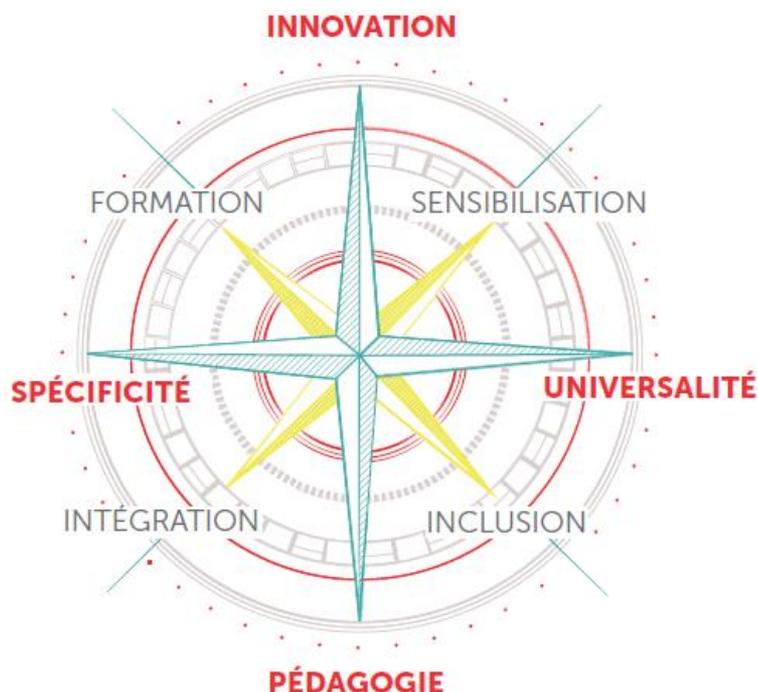


INCLUSION, INSERTION PROFESSIONNELLE ET PERFORMANCE

PISTES DE RÉFLEXION SUR LES TROUBLES COGNITIFS &
PSYCHIQUES POUR UNE ÉVOLUTION DES PRATIQUES

Jeudi 22 Juin 2017 - Orléans

PREAMBULE



Les handicaps « invisibles » :

- Méconnaissance ;
- Incompréhension ;
- Préjugés.

Les enjeux d'un apprentissage inclusif universel, c'est permettre à un nombre croissant de personnes d'atteindre le milieu professionnel et une bonne insertion professionnelle.

Les objectifs :

- Baisser la souffrance des personnes concernées (**inclure** ou mieux accueillir) ;
- Limiter les incidences négatives dans l'**insertion professionnelle** ;
- Valoriser les potentiels (**performance**).

ETAT DES LIEUX

LES OBSTACLES A LEVER POUR FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES

Juin - juillet 2017

ÉTAT DES LIEUX

- Une article paru dans le dernier numéro de la Harvard Business Review (mai-juin 2017) indique que la « neuro-diversité devient un enjeu de compétitivité » pour les entreprises, notamment les plus innovantes .
- Beaucoup d'entreprises dans le domaine des nouvelles technologies mettent en place des programmes pour favoriser la neuro-diversité (recrutements, inclusion des salariés concernés, etc.).

[Article Harvard Business Review](#)

- En France, la situation et les mentalités évoluent lentement, et avec difficulté, même si quelques grandes entreprises portent désormais une timide attention à la question des troubles cognitifs et psychiques.

- Le « décrochage » des personnes atteintes de troubles cognitifs ou psychiques reste élevé (formation initiale et formation continue).
- De nombreuses situations ne sont pas détectées, tout simplement gérées ou correctement prises en charge.
- L'insertion dans le milieu professionnel est toujours complexe pour les personnes concernées pour des multiples raisons.

Pourtant, de plus en plus, les universités font par exemple des efforts pour une meilleure gestion du handicap.

Exemple : parmi les 353 universités partenaires de Sciences Po dans le monde, 153 ont des programmes de compensation du handicap (services dédiés, matériels et sites adaptés, services médicaux, etc.).

Néanmoins, les troubles cognitifs et psychiques – sauf les troubles des apprentissages dans le monde anglo-saxon – font très peu l'objet d'une attention particulière (absence de « mise à l'agenda » de la problématique).

- Dans un extrait des travaux de M.Gagné, D. Marcotte, L. Fortin en 2011 (Revue Canadienne de l'Education) il est reporté que « la dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les adolescents et on estime que plus de **20% d'entre eux vivront un épisode de dépression majeure au cours de leur adolescence** (Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, & Andrews, 1993; Newman, Moffitt, Caspi, Magdol, Silva, & Stanton, 1996).

Dans cette même étude, différents auteurs associent la dépression à la perception d'une faible valorisation ou d'un climat compétitif prédisent la dépression chez les adolescents.

Selon la perception de l'enseignant, les élèves concernés :

- ont davantage de difficultés d'apprentissage
- sont moins attentifs en classe (Marcotte, Cournoyer, Gagné, & Bélanger, 2005).
- perçoivent souvent plus de compétition et de pression pour réussir à l'école que leurs pairs non dépressifs. (Steinhausen, & Metzke, 2000)

La dépression augmente la probabilité de l'abandon scolaire. » L'enjeu aujourd'hui c'est de participer à une meilleur **inclusion**

- Extrait des travaux de Geneviève Bergeron, Sonia Marchand (Nouveaux cahiers de la recherche en éducation) « Soutenir l'apprentissage d'étudiants ayant un trouble d'apprentissage au Collegial : le cas de la recherche-action-formation » 2015 (Québec)

« Sur la population des étudiants en situation de handicap au Collegial, 31,8% d'entre eux présentent des **troubles de l'apprentissage souvent associés à un autre trouble** (étude de Pacaud et Richard 2014). »

« Le recours aux services particuliers de compensation (temps additionnels, preneurs de notes, technologies d'aide...) **seraient insuffisants pour assurer la qualité des apprentissages** (Scott, McGuire et Shaw 2003). L'aspect exponentiel du nombre d'étudiants manifestant des troubles de l'apprentissage met en évidence le coût humain et financier de ces compensations (Nolet et Mc Laughin 2005). »

La solution serait l'amélioration de la qualité d'enseignement par une approche puissante et proactive et pour tous les étudiants : **Universalité**

Une notion importante « les méthodes de compensation tiennent peu compte des matières enseignées, elles sont plaquées sans discernement or il faut considérer les obstacles environnementaux, et l'interaction avec les caractéristiques de la personne. **Les capacités des étudiants peuvent être compromises par l'interaction entre leurs difficultés et la situation d'enseignement.** Les compensations doivent être envisagées différemment s'il s'agit d'un cours d'amphi, TD, pratique sur machine (Avramidis, Bayliss et Burden, 2002) » : **Spécificité**

LES OBSTACLES A DEPASSER

La compensation est souvent focalisée sur l'extérieur du lieu d'apprentissage. L'enjeu est de recentrer nos efforts maintenant sur l'intérieur de la classe (accessibilité universelle) parce que ça touche à des fonctions usuelles. Importance de considérer que ce sont des troubles ubiquitables (retrouvé dans tous les milieux) :

- Verbalisation (communication verbale)
- Motricité et langage du corps
- Comportement sociaux (interactions)
- Maîtrise de l'écrit (lecture et écriture)
- Concentration,
- Organisation du travail et mise en œuvre,
- Gestion de la « fatigue »
- Gestion du stress & angoisse de performance...

Pour éviter la discrimination, la solution : **Innovation**

Pour y parvenir : **Sensibiliser – Informer - Accompagner**

DES PRÉJUGÉS À COMBATTRE : PAROLES ENTENDUES

« À force d'intégrer la différence et d'aménager des choses pour cela, on finit par déprécier la valeur du diplôme. C'est de la discrimination négative de la majorité. »

« Il n'y a pas d'études sans souffrance. »

« Je ne suis payé pour m'occuper des étudiants handicapés. Cela ne fait pas partie de mes obligations de service. »

« On accueille de plus en plus d'étudiants déséquilibrés. Il ne faudra pas s'étonner si un jour... cela va commencer à devenir dangereux. »

« La dyslexie ne devrait pas être considérée comme un handicap. »

LES ENJEUX CENTRAUX DE L'INFORMATION ET DE LA SENSIBILISATION

Le préalable à la mise en œuvre d'innovations pédagogiques adaptées, et dans leur dimension de levier d'accessibilité global, est avant tout d'effectuer une information et une sensibilisation des équipes pédagogiques dans leur ensemble (enseignants et personnels de scolarité). Il est l'enjeu central de l'évolution des pratiques.

Il ne peut y avoir un changement des modalités de transmission et d'évaluation des savoirs sans une adhésion consciente et assumée des acteurs qui en ont la responsabilité.

Et le premier des défis de cette démarche, avant même de convaincre de la légitimité et du bien-fondé pour tous des innovations pédagogiques, est de lutter contre des préjugés tenaces ou des représentations faussées. Elles sont souvent la principale source, involontaire par méconnaissance, des mauvaises pratiques identifiées.

Le rôle déterminants des « formateurs »

Face à des situations complexes de personnes fragilisées, certains principes doivent progressivement s'affirmer comme un standard professionnel et déontologique.

- Il est de la responsabilité des formateurs d'être attentifs à l'ensemble des effectifs qui leur sont confiés, sur le plan de l'apprentissage, mais aussi sur le plan humain (dans les limites du respect des positions de chacun).

- Il est ensuite nécessaire de reconnaître aux formateurs le rôle et la capacité de repérer des choses très perceptibles sur les difficultés des apprenants. Ils sont une « vigie » pour percevoir l'étrangeté, l'énigme, la souffrance, la fatigue, et d'autres symptômes évocateurs qui s'expriment devant eux.

Tandis que les formateurs doivent accepter d'être troublés par certains signes, comme chacun le serait sans détourner le regard, il est important de faire confiance à leur ressenti pour alerter sur une situation et les encourager à le faire.

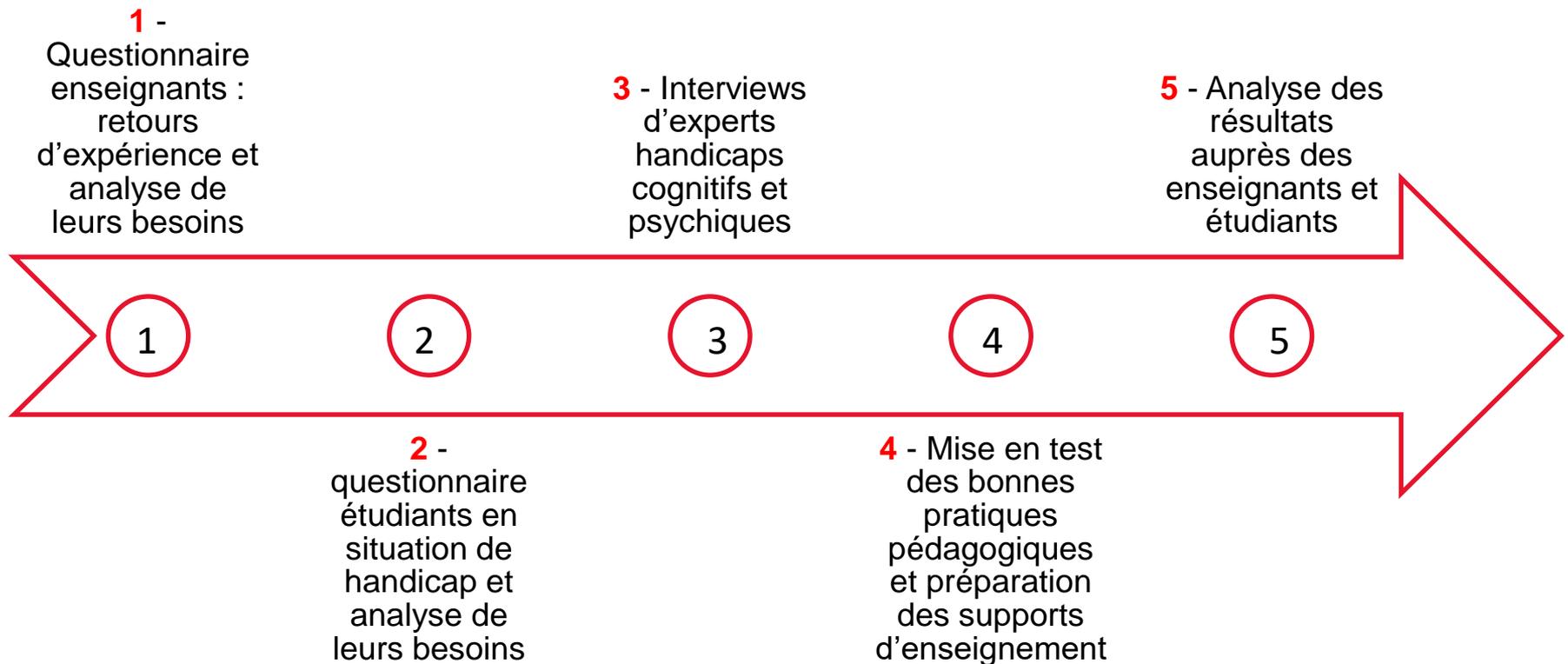
Le droit à l'erreur est pardonnable : il vaut mieux trop prévenir, que prendre trop de temps pour essayer de guérir.

Et ceci s'avère crucial car plus la prise en charge de certains troubles est précoce, plus l'accompagnement qui peut être proposé est efficace.

RECHERCHE ACTION

Juin - juillet 2017

FOCUS SUR UNE RECHERCHE ACTION MENÉE A SCIENCES PO



LES TYPOLOGIES DE TROUBLES CIBLÉES PAR LE PROJET

Troubles cognitifs



Dyslexie
•Dysorthographe

Dyspraxie
•Dysgraphie

TDAH

Autisme

...

Troubles psychiques



Dépression

Bipolarité

Troubles du comportement

Anorexie

...

RÉSULTATS SAILLANTS DU QUESTIONNAIRE ENSEIGNANTS (260 RÉPONSES)

89 % des enseignants interrogés **ne connaissent pas les démarches** qui permettent à un étudiant d'être reconnu en situation de handicap.

50 % des enseignants interrogés estiment que leur **niveau d'information sur les handicaps cognitifs et psychiques est insuffisant.**

Seuls **10,4 %** des enseignants interrogés **ont déjà saisi un interlocuteur de l'administration** sur une question relative à la prise en charge d'un étudiant en situation de handicap cognitif ou psychique.

72,4 % des enseignants interrogés estiment **qu'il est légitime de réformer ou d'aménager certaines pratiques pédagogiques et modalités d'évaluation** pour les étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique.

RÉSULTATS SAILLANTS DU QUESTIONNAIRE ETUDIANTS (47 RÉPONSES)

87% des étudiants estiment **qu'il est légitime d'ajuster (réformer) ou aménager certaines pratiques pédagogiques et modalités d'évaluation** pour les étudiants en situation de handicap neurocognitif, neuropsychologique ou psychique.

11 % des étudiants évoquent un **problème « conséquent » avec un autre étudiant** au sujet de votre situation de handicap ou indirectement lié à elle.

67% des étudiants interrogés se sont **senti « dépourvus », « hésitants » ou « embarrassés »** pour formuler auprès d'un enseignant **une demande d'ordre pédagogique liée à votre situation de handicap.**

23 % des étudiants ont été confrontés à un **problème « conséquent » avec un enseignant** au sujet de votre situation de handicap ou indirectement lié à elle.

LES RÉSULTATS APRÈS APPLICATION DES BONNES PRATIQUES (ÉTUDIANTS HANDICAPÉS & NON HANDICAPÉS)

Diffusion du support en conférence de méthode :	Moodle	-	/	Google Drive	+		
Diffusion du support en cours magistral :	Moodle	-	+	/	Google Drive	-	+
Usage du support :	pédagogie inversée	+	+	/	simple PowerPoint	-	
Adaptation des textes :	style adapté	+	+	/	version normale	-	
Adaptation des supports :	présentation adaptée	-	+	/	version normale	-	+
Outils présents en conférence de méthode :	ordinateur	-	-	/	sans ordinateur	+	+
Outils présents en cours magistral :	ordinateur	+	/	sans ordinateur	-		

EXPÉRIMENTATIONS EN COURS 2017-2018

Partenariat avec
l'Université McGill
(métacognition,
etc.)

DYS et
apprentissage des
langues (anglais)

Musico-pédagogie

Evaluation des
compétences

Cartographie et
visualisation des
données

TROUBLES COGNITIFS / GENERALITES

Juin - juillet 2017

Définition des fonctions cognitives

Les fonctions cognitives recouvrent l'ensemble des processus cérébraux intervenant dans la réception, le traitement et la communication des informations. Elles sont donc à la base des mécanismes d'interaction entre un individu et son environnement.

Elles conditionnent une multitude de gestes, de dispositions mentales, de facultés à agir et d'émotions, ainsi que leur vitesse de mise en œuvre.

LES FONCTIONS COGNITIVES CONCERNENT DIRECTEMENT :

Certaines fonctions intellectuelles (raisonnement, abstraction, etc.).

Les gnosies (perception et reconnaissance des objets).

Le langage (oral et écrit).

Les fonctions exécutives

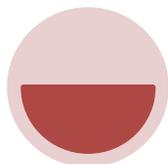
L'attention et la concentration.

Les praxies (exécutions des gestes).

La mémoire.

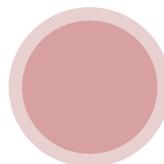
Les capacités visuo-spatiales (orientation, représentations de soi et des objets dans l'espace).

LES TROUBLES COGNITIFS SONT TRÈS HÉTÉROGÈNES :



Spécifiques.

Ils affectent une ou plusieurs fonctions cognitives indépendamment des autres.



Isolés, associés.

Ils sont associés à des troubles d'autre nature (psychiques, etc.) ou en sont une conséquence.

Les troubles cognitifs peuvent être **innés** ou **acquis**, et apparaître à tous les âges.

- On parle de troubles « **DYS** » (dyspraxie, etc.) pour désigner les troubles innés, c'est-à-dire neurodéveloppementaux.

On utilise le terme de « dyspraxie » pour signifier que l'altération de l'exécution des gestes est d'origine développementale (apparition dès les premiers apprentissages infantiles).

- On parle de troubles « **A** » (apraxie, etc.) pour les troubles acquis, consécutifs par exemple à un accident ou à une maladie organique.

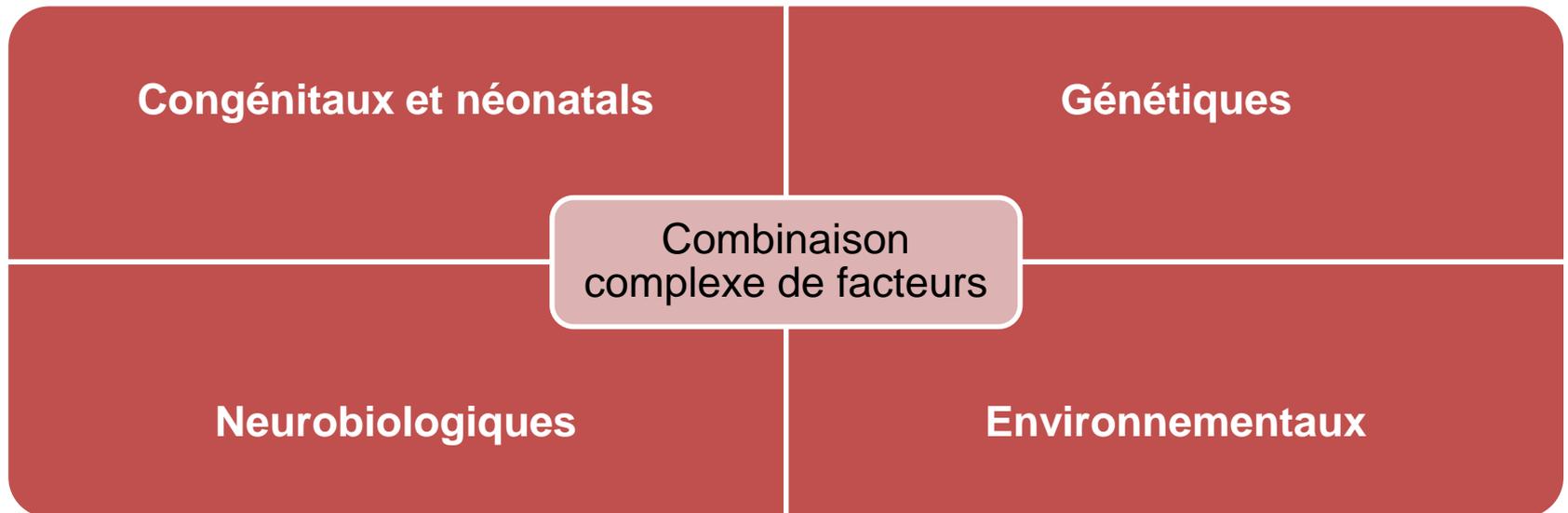
On utilise le terme « d'apraxie » pour décrire les symptômes acquis de ce trouble.

On classe généralement les troubles cognitifs en plusieurs grandes catégories, même si cette convention n'est pas unanime parmi les experts et peut susciter des réserves ou des discussions à plus d'un titre.

1) Les troubles cognitifs neurodéveloppementaux

Ces troubles sont innés et se manifestent généralement dès l'enfance. Lorsque le trouble est léger ou que l'enfant affecté parvient à compenser ou à contourner ses difficultés par lui-même ou avec l'aide de son environnement, il peut être identifié tardivement.

Parmi eux, les troubles spécifiques des apprentissages (les troubles DYS) et le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sont les plus courants. On peut citer également les troubles spécifiques du développement des processus mnésiques (mémoire) et le trouble des fonctions exécutives.



2) Les troubles cognitifs acquis

Ces troubles sont acquis, concernent tous les âges, et peuvent être temporaires, durables ou devenir chroniques.

Leur apparition est le plus souvent liée aux effets directs ou indirects d'une pathologie principale, d'un traitement médical ou de lésions cérébrales accidentelles.

Ils recouvrent par exemple l'aphasie, l'alexie, l'agraphie, l'acalculie, les agnosies, les apraxies, ou encore les troubles amnésiques et la négligence spatiale unilatérale (difficulté à percevoir et à réagir à des informations émises vers un côté du corps).

Exemple d'un trouble neurodéveloppemental ou acquis très invalidant : le trouble des fonctions exécutives

Le trouble des fonctions exécutives est une affection sévère.

Pour reprendre une expression imagée souvent utilisée, les fonctions exécutives sont le « chef d'orchestre » du cerveau.

Elles recouvrent l'ensemble des processus cérébraux complexes qui interviennent dans les activités non routinières (adapter ses actions à un contexte nouveau).

Elles permettent d'initier, de planifier, d'exécuter et de contrôler une action.

Le trouble des fonctions exécutives affectent gravement les apprentissages :

- Difficultés à adapter les stratégies intellectuelles à un exercice précis ;
- Difficulté à s'amender en cas d'échec (persévérance dans l'erreur) ;
- Difficultés à adapter les comportements à un contexte donné ;
- Difficultés à réguler les émotions ;
- Difficultés à initier, planifier et organiser une activité ;
- Impulsivité.

Le trouble des fonctions exécutives engendre des difficultés très importantes.

Il génère une grande fatigue car chaque action sollicitée demande beaucoup d'efforts pour être accomplie (écouter, comprendre des consignes, s'autocontrôler, prendre des notes, répondre à un problème, etc.).

3) Les troubles cognitifs évolutifs de l'adulte :

Ils sont la conséquence de pathologies évolutives qui surviennent à l'âge adulte et qui affectent de manière progressive et irréversible le système nerveux central (maladies neurodégénératives, sclérose en plaques, etc.).

4) Les troubles envahissants du développement :

Ils recouvrent l'ensemble des troubles relevant du spectre de l'autisme.

Preuve de la difficulté à stopper les automatismes du cerveau...

<https://www.koreus.com/video/test-visuel-compter-nombre-passes.html>



Situation expérimentale imaginée par John Ridley Stroop en 1935.

Conclusion

Les troubles cognitifs sont très divers et leurs manifestations peuvent varier en fonction de leur sévérité, de leur dimension cumulative et de leur association avec d'autres troubles.

Ainsi, il est difficile de rendre compte de la réalité vécue par chacune des personnes atteintes de troubles cognitifs, tant les situations relèvent de nombreux paramètres.

L'évaluation de leurs difficultés s'apprécie en fonction de leur environnement, de l'accompagnement et des prises en charge dont elles bénéficient, ainsi que de leur profil (éléments biographiques, traits de personnalité).

Encore trop souvent mal connus, et surtout sous-estimés quant à leurs effets, les troubles cognitifs ont pourtant des conséquences plus ou moins invalidantes.

Dans les situations d'apprentissage, en dépit de l'augmentation croissante du nombre de personnes concernées, les troubles cognitifs demeurent appréhendés avec beaucoup d'indifférence ou d'incompréhension.

Cela s'explique notamment par leur relative méconnaissance (symptômes et conséquences), les représentations faussées qu'ils véhiculent, et leur « invisibilité » dans beaucoup de cas.

METHODES ET PRATIQUES / TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Juin - juillet 2017

COMPRENDRE LES TROUBLES ET LEURS INCIDENCES

Exemples de troubles spécifiques des apprentissages

La Dysgraphie (trouble associé à la dyspraxie) :

La dysgraphie est un trouble fonctionnel persistant qui perturbe l'acquisition et/ou l'exécution de l'écriture. Le geste d'écriture, qui revient à « dessiner des lettres » et peut s'avérer douloureux à exécuter, est lent, coûteux en concentration (au détriment d'autres éléments) et dévalorisant (la graphie est souvent peu lisible et mal soignée).

La Dyscalculie :

La dyscalculie est un trouble des « habiletés arithmétiques » et de la perception des quantités numériques, qui se traduit par des difficultés de calcul, de dénombrement et de lecture/écriture des chiffres.

La Dysphasie :

La dysphasie est un trouble spécifique du développement du langage oral qui perturbe l'expression et/ou la compréhension.

Elle recouvre une grande diversité de situations. Elle peut être réceptive (difficultés de compréhension), expressive (difficultés d'expression) ou mixte.

Dans ses formes les plus sévères, elle peut engendrer des difficultés lexicologiques, syntaxiques et phonologiques, en plus de problèmes de compréhension orale.

Parce qu'elle altère les fonctions de la communication orale, la dysphasie peut avoir des effets importants sur toutes les dimensions de la vie sociale, et dans les situations d'apprentissage, avec d'autant plus de conséquences qu'elle est souvent associée à d'autres handicaps.

La persistance à l'âge adulte des troubles dysphasiques dépend de leur sévérité initiale et de leur prise en charge au cours du développement.

Dans certains cas, la difficulté à s'exprimer peut conduire à des comportements de repli sur soi, d'isolement, voire d'agressivité.

Les apprenants dysphasiques sont particulièrement pénalisés par les exercices oraux comme les exposés (lenteur de l'expression, impression que « les mots ne viennent pas », hésitations, signes de pénibilité visible de la prise de parole, etc.).

COMPRENDRE LA DYSLEXIE ET SES INCIDENCES

Quelques repères utiles

La dyslexie est un trouble spécifique de l'acquisition du langage écrit qui se traduit par des problèmes d'apprentissage et de maîtrise de la lecture.

C'est le trouble cognitif spécifique du développement le plus fréquent.

Les difficultés liées à la dyslexie se manifestent dès les premiers apprentissages ; il est admis que 3 % à 5 % des enfants sont concernés.

La dyslexie est d'origine neurologique. Elle n'est pas engendrée par un trouble psychiatrique ou sensoriel. **Elle n'est pas expliquée par un retard mental.**

Les causes de cette anomalie neurologique relèvent d'une combinaison complexe de facteurs génétiques et environnementaux.

L'évolution et l'importance de la persistance des troubles dyslexiques à l'âge adulte dépendent d'une multitude de facteurs :

- La sévérité des dysfonctionnements initiaux ;
- L'environnement socioéducatif ;
- Le niveau et la qualité de la prise en charge ;
- L'association ou non avec d'autres troubles ;
- Le profil psychologique de la personne.

La précocité du diagnostic de la dyslexie, et corrélativement les réponses médicales, paramédicales (orthophoniques) et pédagogiques qui peuvent lui être apportées, sont des éléments importants pour limiter ses conséquences scolaires et sociales.

De manière générale, la dyslexie se caractérise par un développement contrarié du processus d'autonomisation de la lecture.

Les mots sont reconnus et mémorisés avec peine ou imparfaitement, et doivent donc être systématiquement « déchiffrés » au prix d'un effort cognitif plus ou moins important.

On peut distinguer trois types de dyslexies en fonction de la nature des troubles considérés :

- La dyslexie phonologique se fonde sur une faible conscience phonologique (capacité à segmenter un mot en unités sonores) ;
- La dyslexie de surface renvoie à des difficultés de mémorisation et de reconnaissance des mots sous leurs différentes formes ;
- La dyslexie mixte associe les troubles des deux autres types.

Parce qu'elle complique beaucoup l'acquisition de l'expression écrite, la dyslexie engendre dans la majorité des cas des troubles orthographiques associés (dysorthographe).

Et ils sont d'autant plus conséquents et persistants que la dyslexie s'accompagne souvent d'autres troubles des apprentissages.

La précocité du diagnostic de la dyslexie, et corrélativement les réponses médicales, paramédicales (orthophoniques) et pédagogiques qui peuvent lui être apportées, sont des éléments importants pour limiter ses conséquences scolaires et sociales.

De manière générale, la dyslexie se caractérise par un développement contrarié du processus d'autonomisation de la lecture.

Les mots sont reconnus et mémorisés avec peine ou imparfaitement, et doivent donc être systématiquement « déchiffrés » au prix d'un effort cognitif plus ou moins important.

On peut distinguer trois types de dyslexies en fonction de la nature des troubles considérés :

- La dyslexie phonologique se fonde sur une faible conscience phonologique (capacité à segmenter un mot en unités sonores) ;
- La dyslexie de surface renvoie à des difficultés de mémorisation et de reconnaissance des mots sous leurs différentes formes ;
- La dyslexie mixte associe les troubles des deux autres types.

Parce qu'elle complique beaucoup l'acquisition de l'expression écrite, la dyslexie engendre dans la majorité des cas des troubles orthographiques associés (dysorthographe).

Et ils sont d'autant plus conséquents et persistants que la dyslexie s'accompagne souvent d'autres troubles des apprentissages.

Les apprenants dyslexiques, à la faveur de leur expérience et de l'accompagnement dont ils ont éventuellement bénéficié, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap (correction de certains traits par la répétition et l'habitude).

Beaucoup d'entre eux parviennent à développer des outils personnels de compensation ou des stratégies de contournement des obstacles.

Néanmoins, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours d'apprentissage des personnes concernées car elles sont contraintes quotidiennement à des efforts notables pour effectuer chacune des tâches impliquant lecture et/ou écriture.

En effet, selon la sévérité de la persistance de ses troubles, la dyslexie peut encore entraîner à l'âge adulte :

- Une lecture pénible ou hésitante ;
- Une lenteur excessive de la compréhension écrite ;
- Une écriture peu fluide ;
- Une expression écrite avec de nombreuses fautes d'orthographe, plus ou moins surprenantes sur le plan phonétique ;
- Une syntaxe maladroite.

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, le travail en double tâche reste le principal défi auquel sont confrontés les étudiants dyslexiques.

Sensibilisation & Vigilance

- Le problème majeur du travail en double tâche :

Lors de l'apprentissage d'une tâche courante, un niveau important de concentration est requis. **Au gré des répétitions, la tâche devient automatisée et ne nécessite plus une attention soutenue pour être effectuée.** Tout ce qui concourt à la réaliser est stocké dans la mémoire procédurale et le cas échéant récupéré instantanément de manière inconsciente. Cela concerne l'ensemble des tâches acquises du quotidien. L'autonomisation des gestes usuels (apprentissages procéduraux) permet ainsi de mobiliser l'attention sur ce qui ne relève pas de la routine.

Lorsqu'une tâche normalement automatisée ne l'est pas correctement et demande un investissement conséquent pour être produite, elle réduit le potentiel d'attention mobilisable pour exécuter d'autres tâches simultanées.

En situation d'apprentissage, quand les processus de la lecture, de l'écriture et/ou de l'orthographe n'ont pas été automatisés par un apprenant, il est alors souvent en situation de « double tâche », c'est-à-dire contraint de partager son attention entre les tâches non automatisées nécessitant toujours de la concentration et les autres (analyser, comprendre, raisonner).

C'est le cas pour les apprenants dyslexiques dans de nombreuses configurations d'apprentissage (lecture/compréhension d'un texte, écoute active et prise de notes en cours, commentaire de document, etc.), mais aussi pour d'autres également sujets à des troubles cognitifs.

VERBATIM D'UN ÉTUDIANT

- La compréhension écrite est plus ou moins lente et nécessite plusieurs lectures :

« En général, quand je dois lire un texte, il me faut trois lectures pour comprendre et en retirer quelque chose. La première, c'est pour déchiffrer, je ne fais que lire entre guillemets. Je regarde comment le texte est construit, je repère les différentes parties, j'essaie d'identifier les passages ou les mots importants. La seconde lecture, c'est pour décoder. J'essaie de comprendre le sens général du texte, les idées principales. Je relis attentivement l'introduction et la conclusion par exemple. La troisième lecture, c'est pour comprendre dans le détail, point par point. »

- Les apprenants dyslexiques sont souvent très anxieux et appréhendent les situations d'apprentissage :

La difficulté de travailler en double tâche (comprendre et prendre des notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress.

- Ils sont sujets à une fatigue importante en raison des efforts constants et démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage courantes :

La difficulté de travailler en double tâche occasionne un investissement conséquent en dehors des cours pour rattraper les notes manquantes et/ou comprendre ce qui a été dit, en s'aidant souvent de manuels. Cela est d'autant plus marqué lorsque des problèmes de concentration se rajoutent.

VERBATIM D'UN ÉTUDIANT

- Les difficultés rencontrées sont particulièrement accentuées dans l'apprentissage des langues, notamment en anglais qui constitue l'un des idiomes les plus redoutables à apprendre pour les étudiants dyslexiques (langue dite « opaque ») :

« Les cours d'anglais, c'est toujours la galère. Mais le pire, c'est les cours thématiques qui sont faits en anglais. J'en ai un cette année. C'est simple, la plupart du temps je ne voyais même pas de quoi on parlait. J'ai été obligé de retravailler toutes les séances comme si je découvrais le cours. Les gens ne se rendent pas compte à quel point c'est terrible de ne rien comprendre et d'avoir l'impression d'être un idiot. »

INDICATIONS ET PRECONISATIONS

- Etre attentif à bien répartir la charge de travail.
- Privilégier une double transmission des consignes de travail : oralement (mieux pour l'attention immédiate) et par écrit pour éviter la prise de notes et permettre le cas échéant une consultation en dehors du cours.
- Communiquer les supports ou les documents de cours avant la séance où ils seront utilisés pour réduire l'appréhension de la situation d'apprentissage et limiter autant que possible le travail en double tâche.
- Indiquer les textes à lire pour une séance avec des délais raisonnables ;
- Donner des recommandations bibliographiques précises en pensant au fait qu'elles seront peut-être utiles à l'étudiant pour rattraper des parties de cours mal comprises ou non intégrées.
- Lors de la restitution de travaux écrits, il est important de souligner les erreurs ou les fautes commises (orthographe, grammaire, syntaxe), mais ne de pas les sanctionner outre mesure pour ne pas décourager.
- Favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (text-to-speech).

- Idéalement, adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles.

Conseil pratique : comment modifier un texte ou un document pour le rendre plus accessible à une personne DYS ?

- Utiliser la police Arial 12 ou 14 (selon la nature du document).
- Interlignes 1,5 ou double (selon la nature du document).
- Augmenter éventuellement l'espacement par défaut entre les caractères.
- Ne pas surcharger les paragraphes en allant par exemple à la ligne après chaque développement faisant sens.
- Aller à la page pour chaque partie et sous-partie.
- Isoler sur une page un tableau, un graphique ou une carte en prenant soin de bien faire apparaître les indications de lecture (légende, etc.).
- Utiliser des nomenclatures claires pour bien distinguer des parties, des points ou des énumérations.
- Numérotter les pages en indiquant leur nombre total pour faciliter le repérage dans le document.
- Surligner en gras tous les titres ou points distinctifs.
- Surligner en gras les mots saillants.

COMPRENDRE LA DYSPRAXIE ET SES INCIDENCES

Quelques repères utiles

La dyspraxie est un trouble spécifique du développement de l'apprentissage de la programmation gestuelle souvent associée à des troubles visuo-spatiaux ou visuo-moteurs.

Elle se traduit par des perturbations de l'exécution et de l'autonomisation des gestes appris, alors même que les facultés physiques nécessaires à leur réalisation ne sont pas altérées. Elle ne concerne pas les gestes dits universels (s'asseoir, s'allonger, etc.).

Les gestes acquis par l'apprentissage, appelés praxies, dépendent de plusieurs facultés cognitives : la synchronisation motrice, le traitement de l'information visuelle et la représentation dans l'espace, la capacité d'exécution de mouvements concordants et les processus de mise en œuvre d'une action orientée vers un but précis.

Le contrôle et la coordination des gestes acquis n'est pas automatisée, ce qui les rendent pénibles à effectuer, souvent maladroits ou hésitants. Ils sont coûteux en concentration et en investissement cognitif pour être réalisés.

La dyspraxie est d'origine neurologique et n'est en rien un effet associé d'une déficience intellectuelle, sensorielle, motrice ou d'un trouble psychiatrique. Elle touche majoritairement les garçons.

La dyspraxie relève d'une combinaison complexe de facteurs génétiques et environnementaux.

L'évolution et l'importance de la persistance des troubles dyspraxiques à l'âge adulte dépendent d'une multitude de facteurs :

- La sévérité des dysfonctionnements initiaux ;
- L'environnement socioéducatif ;
- Le niveau et la qualité de la prise en charge ;
- L'association ou non avec d'autres troubles ;
- Le profil psychologique de la personne.

La précocité du diagnostic de la dyspraxie, et corrélativement les réponses médicales, paramédicales (psychomotricité) et pédagogiques qui peuvent lui être apportées, sont des éléments importants pour limiter ses conséquences scolaires et sociales.

De manière générale, la dyspraxie se caractérise par un développement contrarié du processus d'autonomisation et d'acquisition de la coordination des gestes acquis.

Elle s'accompagne aussi fréquemment d'autres troubles, soit de manière associée dans le champ des apprentissages (dyslexie, dyscalculie), soit en raison des effets négatifs sur la vie affective et sociale qu'elle induit (dépression, etc.).

Près de la moitié des élèves dyspraxiques présentent des symptômes du TDA/H.

On peut regrouper les troubles dyspraxiques en plusieurs types.

La dyspraxie constructive et/ou visuo-spatiale :

- Difficultés à se repérer, à se positionner dans l'espace et à évaluer les distances ;
- Difficultés d'organisation spatiale ; difficultés graphiques et d'assemblage ;
- Difficultés de lecture et de dénombrement.

La dyspraxie non constructive :

- Difficultés à effectuer des gestes ou des mouvements successifs ; *idem* séquencés.

Parmi cette seconde catégorie, on distingue souvent :

La dyspraxie idéatoire :

- Difficultés à réaliser un geste avec un objet (utiliser un crayon, une clef, etc.).

La dyspraxie idéomotrice :

- Difficultés à reproduire des gestes, notamment ceux dits symboliques ; qui ne font pas appel à des objets.

La dyspraxie verbale (dysphasie motrice) :

- Difficultés à articuler en parlant ; difficultés à enchaîner les mots de manière fluide ;
- Difficultés à faire des gestes impliquant la bouche (siffler, souffler des bougies) ;

La dyspraxie d'habillement :

- Difficultés à se vêtir et à enfiler des chaussures.

Les personnes dyspraxiques, à la faveur de leur expérience et de l'accompagnement dont ils ont éventuellement bénéficié, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap.

Parallèlement à la correction de certains traits de leurs troubles, notamment par la répétition et l'habitude, beaucoup d'entre elles sont parvenues à développer des outils de compensation ou des stratégies de contournement des obstacles.

Néanmoins, cette réalité ne rend pas moins compliqué les parcours d'apprentissage des personnes dyspraxiques car elles sont contraintes quotidiennement à des efforts notables pour effectuer chacune des tâches impliquant des gestes acquis.

La dyspraxie peut encore entraîner à l'âge adulte :

- Une écriture peu fluide, avec une graphie souvent dégradée ;
- Une gêne et une lenteur pour comprendre et analyser un tableau, un graphique ou encore une carte (du fait des troubles visuo-spatiaux associés) ;
- Une expression orale laborieuse (en cas de dyspraxie verbale) ;
- Une lecture pénible ou hésitante (du fait des difficultés visuo-motrices associées) ;
- Des difficultés d'orientation et de repérage ;
- Des difficultés d'organisation.

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, le travail en double tâche est un problème important auquel sont confrontés les apprenants dyspraxiques.

SciencesPo

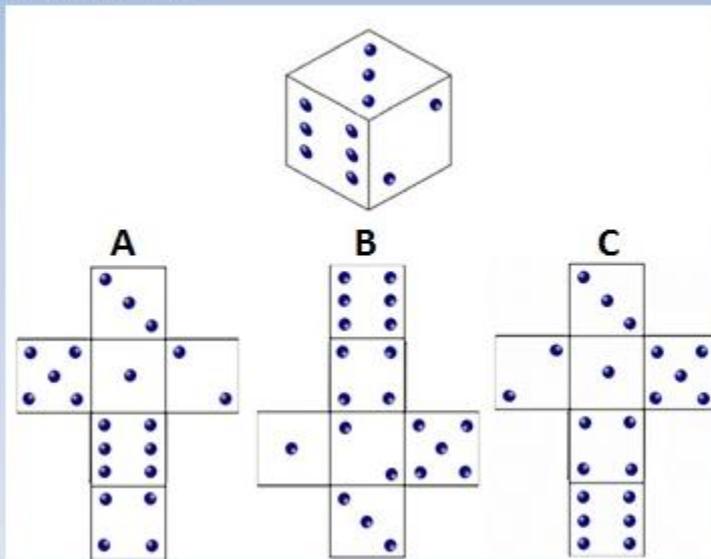
cher Tomay
je suis bien
je m'occupe
Si il faut
nous avons fait
vélo nous faire
A bientôt du
e

Extrait : Association Unadys.

SciencesPo

Test d'aptitude spatiale

Test qui sert à évaluer la capacité à reconnaître une forme d'après son patron



Test Q1 – patron dés

Sensibilisation & Vigilance

- La prise de notes est pénible et lente.
- La compréhension et l'analyse de tableaux, de graphiques ou de cartes est plus ou moins difficile.
- La compréhension écrite est peu aisée et nécessite plusieurs lectures, en particulier si le document est dense (mise en page, contenus).
- Les travaux écrits sont mal présentés (organisation difficile dans l'espace).
- L'écriture manuscrite manque de lisibilité et/ou de soin.
- Les apprenants dyspraxiques sont souvent très anxieux et appréhendent les situations d'apprentissage. La difficulté de travailler en double tâche (comprendre et prendre des notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress.
- Ils sont sujets à une fatigue importante (efforts démultipliés). La difficulté de travailler en double tâche occasionne un investissement conséquent en dehors des cours pour rattraper les notes manquantes et/ou comprendre ce qui a été dit, en s'aidant souvent de manuels. Cela est d'autant plus marqué lorsque des problèmes de concentration se rajoutent.

INDICATIONS ET PRECONISATIONS

- **Veiller à un fléchage bien visible et explicite des lieux de cours.**
- **Etre attentif à bien répartir la charge de travail.**
- **Autoriser de manière systématique l'usage de l'ordinateur en cours, ainsi que la restitution de travaux écrits dactylographiés.**
- **Privilégier une double transmission des consignes de travail : oralement (mieux pour l'attention immédiate) et par écrit pour éviter la prise de notes et permettre le cas échéant une consultation en dehors du cours.**
- **Communiquer les supports ou les documents de cours avant la séance où ils seront utilisés pour réduire l'appréhension de la situation d'apprentissage et limiter autant que possible le travail en double tâche.**
- **Indiquer les textes à lire pour une séance avec des délais raisonnables.**

- **Donner des recommandations bibliographiques précises en pensant au fait qu'elles seront peut-être utiles à l'étudiant pour rattraper des parties de cours mal comprises ou non prises en notes ;**
- **Lors de la restitution de travaux écrits, il est important de ne pas sanctionner outre mesure les erreurs ou les maladresses de forme pour ne pas décourager l'apprenant.**
- **En cas de difficultés importantes d'élocution, donner le choix à l'apprenant de réaliser un travail écrit plutôt qu'un exposé, ou l'autoriser à s'aider d'outils de présentation avec un contenu augmenté pour limiter sa prise de parole qui est ralentie.**
- **Favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (text-to-speech).**
- **Idéalement, adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles.**

L'EXPERIMENTATION DES BONNES PRATIQUES

Résultats d'expérimentation des bonnes pratiques / avant –après

Enseignement de Sociologie

Nombre d'étudiants interrogés : **16**

Type de handicap visé : Dyspraxie / Dyslexie (1 étudiant concerné)

Type de cours : cours de sociologie du Droit – salle de cours

Nombre de réponses : **6 soit 37,5%**

Synthèse : **5 sur 6** étudiants sondés après l'application des bonnes pratiques considèrent que les modifications facilitent la lecture et la compréhension

L'étudiant concerné par l'expérimentation **atteste d'un confort notable.**

VERBATIM D'UN ÉTUDIANT

« Je n'ai pas bien compris pourquoi, enfin pas de manière précise, mais je **me suis aperçu que les deux textes m'avait demandé moins de temps de préparation. D'habitude, c'est compliqué avec les textes** qui ont une taille de police étroite et des pages très chargées. C'est difficile pour la compréhension, **je fais des confusions.**

Là, **ça m'a facilité ma première lecture en diagonale pour me repérer dans le texte et commencer à voir de quoi ça parle.** Normalement, il me faut deux lectures pour cela, mais là c'était bon dès la première. Les mots en gras et les séparations claires m'ont bien aidé. Après, aussi, c'était plus simple pour la lecture plus attentive. »

TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

Juin - juillet 2017

COMPRENDRE LES TROUBLES ET LEURS INCIDENCES

Quelques repères utiles

Communément nommés « autisme », les troubles du spectre de l'autisme (TSA) recouvrent une diversité de formes.

On y associe le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance ou encore les troubles envahissants du développement non spécifiés.

Cependant, trois grands traits communs caractérisent les sujets atteints de TSA (aspects sociaux et cognitifs) : leurs relations aux autres, leurs modalités de communication et leur comportement connaissent des fonctionnements altérés.

Néanmoins, au-delà des différentes formes de TSA qui correspondent à des tableaux cliniques distincts, leurs symptômes sont multiples et se manifestent de manière très spécifique selon les individus.

L'âge de leur apparition, la sévérité de leur expression ou les configurations de leur association entre eux – et avec d'autres symptômes éventuels – sont parmi les principales variables qui déterminent le profil de chaque personne autiste.

Le recours à la notion de spectre permet d'ailleurs de traduire la grande hétérogénéité des situations relevant des TSA.

Les TSA sont liés à des perturbations neurobiologiques du développement et du fonctionnement de plusieurs régions du cerveau, qui commandent notamment les processus de communication, de planification, d'expression et de compréhension, ainsi que les processus émotionnels.

Ils surviennent dès la prime enfance et demeurent structurels.

Les fonctions cérébrales de traitement des informations sensorielles sont aussi affectées, occasionnant des altérations dans le rapport à l'environnement.

Des études récentes ont montré que des facteurs génétiques, parmi d'autres explications, pouvaient jouer un rôle dans l'apparition des TSA. Par contre, une chose est désormais acquise : ils ne résultent pas de causes psychologiques ou psychiatriques, comme cela a été envisagé pendant longtemps.

Le taux de prévalence des TSA dans la population est d'environ 1 %, avec une surreprésentation masculine marquée.

En dépit de la singularité des profils des personnes atteintes de TSA, une distinction importante est toutefois établie dans le spectre de l'autisme. Elle concerne d'une part les individus souffrant de déficience intellectuelle associée, qui peut être parfois sévère, et d'autre part ceux qui sont identifiés sous le vocable générique d'autisme à haut niveau de fonctionnement.

Dans la plupart des cas, ces derniers parviennent à mener une vie quotidienne autonome, avec plus ou moins de difficultés.

Les TSA sont irréversibles sur le plan médical, mais l'impact des symptômes est évolutif.

Ils s'améliorent généralement avec l'âge, à la faveur de l'expérience (apprentissages compensatoires), d'un accompagnement adéquat et d'une éventuelle prise en charge adaptée (thérapies cognitives et comportementales).

Le rôle de l'entourage et de l'environnement de vie (cadres professionnel et personnel) sont également déterminants pour l'épanouissement des personnes autistes, de même que pour leur inclusion sociale et professionnelle.

Dans le champ de l'autisme à haut niveau de fonctionnement, le syndrome d'Asperger est la catégorisation la plus connue. Associé à des profils possédant un grand potentiel intellectuel, il a fait l'objet d'une reconnaissance médicale tardive en raison de son objectivation complexe sur le plan clinique.

Certains professionnels continuent à considérer que l'usage de sa dénomination répond davantage à des attentes sociales distinctives (image positive et valorisante) qu'à des critères médicaux précis.

Comme l'ensemble des TSA, le syndrome d'Asperger n'échappe pas à la diversité des profils et des situations qui s'y rattachent.

Des travaux récents ont mis en lumière le fait que beaucoup de femmes présentant la symptomatologie typique du syndrome d'Asperger restaient sous-diagnostiquées, ou l'étaient plus tardivement, comparativement aux hommes.

Sensibilisation & Vigilance

L'autisme à haut niveau de fonctionnement recouvre **une grande variété de traits** symptomatiques, plus ou moins perceptibles. Ils traduisent néanmoins une caractéristique commune, celle de **la difficulté à interagir avec l'environnement**. Cela résulte d'un traitement désordonné ou limité des informations sensorielles ou perceptives qui appellent à des actions/réactions logiquement escomptées.

A des degrés différents selon les individus, les autistes à haut niveau de fonctionnement **ne décodent pas spontanément les attentes sociales, les intentions, les attitudes et les émotions** (tristesse, colère, agacement, bonne humeur) des personnes avec lesquelles elles communiquent.

Tout ce qui relève de l'implicite dans les rapports aux autres ou les situations non routinières n'est pas déchiffré.

De même, ils ne maîtrisent pas les codes et les règles invisibles de l'ordinaire, **le « mode d'emploi » du quotidien**.

Seul l'apprentissage peut corriger ces lacunes, avec l'intériorisation progressive de repères ancrés, souvent par des moyens propres à chacun et détournés, pour repérer les enjeux d'une situation et y répondre par une attitude acquise.

Cet apprentissage est d'autant plus efficient que le diagnostic du trouble est établi précocement, ce qui est encore rarement le cas.

On peut énumérer des traits fréquents, en insistant sur le fait qu'ils se cumulent diversement et de manière plus ou moins marquée en fonction des individus :

- Relative indifférence aux interactions collectives, isolement, mutisme, etc. ;**
- Capacité de concentration longue sur un centre d'intérêt exclusif au détriment d'une attention réactive, focalisations excessives ;**
- Intérêts obsessionnels et envahissants pour des sujets de prédilection, parfois surprenants (langue rare, type d'animaux, période historique ancienne, etc.) ;**
- Déstabilisation face aux situations imprévues et aux changements d'habitudes ;**
- Forte attraction pour les activités répétitives et les cadres structurés ;**
- Constitution de référentiels propres pour faciliter la localisation et les repères dans l'espace (réattribution de noms signifiants à des endroits stratégiques, etc.);**
- Impossibilité à comprendre les expressions figurées (« avoir un chat dans la gorge », « avoir le moral dans les chaussettes », etc.) ;**
- Respect scrupuleux des règles et des délais ;**
- Extrême sensibilité au bruit, aux sons parasites, à la luminosité ;**

- **Réticence aux contacts physiques du quotidien ;**
- **Attitudes maladroitesses (fuir le regard d'un interlocuteur, politesse aléatoire, etc.), difficultés à ajuster le ton et le débit de la voix, style vestimentaire décalé ;**
- **Langage corporel inadapté, gestes étranges ;**
- **Rituels, actions stéréotypées, automatismes ;**
- **Inadéquation de l'expression des émotions avec une situation ;**
- **Difficultés à débiter et à terminer une conversation ; tics de langage.**

Les conséquences liées à ces traits constituent autant de handicaps et peuvent être la cause, par un effet cumulatif, d'une grande souffrance.

Dans les situations d'apprentissage, mais également en dehors, il est donc important d'être particulièrement vigilant aux signes de repli sur soi, de mal-être ou de changements de comportements des individus concernés.

Ils peuvent être notamment victimes de harcèlement ou de propos discriminants. En raison d'une réelle naïveté sociale, ils peuvent aussi être la proie facile de personnes malveillantes.

Le cas échéant, un signalement rapide permet d'apporter une réponse adaptée et de limiter le risque d'isolement.

VERBATIM D'UN ÉTUDIANT

« J'ai toujours eu des problèmes avec les recherches bibliographiques. C'est une source d'angoisse. Je ne peux pas citer des ouvrages ou des articles dans un travail si je ne les ai pas lus entièrement. Ce n'est pas honnête sinon, c'est impossible. Et je n'ai pas le temps de lire tout ce qu'il faudrait, donc je ne mets à chaque fois que quelques références. En plus, je ne sais jamais si j'ai fait les bons choix. C'est pareil, si je prends une citation dans un livre, je dois le lire intégralement avant. »

INDICATIONS ET PRECONISATIONS

Dans les interactions de cours :

- **Autoriser, s'ils le souhaitent, les apprenants autistes à porter un casque filtrant pour leur permettre de s'isoler des bruits parasites. Cela facilite leur concentration et réduit l'effort qu'ils doivent fournir pour rester attentifs aux informations importantes ;**
- **Si la luminosité naturelle est suffisante au confort de tous, éteindre les sources de lumières qui leur occasionnent souvent une gêne inutile ;**
- **Permettre qu'ils choisissent leur place en cours, souvent la même, et veiller discrètement à ce qu'elle soit respectée par les pairs ;**
- **Ne pas insister pour les faire participer oralement s'ils ne le souhaitent pas ;**
- **Quand ils prennent la parole, ils n'ont pas toujours la bonne mesure du temps qu'ils ont pour s'exprimer. S'ils débordent ou se perdent dans une réponse trop longue, il est important de veiller à faire preuve de tact ou de subtilité pour les stopper (en les remerciant pour leur intervention et en la valorisant).**

Dans les modalités de transmission des savoirs :

- Les apprenants autistes ont des difficultés à comprendre les consignes implicites, les idées abstraites, les références symboliques et les explications qui font appel à des raisonnements intuitifs. Ainsi, il est important de proposer des énoncés clairs, concrets et d'être toujours très explicite ;**
- Il est recommandé de ne pas parler de façon abstraite trop longtemps lors d'une séquence de cours, ceci pouvant entraîner une fatigue et un découragement. Il est préférable d'alterner l'abstrait et le concret avec des exemples éclairants ;**
- L'usage d'un plan de cours très structuré, et rappelé régulièrement, est une aide précieuse car ils ont souvent des difficultés à se repérer dans le déroulé logique des points successivement abordés ;**
- Ils peinent souvent à travailler en double tâche. Ils sont parfois perturbés par un mot qui va détourner leur attention et les empêcher de rester attentifs. Ils peuvent être gênés de la même manière par un tic de langage ou gestuel de l'enseignant ;**
- Certains présentent une lenteur pour écrire (prise de notes) en raison d'une motricité peu coordonnée et d'une fatigabilité motrice, dont il faut tenir compte.**

Pour remédier à certaines situations, parfois très pénalisante, plusieurs solutions peuvent être adoptées :

1) Autoriser que les apprenants autistes enregistrent le cours, ce qui leur permet de le réécouter pour reprendre les passages incompris ou non transcrits en notes (avec parfois une vitesse légèrement accélérée qui lisse les bruits de fond perturbateurs ou les tics de langage) ;

2) Mettre à disposition un support de cours détaillé (enrichi de définitions, de chiffres clefs, de références bibliographiques) qui facilite le travail personnel, souvent très conséquent pour compenser les difficultés de compréhension spontanée et compléter les prises de notes incomplètes.

Pour les modalités de préparation des travaux à effectuer et d'évaluation :

- Lors des évaluations écrites ou des travaux à préparer, il est nécessaire de veiller à plusieurs éléments importants en termes d'accessibilité.

On peut insister sur les principaux :

1) Mettre à disposition des supports avec des consignes explicites et claires, sans omettre de les construire avec une mise en forme très apparente ;

2) Indiquer le volume attendu dans les réponses ou encore le nombre de pages requises dans le cas d'une dissertation ; un étudiant autiste peut ne pas faire le travail demandé car il est « bloqué » pour le débiter, faute de savoir la taille du texte qu'il doit rédiger ;

3) Eviter les formules abstraites, implicites ou faisant appel à la subjectivité. Par exemple, les questions qui débutent par « comment » sont souvent peu adaptées car elles impliquent d'autres questions sous-jacentes (de quelle manière, par quels moyens) qui rendent difficile la compréhension de ce qui est attendu. Il est donc préférable d'utiliser des indications simples et précises qui ne demandent pas d'interprétations intuitives (« définissez les caractéristiques de... », « donnez la définition de... », « décrivez les conditions d'apparition de... », etc.).

- Si un apprenant autiste ne souhaite pas faire un exposé, exercice complexe à aborder dans beaucoup de cas, il peut lui être proposé d'en restituer une version écrite. Il peut également lui être conseillé des techniques et/ou l'usage de supports numériques dédiés pour lui rendre la tâche plus aisée ;
- Les apprenants autistes ont des difficultés, très compréhensibles, à participer à des exercices collectifs. Et généralement, leurs pairs montrent des réticences à partager une activité commune avec eux. Il convient donc toujours de s'adapter avec souplesse à la situation et d'évoquer avec eux leur préférence. Le cas échéant, il est déconseillé d'imposer une modalité par la contrainte, en raison de l'angoisse et de la réaction de défection qu'elle risque d'entraîner. S'ils participent à des travaux en groupe, il est nécessaire de leur donner des éléments contextuels précis (qui, quand, quoi, où, comment, dans quels délais, etc.).
- La recherche de références bibliographiques ou d'éléments saillants dans un texte est un problème pour eux. Ils peinent à hiérarchiser les idées et ne savent pas où et comment trouver la bonne information sans être obligés de tout lire ce qu'ils consultent. De plus, ils s'astreignent, par une observance scrupuleuse de la règle, à une lecture entière des sources utilisées. Pour leur faciliter ce travail, qui est un facteur de stress et de fatigue, il est important de leur conseiller une sélection précise de lectures utiles pour les guider.

De manière générale, il est essentiel de comprendre que les apprenants autistes ont des difficultés récurrentes à conceptualiser un ensemble cohérent à partir d'une multitude d'éléments (par exemple, bâtir une argumentation à partir de plusieurs articles de journaux).

Ils se focalisent sur chacun d'entre eux sans nécessairement percevoir leurs liens logiques.

Ils ont également des difficultés à hiérarchiser des informations diverses se rapportant à une même idée.

Ainsi, tout ce qui ne relève pas d'un automatisme acquis implique un effort conséquent pour être réalisé : c'est particulièrement le cas pour construire un plan, qui nécessite d'organiser des connaissances à partir d'une problématique à interpréter.

Cette situation appelle donc une bienveillance dans les appréciations proposées et des conseils pédagogiques allant toujours dans le sens d'une objectivation bien cadrée des connaissances dispensées.

Conseils pratiques et faciles à mettre en œuvre pour faciliter la compréhension d'un document pour une personne autiste à haut niveau de fonctionnement.

- Ne pas « charger » visuellement un document pour éviter l'excès d'informations ;
- Utiliser une mise en forme aérée et très structurée.
- Penser à tout numéroté (pages du document, séance du cours afférente, parties, questions, sous-points,) avec une nomenclature claire.
- Veiller à respecter une logique de progression dans les éléments du document.
- Expliciter tous les sigles, même lorsqu'ils semblent évidents.
- Ne pas hésiter à ajouter un glossaire.
- Redonner une définition quand il semble implicite de la mobiliser pour répondre à une question.
- Ne jamais faire une référence à un texte, à un tableau, à une citation, etc. sans qu'elle ne soit bien identifiée.
- Eviter les phrases avec plusieurs idées liées intuitivement.
- Vérifier que les formulations employées ne comportent pas de sous-entendus à interpréter (« pourquoi » plutôt que « en quoi », etc.).

Le dispositif de « l'équipier », une aide précieuse :

Pratique initiée et généralisée à l'Université de Cambridge, l'accompagnement des étudiants autistes par d'autres étudiants, assimilés à des « équipiers », est un dispositif qui a fait ses preuves quant à son efficacité.

En France, il a été mis en place de manière pionnière à l'Université de Rouen et à l'Université Paris Descartes, tandis que d'autres, sur ce modèle, proposent des formes du tutorat adapté, selon leurs besoins, aux étudiants qui en font la demande.

Le principe est simple : un étudiant volontaire, avec qui l'étudiant autiste se sent en confiance, endosse le rôle d'un référent privilégié.

Outre le fait d'être un facteur d'inclusion, cela fournit une aide précieuse à l'étudiant autiste. Son équipier est là pour lui rappeler des échéances importantes (examens, etc.) ou des changements d'emploi du temps, difficiles à intégrer car ils brisent les routines assimilées ; il peut le cas échéant veiller à l'accompagner en cours. Il peut également partager avec lui ses notes de cours, lui redonner des informations sur une notion mal comprise ou encore expliciter une consigne mal intégrée.

Le dispositif nécessite de proposer une formation rapide à l'étudiant « équipier » (bonnes pratiques, etc.), qui peut être rémunéré sous la forme d'heures de tutorat. Néanmoins, il n'est pas complexe à adopter une fois mises en place des procédures standardisées à l'échelle de l'établissement.

L'EXPERIMENTATION DES BONNES PRATIQUES

Résultats d'expérimentation des bonnes pratiques / avant – après

Enseignant Économie

Nombre étudiants interrogés : **18**

Type de cours : conférence de méthodes – salle de cours

Type de handicap visé : **Autisme (test placebo)**

Nombre de réponses : **8 soit 44 %**

Synthèse : **6** étudiants sondés après l'application des bonnes pratiques considèrent les modifications comme étant **sans incidence sur leur apprentissage** et **2** qu'elles ont apporté un confort

TROUBLES PSYCHIQUES

Juin - juillet 2017

COMPRENDRE LES TROUBLES ET LEURS INCIDENCES

Les mécanismes précis qui interviennent dans le développement des troubles psychiques demeurent encore mal connus.

Dans de nombreux cas, ils surviennent après un évènement marquant et/ou douloureux, qui agit dès lors comme un facteur déclenchant, sans pour autant que leurs causes, et surtout leur interaction complexe, soient clairement identifiées, de sorte de pouvoir les prévenir.

Néanmoins, à la faveur des progrès de la recherche médicale, il est admis que les origines des troubles psychiques sont le produit d'une combinaison complexe entre des facteurs biologiques, génétiques, environnementaux, psychologiques (profil de la personnalité) et biographiques (traumatismes infantiles, etc.).

Les troubles psychiques sont très hétérogènes s'agissant de leurs symptômes, de l'âge de leur apparition et de leurs conséquences.

Ils peuvent être isolés, associés à des troubles d'autre nature (mentaux, cognitifs, physiques, sensoriels) ou être parfois une conséquence directe de leurs manifestations (effets induits).

On classe les troubles psychiques en plusieurs grandes catégories, même si cette convention (non exhaustive) n'est pas unanime parmi les experts :

Les troubles de l'humeur :

- Les diverses formes de la dépression ; les troubles bipolaires.

Les troubles anxieux :

- L'anxiété généralisée ;
- Le trouble panique ;
- les troubles phobiques ; les troubles obsessionnels compulsifs ;
- Les troubles de stress post-traumatique.

Les troubles psychotiques :

- La schizophrénie ; le trouble schizo-affectif ;
- Le trouble délirant.

Les troubles de l'alimentation :

- La boulimie ; l'anorexie mentale.

Les troubles de la personnalité :

- Personnalité limite (borderline) ;
- Personnalité paranoïaque (paranoïde) ;
- Etc.

Pour chaque trouble psychique, au-delà de quelques constantes, le tableau clinique des symptômes constatés peut s'avérer très différent d'un cas à un autre.

De plus, indépendamment de la sévérité et de la diversité des manifestations de chaque pathologie, le profil général de la personne affectée influence grandement son développement et ses conséquences (suivi médical, niveau d'accompagnement, environnement social, etc.).

Par ailleurs, selon la précocité du diagnostic de certains troubles, leurs effets peuvent également largement varier d'une situation individuelle à une autre.

Au regard des éléments précédents, les troubles psychiques ne peuvent donc jamais être appréhendés dans l'absolu, mais toujours de manière dynamique par rapport à la trajectoire biographique et à la condition singulière des individus concernés.

Au-delà des situations individuelles, les personnes souffrant de troubles psychiques cumulent souvent un certain nombre de traits récurrents, parmi les suivants, qu'il est important d'avoir à l'esprit pour en mesurer toutes les conséquences sur leur quotidien :

- Le déni d'acceptation de certains troubles, fréquent, peut engendrer une réponse thérapeutique tardive qui n'est pas sans effets parfois dramatiques. Pourtant, dans beaucoup de cas, plus la prise en charge médicale est précoce, plus la stabilisation de la maladie est satisfaisante à long terme.
- La difficulté à solliciter de l'aide, ou à accepter de l'aide, est une réaction ordinaire.
- Les problèmes relationnels, pouvant aboutir à un certain isolement, sont d'autant plus récurrents quand les troubles produisent une altération de certaines perceptions de la réalité, qui devient dès lors la cause directe d'interactions difficiles et de tensions.
- La stigmatisation et la mise à l'écart sont courantes et sources de souffrances.
- Le caractère invisible de certains troubles induit des difficultés mal estimées et une grande vulnérabilité face aux problèmes ou aux aléas de la vie.
- L'évolution des troubles et les modalités variables de leur manifestation rendent plus ou moins instable le parcours personnel.

Encore trop souvent mal connus, et sous-estimés quant à leurs effets, les troubles psychiques ont pourtant des conséquences importantes, plus ou moins invalidantes, dans le quotidien des personnes affectées.

Ils font également l'objet de nombreux clichés et suscitent souvent une grande méfiance, sinon de la peur.

En dépit de la hausse continue du nombre de personnes concernées, les troubles psychiques demeurent pour la plupart d'entre eux largement abordés avec indifférence, incompréhension ou mise à distance.

Cela s'explique notamment par plusieurs raisons :

- Ils sont sous-déclarés et donc mal identifiés, malgré des signes évocateurs parfois importants ;
- Ils véhiculent des représentations faussées, voire fantasmées, qui peuvent être anxiogènes par manque d'information et/ou de formation ;
- Les conséquences comportementales de l'expression de certains troubles peuvent dissuader les meilleures volontés d'apporter une aide ;
- Leur relative méconnaissance dans la communauté universitaire (réalité vécue), de même que les bonnes réponses pédagogiques à leur apporter, sont la source de pratiques inadaptées dans leur prise en charge (absence de mesures, maladresses, déni, réactions laissées à l'appréciation de chacun, etc.).

La dépression :

La dépression est un trouble sévère de l'humeur qui doit faire l'objet d'une prise en charge médicale adaptée.

Elle peut être aussi une conséquence induite par un autre trouble, nécessitant alors une réponse thérapeutique globale.

La dépression résulte d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, sociaux, biologiques et psychologiques et apparaît souvent, mais pas nécessairement, à la suite d'un événement douloureux ou durant une période de grande fragilité.

Selon l'OMS, la dépression serait la cause directe de près de la moitié des suicides dans le monde, soulignant sa gravité, tandis que ses incidences multiples restent souvent sous-estimées.

Les classifications médicales recensent neuf symptômes typiques de la dépression. Elle est avérée quand un individu cumule au moins cinq des symptômes suivants, dont les deux premiers, sur une période excédant quinze jours consécutifs :

- Tristesse constante, avec ou sans pleurs ;
- Perte d'intérêt et de plaisir, y compris pour les activités apportant normalement de la satisfaction ;
- Culpabilisation, perte d'estime de soi, retrait social ;

Les classifications médicales recensent **neuf symptômes typiques de la dépression**.

Elle est avérée quand un individu cumule au moins cinq des symptômes suivants, dont les deux premiers, sur une période excédant quinze jours consécutifs :

- Tristesse constante, avec ou sans pleurs ;
- Perte d'intérêt et de plaisir, y compris pour les activités apportant normalement de la satisfaction ;
- Culpabilisation, perte d'estime de soi, retrait social ;
- Idées morbides, sentiment profond de dépréciation du sens de l'existence ;
- Forte fatigue quasi-permanente ;
- Ralentissement psychomoteur (difficultés à faire les choses) ;
- Perte d'appétit et de poids ;
- Troubles du sommeil (difficultés à s'endormir et réveil précoce) ;
- Troubles de l'attention, de la concentration et de la mémorisation.

Entre cinq et sept symptômes, l'épisode dépressif est dit « modéré », tandis qu'il est qualifié de « sévère » à partir de huit symptômes caractérisés.

Au-delà de ses signes cliniques, la dépression est catégorisée en une diversité de formes selon ses caractéristiques, la récurrence et la durée de ses épisodes, ou son association avec d'autres troubles.

COMPRENDRE L'ANOREXIE ET SES INCIDENCES

Quelques repères utiles

L'anorexie mentale est le plus fréquent et le plus grave des troubles du comportement alimentaire (TCA).

L'anorexie mentale est caractérisée par une peur obsessionnelle de prendre du poids, qui s'accompagne d'une perception déformée de la réalité de sa propre morphologie.

Elle est une forme pathogène de volonté « irraisonnée » et « déraisonnable » de contrôle du besoin physiologique vital de se nourrir, s'assimilant par extension à une quête absolue de soumission du corps à l'esprit.

Le malade ressent la faim, mais s'emploie à la dominer (privations) ou à la déjouer (vomissements, prise de médicaments) ; et plus il y parvient, plus il repousse ses limites, conforté par la satisfaction de l'assouvissement accompli.

Il n'est pas rare que l'anorexie mentale soit associée à un autre TCA, la boulimie nerveuse, les deux pathologies pouvant s'alterner par phases dans le temps.

Sur le plan clinique, l'anorexie mentale relève d'une variété de critères médicaux précis qui la distingue donc de restrictions alimentaires diversement suivies (régimes) pour des raisons esthétiques, voire sociales.

Les causes de l'anorexie mentale sont multiples et cumulatives (facteurs socio-psychologiques, prédispositions génétiques, traumatismes infantiles), rendant impossible la prédiction de son apparition. Cependant, il est largement admis que son développement résulte pour beaucoup d'éléments psychodynamiques.

La manifestation de la pathologie, qui se développe progressivement et de manière insidieuse, est souvent précédée d'un évènement déstabilisant dans le parcours du malade (deuil, tensions familiales, échec, etc.).

De plus, émergeant surtout durant l'adolescence, l'anorexie mentale est corrélative, dans de nombreux cas, à des perturbations du processus de sexualisation et d'autonomisation caractéristique de cette période de l'existence.

Les effets de la dénutrition liée à l'anorexie mentale peuvent induire de nombreuses complications de santé (cardiovasculaires, métaboliques, neurologiques, etc.), voire des séquelles (retards de croissance, ostéoporose, usure dentaire précoce en cas de vomissements répétés).

En outre, la pathologie a des répercussions importantes sur la vie sociale et affective des personnes atteintes, accentuant d'autant plus ses manifestations psychologiques courantes (phobies alimentaires, ritualisations, rigidité de certaines attitudes).

L'anorexie mentale aboutit à une issue fatale pour environ 5 % des malades, le plus souvent par arrêt cardiaque en raison des conséquences délétères sur leur état général.

Néanmoins, la morbidité par suicide est également fréquente (un peu plus du quart des décès), faisant de l'anorexie mentale l'un des troubles psychiatriques ayant le taux de suicide associé le plus élevé.

L'anorexie mentale se guérit dans la majorité des cas à l'issue d'une phase pathologique plus ou moins longue (généralement entre dix-huit mois et cinq ans), tandis que près d'un malade sur cinq conserve des symptômes chroniques.

D'un point de vue épidémiologique, l'anorexie mentale concerne en grande majorité des adolescentes, et secondairement des jeunes femmes, mais elle est en progression chez les garçons des mêmes strates générationnelles.

Contrairement à une idée reçue, l'anorexie mentale n'est pas une « pathologie de classe » qui serait l'apanage des milieux urbains et aisés. Encore trop souvent assimilée à la figure idéal-typique de la jeune fille bourgeoise mélancolique, elle est pourtant présente indistinctement dans toutes les catégories sociales, de même que son incidence est comparable dans l'ensemble des espaces géographiques.

Sensibilisation & Vigilance

Les apprenants anorexiques – dont la scolarité est de fait suspendue dans les phases de manifestation critique des symptômes de la maladie sur le plan vital – bénéficient parfois d'aménagements durant une partie de leur cursus (étape transitoire après une hospitalisation, périodes de stabilisation).

Néanmoins, en dehors de ces configurations, ils suivent « normalement » leurs études et n'ont généralement pas de difficultés particulières.

Ainsi, leur prise en charge en situation de cours n'appelle pas à des adaptations pédagogiques majeures, qui sont d'ailleurs inutiles sans leur adhésion.

Dans les moments d'expression sévères de la pathologie, il est surtout important de maintenir un terrain de dialogue « sensible », autre que scolaire, avec eux.

Ainsi, notamment dans les interactions de cours en effectifs réduits, il est important pour les enseignants d'être bien sensibilisés à certains caractères symptomatiques de l'anorexie mentale – amaigrissement flagrant et signes apparents de fatigue associés – afin de demeurer vigilants face à des personnes potentiellement très fragiles.

Les apprenants anorexiques cumulent souvent plusieurs traits dans leur rapport aux études, qui sont problématiques à appréhender pour les enseignants :

- Ils sont sujets à une fatigue importante et un affaiblissement de leur état général, en raison des effets de la dénutrition ou d'une alimentation limitée ;
- Ils sont fréquemment très anxieux face aux attentes universitaires (manque de confiance, volonté excessive de « bien faire », perfectionnisme, etc.), ce qui peut engendrer des conséquences négatives sur la stabilisation de la maladie ;
- Ils montrent un hyper-investissement scolaire et fréquemment un comportement très conformiste à l'égard du savoir et des codes universitaires, qui sont sources de stress et de pression ;
- Ils témoignent dans beaucoup de cas d'une forme hyperactivité et d'une stimulation intellectuelle intense, éprouvant d'autant plus leurs limites physiques lorsqu'elles ne sont pas correctement canalisées.

INDICATIONS ET PRECONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « mal-être » et/ou de « fatigue ».
- Demeurer attentif aux signes manifestes de dégradation physique (amaigrissement, visage marqué).
- Demeurer attentif à certaines demandes ou remarques pouvant laisser penser que l'apprenant est en proie à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.
- Il est important de veiller autant que possible à étaler la charge de travail des apprenants anorexiques pour leur éviter des pics de grande activité, facteurs de stress intense, qui s'avèrent dès lors rapidement épuisants. Idéalement, cette préoccupation peut faire l'objet d'une coordination entre les enseignants concernés.

- Il est important d'apporter des signes de réassurance aux apprenants anorexiques, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants.

De même, qu'il est important de dédramatiser les enjeux liés aux attentes du travail demandé.

- Lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux apprenants anorexiques de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).

- En concertation avec la personne, une activité culturelle régulière peut être proposée pour favoriser le lien social et ouvrir le cadre d'apprentissage sur une activité apaisante sans attente de performance.

COMPRENDRE LA BIPOLARITÉ ET SES INCIDENCES

Quelques repères utiles

La bipolarité est un trouble sévère de l'humeur.

La bipolarité n'est pas à confondre avec les changements d'humeur que connaît chaque individu en fonction d'une multitude d'éléments (situation pénible, moments de joie, aléas du quotidien).

Dans le cas des troubles bipolaires, ces changements sont plus ou moins durables, « déconnectés de la réalité vécue », non maîtrisés, marqués en intensité et disproportionnés.

La bipolarité se caractérise dans sa forme typique par des variations anormales de l'humeur, voyant s'alterner des phases maniaques (au sens médical du terme) et des phases dépressives, entre des périodes de stabilité (euthymie).

On parle d'épisodes mixtes pour définir une alternance très rapprochée de phases maniaques et dépressives, ou alors des moments où des symptômes de chacune d'entre elles se cumulent.

La durée des périodes (un cycle bipolaire) voyant s'alterner ces épisodes, séparés par des stades de stabilisation, est très diverse selon les cas.

Les cycles sont généralement considérés comme rapides quand ils sont supérieurs à quatre par an.

Durant la phase maniaque ou hypomaniaque, qui doit s'étaler sur au moins quatre jours consécutifs pour être diagnostiquée comme telle, la personne affectée présente des traits qui diffèrent singulièrement de son état habituel :

- Baisse de la sensibilité à la fatigue ;
- Insouciance excessive ;
- Volubilité, exubérance, hyper-sociabilité, familiarité ;
- Réduction des capacités de concentration, dispersion ;
- Irritabilité, réactions démesurées dans les interactions sociales ;
- Hausse du désir et de l'énergie sexuels, érotisme exacerbé ;
- Actes irresponsables ou inconsidérés ;
- Créativité démultipliée, appétit incontrôlé d'entreprendre ;
- Pensées prophétiques, perméabilité importante aux idées mystiques ;
- Sentiment d'invincibilité et de puissance, mégalomanie.

La phase dépressive se définit par les symptômes courants de la dépression. Ses expressions les plus sévères sont qualifiées de phases « mélancoliques » et considérées comme une urgence psychiatrique en raison du risque élevé de passage à l'acte suicidaire. Elles s'accompagnent souvent de signes délirants (hallucinations visuelles et auditives), d'un sentiment profond d'autodénigrement et de désespoir, ainsi que d'une mise en danger de soi (refus de s'alimenter, excès incontrôlables). Dans certains cas, la personne affectée se fige complètement (syndrome catatonique) nécessitant une réponse thérapeutique rapide.

Les formes, les manifestations et les modalités d'expression des troubles bipolaires sont très diverses et dépendent beaucoup du profil de chaque personne concernée, de sorte qu'il est particulièrement difficile de dresser des généralités s'y rapportant.

C'est la raison pour laquelle il est désormais souvent employé le vocable de troubles du spectre bipolaire pour témoigner de la variété des situations.

Les classifications officielles regroupent les troubles bipolaires en trois grandes catégories, essentiellement sur la base de leurs degrés de sévérité.

Au-delà des classifications officielles, certains spécialistes vont jusqu'à distinguer sept, voire huit, archétypes du spectre bipolaire.

Les origines et la sévérité de la manifestation des troubles bipolaires sont le produit d'une interaction complexe et évolutive entre des facteurs biologiques, génétiques, environnementaux, psychologiques et biographiques.

Les phases maniaques ou dépressives sont parfois déclenchées ou accentuées par des facteurs exogènes (période difficile, évènement douloureux), mais ils n'en sont pas une cause systématique.

C'est la même chose pour les facteurs bio-environnementaux (saisonnalité, influence du rayonnement solaire) : toutefois, les épisodes maniaques sont plus fréquents en été et les épisodes dépressifs en hiver.

Les troubles bipolaires demeurent encore sous-diagnostiqués ou mal identifiés. De même, dans de nombreux cas, ils sont repérés tardivement.

Ceci est d'autant plus problématique que la pathologie fait souvent l'objet d'un déni d'acceptation dans les premiers temps suivant la confirmation du diagnostic, entraînant corrélativement une mauvaise observance des traitements.

Pourtant, un retard de la prise en charge augmente beaucoup les conséquences des manifestations de la maladie.

Quand ils ne sont pas stabilisés, les troubles bipolaires peuvent avoir des incidences dramatiques pour les personnes affectées.

A cet égard, l'OMS classe les troubles bipolaires parmi les dix pathologies les plus coûteuses (coûts induits) et les plus invalidantes.

Sensibilisation & Vigilance

Il est difficile de proposer des modalités générales de prise en charge des apprenants bipolaires.

Non seulement chaque individu est différent, mais surtout cela dépend de la sévérité des symptômes qu'il présente et de son degré de stabilisation de la maladie en cas de traitement.

On conseillera donc la plus grande vigilance face aux signes évocateurs qui peuvent apparaître : changements flagrants de comportement, baisse inexplicquée des résultats, attitudes typiques d'une phase maniaque (agitation, prises de parole excessives, familiarité, etc.), ou encore parmi d'autres, état dépressif marqué.

Des propos particulièrement inhabituels et/ou incohérents dans un devoir écrit doivent également alerter.

La manifestation de la maladie se faisant dans la plupart des cas entre 18 et 30 ans, avec une forte prévalence autour de l'âge de 20 ans, la fin de la scolarité est souvent un des moments d'expression de ses premiers symptômes.

Les préjugés liés à la bipolarité sont prégnants à tous les niveaux de la société. La désignation de la pathologie est donc rarement exprimée par soucis de protection de la personne concernée, davantage que par une volonté de la cacher.

Cette situation doit donc inciter doublement à être sensible aux signes de manifestation des symptômes et à les déclarer sans délai, même dans le doute.

La réactivité et l'addition des signalements permettent de proposer des réponses rapides et adaptées.

Cela peut éviter de laisser la personne concernée se débattre avec une situation qu'elle ne maîtrise pas, potentiellement dangereuse et source de souffrance pour elle.

La propension aux addictions peut par exemple amener rapidement à des situations complexes et à un risque élevé d'isolement.

Le cas échéant, un enseignant avec qui l'apprenant a une relation de confiance peut l'accompagner et l'aider à accepter une démarche de soins dans son intérêt.

Les apprenants bipolaires bénéficient parfois d'aménagements durant une partie de leur cursus quand cela est nécessaire.

Le cas échéant, à titre compensatoire quand ils sont suivis médicalement, ils peuvent également obtenir du temps de composition supplémentaire lors d'évaluations écrites en raison de leur fatigabilité liée au traitement.

Néanmoins, leur prise en charge en situation de cours par les enseignants n'appelle pas à des adaptations pédagogiques majeures.

En dehors des effets perturbateurs que peut avoir la maladie sur le bon déroulement des apprentissages quand elle n'est pas stabilisée, ils n'ont pas de difficultés singulières. Ils sont cependant sujets à une fatigue fluctuante et parfois très importante, à l'égard de laquelle il convient de rester vigilant.

En cas d'encadrement thérapeutique, les rechutes étant nombreuses, annulant les efforts et les motivations les plus ferventes, la bienveillance est donc avant tout requise.

INDICATIONS ET PRECONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue ».
- Demeurer attentif aux signes manifestes de comportements anormaux (agitation, familiarité, etc.) ou de « mal-être ».
- Il est important de veiller autant que possible à étaler la charge de travail des apprenants bipolaires pour leur éviter des pics de grande activité, facteurs de stress intense, qui s'avèrent peu recommandés pour la stabilisation de la maladie.
Idéalement, cette préoccupation peut faire l'objet d'une coordination entre les enseignants concernés.
- Il est important d'apporter des signes de réassurance aux apprenants bipolaires, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants.
- Lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux apprenants bipolaires de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).

- Favoriser les activités et les évaluations individuelles plutôt que collectives, ou le cas échéant laisser libre le choix de l'équipe de travail.

Les apprenants bipolaires ont parfois des difficultés à participer à des exercices collectifs, quand ce n'est pas les pairs qui montrent des réticences à partager une activité commune avec eux. Il convient donc toujours de s'adapter avec souplesse à la situation.

- Les apprenants bipolaires ont fréquemment des soucis associés de concentration et de vigilance. Il est donc important de limiter autant que possible les facteurs perturbateurs en cours (bruit, interférences, ruptures du déroulé d'une séquence, etc.). En début de séance, il peut être utile de resituer le cours dans son contexte et de rappeler l'objet traité précédemment. De même, il est souhaitable de préciser par écrit les consignes de travail.

- En concertation avec l'apprenant, une activité culturelle ou sportive adaptée (yoga par exemple) peut être proposée pour favoriser le lien social et canaliser le stress.

L'EXPERIMENTATION DES BONNES PRATIQUES

Expérimentation : transmission de consignes pédagogiques adaptées auprès de quatre enseignants ayant dans l'un de leur cours un étudiant bipolaire.

En amont, une information avec des consignes de prise en charge adaptées a été effectuée auprès de quatre enseignants (attitude à tenir dans diverses situations, conseils généraux). La pathologie ne leur a pas été précisée afin de respecter le souhait de l'étudiant volontaire pour l'expérimentation, mais ils savaient que les recommandations transmises étaient liées à un trouble psychique invalidant.

Les enseignants concernés étaient invités à solliciter un référent en cas de besoin ou d'interrogations complémentaires (« hotline pédagogique »). Un l'a fait plusieurs fois et deux d'entre eux une seule fois. Le quatrième enseignant n'a pas sollicité de conseils, ni même répondu à l'information initiale. Cependant, l'étudiant a témoigné du fait qu'il s'était montré plusieurs fois attentif à sa situation.

L'évaluation de l'expérimentation par les trois enseignants impliqués a été jugée très positive, à une seule exception près. Deux des enseignants ont souligné que le fait de ne pas connaître la pathologie de l'étudiant avait été un peu anxiogène pour eux.

COMPRENDRE LA SCHIZOPHRÉNIE ET SES INCIDENCES

Quelques repères utiles

La schizophrénie est un terme qui regroupe un ensemble de troubles psychiques graves et complexes.

Cette pathologie est caractérisée par une évolution chronique et certains symptômes typiques : la discordance, la distorsion de la réalité et le retrait de la vie sociale.

Ces symptômes peuvent révéler leur intensité progressivement ou subitement, par phases, jusqu'à un point critique.

Il est toutefois important de rappeler que cette expression extrême n'est pas systématique.

L'entrée dans la maladie est constatée à la post-adolescence, entre 18 et 35 ans. La schizophrénie peut débuter par une dépression, des conduites addictives associées à des « bouffées délirantes », des troubles du comportement alimentaires ou bien se développer plus progressivement sans autre symptôme associé.

Loin des clichés, il est nécessaire de comprendre que sur le plan clinique les symptômes peuvent être extrêmement variés, fluctuants et chroniques. Ils peuvent être regroupés en trois grands syndromes : la discordance, le syndrome délirant et le syndrome déficitaire.

La discordance est un processus qui désagrège les fonctions psychiques normalement équilibrées chez un individu non atteint.

Le syndrome délirant est le plus impressionnant pour le néophyte.

Cette phase de délire peut s'installer soit progressivement par la manifestation de sensations étranges, de ressentis réels ou supposés, soit survenir brusquement dans une forme aiguë.

Le syndrome déficitaire (avec la réalité) se manifeste par un repli sur soi, un isolement, une démotivation caractérisée et une irritabilité. La vie sociale et affective est gravement perturbée.

Des recherches récentes ont montré que des facteurs génétiques intervenaient dans le développement de la schizophrénie, en plus d'autres causes dont les mécanismes sont encore mal connus. En outre, elle survient généralement lors de la présence de certains facteurs environnementaux (consommation de cannabis, etc.).

Les soins proposés doivent s'associer à une prise en charge globale du sujet, visant à réduire les symptômes négatifs et à le préserver d'un environnement défavorable. Les traitements sont lourds, souvent complexes à doser et ont des conséquences importantes sur le quotidien (fatigue, etc.).

La schizophrénie pose avec acuité la question du rapport à la norme et à « l'anormalité », celle de la tolérance et de l'intolérance, ou celle de la raison et de la déraison. Ces paradoxes sont souvent la source d'un rejet qui ne trouve que la mise à distance ou l'exclusion comme réponse.

En situation d'apprentissage, une personne schizophrène, traitée et stabilisée, peut suivre une scolarité classique, notamment aidé par certains aménagements afin de réduire le stress et la « charge mentale ».

Dans certains cas, elle peut bénéficier d'un tuteur qui va l'aider à suivre les étapes de la journée afin de n'en oublier aucun.

Pour autant, la difficulté principale pour le schizophrène est la constance de comportement.

Dans l'environnement favorisant la compétition et le travail collectif, les symptômes de la schizophrénie, sensibles aux facteurs de tension, sont rarement bien accueillis et acceptés.

Sensibilisation & Vigilance

Face à des apprenants atteints de schizophrénie, il n'existe pas de mode d'emploi type, mais des règles générales à adapter en fonction de chaque individu, différent d'un autre.

De même, une généralisation des accompagnements est difficile à appliquer, comme les traitements prodigués.

On conseillera la plus grande vigilance face aux symptômes qui peuvent apparaître. La particularité de la maladie se manifestant entre 18 et 35 ans, la fin de la scolarité est souvent un des moments d'expression des premiers symptômes et des premières prises en charge.

En cas d'encadrement thérapeutique, les rechutes étant nombreuses, annulant les efforts et les motivations les plus ferventes, la bienveillance est donc avant tout requise.

Les préjugés liés à la schizophrénie sont prégnants à tous les niveaux de la société. La désignation de la pathologie est donc rarement exprimée par soucis de protection de la personne concernée, davantage que par une volonté de la cacher.

Cette situation doit inciter à être sensible aux signes de manifestation des symptômes (incohérence des propos, détachement, isolement, violence) et à les déclarer sans délai, même dans le doute.

La réactivité et l'addition des signalements permettent de proposer des réponses rapides, adaptées et de composer un tableau précis de la situation. Cela peut éviter de laisser la personne concernée se débattre avec une situation qu'elle ne maîtrise pas, potentiellement dangereuse et source de souffrance pour elle.

Le cas échéant, un enseignant avec qui l'apprenant a une relation de confiance peut l'accompagner et l'aider à accepter une démarche de soins dans son intérêt.

Les soins proposés doivent s'associer à une prise en charge globale du sujet, visant à réduire les symptômes négatifs et à le préserver d'un environnement défavorable. Les traitements sont lourds, souvent complexes à doser et ont des conséquences importantes sur le quotidien (fatigue, etc.).

INDICATIONS ET PRECONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue ».
- Demeurer attentif aux signes manifestes de « mal-être » (agitation, propos incohérents, absences, etc.).
- Demeurer attentif à certaines demandes ou remarques pouvant laisser penser que l'apprenant est en proie à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.
- Il est important d'apporter des signes de réassurance aux apprenants schizophrènes, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants.
- Il est également important de veiller autant que possible à étaler leur charge de travail pour leur éviter des pics de grande activité, facteurs de stress intense, qui s'avèrent peu recommandés dans leur cas. Idéalement, cette préoccupation peut faire l'objet d'une coordination entre les enseignants concernés.

- Lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux apprenants schizophrènes de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).
- Favoriser les activités et les évaluations individuelles plutôt que collectives, ou le cas échéant laisser libre le choix de l'équipe de travail.
Les apprenants schizophrènes ont parfois des difficultés à participer à des exercices collectifs, quand ce n'est pas les pairs qui montrent des réticences à partager une activité commune avec eux.
Il convient donc toujours de s'adapter avec souplesse à la situation.
- Les apprenants schizophrènes ont parfois des soucis associés de concentration et de vigilance. De même, ils sont sensibles aux sources de tension.
Il est donc important de limiter les facteurs perturbateurs en cours (bruit, interférences, ruptures du déroulé d'une séquence, etc.).
En début de séance, il peut être utile de resituer le cours dans son contexte et de rappeler l'objet traité précédemment. De même, il est souhaitable de préciser par écrit les consignes de travail.

Dans les situations critiques :

- Eviter l'usage d'un ton de voix sec ou que des reproches s'insinuent dans des propos explicatifs de façon à ne pas susciter de l'agressivité. Il convient de rester clair, bienveillant et d'adopter une posture assertive ;**
- En cas de conflit, il est impératif de veiller à stopper toute surenchère ;**
- Face à un discours incohérent, absurde, « déconnecté de la réalité », ou l'évocation de « pensées bizarres », il est important de rester calme de d'éviter de remettre en cause brutalement les propos tenus.**
- Lorsqu'un équilibre est établi, notamment en cas de prise en charge thérapeutique, la pratique d'une activité sportive douce, réalisée dans une ambiance calme, peut être proposée à l'apprenant pour renforcer la sérénité de son environnement d'études (pilâtes, yoga, sophrologie).**

CONCLUSION

Juin - juillet 2017

TEST DE L'IMPUISSANCE ACQUISE

https://www.youtube.com/watch?v=-JVH4qSJO_s

CONCLUSION

« RENDRE LES APPRENANTS ACTEURS DE LEUR PARCOURS, DE LEURS APPRENTISSAGES ET DE LEUR RAPPORT A L'EMPLOI ».

- Importance de ne pas projeter ses propres représentations sur la situation.

CONCLUSION

SYMPATHIE VERSUS EMPATHIE

De manière générale, il est souvent difficile de trouver la « bonne » attitude à adopter envers un étudiant en situation de fragilité.

Faire preuve d'empathie peut sembler être spontanément le comportement adéquat à privilégier car il témoigne d'une forme de compréhension – de reconnaissance manifeste de la réalité vécue par l'étudiant – et de qualités altruistes supposément attendues.

Pourtant, il induit des actes de différenciation, voire de stigmatisation involontaire, qui ne sont pas les plus recommandés pour apporter, dans l'environnement d'un cours, un confort optimal à un étudiant sensible au regard d'autrui. Au contraire, ils peuvent être anxiogènes et déstabilisants en soulignant la singularité de sa position à l'intérieur du groupe.

Ainsi, il est toujours préférable de substituer à une approche « empathique visible » une démarche de « sympathie invisible » fondée sur la nécessité constante d'être bienveillant et attentif, mais avec discrétion.

CONCLUSION

SINGULARITÉ VERSUS UNIVERSALITÉ

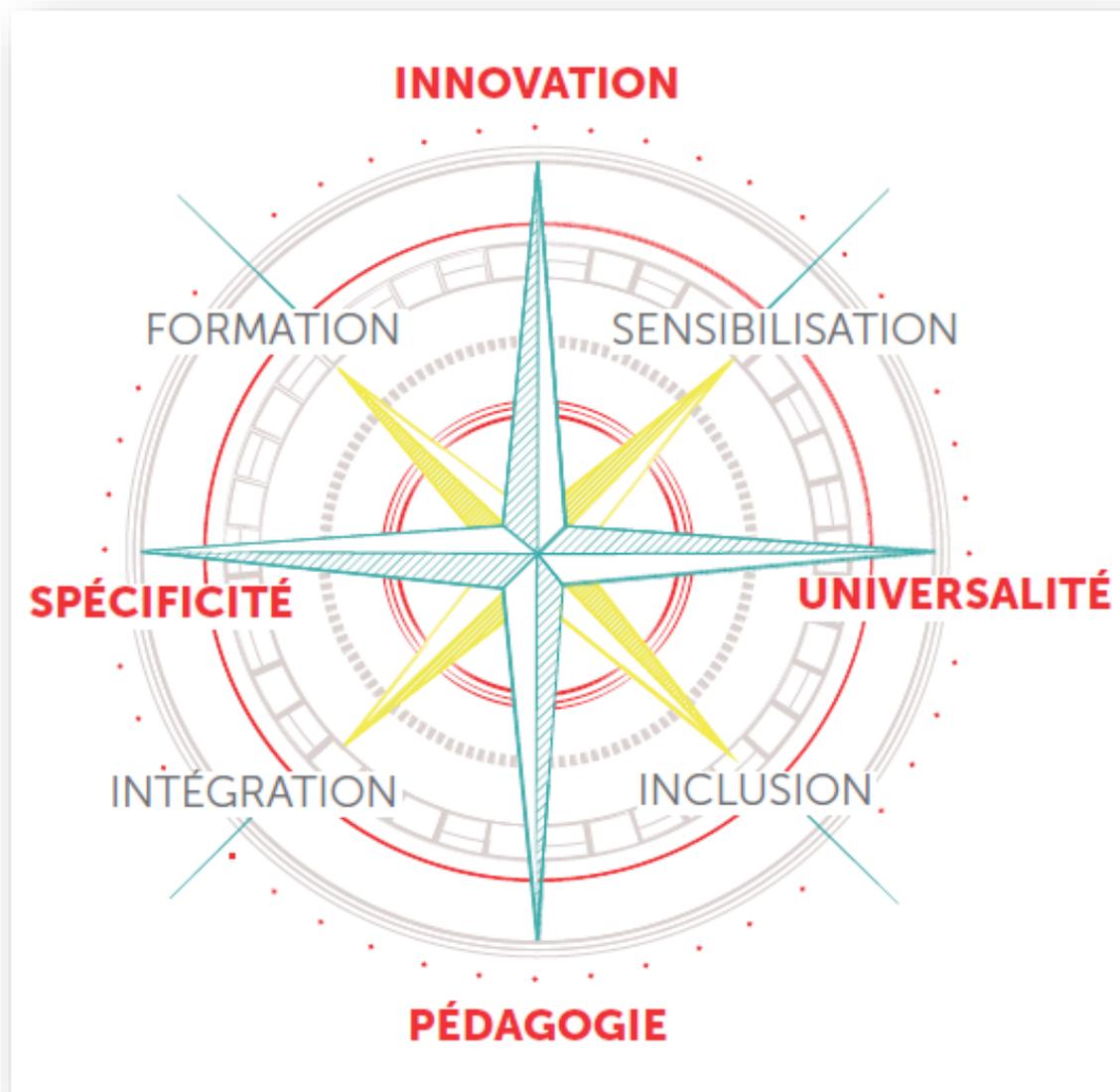
La question précédente pose des interrogations similaires, qui renvoient à l'équilibre à trouver entre la légitimité d'adopter des pratiques singulières et leur acceptation par les étudiants concernés. Elle interroge également la nécessité du maintien d'une certaine égalité universelle entre les étudiants, que réclament les mêmes étudiants concernés et les autres.

Jusqu'où aller dans les adaptations pédagogiques pour certains étudiants sans créer des différences qui ne sont pas acceptées par eux-mêmes, par peur de la stigmatisation, et par les autres qui les considèrent comme un privilège injuste ?

Il est difficile d'apporter une réponse générale à cette question complexe. Mais il est à noter que l'essentiel des problèmes de ce type se posent avec une acuité réduite dans un environnement où la différence est pleinement assumée comme une norme, une universalité, et non plus comme une exception, une singularité.

Cet élément met en perspective l'importance de sensibiliser aussi les étudiants sur le handicap et son appréhension afin de faire évoluer leurs représentations collectives. Dans un contexte plus inclusif, à la faveur d'une information efficace et pleinement intégrée, les étudiants en situation de handicap cognitif et psychique sont également plus ouverts à déclarer leurs difficultés, avec des effets positifs sur leur scolarité et leur bien-être.

C'est la même question qui survient s'agissant de certains exercices demandés aux étudiants et des modalités d'évaluation des savoirs.



Elsa Gérout

Responsable handicap Sciences Po

✉ elsa.gerout@sciencespo.fr

📞 01.45.49.59.80

David Delfolie

Enseignant, chercheur (sociologie) – Chargé de mission

✉ David.delfolie@sciencespo.fr

📞 01.45.49.59.80