributions à l'étude des potentiels d'apprentissage et de développement. In F.P. Büchel & J.-L. Paour (Eds.), *Assessments of learning and development potential: Theory and practices. European Journal of psychology of education*. (Special issue; pp. 89-95). Vol V, 2.
- BUDOFF, M. (1987) The validity of learning potential assessment. In C. Schneider-Lidz (Ed.), *Dynamic assessment* (pp. 52-81). New York: Guilford Press.
- BUDOFF, M., & CORMAN, L. (1976) Effectiveness of a learning potential procedure in improving problem-solving skills of retarded and nonretarded children. *American Journal of Mental Deficiency*, 81, 3, 260-264.
- BUDOFF, M., & FRIEDMAN, M. (1964) «Learning potential» as an assessment approach to the adolescent mentally retarded. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 5, 434-439.
- BUDOFF, M., MESKIN, J., & HARRISON, R.H. (1971) Educational test of the learning-potential hypothesis. *American Journal of Mental Deficiency*, 76, 2, 159-169.
- CAMPIONE, J.C., & BROWN, A.L. (1987) Linking dynamic assessment with school achievement. In C.S. Lidz (Ed.), *Dynamic assessment. An interactional approach to evaluating learning potential* (pp. 82-115). New York: The Guilford Press.
- CAMPIONE, J.C., BROWN, A.L., & FERRARA, R.A. (1982) Mental retardation and intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (pp. 392-490). Cambridge: Cambridge University Press.
- CAMPIONE, J.C., BROWN, A.L., FERRARA, R.A., JONES, R.S., & STEINBERG, E. (1985) Breakdowns in flexible use of information: Intelligence-related differences in transfer following equivalent learning performance. *Intelligence*, 9, 297-315.
- CARLSON, J.S., & WIEDL, K.H. (1978) The use of Testing-the-Limits procedures in the assessment of intellectual capabilities in children with learning difficulties. *American Journal of Mental Deficiency*, 82, 559-564.
- CARLSON, J.S., & WIEDL, K.H. (1980) Applications of a dynamic testing approach in intelligence assessment: empirical results and theoretical formulations. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 1, 4, 303-318.
- FERRARA, R.A., BROWN, A.L., & CAMPIONE, J.C. (1986) Children's learning and transfer of inductive reasoning rules: Studies of proximal development. *Child Development*, 57, 1087-1099.
- FEUERSTEIN, R., RAND, Y., & HOFFMAN, M.B. (1979) *The dynamic assessment of retarded performers: the Learning Potential Assessment Device, theory, instruments and techniques*. Baltimore: University Park Press. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé (série: textes de base).
- FEUERSTEIN, R., & SHALOM, H. (1967) *Problems of Assessment and Evaluation of the Mentally Retarded and Culturally Deprived Child and Adolescent: The Learning Potential Assessment Device*. Paper presented at the First Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency. September 1967 at Montpellier, France.
- FLAMMER, A., & SCHMID, H. (1995; Orig. 1982) Tests d'apprentissage: Concept, réalisation, évaluation. In F.P. Büchel (Ed.), *L'Éducation cognitive. Le développement de la capacité d'apprentissage et son évaluation* (pp. 179-214).
- GOLDMAN, S.R., & PELLEGRINO, J.W. (1984) Deductions about induction: analyses of developmental and individual differences. In R.J. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence* (Vol. 2). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

- GUTHKE, J. (1972) *Zur Diagnostik der intellektuellen Lernfähigkeit*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- GUTHKE, J. (1990) Les tests d'apprentissage comme alternative ou complément aux tests d'intelligence: un bilan de leur évolution. In F.P. Büchel & J.-L. Paour (Eds.), *Assessments of learning and development potential: Theory and practices. European Journal of psychology of education*. (Special issue; pp. 117-133). Vol V, 2.
- GUTHKE, J., & WINGENFLED, S. (1992) The Learning Test Concept: Origins, State of the Art, and Trends. In H.C. Haywood & D. Tzuriel (Eds.), *Interactive Assessment* (pp. 64-93). New York: Springer.
- HAMILTON, J.L., & BUDOFF, M. (1974) Learning potential among the moderately and severely retarded. *Mental Retardation*, 12, 33-36.
- HOLYOAK, K.J. (1984) Analogical thinking and human intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence* (Vol. 2). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- HURTIG, M. (1967) Constat d'acquisitions ou pronostic d'apprentissage. Peut-on dynamiser la psychométrie? *Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 26, 3, 271-278 (reprint in F.P. Büchel (Ed.), *L'Education cognitive. Le développement de la capacité d'apprentissage et son évaluation* (pp. 165-177). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé (série: textes de base).
- JENSEN, A. (1969) How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educational Review*, 38, 1-123.
- KERN, B. (1930) *Wirkungsformen der Uebung*. Münster: Helios.
- KLAUER, K.J. (1989) *Denktraining für Kinder, I. Ein Programm zur intellektuellen Förderung*. Göttingen: Hogrefe.
- KLAUER, K.J. (1990) Paradigmatic teaching of inductive thinking. In H. Mandl, E. de Corte & N. Bennett (Eds.), *Learning and instruction* (Vol. 2). Oxford: Pergamon.
- KLAUER, K.J. (1995, Orig. 1989) Les effets d'entraînement de la pensée sont-ils généraux ou spécifiques? In F.P. Büchel (Ed.), *L'Education cognitive. Le développement de la capacité d'apprentissage et son évaluation* (pp. 285-305). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé (série: textes de base).
- PAOUR, J.L. (1995) De l'évaluation dynamique à l'éducation cognitive: repères et questions. In F.P. Büchel (Ed.), *L'éducation cognitive. Le développement de la capacité d'apprentissage et son évaluation*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé (série: textes de base).
- RAVEN, J.C. (1938) *Progressive matrices: a perceptual test of intelligence*. London: Lewis.
- SCHARNHORST, U., & BÜCHEL, F.P. (1995) Teaching and evaluation of inductive reasoning in nonretarded and mildly retarded students. In J.S. Carlson (Ed.), *Advances in cognition and educational practice* (Vol. 3, pp. 209-240). Greenwich, Conn.: JAI Press Inc.
- SNOW, R.E., KYLLONEN, P.C., & MARSHALEK, B. (1984) The topography of ability and learning correlations. In R.J. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence* (Vol. 2). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- SPEARMAN, C. (1923) *The nature of intelligence and the principles of cognition*. London: MacMillan.
- TZURIEL, D., & KLEIN, P.S. (1985) The assessment of analogical thinking modifiability among regular, special education, disadvantaged, and mentally retarded children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 4, pp. 539-552.
- VYGOTSKY, L.S. (1985; édition russe 1934) *Pensée et langage*. Paris: Editions Sociales.

À LA RENCONTRE DES GRANDS-PARENTS DE PETITS- ENFANTS AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Colette Gosselin et Jean-Pierre Gagnier

Cette étude s'adressant aux grands-parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle compte une revue de la littérature sur ce sujet ainsi qu'une analyse qualitative obtenue des entrevues avec 24 grands-parents. Ceci nous a permis de vérifier la mosaïque des émotions, des préoccupations et des besoins vécus par les grands-parents à l'égard de leurs fils et de leurs filles ainsi que de leurs petits-enfants.

Nous avons découvert les contributions pouvant être offertes par les grands-parents aux familles immédiates des enfants ayant une déficience intellectuelle. De plus, ils ont ouvertement partagé les stratégies personnelles auxquelles ils ont recours leur permettant de mieux vivre leur quotidien.

Les grands-parents semblent trop souvent oubliés par les professionnels.

INTRODUCTION

C'est à partir de nos sensibilités, de nos expériences dans notre propre famille d'origine, des observations issues de nos engagements directs auprès des enfants présentant une déficience intellectuelle, de leurs frères et soeurs, de leurs parents et des intervenants que s'est développée cette préoccupation pour l'ensemble de la famille.

Prêter une voix aux grands-parents. Aller à leur rencontre, les laisser se raconter. Accueillir leurs expériences de vie, leurs besoins, leurs déceptions,

Colette Gosselin, Ms. Ed., Consultante en déficience intellectuelle, Chargée de cours, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières et Jean-Pierre Gagnier, Ph. D., Professeur, Chercheur GREDEF, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

La recherche a été initiée et subventionnée par le Fonds de recherche en déficience intellectuelle de Laval.

leurs attentes. Être simplement témoins de personnes aimantes, touchées, engagées ou inhibées, si souvent dans l'ombre. C'est avec beaucoup de vérité, de coeur et de sérénité qu'ils nous ont ouvert leur porte.

L'article présente d'abord une revue de la documentation portant sur la place des grands-parents dans le processus d'adaptation des familles dont un enfant présente une déficience intellectuelle. Nous décrivons par la suite la démarche de recherche qui nous a permis de réaliser des entrevues à domicile avec des grands-parents. Dans un troisième temps, nous témoignons des contenus auxquels une telle activité de recherche nous a donné accès. Enfin, nous proposons des réflexions pour que les interventions puissent davantage répondre aux besoins ponctuels des grands-parents.

RELEVÉ DE LA DOCUMENTATION

Bien que plusieurs recherches se soient intéressées à l'adaptation de la famille immédiate des enfants

présentant une déficience intellectuelle (Seligman et Darling, 1989; Trute et Hauch, 1988; Dyson et Fewell, 1986; Turnbull & Turnbull 1990), bien peu d'attention a été portée aux grands-parents. Pourtant, on constate qu'un nombre croissant d'auteurs s'intéressent désormais à identifier non seulement les besoins des familles à l'égard de leurs défis adaptatifs, mais aussi à identifier les ressources formelles et informelles que ces dernières possèdent pour répondre à leurs besoins (Dunst et Trivette, 1987). Les auteurs croient que si les grands-parents sont soutenus au cours des étapes initiales de leur adaptation personnelle à l'enfant présentant des besoins spéciaux, ils pourront être des sources importantes de soutien informel pour leur enfant et leur petit-enfant.

Des observations issues de rapports de recherche indiquent que les grands-parents représentent une source importante de soutien émotionnel ou expressif. Vadasy, Fewell et Meyer (1986) mentionnent que 90% des grands-parents interrogés dans le contexte de leur étude, veulent jouer un rôle dans l'éducation de leur petit(e)-fils (fille) pour lui permettre d'atteindre son potentiel optimal. De même, 52% des grands-parents expriment de la fierté pour les réalisations de l'enfant et 33% des répondants se disent reconnaissants que les parents leur aient ainsi donné une occasion de prendre soin de l'enfant et de l'aimer. Enfin, 38% des grands-parents affirment qu'ils accepteraient d'assumer des responsabilités accrues si quelque chose devait entraver la disponibilité des parents de l'enfant présentant une déficience intellectuelle.

Ces études confirment l'ampleur de la contribution des grands-parents. Ils peuvent partager des connaissances et conseiller les parents pour les soins à l'enfant. Ils prennent plaisir à constater les progrès, l'encourageant dans ses efforts. Ils peuvent, à d'autres moments, faciliter l'accès à des ressources du milieu et soutenir l'adaptation des parents dans les dédales du quotidien.

Plusieurs grands-parents sont retraités; le temps dont ils disposent et l'intensité de leur engagement

s'avèrent souvent précieux pour les parents et les enfants (Vadasy, Fewell et Meyer, 1986).

Les grands-parents ont également été reconnus comme source de soutien instrumental, ce qui inclut la garde, le répit, l'assistance pour faire les achats et l'ensemble des enjeux reliés aux exigences financières (Sandler, *et coll.*, 1995).. Il leur arrive d'accompagner l'enfant chez les professionnels de la santé et des services sociaux.

Waisbren (1980) a indiqué que les grands-parents paternels d'un enfant handicapé avaient une influence significative sur les attitudes du père envers ses enfants. Les pères qui perçoivent leurs parents comme très soutenant, partagent davantage d'activités avec l'enfant, sont plus positifs face à l'enfant, considèrent qu'ils ont changé pour le mieux et envisagent l'avenir avec plus de facilité que les pères moins soutenus par leurs parents. Sandler *et coll.* (1995), ont, eux aussi, observé une corrélation positive entre l'ajustement des pères et le soutien provenant des grands-parents. Les auteurs concluent que l'ajustement des pères se révèle davantage relié au soutien des grands-parents que ne l'est l'ajustement des mères. Il peut toutefois arriver que les grands-parents soient source de stress et de contraintes pour la famille d'un enfant présentant une déficience intellectuelle. Seligman et Darling (1989) et Romeis (1980) ont mentionné que la participation des grands-parents à certaines difficultés d'ajustement familial devait être davantage reconnue.

La naissance d'un enfant est habituellement une joie profonde pour les grands-parents. Lorsque l'enfant présente des limites physiques et intellectuelles, les enjeux du quotidien provoquent de l'inquiétude et génèrent de l'insécurité (Vadasy, Fewell et Meyer, 1986). Que va-t-il arriver à la jeune famille? Les préoccupations les plus souvent mentionnées concernent l'impact que la condition de l'enfant pourrait avoir sur le fonctionnement affectif et social des parents. Plusieurs grands-parents craignent pour le bon équilibre ou la survie du couple des parents (George, 1988).

Les grands-parents vivent une double expérience de perte. L'une est reliée aux limites de l'enfant, l'autre concerne les parents qui doivent tout de suite et à long terme assumer des responsabilités accrues (Gerver, 1983; George, 1988; Meyer et Vadasy, 1986). Tout comme pour les parents, les réactions initiales des grands-parents comprennent souvent de la peine (67%), un choc émotionnel (38%) et de la colère (33%). Bien que plusieurs grands-parents disent continuer à éprouver de la peine longtemps après avoir été informés du handicap de l'enfant (33%) la majorité d'entre eux parviennent à s'ajuster et considèrent accepter la situation (67%) (Vadasy et coll., 1986).

Par ailleurs, Shapiro (1988) constate que la communication entre les parents de l'enfant et les grands-parents peut être rendue difficile compte tenu de la protection réciproque que chacun tente d'assurer à l'autre. D'une part, on voit des parents tenir les grands-parents à l'écart de certaines informations ou des processus décisionnels. D'autre part, on observe chez certains grands-parents des attitudes de déni, de mise à distance ou encore de retrait qui traduisent l'impuissance. Dans chacune des conduites adoptées par les grands-parents, des parents peuvent entendre de la critique à propos de leur capacité à être parents.

Ainsi, la présence d'un enfant handicapé dans la famille requiert une vaste restructuration des rôles. Cela peut être l'occasion pour les parents de marquer leur indépendance et de demander une validation face à leur nouveau rôle. Dans ce contexte, la principale fonction des grands-parents consiste, selon Shapiro (1988), à permettre à leur enfant adulte d'être le parent principal de l'enfant handicapé. Pour l'auteure, le fait de mettre au monde un enfant handicapé peut donner l'impression aux parents que leur capacité à créer est elle-même handicapée, déficiente.

Lorsque certains grands-parents nient l'existence de la déficience ou rejettent l'enfant présentant une déficience, d'autres complications peuvent émerger. Sous de telles contraintes, les parents doivent composer avec leurs propres émotions tout en

s'ajustant aux réactions et aux attitudes de leurs parents et beaux-parents.

Enfin, des auteurs ont indiqué que des grands-parents peuvent entretenir des idées irréalistes, manquer de compréhension ou offrir peu de soutien (Gayton, 1975; George, 1988; Vadasy et coll., 1986). D'autres encore, malgré leur désir de soutenir les parents éprouvent des problèmes de santé ou ne se sentent pas suffisamment énergiques ou solides émotionnellement pour s'engager. Il existe par ailleurs tellement de formes de présence et de soutien possibles. Les résultats des recherches doivent être interprétés avec prudence. Il importe de prêter attention aux conditions qui facilitent ou entravent la participation des grands-parents.

LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHÉ DE RECHERCHE

La recherche ayant conduit au présente article est exploratoire et a été menée en collaboration directe avec le centre de réadaptation Normand-Laramée de Laval. Les deux principaux objectifs de la démarche sont les suivants :

SOUTENIR et documenter une réflexion sur l'influence que peuvent avoir les grands-parents dans le processus d'adaptation à un système familial dont un enfant présente une déficience intellectuelle;

EXPLORER de nouvelles avenues d'intervention compatibles avec l'actuel courant d'idées et de pratiques lesquelles se veulent centrer sur le support aux familles, l'intégration sociale et la reconnaissance des ressources à l'intérieur du système familial.

L'équipe des deux auteurs composée d'un homme et d'une femme a rencontré vingt-quatre grands-parents dans leur résidence respective. Ces couples avaient tous des petits-enfants ayant une déficience intellectuelle. Six couples étaient des grands-parents maternels et six autres étaient des grands-parents paternels.

Au moment de l'entrevue, ces enfants avaient entre

six mois et treize ans et tous recevaient les services d'une éducatrice à domicile venant du centre de réadaptation Normand-Laramée. Ils sont soit de langue maternelle anglaise ou française et les entrevues ont été conduites de façon à respecter cette réalité québécoise. Le contact initial avait préalablement été fait par leurs enfants respectifs.

Ces entrevues, d'une durée variant de deux à trois heures, se sont poursuivies de façon semi-structurée, notre but premier étant d'être à l'écoute afin d'atteindre notre objectif d'une recherche d'abord qualitative. Le contenu des échanges a d'ailleurs été enregistré (avec la permission des grands-parents), afin d'assurer une transcription fidèle pour une analyse plus révélatrice des préoccupations et des besoins ressortants.

Il est à noter que la participation se devait d'être sur une base volontaire et dans le respect des disponibilités de chacun.

Les questions non formelles qui ont servi à l'entrevue ont été inspirées des thèmes qui se retrouvent au tableau 1.

DES GRANDS-PARENTS SE RACONTENT

Lors des visites à domicile, nous avons été témoins des émotions intenses qu'avaient vécu et que vivaient encore les grands-parents. Pour plusieurs, il s'agissait d'une première occasion de parler de leur expérience de grands-parents d'un enfant présentant une déficience intellectuelle. Au fil des entrevues, nous avons pris conscience du caractère unique du vécu de chaque couple de grands-parents. Bien que ces derniers partagent l'expérience d'un événement comparable, l'histoire de chacun est unique, compte tenu de leur histoire de vie, des conditions sociales et économiques qui balisent leur quotidien, et de leur engagement personnel avec leur progéniture. Ainsi, il est important d'éviter de généraliser à tous les grands-parents les éléments contenus dans ces entrevues.

LA MOSAÏQUE DES ÉMOTIONS

C'est une vision impressionniste de l'expérience de vie des grands-parents qui se dégage de l'ensemble des entrevues. Dès la naissance de l'enfant, et souvent avant même l'annonce d'un diagnostic spécifique, les grands-parents sont projetés dans un tourbillon qui bouleverse leurs anticipations, chamboule leur cœur, questionne leur rôle et leur lance d'importants défis. Les émotions ressenties par les grands-parents, tantôt témoins, tantôt acteurs, sont intenses et semblent si souvent contradictoires. Sur la route de leur engagement cohabitent des fiertés, des inquiétudes, de la colère, des moments de solidarité familiale, des bouffées d'espoir, des questions sans réponse et des silences troublants d'isolement ou d'impuissance.

Lors de chacune des entrevues, nous avons été touchés et fascinés par les polarités de souffrance et d'espoir. Les grands-parents se sont assis paisiblement avec nous. Ils ont ouvert avec plaisir et fierté leurs albums de photographies familiales.

Comment ont-ils été informés des déficits de l'enfant et du diagnostic initial? Quelles ont été leurs premières réactions, leurs plus grands défis adaptatifs en début de parcours? Plusieurs grands-parents ont mentionné avoir ressenti beaucoup d'inquiétude à la naissance de l'enfant présentant une déficience intellectuelle ou pendant les premiers mois. Avant même que des tests médicaux ne viennent confirmer les déficits, certaines grands-mamans avaient remarqué que leur petit(e)-fils (fille) avait quelque chose qui n'allait pas. La naissance de l'enfant présentant une déficience intellectuelle touche vivement les grands-parents :

- *«Quand mon garçon est arrivé ici, il m'a dit :*
- *«Maman, ça te tentes-tu de venir le voir?»*
- *Je lui ai dit : Bien sûr, je veux le voir! Sa femme, elle l'avait juste entrevue. Quand il m'a dit :*

Tableau 1

Liste de thèmes

1. LES ÉMOTIONS DES GRANDS-PARENTS :

- la révolte,
- la peine,
- l'inquiétude face à l'avenir,
- les préoccupations existentielles,
- la fierté.

2. LA REDÉFINITION DE LEUR RÔLE, DE LEUR PROJET DE VIE :

- la retraite,
- prendre sa place,
- préserver un espace pour la vie à deux.

3. LEURS BESOINS EN MATIÈRE DE SOUTIEN :

- besoin d'être impliqués plus tôt,
- besoin que l'on distingue clairement les responsables de parents et de grands-parents,
- besoin d'informations pertinentes,
- besoin d'accès à des personnes ressources à des moments clés.

4. LES ACQUIS, L'ENRICHISSEMENT, LES DÉFIS NOURRICIERS :

- repenser ses priorités de vie,
- questionner ses valeurs personnelles et sociales,
- s'engager et redécouvrir ses propres enfants.

5. LES DIFFÉRENCES INDIVIDUELLES, LES LIMITES ET DISPONIBILITÉS :

- différences quant à l'adaptation,
à la souplesse,
aux types de liens familiaux.

- *«Il y a ça, il y a ça, il y a ça»,*
- *Je lui ai dit : Donne-le donc au bon Dieu. Je regrette aujourd'hui d'avoir dit ça. Sur le coup, ça fait tellement mal. Ça été ma réaction. Quand je l'ai vu, c'était encore pire: il était comme un petit poulet qui essaie de vivre. Il était tout branché. Il courait après son souffle. Même aujourd'hui, mon mari ne le prend pas. Mais finalement, aujourd'hui, ils sont récompensés. Le petit est aimé. C'est triste, mais eux autres sont tellement fiers de l'avoir. Ils l'aiment comme il est. Il nous le rend bien parce qu'il est bien affectueux. Il est content de nous voir. C'est ça qui est plaisant. Il n'est pas malheureux. Il veut se faire faire des caresses.»*

Quelques grands-parents ont dit avoir ressenti de la révolte. Révolte contre les services, face aux médecins qui livraient des nouvelles confrontantes, ne pouvaient se prononcer de façon satisfaisante sur l'avenir de l'enfant; réactions fortes également face aux tests de dépistage (qui mettent dans la situation de devoir choisir l'avortement ou non), aux coupures et aux listes d'attente. Révolte aussi face à la façon dont s'est faite l'intégration en garderie. Ils affirment que ce sentiment demeure difficile à reconnaître et à exprimer.

La vie poursuit son cours. La peine, la colère et l'inquiétude ne sont pas toujours présentes mais elles peuvent resurgir à des périodes particulières ou dès qu'un événement les réactive.

- *«Cela me faisait de la peine pour mon garçon. C'est surtout pendant le temps des Fêtes. Les autres enfants de la famille développent leurs cadeaux. La petite, elle n'a pas de réaction. Il nous faut les déballer pour elle. C'est dans ces moments là que je suis dérangée. Au début, j'étais démoralisée même deux ou trois jours après sa visite.»*

Il peut arriver que des grands-parents cherchent à se protéger de la peine, espacent ou évitent des occasions de rencontre. Cet évitement génère toutefois de la

culpabilité. Au même titre que les parents, des grands-parents se questionnent sur leur compétence, sur leur façon de jouer leur rôle. Or, l'engagement direct auprès de l'enfant pourrait être entravé par un manque de sécurité personnelle, d'information ou de soutien :

- *«Je le garderais sûrement une journée, mais je ne sais pas si je serais capable. Je ne me sens pas à l'aise avec son épilepsie. Je l'aime beaucoup, mais... je me sens insécure. Je me sens maladroit avec lui.»*
- *«Si j'étais appelée à le garder, ça m'énervait. Je suis une personne qui, à la moindre petite chose, ne dort pas.»*

En fait les sources d'inquiétude sont nombreuses. Il y a d'abord celles qui concernent les parents de l'enfant présentant une déficience intellectuelle. Des grands-parents ont avoué s'inquiéter de la survie de la relation de couple des parents. Comment s'y prendront-ils pour s'ajuster? Auront-ils assez de services et d'occasions de répit? Vont-ils s'épuiser dans les activités de stimulation et les fréquentes visites chez des professionnels? Est-ce que la pression exercée sur eux et les fortes responsabilités parentales risquent de les désunir? Comment les soutenir sans s'ingérer? Disposeront-ils des moyens financiers essentiels? Les services qui leur sont disponibles actuellement seront-ils maintenus?

Les inquiétudes concernent également les petits-fils et petites-filles. Des préoccupations concernant tout spécialement l'avenir. Marchera-t-il un jour? Jusqu'à quel point pourra-t-elle se débrouiller toute seule? Saura-t-il dire non et se défendre face aux abus et aux dangers de la société?

Les grands-parents sont préoccupés par le respect des différences, par l'intégration de l'enfant. Certains défendent même l'enfant face à ses pairs. Enfin, certains grands-parents ont observé que des frères et soeurs des enfants présentant une déficience intellectuelle prenaient déjà beaucoup de responsabilités dans l'organisation de la vie familiale

et méritaient de pouvoir vivre davantage leur enfance.

Heureusement, la peine et l'inquiétude semblent apaisées par la force des liens familiaux. Les liens d'attachement se tissent et c'est avec beaucoup de chaleur et d'affection que les opportunités de contact avec l'enfant sont décrites. Une grand-maman nous parle de la réciprocité et de l'importance des liens affectifs.

- *«C'est une enfant qu'on chérit beaucoup. Peut-être un peu plus que les autres, mais elle a une place spéciale. Ces enfants là, ils ont quelque chose. Ils viennent nous chercher. Elle part et me dit :*

- *«Tu vas me manquer!»*

- *Les autres, disent simplement Bye grand-maman! Disons que c'est plus intense. Elle a été chanceuse de naître dans un foyer où elle reçoit beaucoup d'amour. Ça aide, je crois, au développement d'un enfant».*

«L'autre jour, je l'avais dans les bras, puis elle me regardait. Pour le fun, je lui dis : Comment tu me trouves? Et puis, elle me donne un bec. J'ai pensé qu'elle me disait : Je te trouve de mon goût. Elle est souriante. Elle sourit tout le temps.»

Un grand-papa ajoute :

- *«On en a pas mal de souvenirs agréables avec elle. Quand j'arrive chez elle avec ma camionnette et qu'elle ne me donne pas la chance de débarquer, elle saute sur moi et me dit :*

- *«Fais-moi un petit tour grand-papa».*

- *«Ça, c'est des moments bien particuliers».*

Il peut toutefois s'avérer difficile pour certains grands-parents d'exprimer leur fierté à d'autres grands-parents. Une grand-maman dit :

- *«On a le défi de se trouver une autre façon d'être fier de notre petit-fils... Nous, on apprend à regarder différemment. Bien sûr, cela a été un choc au départ. On s'est dit que l'on a eu un petit bébé, mais pas emballé comme les autres. Un petit bébé emballé différemment.. Bien sûr, cela vient nous toucher dans nos attentes, dans nos valeurs. Elle va nous faire peut-être apprécier des valeurs que l'on avait oubliées».*

Les entrevues ont également permis d'apprécier la souplesse adaptative des grands-parents. Ils ont été à même de faire connaître leurs appuis, leurs sources de motivation et d'encouragement. Les uns ont mentionné le plaisir de voir l'enfant évoluer en présence des autres petits-enfants de la famille élargie. Une communauté familiale source de fierté, de plaisir et de complicité. D'autres sont motivés par la force de caractère et les gentillesse de l'enfant présentant une déficience intellectuelle. D'autres encore, redécouvrent leurs propres enfants. Ils les voient s'acquitter de leurs responsabilités avec cœur et ténacité. Une leçon d'espoir, de positivisme et de vie.

- *«Ça nous amène à connaître les forces de nos enfants. (...)» - «Je ne le pensais pas patient. (...)» - «C'est un bon père.» Ou - «Voir l'amour entre mon fils et ma belle-fille.» - «C'est beau de les voir aller.»*

Enfin, certains grands-parents ont donné une trajectoire nouvelle à leur retraite en s'engageant activement dans des activités de gardiennage, de soutien affectif et concret à la jeune famille.

Lors des moments de crise ou de transition, les couples de grands-parents s'adaptent sans échapper tout à fait à la modélisation antérieure de leur relation. Il est probable que les enjeux adaptatifs mobilisés par une telle expérience de vie puissent exacerber certaines des caractéristiques du fonctionnement des couples de grands-parents. Ainsi, par exemple, pour certains couples de grands-parents, il peut s'avérer difficile de partager des préoccupations et des émotions si l'un ou l'autre des

conjoints n'est pas prêt à en entendre parler, se sent alors trop vulnérable ou menacé. Il n'est pas toujours facile de partager ses inquiétudes.

Une grand-maman nous raconte :

- *«Elle a manqué d'oxygène quand elle est née. Tout de suite, je me suis dit : J'espère qu'elle n'aura pas de séquelle. Tranquillement, on voyait que... on espérait toujours. Mon mari, lui, il disait :*
- *«Ben non, elle est correcte.»*
- *Mais on s'en est aperçu. Mon fils en parlait pas. On n'osait pas en parler. Mois, j'étais inquiète. Je me réveillais la nuit, j'en parlais avec mon mari, mais lui, il voulait pas. Il disait :*
- *«Non, elle va être correcte.»*
- *Alors je retournais dans mon silence. Ça c'était dur. Ça arrivait la nuit que je me réveillais et que je pensais à ça.»*

D'autres grands-parents se sentent le devoir d'être forts, solides et rassurants pour leurs enfants. Un couple nous dit :

- *«J'aimerais ça parler avec d'autres grands-parents. Tu oseras pas parler avec tes enfants. Nous autres, on se disait : On n'est pas pour arriver en larmes. Nos appréhensions, on va pas leur garrocher ça là. Il faut avoir de la force pour qu'ils puissent s'appuyer sur nous autres. Au moins, parler ici. Vider nos affaires ici. Ils ont des choses à vivre. Nous autres, on doit être capable de vivre nos inquiétudes sans trop tirer sur nos enfants. Être plus aidants que de faire partie du problème.»*

Pour les grands-parents, les croyances religieuses et le fait de prendre la vie un jour à la fois constituent des alternatives soutenantes.

- *«On voit son évolution, alors je lui fais confiance*

(à la petite fille) et je fais confiance à ceux qui vont l'éduquer, à son ange gardien et à Celui d'en haut. Il faut bien! Autrement, ce serait décourageant.»

Les intervenants sont indéniablement confrontés à des défis considérables. Comment accueillir et tolérer tant d'intensité émotionnelle? Comment respecter le style de communication et l'autonomie des familles? Comment inviter les grands-parents à préciser leurs attentes? Comment faciliter l'engagement naturel des grands-parents sans formaliser et institutionnaliser cette participation?

Plusieurs participants de la recherche ont manifesté le désir de briser le silence et l'isolement, de partager leurs interrogations, leurs réussites et leurs difficultés. La réalité n'est pas si simple. Prendre soin de soi en évitant de remuer les fragilités, prendre soin des autres en évitant de réactiver les espaces blessés de leur monde intérieur. Parler à son conjoint, à ses enfants, à des intervenants, à d'autres grands-parents qui vivent une situation semblable?.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Les témoignages des grands-parents confirment l'intensité de leur engagement. Ils soulignent également que notre action auprès d'une génération a des impacts sur les autres générations de la famille. Les pistes tracées sont très stimulantes.

L'analyse qualitative des informations recueillies nous invite à reconnaître la nécessité et la pertinence de soutenir ceux qui soutiennent. Il s'avère essentiel de mieux parvenir à prévenir les situations de détresse ou de forte anxiété par un soutien aux personnes significatives engagées auprès de l'enfant et des parents. Il importe donc d'aider les proches et en particulier les grands-parents par l'écoute attentive, le partage des connaissances et les échanges sur les questions qui les préoccupent. Les grands-parents souhaitent obtenir de l'information le plus tôt possible et se sentent davantage rassurés lorsqu'ils parviennent à comprendre la nature des déficits de

l'enfant. Ils cherchent à découvrir les conditions pouvant faciliter l'adaptation des parents et des petits-enfants.

Les intervenants gagneraient à accentuer leurs efforts pour reconnaître et soutenir les compétences des grands-parents. Il est certainement essentiel de permettre que l'engagement des grands-parents puisse s'avérer le plus constructif possible (Sandler *et coll.*, 1995). Des auteurs ont décrit des stratégies visant à promouvoir une plus grande participation des grands-parents (George, 1988; Meyer et Vadasy, 1986; Vadasy *et coll.*, 1986). Cet engagement ne gagnerait pas à être forcé ou institué comme une voie unique et obligatoire. Les grands-parents tiennent à maintenir la distinction entre leur rôle et celui qu'ils ont joué précédemment en tant que parents. Ils sont sources de soutien affectif et concret mais la pendule de leur vie n'est généralement plus à l'heure du parentage. Ils traversent eux aussi des espaces neufs et concoctent des projets bien mérités, bien à eux.

Les membres de la famille élargie ont sans doute fréquemment besoin d'être informés sur les délais développementaux et les défis adaptatifs majeurs rencontrés par l'enfant présentant une déficience intellectuelle.

Le recours à des groupes d'échange et de soutien s'adressant aux proches pourrait permettre à des grands-parents de partager leurs réactions émotionnelles et leurs préoccupations face aux limites de l'enfant. De plus, ils pourraient être davantage soutenus dans leur initiative (George, 1988).

Les conclusions qu'ont retirées les auteurs de leurs lectures et entrevues, sont que les besoins des membres de la famille élargie devraient idéalement être considérés comme partie intégrale du plan d'intervention des enfants présentant une déficience intellectuelle.

Quand nous considérons par exemple les besoins de répit ou même d'assistance à l'intégration sociale de la famille, pourquoi ne pas regarder attentivement dans la famille élargie... pourquoi pas les grands-parents?

En conséquence, les professionnels se doivent d'explorer attentivement les multiples modalités de soutien informatif, émotionnel ou instrumental potentiellement accessible à la famille immédiate en regardant «vers la famille élargie».

ROLES OF GRANDPARENTS OF DISABLED GRAND-CHILDREN WHO HAVE A MENTAL RETARDATION

This study addressing the role of grandparents of the disabled child includes a review of the literature pertaining to this subject and a qualitative analysis resulting from interviews with twenty four grandparents. This permitted us to ascertain the myriad of emotions, concerns and needs experienced by grandparents with regard to their sons and daughters and grandchildren.

We discovered the potential contributions that grandparents can offer to families of disabled children as well as the personal strategies which they have found effective in dealing with their reality.

These valuable resources are often overlooked by professionals.

BIBLIOGRAPHIE

- DUNST, C.J. & TRIVETTE, C. (1987) Enabling and empowering families : Conceptual and intervention issues. *School Psychology Review*, 16(4), 443-456.
- DYSON, L., FEWELL, R. (1986) Stress and adaptation in parents of young handicapped and nonhandicapped children : a comparative study. *Journal of the Division of Early Childhood*, 10, 1, 10-24.
- GAYTON, W.F. (1975) Management problems of mentally retarded children and their families. *Pediatric Clinics of North America*, 22(3), 561-581.
- GEORGE, J. (1988) Therapeutic intervention for grandparents and extended family of children with development delays. *Mental Retardation*, 26, 6, 369-375.
- GERVER, J.M. (1983) A grandparent's view. *Children Today*, 12, 12-13.
- MEYER, D., VADASY, P. (1986) *Grandparents workshops:: how to organize workshops for grandparents of children with handicaps*. Seattle: University of Washington Press.
- ROEMIS, J.C. (1980) The role of grandparents in adjustment to epilepsy. *Social Work in Health Care*, 6, 37-43.
- SANDLER, A.G., WARREN, S.H., RAVEN, S.A. (1995) Grandparents as source of support for parents of children with disabilities : a brief report. *Mental Retardation*, 33, 4, 248-250.
- SELIGMAN, M., DARLING, R. (1989) *Ordinary Families, Special Children : A System Approach to Childhood Disability*. New York : Guilford Press.
- SHAPIRO, J. (1988) Stresses in the lives of parents of children with disabilities : providing effective caregiving. *Stress Medecine*, vol. 4, 77-93.
- SONNECK, I.M. (1986) Grandparents and the extended family of handicapped children. In R.R. Fewell and P.F. Vadasy (Eds.), *Families of handicapped children*. Austin, Texas : Pro Ed.
- TURNBULL, A.P., TURNBULL, H.R. (1990) *Families, Professionals and Exceptionality : A Special Partnership*. (2nd ed.). Columbus, Ohio : Merrill.
- TRUTE, B., HAUCH, C. (1988) Building on family strength : a study of families with positive adjustment to the birth of a developmentally disabled child. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 2, 185-193.
- VADASY, P.F., FEWELL, R.R., MEYER, D.J. (1986) Grandparents of children with special needs : insights into their experiences and concerns. *Journal of the Division of Early Childhood*, 10, 36-44.
- WAISBREN, S.E. (1980) Parents' reactions after the birth of a developmentally disabled child. *American Journal of Mental Deficiency*, 84, 345-351.

L'ÉMERGENCE DE LA LECTURE CHEZ DES ENFANTS PRÉSENTANT DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT

Lise Saint-Laurent et Jocelyne Giasson

L'objectif de la présente étude est d'explorer l'effet d'un programme de stimulation à l'émergence de la lecture auprès d'enfants présentant une déficience intellectuelle. Appliqué en milieu familial pendant deux ans auprès de 8 enfants d'âge préscolaire, le programme comprend trois composantes principales: "le modèle", "l'exploration" et "l'interaction avec l'adulte". Les sujets ont été recrutés au sein de deux centres de réadaptation. Les prises de mesure ont eu lieu à cinq reprises pendant les deux années d'expérimentation du programme et les variables à l'étude étaient les attitudes envers la lecture et différentes habiletés d'émergence de la lecture. Les graphiques illustrant l'évolution individuelle des comportements reliés à l'émergence en lecture des sujets révèlent des progrès tant au niveau des attitudes envers la lecture qu'au niveau des différentes habiletés d'émergence de la lecture.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, peu d'études se sont centrées sur l'apprentissage de la lecture auprès des enfants présentant une déficience intellectuelle. De plus, jusqu'à présent, les champs de recherche de la déficience et de la lecture ont plutôt évolué en parallèle, sans que les données de recherche en lecture soient intégrées aux études en déficience intellectuelle. En effet, les études qui portent sur la lecture auprès de ce type d'enfants sont souvent réalisées dans un contexte d'enseignement traditionnel (Katims, 1994). Au niveau préscolaire, la notion de préalables (reading readiness) est encore populaire dans les études en déficience intellectuelle (Koppenhaver, Coleman, Kalman, & Yoder, 1991). Pourtant, depuis 1980, le concept «d'émergence de la

lecture» remplace celui des préalables à la lecture. Ce nouveau concept réfère aux premières phases dans le développement de la lecture, période entre la naissance et le début de l'apprentissage formel de la lecture et de l'écriture (Sulzby & Teale, 1991). Il suppose que le développement des habiletés en lecture commence avant que le jeune enfant apprenne à lire et à écrire à l'école. À ce jour, quelques études seulement ont exploré l'effet de la stimulation à l'émergence de la lecture chez des enfants présentant un déficit intellectuel, et cela, dans le contexte scolaire. Celles-ci donnent des indications intéressantes au sujet de l'effet d'un tel type de programme et encouragent à poursuivre les travaux dans ce domaine.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude qui vise à explorer l'effet de la stimulation à la lecture émergente, cette fois dans le milieu familial. Son originalité repose sur l'homogénéité de son échantillon, l'intervention en milieu familial et la mesure de l'évolution de plusieurs comportements de l'émergence de la lecture sur une période de deux ans. En faisant interagir ces éléments, nous avons voulu mesurer l'influence qu'ils pouvaient exercer

Lise St-Laurent et Jocelyne Giasson, Université Laval, Québec, Groupe de Recherche en Intervention auprès des Élèves en Difficulté (GRIED).

Cet article a fait l'objet d'une présentation au IV^e Congrès de l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales (Mons, 6-8 juillet 1995).

sur l'évolution des comportements d'émergence.

MÉTHODE

Sujets

Les huit enfants qui ont participé à la présente étude ont été recrutés au sein de deux centres de réadaptation. Les sujets (quatre garçons et quatre filles) étaient âgés entre 4 et 6 ans et présentaient une déficience intellectuelle telle que révélée par l'échelle de développement de Harvey (1984). Le tableau 1 présente les caractéristiques de chaque sujet.

Programme

Le programme d'intervention expérimenté fut appliqué en milieu familial durant 16 mois, soit de novembre '92 à mai '93 et de septembre '93 à juin '94. Suite aux sessions d'entraînement, la supervision de son application par les parents était assurée par l'éducateur du centre de réadaptation responsable de l'en-

fant. Le programme comprend trois composantes principales: le modèle, l'exploration et l'interaction avec l'adulte.

Le modèle

Un enfant deviendra conscient de l'importance de la lecture et du langage écrit en général dans la mesure où il voit les membres de sa famille effectuer des activités de lecture. Voici des exemples de situations où il peut développer une conscience des différents usages de la lecture: (1) démontrer l'utilité de la lecture (lire un mode d'emploi à voix haute en présence de l'enfant; (2) expliquer à l'enfant que les journaux ou autres documents fournissent telles informations; (3) expliquer pourquoi les messages ou listes d'achats sont écrits; (4) montrer à l'enfant notre propre intérêt pour une lecture (revue, roman, etc.); (5) montrer à l'enfant que ses vêtements ou autres objets sont identifiés à son nom; (6) tirer partie de toute situation naturelle où l'enfant peut devenir conscient de la présence et de l'utilité du langage écrit.

Tableau 1

Caractéristiques des sujets

Sujets	Âge chronologique (mois)	Quotient développemental	Fréquentation de la maternelle	Application du programme par les parents
1	58	0,78	Non	19,67
2	52	0,67	Non	22,22
3	62	0,68	Non	17,00
4	75	0,80	Oui	25,78
5	72	0,63	Non	21,67
6	72	0,76	Oui	26,67
7	77	0,86	Oui	23,33
8	83	0,58	Oui	16,89

L'exploration

L'exploration au niveau de la lecture signifie que l'enfant manipule, regarde, examine, joue avec du matériel, essaie de lire, etc. Pour cela, il doit avoir accès en permanence à divers objets comme des livres, revues, papier, crayons, etc.

Interaction avec un adulte

Le simple fait de voir d'autres lire n'est pas suffisant pour développer des connaissances au sujet du langage écrit. Il est nécessaire que l'enfant interagisse avec un lecteur expert qui lui pose des questions, lui donne des explications. Différents types d'interventions ont été suggérés aux parents avant, pendant et après la lecture.

Instruments de mesure

Échelle d'émergence de la lecture

Cette échelle vise à mesurer l'évolution des comportements de l'émergence de la lecture. Elle fut administrée à cinq reprises pendant les deux années d'expérimentation du programme.

Échelle d'application du programme

Cette échelle fut administrée à chaque mois durant l'expérimentation afin d'évaluer le degré d'application du programme par les parents.

RÉSULTATS

Analyse descriptive

Cette étude revêt un caractère exploratoire. Une analyse descriptive des résultats obtenus par les sujets a d'abord été effectuée. Le tableau 2 présente donc les moyennes et écarts-types pour chacun des items de l'échelle d'émergence de la lecture lors des cinq prises de mesure.

Évolution de l'ensemble des sujets

Afin de mieux visualiser l'évolution des enfants entre le début et la fin de l'expérimentation, la figure 1 présente un histogramme illustrant en pourcentage les moyennes obtenues par l'ensemble des sujets lors des cinq prises de mesures. Les résultats sont regroupés sous trois volets. Les deux premiers concernent les variables d'attitudes et d'habiletés qui nous apparaissent essentielles à considérer, étant donné l'état actuel des recherches et l'objectif de cette étude. Le troisième volet porte sur la variable «parler comme un livre» (pretend reading). Dans une étude antérieure, des progrès significatifs ont été obtenus sur cette variable après l'application, pendant un an, d'un programme de stimulation à l'émergence de la lecture (Saint-Laurent, Giasson, & Couture, 1993).

Évolution individuelle des sujets

La figure 2 présente sous forme de graphiques l'évolution individuelle des comportements de l'émergence de la lecture des sujets.

De façon générale, les résultats démontrent que les enfants ont réalisé des progrès entre le début et la fin de l'expérimentation, tant au niveau des attitudes et des habiletés en lecture qu'au niveau de la variable «parler comme un livre». Toutefois, cinq des huit sujets participant à l'étude manifestent une régression lors de la troisième prise de mesure. Ce résultat peut s'expliquer par le moment de l'année où a eu lieu cette cueillette de données, soit au début de la seconde année de l'expérimentation. De retour d'une longue période de vacances, il est normal que les enfants manifestent peut-être moins d'intérêt envers la lecture qu'en plein cœur d'année scolaire, où l'implication et les interventions de la part des parents sont beaucoup plus assidues.

D'autre part, aucune relation significative n'est observée entre le quotient de développement et les comportements associés à l'émergence de la lecture. Ainsi, les sujets présentant un quotient plus élevé

Tableau 2

Moyennes et écarts-types obtenus aux items de l'échelle d'émergence de la lecture

Items	Temps 1		Temps 2		Temps 3		Temps 4		Temps 5	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Intérêt envers les livres (3 pts)	2,5	0,9	2,9	0,3	2,9	0,3	3,0	0,0	3,0	0,0
Utilisation du livre (2 pts)	1,5	0,5	1,6	0,7	1,9	0,3	2,0	0,0	2,0	0,0
Utilisation du livre (3 pts)	1,5	1,3	2,4	0,8	2,2	1,0	2,8	0,7	3,0	0,0
Intérêt à se faire lire une histoire (6 pts)	4,0	2,2	5,0	1,1	5,9	0,3	5,8	0,7	6,0	0,0
Participation active durant la lecture (3 pts)	1,9	1,3	2,2	0,8	2,2	0,7	2,9	0,3	3,0	0,0
Parler comme un livre (5 pts)	1,5	1,1	2,5	0,5	2,4	0,7	2,8	0,4	3,1	0,9
Connaissance des concepts de l'écrit (9 pts)	0,0	0,0	0,8	1,4	0,8	2,0	1,1	2,1	2,2	2,9
Orientation de la lecture (3 pts)	0,5	1,0	1,2	1,2	2,0	1,1	22,5	0,7	2,6	0,7
Correspondance oral-écrit (6 pts)	0,4	0,7	0,9	1,5	0,5	0,9	1,9	1,8	2,8	2,6
Vocabulaire visuel (10 pts)	2,9	2,8	3,5	2,7	3,6	2,4	4,8	2,6	5,5	2,4
Reconnait son prénom (1 pt)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,9	0,3	0,9	0,3	1,0	0,0
Habilités à écrire (8 pts)	5,6	3,6	8,2	5,6	8,9	5,3	10,0	5,4	10,8	5,1
Fonction de la lecture (10 pts)	1,2	3,3	2,4	3,4	4,8	4,8	6,6	4,3	7,0	4,2

Note: n = 8

Figure 1

Évolution des variables, attitudes, habiletés et parler comme un livre

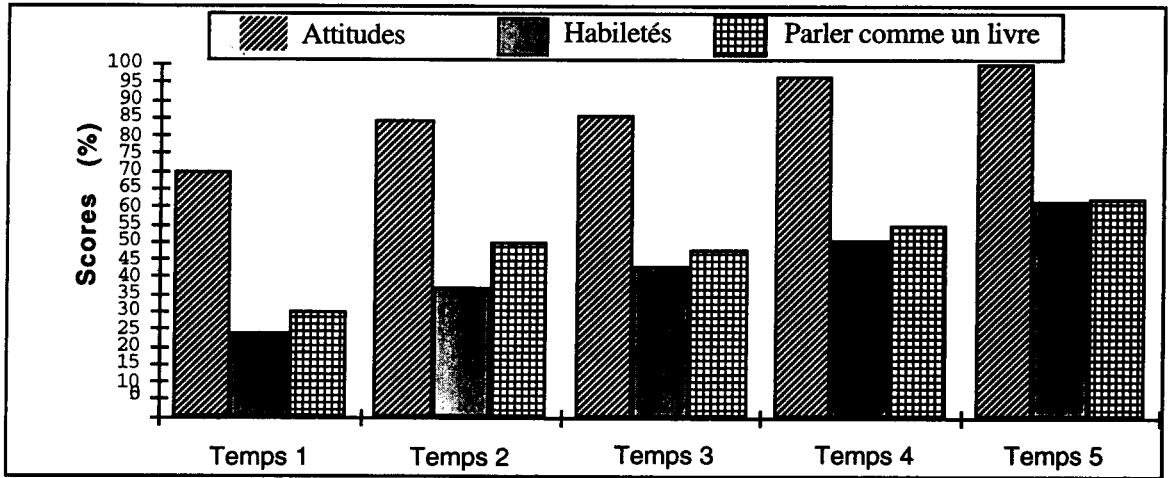
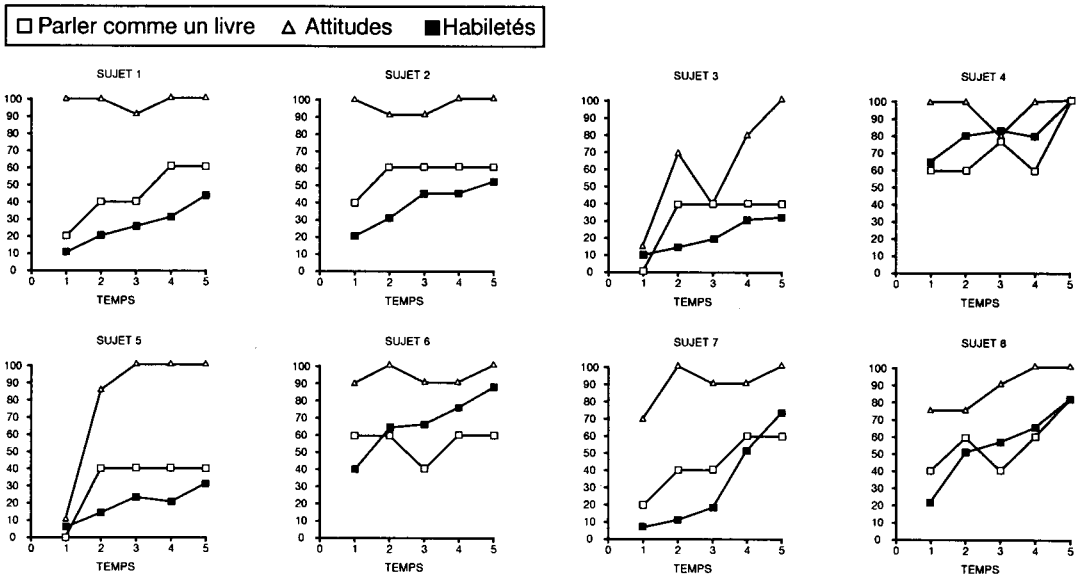


Figure 2



n'obtiennent pas nécessairement des scores supérieurs et leur progression ne s'effectue pas plus rapidement.

Par ailleurs, les deux enfants présentant les résultats les plus élevés au niveau des attitudes et des habiletés fréquentent tous les deux la maternelle. Toutefois, il ne semble pas que de façon générale, les sujets qui fréquentent l'école développent de meilleures attitudes vis-à-vis la lecture, possèdent davantage d'habiletés ou obtiennent un score plus élevé à la variable «parler comme un livre».

En plus de fréquenter la maternelle, des deux sujets présentant les scores les plus élevés pour les trois variables à l'étude sont également ceux dont les parents se sont le plus impliqués tout au long de l'expérimentation. Il est intéressant de noter à cet égard que pour l'ensemble des élèves, plus la cote d'application du programme par les parents est élevée, meilleurs sont les résultats au niveau des habiletés. Les effets positifs ressortant de l'application du programme sont d'ailleurs nombreux, tant au niveau des attitudes, au niveau des habiletés qu'en ce qui concerne la variable «parler comme un livre».

Attitudes

Deux enfants présentent très peu d'attitudes positives en début d'expérimentation, mais terminent avec des scores parfaits de 100%. Les autres sujets qui ont déjà des attitudes positives envers la lecture au commencement de l'expérimentation tendent tout de même à les augmenter. Pour l'ensemble des sujets, ce programme de stimulation aux comportements de l'émergence de la lecture a donc été favorable au développement d'attitudes positives vis-à-vis la lecture.

Habiletés

La majorité des élèves débutent l'expérimentation

avec très peu d'habiletés. Toutefois, quel que soit le niveau auquel ils se situent au départ, des progrès s'observent chez l'ensemble des sujets à la fin de l'expérimentation.

Parler comme un livre

Les résultats démontrent dans un premier temps que plus de la moitié des sujets commencent l'expérimentation au bas de l'échelle. Leur progression, quoique présente, atteint généralement un plateau à l'une ou l'autre des prises de mesures. En ce qui concerne les autres sujets, leur score initial est plus élevé mais leur progression moins constante. Toutefois, de façon générale, il apparaît que le programme expérimenté dans la présente étude a favorisé le développement de la capacité des enfants à assimiler les caractéristiques du langage écrit pour les reproduire dans leur comportement.

CONCLUSION

Le programme expérimenté dans le cadre de la présente étude se base sur les plus récents développements en émergence de la lecture. Les résultats obtenus démontrent qu'en enrichissant les activités de lecture dans l'environnement familial, les comportements de l'émergence de la lecture sont favorisés chez des enfants présentant un déficit intellectuel, et cela, peu importe le degré du handicap. Les attitudes envers la lecture s'améliorent pour chaque sujet. De plus, bien que les connaissances à propos de la lecture varient d'un sujet à l'autre au début de l'expérimentation, il y a une amélioration des habiletés pour la majorité des enfants impliqués. Étant donné l'importance des comportements de l'émergence de la lecture lors de son apprentissage à l'école, ce domaine de recherche, avec des enfants présentant des déficits intellectuels de modérés à sévères, devrait être davantage étudié.

BIBLIOGRAPHIE

- HARVEY, M. (1984) *L'échelle de développement Harvey* [The Harvey scale of development]. Montréal: Behaviora.
- KATIMS, D. S. (1994) Emergence of literacy in preschool children with disabilities. *Learning Disability Quarterly*, vol. 17, pp. 58-68.
- KOPPENHAVER, D. A., COLEMAN, P. P., KALMAN, S. L., YODER, D. E. (1991, Septembre) The implications of emergent research for children with developmental disabilities. *American Journal of Speech and Language Pathology*, pp. 38-44.
- SAINT-LAURENT, L., GIASSON, J., COUTURE, C. (1993) *Emergent literacy of children with intellectual disabilities*. Communication présentée au 57e congrès annuel de l'American Association on Mental Retardation Northeast Region X, Burlington, VE.
- SULZBY, E., TEALE, W. (1991) Emergent literacy. In R. Barr, M.L. Kamil, P. Mosenthal et D. Pearson (Eds.), *Handbook of reading research (vol. 2)*, pp. 727-757. New York: Longman.

LES INTERVENTIONS D'UN CENTRE DE RÉADAPTATION AUPRÈS DE PARTENAIRES LOCAUX: UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Suzanne Carrier et Daniel Fortin

À l'heure de la communautarisation des services, cette étude empirique identifie les partenaires et les ressources du territoire rejoints par le personnel d'un centre de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle, ainsi que les motifs de ces interventions. Le *soutien* est le motif d'intervention le plus fréquemment observé, particulièrement à l'intérieur du *réseau institutionnel* et du *secteur privé*, auprès des *intervenants formels* et des *aidants*. D'autres motifs d'intervention sont aussi relevés auprès des ressources et des partenaires, suggérant une évolution de l'établissement vers une pratique proactive pour accroître l'intégration sociale des personnes.

PROBLÉMATIQUE

En continuité avec le courant de désinstitutionalisation des dernières années, le développement de services selon une approche communautaire suscite l'intérêt croissant dans les centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle. La perspective communautaire apparaît une option intéressante pour accompagner ces personnes dans leur démarche d'intégration sociale (Carrier *et al.*, 1996), laquelle implique tous les membres d'une communauté et ne peut se faire uniquement par l'apport d'un établissement ayant une responsabilité spécifique à cet égard (Payette *et al.*, 1987).

La communautarisation des services pour personnes présentant une déficience intellectuelle coïncide aussi avec l'émergence de nouvelles pratiques sociales

axées sur le partenariat des établissements publics avec les ressources locales dans la recherche de solutions face aux besoins exprimés par des membres de la communauté. Toutefois, le renouvellement des pratiques selon une perspective communautaire est surtout documenté dans le domaine de l'intervention en santé mentale (Hurteau *et al.*, 1993) mais sans pour autant référer à un modèle unique (Mercier *et al.*, 1995). Plusieurs écrits spécialisés portent sur l'intervention communautaire en CLSC (Favreau *et al.*, 1993; Lachapelle, 1994; Panet-Raymond, 1993; Gingras, 1992b; Bourque, 1985). Ces ouvrages demeurent généralement de nature théorique et peu informatifs, d'un point de vue empirique, de la pratique communautaire des intervenants. En ce qui a trait à l'intervention auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle, il y a absence de modèle articulant une pratique communautaire et absence de recherche empirique. Dans la perspective d'une communautarisation des services dans ce secteur, il devient nécessaire d'examiner la pratique actuelle, de manière à permettre aux intervenants de réfléchir subséquentement aux modifications à lui apporter. Cet examen de la pratique apparaît d'autant pertinent que, comme le mentionne Vandal (1994), les expériences

Suzanne Carrier, étudiante au doctorat, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, membre du LAREHS; Daniel Fortin, Ph.D., professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, membre du LAREHS, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal, H3C 3P8.

de partenariat qui caractérisent l'approche communautaire sont bien différentes d'un secteur d'intervention à l'autre. Cette étude veut identifier les ressources et les partenaires du territoire rejoints par le personnel d'un centre de réadaptation pour personnes vivant avec une déficience intellectuelle, ainsi que les motifs des interventions effectuées pour favoriser leur implication dans l'accompagnement et l'intégration sociale des personnes. Ce portrait vise à savoir jusqu'où le personnel est impliqué dans de telles interventions et si celles-ci sont de nature proactive. Il veut également permettre d'apprécier si les interventions sont effectuées concurremment à des actions visant un accompagnement individualisé des personnes ou davantage orientées vers une mise en commun de leur vécu.

Cadre théorique

Une recension de la documentation fait ressortir trois aspects importants à considérer pour l'étude des interventions du personnel avec la communauté: les ressources rejoints, les partenaires contactés et le motif des interventions. Ces trois dimensions, qui se subdivisent en éléments plus spécifiques, servent de cadre théorique à l'étude. Elles sont présentées dans les lignes qui suivent.

Les ressources rejoints

Les ressources où sont contactés les partenaires constituent un premier aspect à considérer dans l'étude des interventions. En effet, l'approche communautaire conduit à des interventions qui font appel aux ressources informelles et formelles d'une communauté, dans le but d'accroître la capacité de cette dernière de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de ses membres tout en travaillant à l'augmentation de la solidarité et de la coopération (Gingras, 1992b). À cette fin, selon Gingras, la mobilisation de *ressources institutionnelles* est souvent concomitante à celle de ressources non institutionnelles. En fait, une des stratégies de l'approche communautaire consiste, pour l'institution, à établir des relations avec les groupes et les *ressources communautaires* (Gingras, 1992b), tout en

misant sur leur potentiel en ce qui a trait à la solution des problèmes de santé et sociaux (Bourque, 1985). La communautarisation inhérente à la Réforme des services sociaux et de santé s'actualise par un accroissement des interrelations entre les groupes communautaires et le réseau public (Mercier *et al.*, 1995; Panet-Raymond, 1994).

Par ailleurs, des *instances de concertation* peuvent aussi être investies par le personnel. Lorsque la collaboration entre les ressources vise la mise en place concertée de nouveaux services, l'initiative et les orientations proviennent d'une table de concertation à laquelle participent des organismes et des établissements publics (Panet-Raymond, 1994). De plus, dans le transfert de ressources des institutions curatives lourdes vers des ressources plus légères et moins coûteuses, l'arrimage entre les secteurs public et communautaire prend toute son importance (Vaillancourt, 1994). Enfin, Favreau *et al.* (1993) remarquent un travail des instances de concertation avec des ressources du milieu antérieurement ignorées ou rejetées, comme les autorités municipales, les écoles, les Caisses populaires. À cela s'ajoutent des situations de partenariat avec les syndicats et le secteur privé, lesquelles apparaissent comme une autre manière de faire avancer les choses.

Le *secteur privé* constitue ainsi un type de ressources appelées à être rejoints par les intervenants. À cet égard, depuis le début des années quatre-vingts, les centres de réadaptation sollicitent la participation volontaire d'entreprises dans la mise en place de stages et d'activités d'intégration en milieux de travail (Carrier *et al.*, 1993; Carrier *et al.*, 1991). Enfin, le *voisinage des personnes* constitue une autre ressource susceptible d'être mise à contribution. Le voisinage, qui présente l'avantage d'être disponible en tout temps (Guay, 1984), n'est pas étranger au bien-être et à l'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle (Bouchard *et al.*, 1996).

Ainsi, les organisations *institutionnelles, communautaires* et *privées*, de même que les *instances de concertation* et le *voisinage* sont,

d'après les écrits spécialisés, autant de ressources susceptibles d'être rejointes par le personnel des établissements dans le cadre de la communautarisation des services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Les partenaires contactés

Pour la solution des problèmes rencontrés, l'approche communautaire préconise, à l'intérieur des ressources rejointes, la mobilisation de divers partenaires souvent présents dans l'entourage immédiat de la personne en situation de besoin. Celle-ci n'est jamais considérée comme isolée (Gingras, 1992b). Cependant, dans les réseaux sociaux souvent très petits et homogènes des personnes ayant une déficience intellectuelle, les *amis* et les amoureux sont peu nombreux, tandis que les intervenants occupent une place prépondérante (Bouchard *et al.*, 1996). À cause de cela, ces derniers demeurent encore particulièrement susceptibles d'être mobilisés dans le soutien des personnes.

Des aidants naturels et des bénévoles peuvent également être sollicités pour l'accompagnement des personnes. Les *aidants* sont des personnes énergiques qui aiment s'occuper des autres, qui ne se lassent jamais d'écouter, mais qui ne sont pas nécessairement efficaces à l'extérieur de leur réseau ou des personnes qu'elles choisissent d'aider (Guay, 1984). Quant aux *bénévoles*, ils donnent un service sans attente de réciprocité, ce qui incite les gens à se sentir plus à l'aise dans leur rôle de dépendants (Guay, 1984). L'auteur ajoute que le bénévolat est la forme la moins naturelle d'aide non professionnelle, compte tenu qu'il s'agit d'un travail, lequel est, de plus, généralement effectué à l'extérieur du milieu naturel.

En résumé, les écrits spécialisés font mention de divers *partenaires* appelés à être contactés dans le cadre de la communautarisation des services: les *intervenants formels*, les *aidants naturels* et les *bénévoles*, les *aidants*, les *amis* des personnes.

Les motifs d'intervention

Une gamme de motifs colore les interventions auprès des partenaires de la communauté. Un premier motif concerne la connaissance de la communauté (Gingras, 1992a) et du fonctionnement des organismes et des établissements (Panet-Raymond, 1994). L'acquisition de ces connaissances est déterminante dans le processus de communautarisation et, selon Gingras (1992a), elle revient à l'ensemble des intervenants plutôt qu'à des organisateurs communautaires attirés. En plus de l'*exploration de la communauté*, les intervenants sont également appelés à faire des interventions de *promotion* auprès des partenaires. Les organismes publics et communautaires ont du travail à faire pour être connus et reconnus dans leur réseau respectif (Vandal, 1994).

La *concertation* est un autre motif d'intervention auprès des ressources de la communauté. En effet, dans un contexte de partenariat, une partie des efforts du personnel est orientée vers la création d'ententes, de contrats ou de protocoles, lesquels doivent être librement consentis (Vandal, 1994). Une concertation conflictuelle permet l'arrimage entre les secteurs public et communautaire dans le respect de l'identité et des objectifs de chacun (Vaillancourt, 1994). L'intervention auprès des partenaires du milieu peut aussi viser le *développement* de projets collectifs, basés sur une identification de besoins communs à plusieurs membres de la communauté (Gingras, 1992b).

Par ailleurs, Boutet *et al.* (1993) estiment que les intervenants ont un rôle à jouer pour favoriser l'harmonisation des rapports entre les personnes présentant une déficience intellectuelle et les membres de la communauté. Cela n'est pas sans suggérer des interventions visant à *sensibiliser* et à soutenir les partenaires à l'égard des personnes vivant avec une déficience intellectuelle.

L'approche communautaire préconise le partage des responsabilités entre les intervenants et les membres

de la communauté, de même que le recours aux réseaux informels d'aide (Hurteau *et al.*, 1993). Par conséquent, le maintien de l'intégration sociale des personnes implique le développement de différents types de *soutien* dans la communauté, notamment un soutien professionnel accru auprès des aidants naturels (Politique de la Santé et du Bien-être, 1992) et des bénévoles (Guay *et al.*, 1992). Dans ce contexte, l'expertise de chacun est valorisée et perçue comme nécessaire dans l'atteinte des objectifs (Gingras, 1992b). Ainsi, les interventions de soutien constituent une partie du travail du personnel de manière à ce que les partenaires maintiennent leur implication auprès des personnes.

L'approche communautaire requiert aussi que l'intervenant soit moins dans son bureau et plus présent sur le terrain pour se rapprocher de l'ensemble de la communauté locale (Favreau *et al.*, 1993). Une telle *présence* permet aux gens de parler informellement à celui-ci de leurs difficultés. Ainsi, il peut davantage aider à prévenir l'éclatement d'une crise, ou encore mettre plus facilement en relation des personnes vivant des situations similaires, ce qui favorise l'entraide (Gingras, 1992b).

Ainsi, une série de *motifs* peuvent caractériser les interventions auprès de partenaires locaux: *exploration* du territoire, *promotion* des services, *concertation* autour d'objectifs et *développement* de projets collectifs. D'autres interventions visent à *sensibiliser* les partenaires, à soutenir leur implication auprès des personnes ou tout simplement à *entretenir des liens cordiaux* avec eux.

En bref, les écrits spécialisés indiquent que dans une intervention communautaire, les intervenants sont appelés à contacter divers *partenaires*, rattachés à une variété de *ressources*, pour différents *motifs*. Ces éléments sont résumés au tableau 1.

Les écrits consultés, au caractère souvent théorique, demandent toutefois à être complétés par des études empiriques fournissant une description du travail effectué par le personnel. De plus, compte tenu que ces documents réfèrent à des secteurs autres que celui

de la déficience intellectuelle, la présente étude vise à développer une connaissance empirique de l'intervention communautaire dans ce domaine en particulier. Elle est réalisée dans la région des Basses-Laurentides, au Centre du Florès, qui offre des services d'adaptation et d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle. Dans le cadre de cette étude, la notion de *partenaire de la communauté* exclut les personnes, leur famille naturelle ou substitut ainsi que le personnel de l'établissement. Ce choix se justifie notamment par le fait que les personnes et leur famille sont souvent la cible d'interventions de soutien direct. Une fois présentée la méthodologie de l'étude, les résultats sont exposés puis discutés.

MÉTHODOLOGIE

Réunis en sous-groupes, les membres des quatre équipes de territoire du centre sont invités à rapporter par écrit les interventions qu'ils ont personnellement effectuées au cours des six dernières semaines auprès de partenaires de la communauté. Un formulaire est utilisé pour permettre aux participants de spécifier leur titre d'emploi et, pour chacune des interventions rapportées, les informations suivantes: le motif principal de l'intervention, la ressource rejointe et le partenaire contacté. Les répondants ont la consigne de mentionner des interventions distinctes. Ainsi, deux interventions réalisées auprès d'un même partenaire, dans une même ressource, pour un motif similaire ne sont rapportées qu'une fois. Une *intervention* correspond à la démarche d'un employé qui l'amène à entrer en contact, pour un *motif*, avec un *partenaire* local rattaché à une *ressource* donnée. Pour assurer, une constance dans la compréhension de ces notions par les répondants, le chercheur anime, dans chaque équipe, une série d'exercices d'analyse d'unités d'intervention, préalablement à la collecte des données.

Les données recueillies sont l'objet d'une analyse de contenu s'articulant initialement autour de quatre catégories majeures: les intervenants, les ressources, les partenaires et les motifs d'intervention. Ces

Tableau 1

Cadre théorique: éléments à considérer dans l'étude des interventions avec la communauté

RESSOURCES REJOINTES	<p>Réseau communautaire et institutionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> . Établissement de relations avec les groupes communautaires et les autres organismes publics <p>Instances de concertation</p> <ul style="list-style-type: none"> . Recherche de concertation entre les ressources publiques, communautaires et privées <p>Secteur privé</p> <ul style="list-style-type: none"> . Sollicitation d'entreprises dans la mise en place de stages en milieux de travail <p>Voisinage des personnes</p> <ul style="list-style-type: none"> . Influence du voisinage sur le bien-être et l'intégration des personnes ayant une déficience intellectuelle; disponibilité et accessibilité du voisinage
PARTENAIRES CONTACTÉS	<p>Amis de la personne</p> <ul style="list-style-type: none"> . Rareté de la présence d'amis ou d'amoureux auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> . Place prépondérante des intervenants dans le réseau des personnes ayant une déficience intellectuelle <p>Aidants naturels</p> <ul style="list-style-type: none"> . Disponibilité et efficacité des aidants naturels à l'intérieur de leur réseau <p>Bénévoles</p> <ul style="list-style-type: none"> . Contribution sans attente de réciprocité
MOTIFS D'INTER- VENTION	<p>Exploration de la communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> . Connaissance de la communauté et du fonctionnement des organismes et des établissements <p>Promotion</p> <ul style="list-style-type: none"> . Démarche des organismes pour être connus et reconnus des autres organismes <p>Concertation</p> <ul style="list-style-type: none"> . Création d'ententes dans un contexte de partenariat <p>Développement</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mise en place de projets collectifs dans un contexte de partenariat <p>Sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> . Harmonisation des rapports entre les personnes ayant une déficience intellectuelle et les autres membres de la communauté <p>Soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> . Soutien professionnel accru auprès des aidants naturels <p>Présence</p> <ul style="list-style-type: none"> . Disponibilité et accessibilité des intervenants sur le terrain . Mise en relation des personnes avec d'autres membres de la communauté

catégories majeures se subdivisent en sous-catégories qui en spécifient le contenu. À cette fin, une stratégie mixte de catégorisation (L'Écuyer, 1990) est employée. Celle-ci s'organise à partir des éléments du cadre théorique présenté au début de l'article, tout en permettant l'ajout de nouvelles catégories qui émergent des informations fournies par les répondants. Les principes d'exhaustivité, d'homogénéité et d'exclusivité sont respectés au cours de l'analyse. Ainsi, les informations regroupées à l'intérieur d'une catégorie sont de même nature et ne peuvent appartenir à une autre catégorie. De plus, l'ensemble des catégories développées incluent la totalité des informations recueillies.

La catégorisation est amorcée à partir d'une vague de données sur les interventions rapportées par l'équipe d'un premier territoire desservi par l'établissement. Les catégories sont reformulées ou enrichies à mesure que s'ajoutent de nouvelles informations provenant des trois autres équipes de territoire. Dans la dernière vague de données, il y a absence d'information nouvelle obligeant une modification des catégories développées: cela indique qu'il y a saturation. Ainsi, la catégorisation permet de rendre compte de la gamme complète des interventions effectuées par les intervenants auprès de partenaires de la communauté dans la région desservie. Lors d'une dernière étape de l'analyse de contenu, les catégories sont révisées pour assurer qu'elles sont suffisamment sensibles et ajustées à la réalité qu'elles représentent.

Par la suite, un code alphanumérique est attribué à chaque catégorie et sous-catégorie pour en permettre un traitement statistique, notamment un calcul de la fréquence. Deux tableaux croisés sont également produits pour établir le pourcentage des motifs d'intervention rapportés par catégories de ressources, et par catégories de partenaires.

RÉSULTATS

Sur les 117 répondants, 99 participants (84,6 %)

rapportent un total de 650 interventions distinctes effectuées auprès de partenaires de la communauté au cours des six semaines qui précèdent le relevé. Les résultats qualitatifs et quantitatifs sont présentés ici de façon concurrente.

Les intervenants

La catégorie *intervenants* désigne les membres des équipes concernés par l'intervention. Le tableau 2 indique le pourcentage de répondants et d'interventions rapportées par catégories d'intervenants.

Les éducateurs, correspondant à 59,8 % des répondants, constituent non seulement le groupe le plus nombreux, mais aussi celui qui mentionne le plus d'interventions auprès de partenaires de la communauté, soit 81,2 % des interventions rapportées. Les coordonnateurs et conseillers constituent le troisième groupe en importance, mais le deuxième quant au pourcentage d'interventions rapportées (9,8 %). Le personnel paratechnique regroupe les instructeurs et les préposés qui accompagnent les personnes en atelier ou en résidence. Bien qu'ils soient plus nombreux que les agents de relation humaine, les employés paratechniques rapportent moins d'interventions auprès de partenaires de la communauté, soit 3,7 % comparativement à 5,2 %.

Les ressources

Les *ressources* désignent les lieux où sont rejoints les partenaires de la communauté par le personnel. Le tableau 3 indique le pourcentage des interventions rapportées pour chacun des cinq types de ressources. Le *réseau institutionnel* correspond à un premier type de ressources et désigne les organisations et les services du secteur public, tels les organismes gouvernementaux et municipaux. Comme en fait montre le tableau 3, c'est à l'intérieur du réseau institutionnel que le plus grand pourcentage d'interventions est rapporté, soit 44,7 %. Le *réseau communautaire* réfère à l'ensemble des organismes dont le financement n'est pas assumé totalement par l'État ou par la municipalité, bien qu'ils puissent être

Tableau 2

**Pourcentage des interventions rapportées auprès de partenaires
de la communauté selon les catégories d'intervenants**

INTERVENANTS	POURCENTAGE DES RÉPONDANTS	POURCENTAGE DES INTERVENTIONS
Coordonnateur et conseiller	11,1 %	9,8 %
Agent de relation humaine	6,8 %	5,2 %
Éducateur	59,8 %	81,2 %
Personnel paratechnique	22,2 %	3,7 %

partiellement subventionnés par ceux-ci. Les *instances de concertation* sont les tables de concertation qui regroupent des intervenants de diverses ressources, tant institutionnelles que communautaires.

Le *secteur privé* correspond à l'ensemble des commerces, des entreprises et des services privés. Il s'y déroule 28,3 % des interventions rapportées, ce qui place ce secteur au deuxième rang des ressources contactées, après le réseau institutionnel mais avant le réseau communautaire. Les interventions auprès du secteur privé ont souvent lieu lors de l'accompagnement des personnes lorsqu'elles fréquentent des cliniques médicales, des salons de coiffure, des épiceries, des restaurants, des cinémas, etc. Ces ressources sont aussi rejointes à titre de milieu de travail où sont intégrées des personnes desservies par le centre. Enfin, même s'il s'agit d'une ressource à proximité des personnes et des intervenants, le *voisinage des personnes* est une ressource moins contactée, impliquée dans 4,9 % des interventions rapportées.

Les partenaires

Les *partenaires* sont définis en fonction de leur apport aux personnes, ou au centre, dans chaque intervention mentionnée. Une dizaine de catégories

de partenaires sont identifiées. Le tableau 4 indique le pourcentage d'interventions rapportées par catégories de partenaires.

Dans le cadre de cette étude, *l'ami d'une personne* désigne tout membre de la communauté qui a un lien d'amitié avec celle-ci, et qui n'est pas lui-même un usager du centre. Si les amis des personnes sont rarement rejoints (0,3 % des interventions rapportées), il n'en va pas ainsi pour les intervenants formels qui sont présents dans la majorité des interventions (58,3 %). Les *intervenants formels* sont les partenaires mandatés et rémunérés pour la planification et la prestation de services sociaux, éducatifs, juridiques ou de santé aux personnes. Il s'agit généralement de membres du personnel de ressources institutionnelles ou communautaires. Les professionnels en pratique privée entrent aussi dans cette catégorie.

Les *participants aidants* sont appelés à s'intéresser aux personnes, ou au centre, sur la base de leur engagement dans des programmes gouvernementaux d'insertion sociale ou des programmes académiques de formation. Le tableau 4 montre un pourcentage plus élevé d'interventions auprès de *bénévoles officiels* que de participants aidants, soit 2,5 % contre 0,9 %. Les bénévoles officiels sont des intervenants

Tableau 3

Pourcentage des interventions rapportées selon les types de ressources

TYPES DE RESSOURCES	POURCENTAGE DES INTERVENTIONS
Réseau institutionnel . Service de santé et social 17,1 % . Éducation 13,2 % . Loisirs et culture 4,8 % . Justice, loi, droit, protection 4,6 %	44,7 %
Réseau communautaire . Centre pour clientèle ou problématique (spécifique) 10,6 % . Centre de soutien et de bénévolat (non spécifique) 3,2 % . Église, presbytère, lieux de culte 2,0 % . Garderie et prématernelle 1,7 % . Comptoir d'aide matérielle 1,5 %	20,1 %
Instance de concertation . Table de concertation (personnes handicapées) 0,8 % . Table de concertation (population générale) 0,8 %	1,5 %
Secteur privé . Commerce et restaurant 8,9 % . Service de santé et social 7,1 % . Entreprise industrielle 4,2 % . Loisirs et culture 3,8 %	28,6 %
Voisinage des personnes . Voisinage des usagers 4,9 %	4,9 %

non rémunérés mais à qui est attribué, sur une base volontaire, un mandat plus ou moins temporaire, au sein d'une organisation.

Les *aidants* interviennent de façon spontanée dans leur propre milieu. Sans avoir un mandat explicite, comme dans le cas des bénévoles officiels, ils ont souvent la reconnaissance plus ou moins tacite de leur entourage, qui se réfère à eux en situation de besoin. Avec une présence dans 11,8 % des interventions rapportées, les aidants constituent la plus importante catégorie de partenaires impliqués sans être rémunérés à cette fin. Ces aidants sont souvent des compagnons de travail qui s'impliquent dans l'intégration professionnelle des personnes.

Les *témoins* sont des membres de la communauté peu ou pas engagés dans l'accompagnement et le soutien des personnes au moment de l'intervention. Les *témoins actifs* interagissent occasionnellement avec les personnes qu'ils croisent dans le cadre de leurs activités personnelles ou professionnelles. Les *témoins passifs* rencontrent des personnes ayant une déficience intellectuelle au cours de leurs activités sans nécessairement s'adresser à elle. Néanmoins, 11,2 % des interventions sont rapportées auprès de témoins actifs, plaçant cette catégorie de partenaires en troisième place après les intervenants formels et les aidants. Les témoins passifs sont, par comparaison, beaucoup moins sollicités (0,8 %).

Les *comités composites* sont des regroupements de divers types de partenaires relativement concernés par les personnes ayant une déficience intellectuelle, par exemple, le conseil d'administration d'un organisme ou une table de concertation. Par ailleurs, les *collaborateurs à distance* n'ont pas de contact avec les personnes, mais jouent un rôle momentané dans le déroulement des activités du centre ou auprès des intervenants, par exemple, un technicien sollicité pour l'entretien d'un photocopieur. D'autres membres du territoire n'ont pas d'engagement ou de lien avec les personnes, ou le centre, mais sont approchés pour en développer, par exemple lors du recrutement de milieux d'hébergement ou de travail pour les personnes. Il s'agit des *partenaires potentiels*,

rejoints dans 4,6 % des interventions rapportées.

Les motifs d'intervention

Six principaux motifs d'intervention se dégagent de l'analyse des données: les interventions d'ouverture, de demande, de soutien, de présence, de collaboration et de fonctionnement. Le tableau 5 présente le pourcentage des interventions rapportées par catégories de motifs. Les tableaux 6 et 7 montrent, le pourcentage des motifs d'intervention par catégories de ressources et par catégories de partenaires.

Les interventions d'ouverture

Les *interventions d'ouverture* visent à créer des opportunités soit *pour les personnes ayant une déficience intellectuelle en général* ou *pour l'une d'elles en particulier*. Les *interventions d'ouverture pour les personnes en général* constituent le deuxième motif d'intervention le plus fréquent, soit 19,7 % des interventions rapportées. Celles-ci se répartissent en cinq sous-catégories d'interventions. Les *interventions d'exploration* consistent en une prise de contact visant à mieux connaître un organisme ou une ressource. Les *interventions de promotion* permettent de faire connaître le centre et les personnes présentant une déficience intellectuelle à la communauté. Les *interventions d'organisation* concernent l'organisation d'activités, de ressources ou de programmes déjà connus ou familiers pour les personnes. Les *interventions de développement* concernent la création de programmes, de ressources et de services novateurs dans le territoire. Les *interventions de concertation* permettent l'entente avec les partenaires dans l'aménagement des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle en général. Parmi les interventions effectuées auprès des instances de concertation et de comités composites, respectivement 90 % et 75 % des interventions rapportées sont des interventions d'ouverture pour les personnes en général, comme le précisent les tableaux 6 et 7.

Les interventions d'ouverture pour une personne en

Tableau 4**Pourcentage des interventions rapportées selon les types de partenaires**

TYPES DE PARTENAIRES	POURCENTAGE INTERVENTIONS
Ami de la personne (qui n'est pas lui-même un usager du centre)	0,3 %
Intervenant formel (Ex.: médecin, responsable d'un organisme, agent d'aide sociale, professeur, etc.)	58,3 %
Participant aidant (Ex.: personne sur programme gouvernemental, stagiaire du cégep, etc.)	0,9 %
Bénévole officiel (Ex.: parrain civique, bénévole du centre d'entraide, etc.)	2,5 %
Aidant (Ex.: coiffeur qui écoute les confidences et conseille ses clients, voisine habile à réparer des vêtements et qui le fait pour aider, compagnon de travail qui soutient l'intégration d'une personne, etc.)	11,8 %
Témoin actif (Ex.: serveuse au restaurant qui explique le menu à une personne, caissière au cinéma qui renseigne la personne, voisin qui salue la personne, etc.)	11,2 %
Témoin passif (Ex.: spectateur dans une salle de cinéma où se trouve la personne, promeneur dans un parc fréquenté par la personne, etc.)	0,8 %
Comité composite (Ex.: réunion de CA, table de concertation, etc.)	3,7 %
Collaborateur à distance (Ex.: responsable d'un journal local à qui l'on demande de diffuser un communiqué, commis d'une banque à qui l'on écrit pour modifier le deuxième signataire du compte d'une personne, etc.)	5,5 %
Partenaire potentiel (Ex.: employeur que l'on sollicite pour que son entreprise devienne un milieu de stage)	4,9 %

Tableau 5**Pourcentage des interventions rapportées selon les catégories de motifs**

MOTIFS DES INTERVENTIONS	POURCENTAGE DES INTERVENTIONS
Ouverture (pour les personnes en général)	19,7 %
. Promotion	3,8 %
. Exploration	2,5 %
. Concertation	4,0 %
. Organisation	7,5 %
. Développement	1,8 %
Ouverture (pour une ou des personnes en particulier)	17,2 %
. Accessibilité	10,5 %
. Sensibilisation	6,8 %
Demande	14,8 %
. Recrutement de «milieux»	6,3 %
. Sollicitation pour de l'aide tangible	1,5 %
. Sollicitation pour de l'accompagnement	4,8 %
. Sollicitation pour des renseignements	2,2 %
Soutien	40,9 %
. Représentation	4,8 %
. Échange d'expertise et d'expériences	31,4 %
. Prescription	0,8 %
. Cohésion	4,0 %
Présence	1,1 %
. Socialisation informelle	1,1 %
Réponse	3,4 %
. Collaboration	3,2 %
. Positionnement	0,2 %
Fonctionnement	2,9 %
. Soutien logistique	0,5 %
. Soutien professionnel	2,0 %
. Soutien préventif	0,5 %

particulier correspondent à deux sous-catégories: l'accessibilité et la sensibilisation. Les *interventions d'accessibilité* favorisent l'accès d'une personne à une ressource de la communauté. Les *interventions de sensibilisation* visent à favoriser l'approvisionnement d'une personne ayant une déficience intellectuelle par un partenaire peu familier avec celle-ci. Les interventions d'ouverture pour une personne en particulier correspondent à 17,2 % des interventions rapportées (voir tableau 5). Elles constituent le motif d'intervention le plus fréquent auprès des témoins actifs et des témoins passifs avec respectivement 46,6 % et 100 % des interventions effectuées, comme le précise le tableau 7.

Les interventions de demande

Cette catégorie regroupe les interventions où, de façon proactive, le personnel sollicite les partenaires de la communauté pour qu'ils s'impliquent dans l'accueil ou l'accompagnement des personnes. Comme l'indique le tableau 5, elles représentent 14,8 % des interventions rapportées. Elles correspondent au motif d'intervention le plus souvent mentionné auprès du voisinage (43,8 %) et des partenaires potentiels (71,9 %).

Le *recrutement de milieux d'intégration* constitue une première *intervention de demande*. Il s'agit plus précisément du recrutement de nouveaux milieux professionnels, résidentiels ou de loisirs. Par ailleurs, le personnel effectue une série d'interventions où il sollicite l'implication des partenaires de la communauté à l'égard d'une personne ayant une déficience intellectuelle: *sollicitation pour l'obtention d'aide tangible, sollicitation pour l'obtention d'accompagnement, sollicitation pour l'obtention d'informations*. Par ces interventions, le personnel demande à un partenaire soit d'aider, d'accompagner ou d'informer une personne.

Les interventions de soutien

Les données recueillies permettent de dégager quatre types d'*interventions de soutien* visant à supporter l'implication d'un partenaire auprès d'une personne.

Il s'agit des *interventions de représentation, d'échange d'expertise ou d'expériences, de prescription et de cohésion*. Les *interventions de représentation* sont effectuées auprès d'un partenaire pour assurer, protéger, défendre ou faire valoir les intérêts particuliers d'une personne présentant une déficience intellectuelle. Elles surviennent lorsque l'intervenant parle ou agit au nom de celle-ci. Les *interventions d'échange d'expertise ou d'expériences* permettent le partage de connaissances, de stratégies d'intervention ou d'opinions concernant la situation d'une personne. La *prescription*, plus directive, indique à un partenaire comment se comporter auprès d'une personne. Enfin, les *interventions de cohésion* ont pour but l'accord avec des partenaires autour de l'accompagnement à offrir à une personne. Comme l'indique le tableau 5, le soutien est le motif le plus fréquemment rapporté, soit dans 40,9 % des interventions. Les interventions effectuées auprès du réseau institutionnel et du secteur privé sont majoritairement des interventions de soutien, correspondant respectivement à 48,5 % et 41,4 % des interventions mentionnées. Bien qu'elles soient plus fréquentes auprès des intervenants formels, elles représentent 75,3 % des interventions auprès d'aidants (voir tableau 7).

Les interventions de présence

Les *interventions de présence* permettent au personnel de manifester son intérêt pour les partenaires et sa disponibilité envers ceux-ci. Elles prennent la forme d'*interventions de socialisation informelle*, qui consistent à prendre contact et à socialiser avec un partenaire pour cultiver des rapports cordiaux, sans que les échanges portent principalement sur les personnes ou sur le centre. Comme l'indique le tableau 5, les interventions de présence sont rares, avec un pourcentage de 1,1 %.

Les interventions de réponse

Une réponse à une demande adressée par un partenaire du milieu est désignée comme *intervention de réponse*. Les *interventions de positionnement*, où le personnel se situe face à une demande adressée par

un partenaire, est une première intervention de réponse. Par les *interventions de collaboration*, des actions concertées sont planifiées ou posées avec un partenaire qui en fait la demande ou pour celui-ci. Comme l'indique le tableau 5, les interventions de réponse représentent 3,4 % des interventions relevées.

Les interventions de fonctionnement

Certaines interventions auprès des partenaires ont pour but d'assurer le bon fonctionnement du centre et des activités professionnelles du personnel. Il y a trois types d'*interventions de fonctionnement*: *soutien logistique*, *soutien professionnel* et *soutien préventif*. Les *interventions de soutien logistique* concernent la contribution d'un partenaire pour les aspects logistiques des activités du personnel ou du centre. Réserver une salle auprès d'un traiteur pour une formation ou annuler, pour un éducateur absent, les rendez-vous pris avec des partenaires sont des exemples d'interventions de soutien logistique. Les *interventions de soutien professionnel* consistent à rechercher auprès des partenaires de la supervision, de la formation ou des connaissances spécialisées en vue d'accroître les compétences professionnelles du personnel. Les *interventions de soutien préventif* visent à obtenir des moyens de prévenir, chez le personnel, des maladies ou des accidents professionnels. Tel qu'indiqué au tableau 5, les interventions de fonctionnement représentent 2,9 % des interventions rapportées.

DISCUSSION

Informative des ressources rejointes, des partenaires contactés et des motifs d'intervention, cette étude permet d'abord de se prononcer sur l'implication du personnel auprès des membres de la communauté, puis sur les caractéristiques saillantes des interventions rapportées. Ces aspects sont présentés au tableau 8 et discutés dans cette section. Il est d'abord question de l'implication du personnel auprès de partenaires locaux, puis des interventions qui s'inscrivent davantage dans une perspective d'accom-

pagnement individualisé des personnes ainsi que des interventions ayant une orientation plus collective. En dernier lieu, le caractère proactif de certaines interventions est abordé.

L'implication du personnel dans des interventions auprès des partenaires de la communauté

Bien que 59,8% des interventions auprès des partenaires de la communauté soient rapportées par les éducateurs, tous les groupes d'employés participant à la recherche en mentionnent. Cela présente un avantage puisque, selon Gingras (1992a), l'approche communautaire doit être assumée par l'ensemble du personnel d'établissement pour prendre tout son sens.

La majeure partie du travail du personnel est actuellement consacrée à des interventions de soutien direct auprès des personnes et de leur famille. Cela se révèle par le petit nombre (5,6) d'interventions distinctes rapportées en moyenne par chaque participant à l'étude. La communautarisation des services est une volonté inscrite dans le nouveau plan d'organisation de l'établissement, d'où l'importance de considérer les résultats comme un diagnostic survenant au début de la mise en place de cette orientation.

La prédominance des ressources institutionnelles et du secteur privé: des interventions qui s'inscrivent surtout dans une perspective d'accompagnement individualisé des personnes

Les résultats indiquent que les interventions rapportées par le personnel ont majoritairement pour cible le réseau institutionnel (44,7 %) et le secteur privé (28,6 %). Le réseau communautaire se classe troisième avec 20,1 % des interventions; cela, même si ici la notion d'organisme communautaire fait référence à un ensemble très vaste et diversifié d'organisations reposant sur l'action volontaire et autonome de groupes sociaux situés en dehors de l'État et de l'économie privée (Doré, cité par Mercier *et al.*, 1995). Ce constat diffère des liens prépondérants entre les réseaux institutionnels et communautaires souvent soulignés par les auteurs traitant de la perspective communautaire (Mercier *et*

Tableau 6

Pourcentage des motifs d'intervention selon les catégories de ressources

	Réseau institutionnel	Réseau communautaire	Instance de concertation	Secteur privé	Voisinage
Ouverture pour les personnes en général	18,9 % 55	32,8 % 43	90 % 9	11,3 % 21	0 % 0
Ouverture pour une ou des personnes en particulier	15,8 % 46	16,8 % 22	0 % 0	18,3 % 34	31,2 % 10
Demande	9,6 % 28	13,7 % 18	0 % 0	19,4 % 36	43,8 % 14
Soutien	48,5 % 142	29,8 % 39	10 % 1	41,4 % 77	21,9 % 7
Présence	0 % 0	0 % 0	0 % 0	3,2 % 6	3,1 % 1
Réponse	4,1 % 12	4,6 % 6	0 % 0	2,2 % 4	0 % 0
Fonctionnement	2,7 % 8	2,3 % 3	0 % 0	4,3 % 8	0 % 0
Total	100 % 291	100 % 131	100 % 10	100 % 186	100 % 32

al., 1995; Vandal, 1994; Vaillancourt, 1994; Vaillancourt, 1993; Gingras, 1992a,b).

Les résultats suggèrent que les interventions du personnel s'inscrivent principalement dans une perspective d'accompagnement individualisé des personnes. En effet, les interventions de soutien, qui visent à supporter l'implication d'un partenaire auprès d'une personne, est le motif d'intervention le plus fortement rapporté, soit dans 40,9 % des interventions, principalement sous la forme d'échange d'expertise et d'expériences. De plus, la majorité des

interventions auprès du réseau institutionnel et du secteur privé sont des interventions de soutien, respectivement 48,5 % et 41,5 %. Si l'on s'intéresse maintenant aux partenaires, les interventions qui rejoignent le plus les intervenants formels et les aidants sont également des interventions de soutien. Ainsi, dans ses rapports avec des partenaires autres que les personnes et leur famille, le personnel consacre beaucoup de temps à de telles interventions. Celles-ci surviennent particulièrement dans le réseau institutionnel et dans le secteur privé, et au contact d'intervenants formels et d'aidants. Dans la mesure

Tableau 7

Pourcentage des motifs d'intervention selon les catégories de partenaires

	Ami de la personne	Intervenant formel	Participant aidant	Bénévole officiel	Aidant	Témoin actif	témoin passif	Comité composite	Collaborateur à distance	Partenaire officiel
Ouverture pour les personnes en général	0 % 0	20,8 % 79	0 % 0	25 % 4	2,6 % 2	8,2 % 6	0 % 0	75 % 18	50 % 18	3,1 % 1
Ouverture pour une personne en particulier	0 % 0	15,0 % 57	0 % 0	18,8 % 3	1,3 % 1	46,6 % 34	100 % 5	4,2 % 1	11,1 % 4	21,9 % 7
Demande	0 % 0	9,4 % 36	50 % 3	25 % 4	13 % 10	24,7 % 18	0 % 0	0 % 0	5,5 % 2	71,9 % 23
Soutien	50 % 1	45,9 % 174	16,6 % 1	31,3 % 5	75,3 % 58	16,4 % 12	0 % 0	19,3 % 5	25 % 9	3,1 % 1
Présence	50 % 1	0,3 % 1	33,3 % 2	0 % 0	2,6 % 2	4,1 % 3	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0
Réponse	0 % 0	4,2 % 16	0 % 0	0 % 0	5,2 % 4	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0
Fonctionnement	0 % 0	4,2 % 16	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	0 % 0	8,3 % 3	0 % 0
Total	100 % 2	100 % 379	100 % 6	100 % 16	100 % 77	100 % 73	100 % 5	100 % 24	100 % 36	100 % 32

où ces interventions prennent principalement la forme d'échange d'expertise et d'expériences, elles suggèrent la recherche d'un rapport égalitaire et horizontal (Gingras, 1992a) avec les partenaires.

Ces liens plus marqués avec les secteurs institutionnel et privé qu'avec le secteur communautaire s'expliquent possiblement par le fréquent besoin d'accompagnement ou de suivi des personnes ayant une déficience intellectuelle dans les secteurs institutionnel, et privé, où elles reçoivent des services (santé, coiffure, restauration, etc.) et réalisent des activités (consommation, travail, scolarisation, loisirs). À l'heure actuelle, lorsqu'il n'est pas assumé par la famille ou l'entourage, cet accompagnement individuel soit fourni par des intervenants qui deviennent ainsi placés en situation pour établir des rapports avec les partenaires présents dans ces ressources. Comme le mentionnent Bouchard *et al.* (1996), les intervenants occupent une place prépondérante dans les réseaux sociaux des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Les rapports plus fréquents du personnel avec les ressources institutionnelles et les intervenants formels ne sont sûrement pas étrangers au passé institutionnel de plusieurs personnes n'ayant ainsi pas eu la possibilité de s'enraciner dans leur communauté d'origine et d'y être soutenues. De plus, certaines d'entre elles présentent une autre déficience, associée à la déficience intellectuelle, et requièrent des services spécialisés, souvent médicaux et paramédicaux. Compte tenu des difficultés de compréhension et d'expression manifestées par ces personnes, de même que du manque d'expérience de certains professionnels avec celles-ci, l'intervenant qui les accompagne et le professionnel consulté sont appelés à échanger entre eux au sujet de la personne. Il y a néanmoins lieu de vérifier jusqu'où cet accompagnement requiert, pour être de qualité, d'être fourni principalement par des intervenants.

Enfin, sur le plan des partenaires, il est intéressant de constater que les aidants, quoique dans une très moindre proportion, constituent le deuxième type de

collaborateurs principalement contactés, et auprès de qui les employés effectuent majoritairement des interventions de soutien. L'importance d'offrir aux aidants le soutien qu'ils requièrent est connue du personnel, notamment dans les situations d'intégration socioprofessionnelle des personnes (Carrier *et al.*, 1991). Celles-ci présentent des exemples où des aidants remplacent avantageusement des intervenants formels dans l'accompagnement individuel de personnes ayant une déficience intellectuelle. Le personnel peut s'en inspirer pour l'élargissement du réseau informel d'aide des personnes (Guay *et al.*, 1992) et pour le développement d'activités de mise en relation (Boutet *et al.*, 1993; Gingras, 1992b) en vue d'accroître leur intégration sociale.

Les instances de concertation: un lien avec le réseau communautaire pour une collectivisation des interventions

Les instances de concertation sont un lieu important de rencontre, de partage et d'arrimage entre les réseaux institutionnel et communautaire. Cet arrimage est perçu comme une voie fertile au renouvellement des pratiques (Vandal, 1994). Les interventions à l'intérieur des instances de concertation ne constituent que 1,5 % de celles rapportées par le personnel, ce qui ne signifie pas pour autant qu'elles soient négligeables. L'impact, sur la communautarisation, de la participation à une table de concertation n'est pas proportionnel à la fréquence des réunions qu'on y tient, mais plutôt, aux enjeux qui y sont débattus. Ce qui apparaît beaucoup plus révélateur dans les interventions rapportées est le fait que les instances de concertation sont la cible d'un type d'interventions très spécifique: 90 % des interventions qui y sont effectuées visent à créer des ouvertures pour les personnes ayant une déficience intellectuelle en général. Dans l'étude rapportée ici, les interventions d'ouverture pour les personnes en général constituent le deuxième motif d'intervention le plus fréquent (19,7 %). De plus, un pourcentage plus élevé de ces interventions est dirigé vers le réseau communautaire comparativement au réseau

Tableau 8

Aspects caractéristiques des interventions auprès de partenaires locaux

<p>1. Les éducateurs réalisent la majorité des interventions auprès de partenaires locaux... ... Toutefois, des interventions sont effectuées par toutes les catégories d'employés. Cela est un avantage car la pratique communautaire est un projet qui nécessite la contribution de tout le personnel.</p>
<p>2. Il y a, en moyenne, un petit nombre d'interventions distinctes rapportées par répondant auprès de partenaires locaux... ... Ceci indique que le personnel se consacre principalement à des interventions de soutien direct auprès des personnes et de leur famille.</p>
<p>3. La pratique communautaire actuelle s'inscrit essentiellement dans une perspective d'accompagnement individuel des personnes :</p> <ul style="list-style-type: none">. les partenaires les plus souvent contactés sont des intervenants formels;. les interventions les plus fréquentes sont des interventions de soutien qui visent à supporter la contribution d'un partenaire auprès d'une personne... <p>... Tout cela se justifie par un ensemble de facteurs : le fréquent besoin d'accompagnement des personnes lorsqu'elles reçoivent des services ou réalisent des activités dans la communauté; le passé institutionnel de plusieurs personnes et la prépondérance des intervenants formels dans le réseau social des personnes présentant une déficience intellectuelle; le besoin de soins médicaux et paramédicaux dus à la présence d'autres déficiences associées; le manque d'expertise de certains professionnels face aux personnes déficientes.</p>
<p>4. Des interventions ayant une orientation plus collective:</p> <ul style="list-style-type: none">. les interventions d'ouverture pour les personnes en général constitue le deuxième motif - en terme d'importance - d'intervention;. la quasi-totalité des interventions réalisées dans les instances de concertation sont des interventions d'ouverture pour la clientèle en général;. les interventions d'ouverture pour la clientèle en général sont plus fréquentes auprès du réseau communautaire qu'institutionnel... <p>... Cela suggère deux tendances dans le développement des services : 1) envisager l'évolution des services de concert avec d'autres ressources de la communauté, dont les ressources communautaires; 2) passage éventuel d'une approche clientèle à une approche milieu permettant la réalisation de projets pertinents à la fois pour la clientèle du centre mais aussi pour d'autres membres de la communauté.</p>
<p>5. Le caractère proactif de certains motifs d'intervention : ouverture, demande et présence :</p> <ul style="list-style-type: none">. les témoins sont une nouvelle catégorie de partenaires auprès de qui des intervenants de sensibilisation sont réalisées :. le voisinage est principalement l'objet d'intervention de demande; toutefois, malgré sa proximité, il reste rarement sollicité;. même si elles contribuent à la mise en relation des personnes avec des membres de leur communauté, les interventions de présence sont pratiquement inexistantes... <p>... Pour favoriser l'intégration sociale des personnes, le personnel doit lui-même établir et maintenir des liens avec des partenaires de la communauté, autres que les intervenants formels. Dans la mesure où le personnel étend son action auprès de ces partenaires, des interventions proactives deviennent indispensables.</p>

institutionnel (32, 8% versus 18,9 %), indiquant que le secteur communautaire est particulièrement investi sur ce plan.

L'approche communautaire préconise une collectivisation du vécu (Gingras, 1992a). Les interventions d'ouverture pour les personnes en général montrent la dimension collective des besoins et des solutions à apporter en permettant la concertation, l'organisation et le développement de programmes ou de ressources. La percée effectuée sur ce plan du côté des instances de concertation et du réseau communautaire peut être indicatrice de deux tendances à venir: d'abord, celle d'envisager l'évolution des services de concert avec d'autres ressources de la communauté, notamment les ressources communautaires, et, deuxièmement, le passage éventuel d'une approche exclusivement centrée sur la clientèle — qui caractérise la pratique actuelle de l'établissement — vers une approche-milieu (Lachapelle, 1994). La participation à des tables de concertation, non seulement en déficience intellectuelle mais autour de problématiques différentes, peut favoriser la réalisation de projets communs, pertinents non seulement pour certaines personnes du centre mais aussi pour d'autres membres de la communauté: l'accès à des lieux d'appartenance, la participation sociale, l'amélioration de l'environnement, etc. Les instances de concertation, où se rencontrent les réseaux institutionnel et communautaire, apparaissent comme un lieu propice à une collectivisation de l'intervention bien au-delà de l'approche-clientèle.

Des interventions proactives

Guay *et al.* (1992) envisagent l'intervention dans la communauté comme proactive, c'est-à-dire comme susceptible d'offrir des services aux personnes et à leur entourage avant qu'elles n'en fassent la demande. Dans les résultats obtenus, outre les interventions d'ouverture pour les personnes en général, il est possible de distinguer trois types d'interventions auprès des partenaires qui exigent que le personnel soit proactif: les interventions d'ouverture pour une personne en particulier, les interventions de demande et celles de présence. Elles sont ici examinées.

La totalité des interventions auprès des témoins passifs et la majorité (46,6 %) de celles auprès des témoins actifs sont des interventions d'ouverture pour une personne en particulier. Combinées ensemble, les interventions auprès des témoins passifs et actifs sont presque aussi fréquentes que celles rapportées auprès des aidants. Les témoins forment une nouvelle catégorie de partenaires, non mentionnée dans les écrits consultés pour cette étude. Bien qu'ils soient peu ou pas impliqués avec les personnes, l'intervention auprès de ceux-ci demeure importante si l'on considère que l'apparence, le langage ou les agissements des personnes peuvent parfois paraître inquiétants pour ceux et celles qui sont moins familiers avec elles. Dès lors, il devient important de sensibiliser les témoins à la personne qu'ils croisent et cela d'autant que la simple exposition à une personne est en soi suffisante pour accroître l'attraction (Zajonc, cité par Gergen *et al.*, 1984). Dans la mesure où les intervenants sensibilisent systématiquement les témoins lors de l'accompagnement des personnes, il peut devenir éventuellement plus aisé de leur adresser des demandes et de les recruter en tant qu'aidants.

Les interventions de demande constituent par ailleurs le principal motif d'intervention auprès du voisinage (43,8 %). Toutefois, malgré sa proximité, celui-ci n'est la cible que de 4,9 % des interventions rapportées. Le voisinage des personnes gagnerait à être davantage rejoint par le personnel, puisque le degré de sympathie du voisinage à l'égard des personnes est associé à la présence d'efforts d'intégration chez les intervenants (Bouchard *et al.*, 1996). De plus, le voisinage peut être mis à contribution pour les personnes qui demandent une attention constante et régulière (Guay, 1984).

La pertinence d'être présent et visible dans la communauté est documentée comme favorisant l'entraide et la prévention des problèmes (Gingras, 1992b; Guay *et al.*, 1992). Toutefois, dans les résultats obtenus, les interventions de présence sont les interventions proactives les moins fréquentes. Le personnel a l'habitude d'agir principalement dans le réseau institutionnel et auprès d'intervenants formels

sans que ce type d'actions soit nécessaire. En multipliant les interventions dans le milieu de vie des personnes et en cherchant à s'associer à des aidants (Lachapelle, 1994), le personnel est invité à développer d'autres façons d'interagir pour rejoindre les partenaires. L'approche communautaire veut permettre ce rapprochement nécessaire entre les professionnels, les personnes, les organisations communautaires et l'ensemble de la communauté locale (Favreau *et al.*; 1993). Une telle visée exige que les intervenants s'ouvrent davantage à des interventions de présence, de manière à remplacer leurs activités de soutien direct auprès des personnes par des activités de mise en relation (Boutet *et al.*, 1993).

En résumé, la prépondérance des interventions effectuées auprès du secteur institutionnel et des intervenants formels, observée dans cette étude, est davantage révélatrice d'un héritage du passé dans la façon d'accompagner les personnes présentant une

déficience intellectuelle que d'une nécessité simplement attribuable à leurs besoins spéciaux. Les collaborations avec des ressources du secteur privé, le soutien aux aidants, les interventions d'ouverture pour les personnes en général effectuées auprès des instances de concertation et du réseau communautaire, la sensibilisation des témoins, les contacts timides auprès du voisinage et les rares interventions de présence auprès des partenaires sont autant de signes d'une pratique communautaire en développement. Sans exclure le réseau institutionnel, cette pratique est désireuse de trouver sa place au-delà de celui-ci, parce qu'elle reconnaît les limites de cette ressource dans la réalisation de sa mission d'intégration sociale. Cette mission n'est pas sans nécessiter une augmentation des interventions en vue d'une implication de partenaires locaux auprès des personnes. Aussi, pour son accomplissement, le personnel est appelé à devenir présent et partie prenante de la communauté avec laquelle il désire intervenir.

THE CONTACTS OF A REHABILITATION CENTRE WITH LOCAL PARTNERS: A QUALITATIVE STUDY

Given the current focus on providing community-based services, this empirical study identified the partners and the settings which were contacted by a rehabilitation centre for the mentally retarded as well as the factors motivating the contact. It was shown that *support* was the main motivator, especially for contacts with other *institutions*, the *private sector*, *professional staff* and *natural caregivers*. A wide range of other factors motivating the contacts were also uncovered. The nature of these factors suggests that the rehabilitation centre is developing a more proactive stance toward the social integration of mentally retarded persons.

BIBLIOGRAPHIE

BOUCHARD, C., DUMONT, M. (1996) *Où est Phil, que fait-il et pourquoi? Étude sur l'intégration sociale et le bien-être des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

BOURQUE, D. (1985) L'approche communautaire en centre local de services communautaires: les enjeux en cause et les conditions requises. *Service social*, vol. 34, nos 2-3.

- BOUTET, M., HURTEAU, M., LACHAPELLE, R., LALONDE, M. (1993) La mise en marche de l'approche communautaire dans le cadre de l'intégration sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle: projet pilote. In S. Ionescu, G. Magerotte, E. Pilon, R. Salbreux. *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*, Trois-Rivières: Presses de l'Université du Québec.
- CARRIER, S., FORTIN, D. (1991) Étude des facteurs de réussite et d'échec dans l'intégration socioprofessionnelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 2, no 2, 105-118.
- CARRIER, S., FORTIN, D. (1993) Exigences professionnelles particulières pour l'éducateur en enclave: une recherche-action sur la supervision professionnelle en entreprise. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 4, no 2, 121-136.
- CARRIER, S., FORTIN, D. (1996) Inventaire des compétences souhaitables pour travailler selon une approche communautaire. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, vol. 7, no 1, 19-42.
- FAVREAU, L., HURTIBISE, Y. (1993) *CLSC et communautés locales. La contribution de l'organisation communautaire*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- GERGEN, K. J., GERGEN, M. M., JUTRAS, S. (1984) *Psychologie sociale*. Montréal: Éditions Etudes vivantes.
- GINGRAS, P. (1992a) L'approche communautaire. In L. Doucet et L. Favreau. *Théorie et pratiques en organisation communautaire*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- GINGRAS, P. (1992b) *Le traitement en première ligne des demandes individuelles d'aide en CLSC selon une approche communautaire. Guide de référence*. Québec: FCISQ/Gouvernement du Québec.
- GUAY, J. (1984) *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*. Chicoutimi: Gaétan Morin, éd.
- GUAY, J., CHABOT, D. (1992) *Parrainage social et entraide de quartier*. Québec: Université Laval, École de psychologie.
- HURTEAU, M., BOUTET, M. (1993) *Vers une intégration dans la communauté. Projet pilote d'intervention auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle. Cahier #1: Fondements théoriques*. Mauricie Bois-Francs: Centre de réadaptation Le Contrefort et Centre de services en déficience intellectuelle Mauricie Bois-Francs.
- LACHAPELLE, R. (1994) Une approche par clientèle ou une approche par milieu? In L. Favreau, R. Lachapelle et L. Chagnon. *Pratiques d'action communautaire en CLSC: acquis et défis d'aujourd'hui*, Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- LAVOIE, F. (1987) Relations sociales et entraide. In J. Guay, *Manuel québécois de psychologie communautaire*. Chicoutimi: Gaétan Morin, éd.
- L'ÉCUYER, R. (1990) *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et Concept de Soi*. Sillery: Presses de l'Université du Québec.
- MERCIER, C., WHITE, D. (1995) La politique de santé mentale et la communautarisation des services. *Santé mentale au Québec*, vol. 20, no 1, p. 17-30.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992) *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec.
- PANET-RAYMOND, J. (1994) Les conditions du partenariat entre les CLSC et les organismes communautaires dans le contexte de la loi 120. In L. Favreau, R. Lachapelle et L. Chagnon. *Pratiques d'action communautaire en CLSC: acquis et défis d'aujourd'hui*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- PAYETTE, M., GUAY, J. (1987) Tour d'horizon des types d'intervention. In J. Guay, *Manuel québécois de psychologie communautaire*. Chicoutimi: Gaétan Morin, éd.
- TURCOTTE, D. (1994) L'entraide, les réseaux primaires et la communauté. In L. Favreau, R. Lachapelle et R. Chagnon. *Pratiques d'action communautaire en CLSC: acquis et défis d'aujourd'hui*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- VAILLANCOURT, Y. (1993) Trois thèses concernant le renouvellement des pratiques sociales dans le secteur public. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 6, no 1, p. 1-14.

VAILLANCOURT, Y. (1994) Eléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 2, p. 227-248.

VANDAL, C. (1994) Essai sur le renouvellement des pratiques sociales dans le secteur public. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 7, no 2, p. 197-205.