

SciencesPo

**HANDICAP :
J'ADOPTÉ
LA BONNE
ATTITUDE !**

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	3
Handicap, un mot qui fait peur ? Et pourtant.....	4
Handicap : quel statut ?	4
Le handicap, une loi et des obligations pour les entreprises et les établissements publics.....	5
Qui contacter pour avoir plus d'informations ?.....	5
Handicap auditif	6
De quoi parle-t-on ?	6
Accueillir et échanger.....	6
Quelques informations	7
Handicap moteur.....	8
De quoi parle-t-on ?	8
Accueillir et échanger.....	8
Quelques informations	9
Handicap visuel.....	10
De quoi parle-t-on ?	10
Accueillir et échanger.....	10
Quelques informations	11
Handicap psychique	12
De quoi parle-t-on ?	12
Accueillir et échanger.....	12
Quelques informations	13
Handicap intellectuel	14
De quoi parle-t-on ?	14
Accueillir et échanger.....	14
Les maladies invalidantes	15
De quoi parle-t-on ?	15
L'autisme à haut niveau de fonctionnement.....	16
De quoi parle-t-on ?	16
Le syndrome d'Asperger	16
Accueillir et échanger.....	16
L'accessibilité numérique.....	18
Rédactionnel.....	18
Graphisme	18
Traitement de texte	19
Présentation (PowerPoint)	19
PDF	20
Web.....	20
Sécurité, évacuation, urgence	21
Quelques consignes de sécurité, en cas d'alerte.....	21
En cas d'évacuation.....	21
Les lieux de rassemblement à connaître en cas d'évacuation	22
Ouvrages de références	23

ÉDITORIAL

Sciences Po entretient depuis de nombreuses années une tradition d'accueil et d'accompagnement des étudiants en situation de handicap, laquelle constitue aujourd'hui un vrai motif de fierté. Année après année, nos compétences se sont étoffées et nous mettons en œuvre un savoir-faire que beaucoup de grandes écoles ou universités nous envient.

Forts de cet héritage, nous avons choisi d'élargir notre politique handicap à l'ensemble de la communauté de Sciences Po et souhaitons partager nos connaissances avec vous, étudiants, salariés ou enseignants. En guise de « manuel pratique », vous trouverez dans ce guide des conseils simples pour adapter votre comportement lorsque vous rencontrez une personne en situation de handicap, ainsi que les principales recommandations pour participer vous aussi à l'accessibilité numérique.

Bonne lecture,

Charline Avenel & Elsa Gérault

HANDICAP, UN MOT QUI FAIT PEUR ? ET POURTANT...

Préserver sa santé est le souhait de tous. Pourtant, au cours de la vie, elle peut venir à s'altérer, temporairement ou définitivement. Lorsque la gêne ou la douleur s'installent au quotidien, on peut parler de « handicap » mais le terme fait peur. Loin des clichés réducteurs du fauteuil roulant ou du non voyant, ce terme désigne un trouble de santé invalidant qui peut perturber l'activité quotidienne. De nombreuses personnes ignorent qu'elles sont porteuses d'un handicap au sens de la définition de la loi du 11 février 2005 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.*¹ » Cette définition pose pour la première fois des mots sur des symptômes ressentis afin de transformer un état de santé en statut officiel.

HANDICAP : QUEL STATUT ?

Lorsque l'état de santé devient préoccupant, que les symptômes perturbent l'activité professionnelle ou personnelle, certains aménagements peuvent se révéler bénéfiques. Pour les obtenir, il est parfois nécessaire d'engager des démarches auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de solliciter une « Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé » (RQTH).

Au sein de la MDPH, c'est la Commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH) qui étudie l'attribution du statut.

La RQTH est menée à l'initiative de la personne handicapée, qui remplit un dossier unique et commun à toute la France. Elle offre de multiples possibilités de compensation du handicap : allocation enfant ou adulte handicapé, carte de priorité, reconversion professionnelle...

La démarche engagée auprès de la MDPH est strictement confidentielle, les informations confiées dans le dossier ne seront communiquées à aucune autre administration. Le statut obtenu est soumis à une durée de validité.

¹ Article 114 de la loi du 11 février 2005

LE HANDICAP, UNE LOI ET DES OBLIGATIONS POUR LES ENTREPRISES ET LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Si les personnes en situation de handicap sont plus présentes dans notre quotidien, que ce soit à l'école, à l'université ou dans les entreprises, c'est que plusieurs lois ont instauré des obligations.

La loi du 10 juillet 1987 a fixé un taux d'emploi de 6 % de salariés handicapés lorsque l'effectif de l'entreprise ou de l'administration dépasse vingt salariés.

La loi du 11 février 2005 a consacré le droit à la scolarisation des élèves en situation de handicap en milieu scolaire ordinaire.

Depuis 2007 Sciences Po mène une ambitieuse politique handicap visant l'accessibilité de tout à tous. Les résultats sont nombreux, parfois visibles ou invisibles :

- création d'espaces accessibles : cafétérias du 13, rue de l'Université et du 27, rue Saint-Guillaume, salles de lecture de la bibliothèque...
- installation de plus de vingt boucles magnétiques connectées en permanence aux prothèses auditives des déficients auditifs,
- organisation d'un service de prêt de matériel dédié à la compensation individuelle du handicap (téléagrandisseurs portables, stylos amplificateurs de sons à emprunter en bibliothèque...),
- réalisation de plus de vingt sites et applications web accessibles (dont l'application des admissions ou de gestion du mot de passe), formation des rédacteurs web à l'accessibilité numérique, documentation et formation sur l'accessibilité bureautique...

Ces services et installations bénéficient à l'ensemble des communautés de Sciences Po, soit 29 salariés, 160 étudiants et 5 enseignants en situation de handicap.

QUI CONTACTER POUR AVOIR PLUS D'INFORMATIONS ?

Pour répondre aux questions que vous vous posez sur le thème du handicap, voici les personnes à contacter. Les entretiens sont soumis à des règles de confidentialité strictes.

Vous êtes étudiant, salarié ou enseignant

Christine Daoulas, responsable handicap

Prendre rendez-vous au +33 (0)1 45 49 51 98

Lieu : 13, rue de l'Université

Vous êtes étudiant

Claire Secondé – Chargée de mission handicap

Permanence compensation du handicap des étudiants : du lundi au vendredi de 9h à 13h.

Prendre rendez-vous au 01 45 49 51 19

Lieu : 13, rue de l'Université

HANDICAP AUDITIF

DE QUOI PARLE-T-ON ?



Qu'il soit de naissance, dû à une maladie ou à un accident, le handicap auditif compromet sensiblement la communication et l'accès à l'information. Il est peu visible et souvent sous-estimé. La personne sourde ou malentendante développe sa propre stratégie pour contourner son handicap et communiquer, mais elle peut aussi réagir en évitant les contacts et en s'isolant. Des moyens de communication existent, qui permettent à la personne de mieux vivre son

handicap et d'échanger avec les entendants.

ACCUEILLIR ET ÉCHANGER

- Au moment de la rencontre, j'anticipe ma réaction de surprise face au son de la voix d'une personne malentendante : ses intonations sont plus profondes. J'évite les mimiques interrogatives, je reste naturel et concentré.
- Lorsque je prends la parole, j'articule distinctement sans déformer la bouche, je ne crie pas, je parle à un rythme modéré. Je dégage mon visage, j'évite de mettre la main devant ma bouche ou de baisser la tête.
- J'élabore des phrases courtes, avec du vocabulaire simple ; je reformule plutôt que de répéter une phrase non comprise.
- J'évite les endroits bruyants ; je reprends mes phrases si elles ont été couvertes par le bruit.
- J'évite de m'adresser à une personne malentendante quand elle se trouve dans une autre pièce, je me déplace pour lui parler face à face.
- Si la personne sourde est accompagnée, je m'adresse prioritairement à elle et non à son interprète en LSF² ou LPC³.
- Dans une conversation de groupe, je fais en sorte que la personne sourde soit prévenue chaque fois que les interlocuteurs ont changé de sujet afin qu'elle se réapproprie la conversation.
- En réunion, je respecte la parole de chacun, je ne parle pas en même temps qu'une autre personne.
- Je privilégie des formats de réunions courtes – une heure – le matin de préférence et dans un endroit calme ; je veille à remettre un ordre du jour et un compte rendu pour assurer la transmission des informations.

² LSF : Langue des signes française

³ LPC : Langue parlée complétée

- J'évite les échanges de blagues et de jeux de mots avec les collègues entendants devant une personne sourde, sans la convier ou lui expliquer la teneur de nos propos : elle peut s'imaginer à tort qu'elle fait l'objet de l'échange et des rires.
- Lors de passage de consignes, je privilégie l'outil informatique pour communiquer et si nécessaire j'utilise un papier et un crayon pour écrire quelques mots de résumé.
- En cas d'évacuation, je propose mon aide, je guide la personne malentendante jusqu'aux issues de secours.

QUELQUES INFORMATIONS

Dans la population sourde, estimée à 5 millions de personnes en France, on recense environ 500 000 sourds profonds (de naissance ou devenus sourds très jeunes).

La Langue des signes française (LSF) est une langue à part entière pratiquée par des centaines de milliers de personnes en France. Chaque pays a sa propre langue des signes, possédant sa propre grammaire et syntaxe.



Les boucles magnétiques sont des systèmes d'aide à destination des malentendants porteurs d'une prothèse auditive équipée de la fonction T. La boucle transmet une induction magnétique qui permet à la personne malentendante de recevoir les sons dans sa prothèse auditive en limitant les interférences et bruits ambiants.

Sciences Po s'est équipé de ce dispositif pour permettre aux visiteurs et aux étudiants de récupérer les contenus oraux diffusés. Pour trouver la liste des implantations de boucles magnétique sur nos sites parisiens, consultez [le site de la Vie étudiante](#) ou flashez le QR Code :



On évitera l'expression « il est sourd et muet »... Le terme muet ne s'applique pas aux personnes sourdes qui produisent toujours des sons !

HANDICAP MOTEUR

DE QUOI PARLE-T-ON ?



Le handicap moteur peut toucher un membre, une fonction motrice ou l'ensemble du corps. Les personnes atteintes de ce handicap se déplacent debout, en s'aidant d'une canne ou en fauteuil roulant. En pratique, les déficiences motrices engendrent une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole. En France, on estime qu'environ 1,5 million de personnes souffrent d'un handicap moteur.

Parler du handicap moteur, c'est aussi évoquer les personnes souffrant de différentes pathologies : le trauma crânien, l'épilepsie, la hernie discale, les lombalgies, l'arthrite, la polyarthrite, la sclérose en plaque, les pathologies cardiaques, l'accident vasculaire cérébral, les troubles musculosquelettiques, le bégaiement...

ACCUEILLIR ET ÉCHANGER

- Au moment de l'accueillir, je m'assure que la personne peut accéder à notre lieu de rendez-vous, je lui indique en amont les zones de stationnement aménagé, les ascenseurs... Je préviens le personnel d'accueil si besoin.
- Dans mon bureau, je veille à ce qu'aucun obstacle n'entrave son parcours.
- Lors de la rencontre, le regard est important : je ne détourne pas les yeux, je n'appuie pas mon regard, je reste naturel.
- Lorsque je la guide dans l'établissement, je marche à son rythme et je lui indique les changements de directions, je lui laisse l'usage des rampes ou des plans inclinés.
- Parfois, patienter debout à l'accueil ou devant un comptoir est très pénible : je lui propose un siège.
- Si la personne se déplace en fauteuil roulant, j'évite de m'appuyer dessus, au risque de la déstabiliser.
- Si la personne est de petite taille ou en fauteuil, je me mets à sa hauteur pour faciliter la conversation.
- Dans les espaces communs, j'évite de placer en hauteur les dossiers, les livres ou tout autre support dont elle pourrait vouloir se servir.
- Certaines personnes peuvent avoir une élocution difficile (trauma crânien ou autre atteinte cérébrale), pour autant leur intelligence n'est pas altérée : je leur parle normalement et je leur laisse le temps de répondre.
- Si la personne handicapée est accompagnée, je m'adresse à elle et à son accompagnateur, j'alterne mon attention sur les deux interlocuteurs pour favoriser l'échange.
- En cas d'évacuation, je propose mon aide notamment si la personne ne peut pas marcher.

QUELQUES INFORMATIONS

On recense en France environ 2,3 millions de personnes souffrant de déficiences motrices, soit 4 % de la population globale.

Une personne handicapée motrice est avant tout une personne, elle a simplement besoin qu'on facilite et sécurise ses déplacements.

Sciences Po propose des salles de repos pour accueillir les salariés, les étudiants ou les enseignants qui en éprouvent le besoin ; les appariteurs ouvrent les salles sur demande. Pour trouver la liste des salles de repos sur le campus de Paris, consultez [le site de la Vie étudiante](#) ou flashez le QR code !



HANDICAP VISUEL

DE QUOI PARLE-T-ON ?



Le handicap visuel recouvre des réalités variées, s'échelonnant d'un trouble visuel à une cécité complète. Actuellement, en France, 3 millions de personnes sont concernées, ce chiffre augmentant progressivement avec l'allongement de la durée de vie. Un malvoyant dans la rue ou un non voyant assis à son bureau ne se distingue pas toujours d'un voyant, alors soyons attentifs !

Une personne mal ou non voyante va appréhender son environnement grâce aux bruits de la circulation, des pas, grâce aux odeurs et aux vibrations renvoyées par les voitures ; sa concentration est intense lors de ses déplacements.

ACCUEILLIR ET ÉCHANGER

- Lors d'une rencontre, si je souhaite proposer mon aide, je dis d'abord « bonjour ». Je ne me vexe pas si la personne décline ma proposition.
- En m'approchant, j'annonce ma présence verbalement. La personne ne reconnaîtra pas toujours votre voix dès les premières secondes : je donne mon prénom ou mon nom avant d'engager la conversation.
- Pour marcher ensemble, je propose à la personne de prendre mon bras (je ne prends pas le sien). Si le trottoir est étroit ou jonché d'obstacles, je me place devant elle, sa main sur mon épaule. Il est toujours plus facile de suivre que d'être poussé !
- Si la personne tient une canne blanche, je veille à ne pas en entraver le mouvement
- J'annonce les changements de direction ou de relief, ainsi que les obstacles à éviter (zones de travaux, panneaux de circulation trop bas, déjections canines...).
- Si je renseigne sur le chemin à prendre, je précise mes informations. Exemple : « à 10 pas en ligne droite, vous tournerez à gauche ».
- Devant un escalier, je guide sa main vers la rampe et je me place à ses côtés ; je monte l'escalier à son rythme en annonçant la première et la dernière marche.
- Si elle veut s'asseoir, je guide sa main vers le dos du siège. Une fois qu'elle connaît la position du siège, la personne peut s'asseoir seule.
- Dans une réunion, je veille à ce que chacun se présente et répète son nom au moment de toute prise de parole.
- J'opte pour la rédaction de comptes rendus afin de fixer les propos d'un échange ou d'une réunion.
- Dans son bureau, je ne déplace pas les objets et je lui signale les éventuelles modifications de son espace.

- Les objets déplacés ou abandonnés dans le passage, et les portes entrouvertes représentent des dangers, je suis vigilant !
- Au quotidien, les déficients visuels n'ont pas accès aux informations écrites sur les panneaux, sur les portes ou à l'entrée d'une salle de réunion... Je n'hésite pas à les renseigner !
- En présence d'un chien guide, je considère que le chien travaille et qu'il ne doit pas être diverti, j'évite de le caresser ou de le saluer avant son maître !
- Pour aborder la personne et le chien guide, je me présente du côté opposé au chien.
- À table, je précise la localisation exacte des ustensiles et des aliments qui sont proposés.
- Inutile de bannir de votre vocabulaire les mots liés à la vision, soyez naturel ! Exemples : « J'ai très envie d'aller voir ce nouveau film » ; « J'ai vu que la machine à café a enfin été remplacée, il était temps ! »
- Je préviens la personne quand je la quitte, celui lui évitera de parler dans le vide !
- J'éteins la lumière quand je quitte la pièce !
- En cas d'évacuation, je propose mon aide.

QUELQUES INFORMATIONS

Sciences Po dispose d'un système de repérage extérieur aux bâtiments, situés à l'entrée du 27, rue Saint-Guillaume et du 13, rue de l'Université. Ce sont des balises qui se déclenchent au passage d'un déficient visuel muni d'un récepteur.

La déficience visuelle peut également être provoquée par les conséquences d'une maladie invalidante, c'est le cas du diabète de type 2 dont 50 % des patients développent une rétinopathie diabétique.

HANDICAP PSYCHIQUE

DE QUOI PARLE-T-ON ?



Le handicap psychique se traduit par une perturbation de l'équilibre psychologique. Il n'affecte pas, en général les facultés intellectuelles mais certains symptômes peuvent limiter les capacités intellectuelles. Ce handicap se manifeste par des comportements déroutants, en décalage avec les codes relationnels habituels. Il peut intervenir à tous les âges de la vie, sans distinction de sexe ni de milieu social. Les questions de santé psychique sont

encore mal connues du grand public et les préjugés négatifs ont la vie dure, avec des conséquences douloureuses pour les malades et leur entourage. Le handicap psychique est la conséquence d'une maladie psychique (hystérie, psychose, schizophrénie, dépression, bipolarité...) qui affecte la personne pour une durée indéfinie, la bienveillance est alors de mise.

- Il génère des troubles du comportement et du jugement qui entraînent des difficultés d'adaptation à la vie en société.
- Il est durable ou épisodique, léger ou intense.
- Il peut révéler des aptitudes ou comportements très appréciés professionnellement (créativité, rigueur, dynamisme...).

Il est important de considérer que ce handicap non visible peut générer une grande souffrance pour la personne atteinte.

Dans l'entreprise, plus que le mot qui désigne la pathologie et que seul le corps médical maîtrise, ce qui préoccupe l'entourage professionnel, c'est de conjuguer les troubles du comportement et les exigences liées au travail. Bien que les troubles psychiques ne soient pas visibles, certains comportements peuvent alerter : une réaction inadaptée au contexte, un stress important (angoisse), un raisonnement rigide, des gestes incontrôlés, une difficulté à communiquer, un repli sur soi, un état dépressif, des dérèglements alimentaires....

Dans ces situations, ne soyez pas agressif ou impatient, évitez les jugements de valeur.

ACCUEILLIR ET ÉCHANGER

La souffrance psychique est souvent insupportable pour celui qui la vit. S'il est difficile d'aider une personne en crise, certaines attitudes préventives contribuent à la détendre :

- Je reste à l'écoute, calme et détendu.
- Je ne suis jamais agressif ni impatient.
- Je laisse la personne s'exprimer jusqu'au bout.
- J'évite de poser plusieurs fois la même question.

- Je laisse toujours à la personne la possibilité de partir.
- En réunion, je laisse la porte ouverte et j'accepte que la personne sorte si elle en éprouve le besoin.
- Je laisse libre la parole, j'explique mais je sais également écouter les propositions, les idées, les remarques : ses capacités intellectuelles peuvent être excellentes.
- Dans certaines situations de management, il sera important que je rappelle les règles et les limites fixées par le milieu de travail.
- En fonction des incidences des traitements médicaux sur l'activité professionnelle ou la scolarité, en tant que manager ou responsable de scolarité je peux convenir d'aménager ses horaires de travail en concertation avec le médecin du travail.

QUELQUES INFORMATIONS

Le Pôle Santé de Sciences Po situé au 56, rue des Saint-Pères peut intervenir en cas d'urgence.

- La responsable handicap peut solliciter des services d'appui spécialisés pour accompagner individuellement ces personnes afin de concilier leur état de santé avec le travail.
- Au bureau, on privilégiera pour cette personne un bureau bien éclairé, si possible proche de la lumière du jour, en évitant les atmosphères bruyantes.

HANDICAP INTELLECTUEL

DE QUOI PARLE-T-ON ?



Le handicap mental ou intellectuel peut intervenir à la naissance ou au cours de la vie, à la suite d'un accident ou d'une maladie. Ce handicap se caractérise par la lenteur des gestes ou des activités de raisonnement, un comportement peu approprié ou en décalage avec les codes sociaux pratiqués en entreprise. Le traitement des informations est lent, il est donc nécessaire d'accompagner la prise de poste en s'assurant que les consignes sont comprises. Le handicap intellectuel s'accompagne généralement de régularité et de précision dans l'exécution du travail.

ACCUEILLIR ET ÉCHANGER

- Avant de l'accueillir, je structure l'activité et les tâches qui composent son poste de travail, je communique les consignes par écrit en intégrant des codes couleurs, des schémas, des repères... La conceptualisation n'étant souvent pas possible, je reste concret.
- Je recherche parmi les collaborateurs un tuteur qui suivra l'intégration et le déroulement des tâches.
- J'explique calmement et posément les consignes, je fais des phrases courtes avec du vocabulaire simple, sans infantiliser la personne. Je la fais reformuler pour m'assurer que le message est bien passé.
- Les changements d'organisation ou les modifications de tâche doivent être anticipés pour éviter la rupture avec le rythme établi : je reste disponible durant cette période.
- Certaines règles de vie en société sont mal maîtrisées (tutoiement, geste d'affection...) : je ne juge pas mais j'indique les règles du monde du travail.
- En cas d'évacuation, je vérifie que la consigne a bien été comprise.

LES MALADIES INVALIDANTES

DE QUOI PARLE-T-ON ?



La liste des maladies invalidantes n'est pas exhaustive. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la maladie chronique invalidante comme « un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur plusieurs années ». Il peut s'agir de

maladies extrêmement différentes, regroupées sous un terme générique et dont certaines sont aussi évoquées lorsque l'on parle de handicap moteur. Quelques exemples : le diabète, les hépatites, le cancer, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, le sida, les rhumatismes, la sclérose en plaques, les allergies, la narcolepsie, l'épilepsie, l'asthme, les maladies « rares » ou « orphelines »...

Les progrès scientifiques ont permis de transformer certaines de ces maladies au pronostic souvent défavorable en maladies chroniques. Pour autant, les traitements associés à ces pathologies entraînent parfois des effets secondaires perturbants :

- extrême fatigue,
- perte de poids,
- perte de la pilosité (cheveux, poils...),
- troubles de la mémoire, de la concentration,
- dépression, anxiété,
- douleur variées,
- troubles digestifs...

Ces symptômes ne sont pas systématiques, ils sont variables selon les personnes et leur âge, ou bien cachés à dessein, afin de ne pas attirer l'attention.

Les personnes malades se définissent rarement comme handicapées. Le retour à l'activité en dehors du domicile est souvent considéré comme une guérison, même si parfois le décalage entre le monde du travail et le monde du soin peut s'avérer perturbant dans les premiers temps.

Face à ces personnes fragilisées, la bonne attitude reste la bienveillance et l'écoute, sans exagérer l'empathie. Soyez naturel !

L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

DE QUOI PARLE-T-ON ?



« L'autisme affecte les fonctions cérébrales. Il n'est plus considéré comme une affection psychologique ni comme une maladie psychiatrique. Définir l'autisme n'est pas chose aisée car ce trouble peut revêtir différentes formes cliniques. Néanmoins, il est caractérisé par des altérations qualitatives des interactions sociales, des troubles de la communication et du langage, et des comportements répétitifs.

L'autisme ne peut être guéri, mais un accompagnement adéquat et un environnement adapté permettent d'améliorer nettement les relations sociales. »

Extrait du *Guide Simon, Handisup Haute-Normandie* (voir *Ouvrages de référence*).

LE SYNDROME D'ASPERGER

Le syndrome d'Asperger est une des formes d'autisme qui concerne des personnes d'intelligence normale ou supérieure, douées pour des savoirs très théoriques ou des domaines de technicité réputés difficiles. On les appelle autistes à haut potentiel de fonctionnement (AHPF) ou Asperger...

Les capacités intellectuelles des AHPF sont réelles et très recherchées dans certains milieux professionnels (informatique, qualité, sécurité, mathématique, scientifique...). Leurs capacités de traitement des informations ou d'analyse de données sont généralement très efficaces.

Les personnes Asperger éprouvent en revanche beaucoup de difficultés à comprendre et prévoir les comportements et intentions d'autres personnes, du fait de leur très faible capacité à éprouver de l'empathie et à saisir l'implicite et l'abstrait dans les échanges.

La plupart des personnes touchées ne sont pas diagnostiquées et sont souvent sans emploi, en raison de leur difficulté à interagir. Pourtant, avec une connaissance minimale du syndrome, il est possible d'employer ces personnes fiables, motivées, compétentes et souvent fortement qualifiées.

ACCUEILLIR ET ÉCHANGER

- Au moment de l'accueil, je choisis un lieu calme, sans passage. Je coupe les sonneries de téléphone ou d'ordinateur, ou toute source potentielle de distraction, et je réduis l'intensité lumineuse de l'éclairage.

- Au moment de la rencontre, j'évite (quand j'ai obtenu l'information au préalable) de tendre la main pour serrer la sienne. Les codes sociaux tels que les embrassades, poignées de main, gestes amicaux spontanés peuvent être source de stress. Je ne me vexe pas si mon interlocuteur évite mon regard.
- J'explique précisément les codes sociaux du service ou de l'entreprise. Tout ce qui me paraît évident ne le sera pas forcément pour mon interlocuteur. Exemple : on peut tutoyer les personnes de son service, mais pas les membres de la direction...
- Lors de l'aménagement du poste de travail, je propose un bureau individuel, sans éclairage direct du plafonnier. Si le bureau est situé dans un open space, j'informe que le port d'un casque antibruit est admis.
- Lorsque je sollicite l'avis d'un AHPF sur un sujet, j'accepte de recevoir ses remarques sans filtre, car il ne se souciera pas d'atténuer ses propos.
- Les personnes AHPF ne cherchent pas à mentir, tricher ou camoufler une erreur. Au sein d'un collectif de travail, leur honnêteté et leur franchise peuvent parfois être déroutante, choquante, vexante... Je comprends qu'il ne porte pas de jugement de valeur, se contentant d'énoncer les faits.
- Lors d'échanges ou de réunion, je prends en compte que les expressions du visage, mimiques, clin d'œil ou sourires ne seront pas compris. Seul le langage parlé permet de transmettre l'information.
- L'humour peut dérouter une personne Asperger. J'évite en sa présence d'employer des expressions imagées, à double sens ou au second degré. Par exemple : « Ce matin, il n'a pas les yeux en face des trous » pourra être interprété littéralement. Je parle de manière factuelle.
- Un AHPF éprouve des difficultés en réunion : il ne prend la parole que si on l'interpelle et les échanges multiples, générant une information diffuse, sont sources de stress. J'envoie un ordre du jour et un compte rendu. Si j'ai indiqué une heure de fin à la réunion, je ne suis pas surpris s'il quitte la réunion à l'heure dite, respectant la consigne initiale...
- Au quotidien, je propose au collaborateur AHPF des consignes précises, de préférence écrites. J'indique le délai d'exécution de la tâche afin de fixer une unité de temps sur le travail. Soyez certains que le délai sera respecté !
- En cas d'évacuation, je vérifie que la consigne a bien été comprise et prise en compte.

L'ACCESSIBILITÉ NUMÉRIQUE

L'accessibilité au handicap ne se limite pas à l'accès aux bâtiments ou aux cours : elle doit également permettre à tous d'accéder à l'information, de manière autonome, quel que soit le support. L'accessibilité numérique consiste en proposer des contenus (documents bureautiques, sites et applications web) accessibles en ligne. Pour accéder à l'information, les personnes en situation de handicap utilisent des technologies d'assistance adaptées à leur handicap.

L'accessibilité numérique n'est pas réservée à certaines formes de handicap : elle est commune à tous, qu'ils soient cognitifs (troubles "dys", autisme...), psychiques, intellectuels ou sensoriels.

Notons que les améliorations sont bénéfiques pour tous : chacun pâtit de caractères trop petits, de contrastes insuffisants, d'acronymes inconnus...

Pour faciliter l'usage de vos écrits sur papier ou sur le web, voici quelques bonnes pratiques à maîtriser. Nous n'avons pas fourni d'explications techniques car elles sont différentes pour chaque application : vous trouverez sans peine comment faire sur le web.

RÉDACTIONNEL

- Je donne des titres précis à mes documents, je précise la date, l'objet.
- Je respecte les règles typographiques. Par exemple pour un nombre, j'évite de poser des points entre les dizaines et les centaines : 16.250.090,32 s'écrit ainsi 16 250 090,32.
- J'accentue les majuscules de façon à éviter les confusions. Par exemple, j'écris IL A ÉTÉ JUGÉ DURANT CE PROCÈS et non IL A ETE JUGE DURANT CE PROCES.
- J'explique les abréviations, les termes professionnels ; j'évite le « jargon » d'entreprise.
- À la première utilisation d'un sigle ou d'un acronyme, je donne sa forme développée. Exemple : l'OMS (Organisation mondiale de la santé).
- Je n'utilise les tableaux que lorsque c'est indispensable : pour transmettre des données et non pour la mise en page. Je découpe mon tableau complexe en plusieurs tableaux simples. Je fournis un titre complet.
- Je ne fournis jamais un texte sous forme d'image.
- J'utilise les fonctionnalités automatiques de listes (listes à puces ou numérotées), et non les tirets ou les numéros ajoutés à la main.

GRAPHISME

- J'assure un contraste suffisant entre la couleur du texte et celle de l'arrière-plan. L'outil Colour Contrast Analyser gratuitement disponible en ligne donne l'indice de contraste entre deux couleurs.

- J'ajuste les couleurs à cet indice, selon la taille de ma police. Si la taille de mon texte est inférieure à 18 points ou à 14 points gras, l'indice de contraste doit être au moins égale à 4,5. Si la taille de mon texte est supérieure à 18 points ou du 14 points gras, l'indice doit être au moins égale à 3.
- Je ne transmets jamais une information uniquement par la couleur. Exemple : sur un graphique en couleur, chaque chiffre est complété de sa légende. Les éléments différenciés par leur couleur le sont également par leur forme.
- J'ajoute à chacune de mes images, dans ses propriétés, une alternative textuelle (ou texte de remplacement), qui la décrit simplement. Si l'image contient du texte, je le reprends intégralement dans l'alternative.

TRAITEMENT DE TEXTE

Les recommandations suivantes sont praticables dans tous les logiciels de bureautique : Word, Google Doc, OpenOffice, LibreOffice...

- Je donne un nom clair et signifiant à mon fichier.
- Je complète les propriétés du fichier : titre, auteur, langue utilisée.
- J'utilise systématiquement les styles pour indiquer la hiérarchisation (le niveau) de mes titres (titre 1, titre 2, titre 3...). Le titre de mon document est en style « titre ».
- Je ne saute pas de niveau (je ne passe pas d'un titre 1 à un titre 3, par exemple).
- J'insère une table des matières dans mon document : grâce aux titres stylés, son intégration et sa mise à jour sont automatiques.
- Je privilégie l'utilisation d'espacements avant/après dans le style de mes paragraphes de façon à supprimer les lignes vides.
- J'utilise les sauts de page pour passer à la page suivante (et non une succession de lignes vides).
- Pour créer un tableau, j'utilise l'outil dédié. Dans ses propriétés, je fournis un résumé, je définis clairement la ligne d'en-tête. Si le tableau est long, je répète cette ligne à chaque page. J'évite les cellules vides et les cellules fusionnées.
- J'aligne mes images sur le texte (jamais d'images flottantes).

PRÉSENTATION (POWERPOINT)

- J'utilise la zone de commentaires pour fournir une description textuelle des images, des schémas, des graphiques.
- Je gère l'ordre de lecture des éléments en utilisant le volet de droite sur l'ordre des plans. Attention : les éléments sont présentés dans l'ordre inverse de leur lecture (l'élément le plus bas sera lu en premier).
- Pour le diffuser, je convertis mon fichier PowerPoint en PDF.

PDF

Si le document initial est accessible, le PDF qui en résulte le sera aussi.

- Je ne propose jamais de PDFs scannés : je réalise mon PDF à partir du document bureautique original.
- Les PDFs générés à partir de Word, LibreOffice ou OpenOffice sont de bonne qualité. Par contre, les PDFs générés avec GoogleDoc sont peu accessibles : j'exporte le Google Doc au format Word, OpenOffice ou LibreOffice pour générer le PDF à partir de ces applications.
- Je vérifie les propriétés du PDF : titre, auteur, langue.
- Si mon document est long, j'affiche les signets à l'ouverture.

Acrobat Pro, logiciel payant, propose de nombreuses fonctionnalités d'accessibilité ; il permet d'évaluer l'accessibilité du document et aide à corriger beaucoup de problèmes.

WEB

Il n'est pas nécessaire de créer une seconde version adaptée du site web, et il faut éviter de forcer les personnes handicapées à installer un nouveau logiciel pour en améliorer l'accessibilité. Un code HTML correct suffit, s'il est conforme, en France, aux exigences du RGAA (Référentiel général d'accessibilité des administrations)⁴.

L'accessibilité est prise en charge par la technique du site mais aussi par les textes. Pour ceux-ci, les recommandations vues précédemment s'appliquent également : structurer le contenu par les niveaux de titre, accentuer les majuscules, expliquer les sigles et acronymes, fournir une alternative aux images, ne pas insérer de lignes blanches...

- Si je crée mon site, j'utilise un outil ou un thème accessible.
- Si je rédige pour un site web accessible, je me renseigne auprès du webmestre sur les bonnes pratiques techniques et éditoriales.
- Je ne justifie pas les textes ; j'utilise les styles existants sans les modifier.
- Je fournis une alternative textuelle aux images, aux graphiques (ou un résumé des données dans le texte).
- Je rédige des liens hypertextes explicites : leur intitulé décrit précisément la cible du lien. Exemple : j'écris « Pour en savoir plus, voyez le site de l'École doctorale », et non « Pour accéder au site de l'École doctorale, cliquez ici ».
- Les vidéos : j'ajoute, dans la langue originale, le sous-titrage et la transcription textuelle intégrale.

⁴ RGAA : <http://references.modernisation.gouv.fr/rgaa/>

SÉCURITÉ, ÉVACUATION, URGENCE

QUELQUES CONSIGNES DE SÉCURITÉ, EN CAS D'ALERTE

N'hésitez pas à signaler toute odeur de brûlé, tout colis suspect, malaise, accident corporel ou début de sinistre.

Sur le campus de Paris

- Contactez le PC Sécurité au 01 45 49 55 55 ou 01 42 22 48 52.
- À défaut, adressez-vous aux appariteurs ou appelez les pompiers par le 18.
- En l'absence de téléphone, vous pouvez enfoncer la membrane plastique des boîtiers rouges d'alarme situés dans les couloirs. Le voyant rouge s'allume, il prévient par une alarme restreinte (inaudible dans les couloirs) le PC sécurité du 27, rue Saint-Guillaume.

Sur les campus en région

- Prévenez directement un membre de l'administration (technicien, régisseur, secrétariat ou directeur) ou appelez les pompiers par le 18.
- En l'absence de téléphone, vous pouvez enfoncer la membrane plastique des boîtiers rouges d'alarme incendie situés dans les couloirs. Le voyant rouge s'allume, il lance l'alarme incendie du bâtiment.

Dans tous les cas, les secours extérieurs peuvent être directement appelés en composant le 18 (pompiers) ou le 15 (SAMU).

EN CAS D'ÉVACUATION

Une évacuation peut être ordonnée pour de multiples raisons, dont l'incendie. Elle est obligatoire. N'attendez pas une confirmation visuelle (fumées visibles) pour sortir vers les lieux de rassemblement. Ne stationnez pas dans les cours des bâtiments, ni dans la rue face aux entrées.

Voici les recommandations concernant les personnes handicapées, à connaître pour les accompagner. Vérifiez que l'ordre d'évacuation a bien été compris, et proposez votre aide.

N.B. Les personnes handicapées ne doivent jamais prendre l'ascenseur, sauf sur ordre des pompiers.

Si le handicap ne permet pas de sortir de manière autonome, il y a trois possibilités selon l'état de la personne handicapée.

1. Elle peut être évacuée par escalier avec assistance humaine

L'agent de sécurité viendra à sa rencontre. Une aide sera désignée pour l'accompagner lors de la descente. Un brassard vert lui sera fourni afin de faciliter sa descente.

2. Elle peut être transportée en chaise d'évacuation

Dirigez-vous ensemble vers un espace d'attente sécurisé : une salle de classe ou un bureau possédant une fenêtre sur rue et une porte fermée, ou à défaut, un palier d'escalier avec porte coupe-feu.

Contactez le PC Sécurité au 01 45 49 55 55 pour vous signaler. Un agent muni d'une chaise d'évacuation viendra à votre rencontre pour évacuer la personne handicapée par l'escalier de secours le plus proche

3. Elle ne peut pas être transportée en chaise d'évacuation

Dirigez-vous ensemble vers un espace d'attente sécurisé (cf. ci-dessus).

Contactez le PC Sécurité au 01 45 49 55 55 pour vous signaler. Les sapeurs-pompiers viendront la chercher.

LES LIEUX DE RASSEMBLEMENT À CONNAÎTRE EN CAS D'ÉVACUATION

Campus de Paris

- 117, boulevard Saint-Germain, 6^e : trottoir du boulevard Saint-Germain.
- 199, boulevard Saint-Germain, 7^e : trottoir du boulevard Saint-Germain.
- 2, square de Luynes, 7^e : trottoir de la rue de Luynes.
- 56, rue Jacob, 6^e : à gauche vers la rue Jacob.
- 28, rue des Saints-Pères, 7^e : à gauche en sortant, trottoir de la rue des Saint-Pères face à la Poste.
- 224, boulevard Saint-Germain, 7^e : trottoir du boulevard Saint-Germain.
- 13, rue de l'Université, 7^e : à gauche en sortant, face au 30, rue de l'Université.
- 9, rue de la Chaise, 7^e : à droite, trottoir vers la rue de Grenelle.
- 27, rue Saint-Guillaume, 7^e : jardin ; trottoir du boulevard Saint-Germain.
- 30, rue Saint-Guillaume, 7^e : trottoir du boulevard Saint-Germain.
- 56, rue des Saints-Pères, 7^e : jardin ; à gauche vers le trottoir du boulevard Saint-Germain.
- 98, rue de l'Université, 7^e : à gauche en sortant, rue de l'Université.
- 41, rue du Four, 7^e : rue du Four.
- 10, rue de la Chaise, 7^e : à droite, trottoir vers la rue de Grenelle.
- 11, rue de Grenelle, 7^e : rue de Grenelle.
- 84, rue de Grenelle, 7^e : rue de Grenelle.

Campus en région

- **Campus de Dijon** : avenue Victor Hugo, vers le jardin Darcy.
- **Campus du Havre** : esplanade Richard Descoings face au bâtiment.
- **Campus de Menton** : place Saint-Julien.
- **Campus de Nancy** : cour intérieure vers l'École dentaire, près du parking.
- **Campus de Poitiers** : trottoir de la rue Sainte-Opportune (ne pas traverser la voie vers le parvis).
- **Campus de Reims** : place Museux.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

« Vivre ensemble, le guide des civilités envers les personnes handicapées à l'usage des gens ordinaires » (PDF), guide du Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 2005.

« Le handicap et moi », plaquette d'Opcalia.

Différents guides du [Psycom](#), organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Le Psycom diffuse des documents d'information rédigés par des professionnels et validés par des usagers, des proches...

« Guide des pathologies invalidantes », Agefiph Aquitaine & programme Equal.

Thandem, offre de formation pour accompagner l'entreprise dans sa politique handicap, par [Unilearn](#) et [Akto](#).

« Guide Simon : autisme et travail » (PDF), guide édité par Handisup Haute Normandie, 2015.

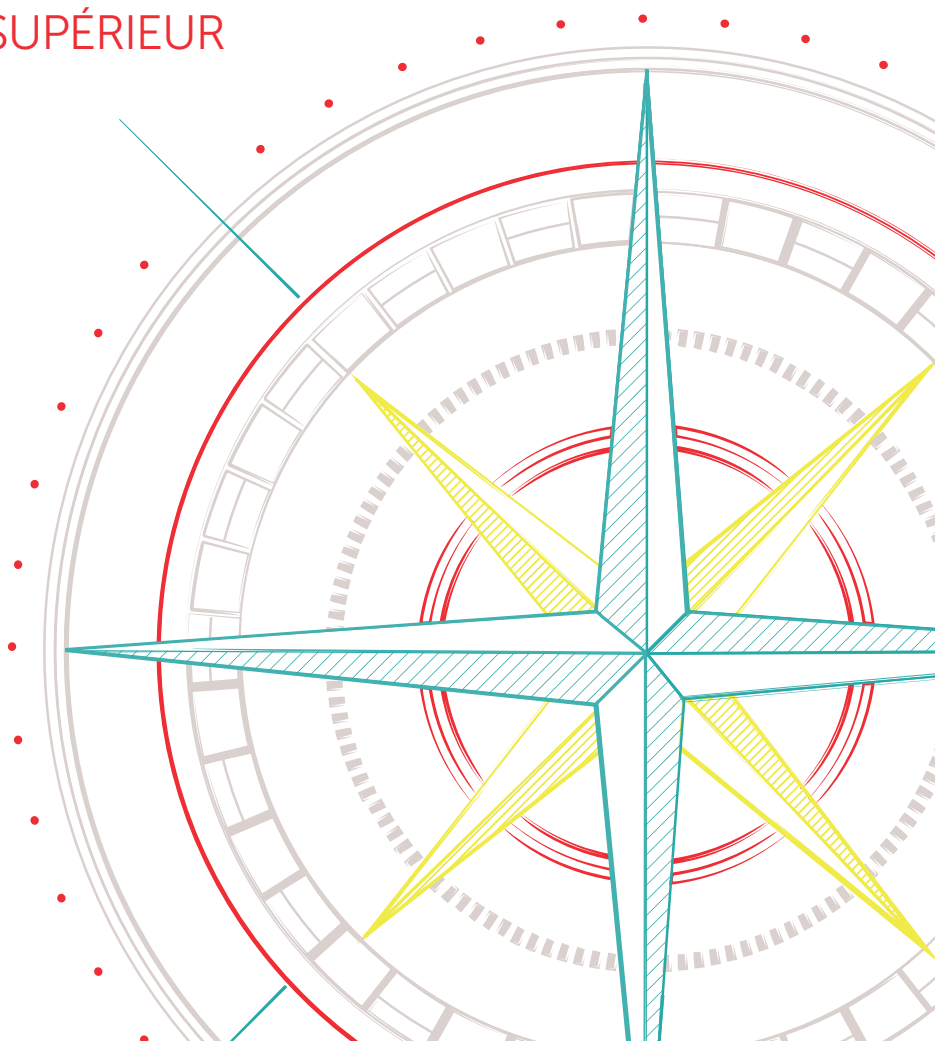


SciencesPo

GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE
**HANDICAPS COGNITIFS
ET PSYCHIQUES**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE
**HANDICAPS COGNITIFS
ET PSYCHIQUES**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION

AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

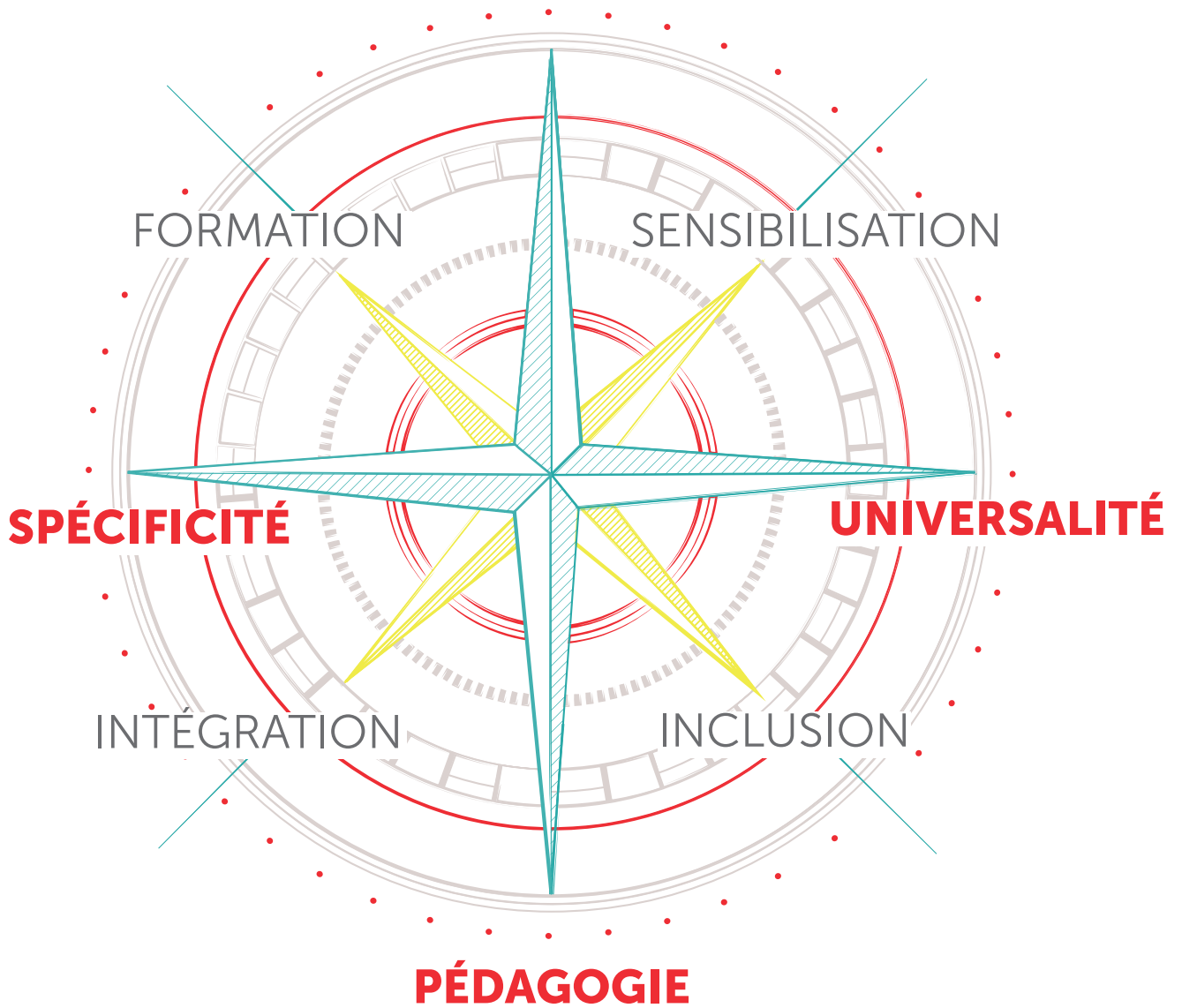
Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

Sciences Po

- Avec le soutien de l'Agefiph et du FIPHFP
- Auteurs : David Delfolie, Elsa Gérault
- Juin 2018

INNOVATION



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE
HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON
LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER,
**MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE
SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE
EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	9
---------------------------	----------

PARTIE INTRODUCTIVE

Retour sur la démarche	11
L'innovation pédagogique, un levier d'accessibilité pour tous	13
Le cadre légal	15

PARTIE I : Ressources éducatives

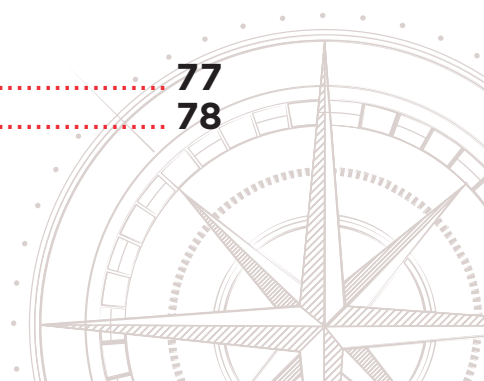
Les axes de vigilance	19
Le cours inclusif idéal	24
L'évaluation	30
La métacognition	35
Orientation et insertion professionnelle	38

PARTIE II : Information, sensibilisation et recommandations pratiques

Les troubles cognitifs	42
- La dyslexie	45
- La dyspraxie	48
- Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	52
- L'autisme à haut niveau de fonctionnement	56
Les troubles psychiques	62
- La dépression	64
- Le trouble bipolaire	66
- L'anorexie	70
- La schizophrénie	72

PARTIE CONCLUSIVE

Méthodologie	77
Remerciements	78



AVEC LES HANDICAPS INVISIBLES, NE SOYONS PLUS OUT !
ADOPTONS LA BONNE ATTITUDE POUR ÊTRE IN !

IN COMME **INCLUSION UNIVERSELLE...**

IN COMME **INNOVATION PÉDAGOGIQUE...**

IN COMME **INSERTION PROFESSIONNELLE...**

AVANT-PROPOS

Le monde de l'insertion professionnelle partage aujourd'hui avec celui de l'enseignement le même enjeu : devoir faire face à un afflux croissant d'apprenants, de tous âges, en situation de handicaps dits « invisibles », dont certains nécessitent une prise en charge particulière (autisme, troubles DYS, troubles psychiques). Les mesures de compensation actuelles se situent essentiellement en périphérie de la salle de cours (attribution de tiers temps, compensations humaines ou techniques, etc.) mais encore peu de réponses concernent les modalités de transmission et d'évaluation des savoirs.

Depuis 2016, Sciences Po s'est engagé dans un travail de recherche menant à des innovations pédagogiques autour de ce type de handicaps. À partir d'expérimentations réalisées *in situ* et d'analyses de recherches conduites par d'autres universités, notamment canadiennes, Sciences Po a développé des méthodologies exploitables en interne comme en dehors de ses murs.

Forts de ces résultats, et encouragés par les champs expérimentaux engagés en septembre 2017 avec l'Université McGill au Canada (lancement d'un cours fondé sur les principes de la métacognition, etc.), Sciences Po, l'Agefiph et le FIPHFP ont pour ambition d'analyser

les besoins des étudiants en situation de handicap et de chercher, à travers le recours à l'innovation pédagogique, des solutions adaptées.

Cette démarche inédite de Sciences Po, qui se nourrit de la recherche en sciences cognitives, vise à trouver des actions pour les étudiants en situation de handicap qui en seront les premiers bénéficiaires. Ce guide de pédagogie innovante a pour objectif de promouvoir les bonnes pratiques auprès des enseignants. Il s'agit là d'essaimer le résultat de ces recherches et expérimentations auprès de l'ensemble du monde de l'éducation (écoles, universités) et de la formation continue.

Les enjeux sont de taille : comprendre les besoins des personnes souffrant de troubles des apprentissages ou de handicaps favorisant le décrochage ou des difficultés d'insertion professionnelle pour concevoir un enseignement inclusif et profitable à tous.

Face aux défis de l'emploi des personnes handicapées, l'Agefiph et le FIPHFP se mobilisent ensemble aux côtés de Sciences Po pour favoriser une passerelle indispensable entre le monde de la formation et le milieu professionnel et permettre ainsi une société plus inclusive.

Marc DESJARDINS
Directeur du FIPHFP

Didier EYSSARTIER
Directeur général de l'Agefiph

PARTIE INTRODUCTIVE

RETOUR SUR LA DÉMARCHE	11
L'INNOVATION PÉDAGOGIQUE, UN LEVIER D'ACCESSIBILITÉ POUR TOUS	13
LE CADRE LÉGAL	15

RETOUR SUR LA DÉMARCHE

Ce travail est le reflet fidèle des principes et des valeurs qui prévalent constamment dans l'accompagnement des étudiants en situation de handicap cognitif et psychique de Sciences Po. À l'image de la boussole qui figure précédemment, ils orientent et inspirent l'action menée au quotidien au service d'une scolarité épanouissante et de la préparation d'une insertion professionnelle réussie.

De même, les recommandations, les préconisations et toutes les solutions pratiques décrites dans le guide sont le produit d'une expérience éprouvée. Elles n'ont pas la prétention d'être exhaustives, mais sont étayées sur le plan de leur efficacité par les nombreux exemples de leur utilité.

Ce guide d'accompagnement et de pédagogie innovante, dédié à un meilleur accueil des étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique dans l'enseignement supérieur, s'adresse aux équipes pédagogiques de manière élargie :

- enseignants, indépendamment de leur statut ;
- personnels de scolarité ;
- personnels des missions handicap ;
- personnels de direction des établissements.

De manière générale, ce guide s'adresse à tous les formateurs qui accompagnent des apprenants en situation de handicap cognitif et psychique, avec des nuances à considérer selon les publics.

Ce guide vise l'objectif de fournir des éléments clés nécessaires à la formulation de réponses pédagogiques face à des situations complexes de handicap ou d'étudiants en grande fragilité dont les difficultés constituent un obstacle majeur à la poursuite de leurs études.

La performance collective d'un établissement d'enseignement ne peut s'apprécier et augmenter que dans un environnement serein et solidaire. À cette fin, la recherche d'une meilleure inclusion de tous est un objectif constant à poursuivre.

La relative « invisibilité » qui caractérise les handicaps cognitifs et psychiques complique singulièrement leur bonne prise en charge dans le système universitaire. Ainsi, une multitude de situations problématiques demeurent encore sous-repérées, mal prises en compte ou éludées.

Les signes tangibles de ce constat sont pourtant bien connus : nombreux cas de décrochages temporaires ou définitifs, absentéisme, impact sur les performances scolaires et « mal-être » psychologique.

Cette réalité engendre de la souffrance inutile pour les étudiants concernés, autant qu'un sentiment de relative impuissance pour les enseignants et les personnels de scolarité, souvent dépourvus face à des situations délicates à accompagner.

Au-delà de la question de « l'invisibilité » qui rend peu aisée la compréhension des troubles, et donc les réponses pédagogiques à leur apporter, d'autres aspects ont été pris en compte pour déterminer les préconisations proposées dans ce guide :

- la variété des situations, y compris pour un même trouble ;
- la nature des adaptations à mettre en place, notamment quand elles relèvent d'un véritable challenge pour des enseignants rarement formés à ces sujets ;
- les incidences des troubles sur les modalités de transmission et d'évaluation des savoirs qui font en partie échec aux mesures standardisées de compensation ;
- les représentations négatives que suscitent les handicaps concernés, du fait d'une large méconnaissance et des idées fausses qui l'accompagnent.

Encore trop souvent, les étudiants vivant avec des troubles cognitifs ou psychiques ne bénéficient pas d'un accueil adéquat ou de réponses adaptées à leur situation. Ceci est avant tout la conséquence d'une sensibilisation insuffisante des équipes pédagogiques et se trouve renforcé par la faible diffusion des bonnes pratiques à adopter, quand bien même elles ne demandent pas de compétences particulières pour être mises en place.

L'amélioration de l'information et de la sensibilisation des équipes pédagogiques est donc le préalable à une véritable accessibilité de l'enseignement aux handicaps cognitifs ou psychiques. Néanmoins, leur spécificité appelle aussi le développement de solutions adaptées qui relèvent de modalités de transmission et d'évaluation des savoirs, en complément de mesures d'accompagnement renforcées.

Les apports des neurosciences, des sciences cognitives et de la psychologie du développement permettent aujourd'hui de mieux comprendre les processus d'apprentissage. Elles ont notamment montré que le fonctionnement cérébral différait d'un individu à un autre. Ces différences, qui résultent de facteurs génétiques, périnataux ou environnementaux, peuvent avoir un impact significatif sur les processus d'apprentissage (attention, mémoire, lecture, écriture, adaptation, etc.).

Ce constat n'engage en rien le niveau d'intelligence. En revanche, avec l'usage de méthodes pédagogiques standardisées – satisfaisantes bien que non idéales – pour une majorité située dans une norme très relative, les personnes qui ont des profils neuro-atypiques se retrouvent de fait souvent, avec des difficultés diverses, dans une position inégalitaire, voire d'exclusion. On comprend dès lors que la situation de handicap, par rapport aux troubles cognitifs, et aux troubles psychiques dans une large mesure, est le produit de l'interaction avec le contexte et non une variable absolue.

Cette évidence souligne la nécessité d'évolution du système éducatif pour favoriser l'épanouissement de tous en faisant de la diversité un atout.

Et cela ne concerne pas que les étudiants les plus fragiles : chacun est comptable d'une différence, indépendamment de sa nature, qui ne peut s'affirmer légitimement que dans un espace ouvert, repoussant les champs des possibles. C'est là un des sens du progrès humain.

Ainsi, le recours à l'innovation pédagogique pour répondre à des besoins éducatifs bien identifiés ne doit pas être une démarche compassionnelle ou altruiste qui serait appelée à satisfaire une plus grande sensibilité commune aux entraves rencontrées par des publics fragiles dans leur « participation à la vie en société », pour reprendre les termes de la loi 2005-102 sur le handicap.

Il n'est pas non plus le fait d'une préoccupation d'ordre éthique ou morale. Il est avant tout une voie d'amélioration de l'excellence de l'enseignement. En effet, l'innovation pédagogique s'avère un vecteur de choix pour doper la créativité collective, resserrer les liens sociaux et conférer la possibilité à chacun de donner le meilleur de lui-même.

À cet égard, les enseignants doivent avoir à l'esprit que les étudiants en situation de handicap cognitif et psychique présentent un potentiel élevé trop souvent négligé. Malgré certaines difficultés, ils parviennent à poursuivre des études supérieures, parfois brillamment, avec un mérite remarquable. Ils montrent des talents qui doivent pouvoir trouver une pleine reconnaissance et une traduction à la hauteur de leurs aspirations.

Enfin, ce guide ambitionne d'éclairer la communauté éducative sur le rapport entre les avantages d'un accompagnement spécifique prenant en considération la situation de handicap et l'intérêt de ses traductions sous la forme d'innovations pédagogiques bénéfiques pour l'ensemble des étudiants.

Ainsi, les thèmes abordés font non seulement écho à l'approche inclusive « d'un tout accessible à tous », mais aussi à une démarche faisant du handicap une puissante matrice de changement.

L'INNOVATION PÉDAGOGIQUE, UN LEVIER D'ACCESSIBILITÉ POUR TOUS

Depuis quelques années, l'essor du thème de l'innovation pédagogique a ouvert des perspectives de changements structurels importants dans le domaine de la formation au sens large. À l'origine inspiré par le développement rapide des technologies numériques, il est devenu un des axes majeurs de réforme du système éducatif.

Une définition institutionnelle de l'innovation pédagogique a été établie en 2014 dans le premier rapport du Conseil national de l'innovation pour la réussite éducative, présidé par le sociologue Didier Lapeyronnie : « Une pratique innovante est une action pédagogique caractérisée par l'attention soutenue portée aux élèves, au développement de leur bien-être, et à la qualité des apprentissages. En cela, elle promeut et porte les valeurs de la démocratisation de l'enseignement. Prenant appui sur la créativité des personnels et de tous les élèves, une pratique innovante repose également sur une méthodologie de conduite du changement. Le partenariat permet à l'équipe d'enrichir son action grâce aux ressources de son environnement. Chacun de

ces points ne suffit pas à lui seul, mais combinés font d'une action une pratique innovante dans sa conduite et ses effets¹. »

Cette définition ambitieuse présente une lecture dynamique, collaborative et horizontale de l'innovation pédagogique, impliquant chacun des acteurs concernés dans la recherche de progrès. De plus, cette conception, parce qu'elle propose d'intervenir directement « dans la salle de cours », en amenant à une évolution qualitative des pratiques au service de tous, assigne à l'innovation pédagogique un rôle déterminant de vecteur d'inclusion.

1. Pour une École innovante : synthèse des travaux du Conseil national de l'innovation pour la réussite éducative, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, remis le 10 novembre 2014. http://cache.media.education.gouv.fr/file/11_Novembre/91/4/2014_rapport_cnire_web_366914.pdf

FOCUS SUR LA NOTION D'INCLUSION

« La notion d'inclusion met en exergue le rapport aux autres : elle affirme que tout individu a sa place dans la vie sociale et que cette place ne doit être ni concédée, ni tolérée ou soumise à conditions /.../.

L'ambition inclusive voit dans la diversité, non une difficulté pour la société, mais une source de bien-être social, de développement économique et un vecteur de matérialisation des droits de l'homme ; au nom des principes fondateurs du droit, elle affirme que tout individu,

indépendamment de sa particularité, dispose du droit de vivre en fonction de ses aspirations et que, pour autant qu'on lui en fournisse la possibilité, il contribue au bien-être collectif. /.../.

[L'inclusion invite à] se démarquer des formes de scolarisation se satisfaisant d'une forme d'intégration normalisatrice considérant les « intégrés » comme de simples visiteurs au lieu de les considérer comme des membres à part entière de la communauté scolaire². »

2. École inclusive pour les élèves en situation de handicap : accessibilité, réussite scolaire et parcours individuels, Rapport scientifique, Conférence de comparaisons internationales - Handicap (28-29 janvier 2016), Conseil national d'évaluation du système scolaire, janvier 2016. http://www.unesco.fr/wp-content/uploads/2015/12/rapport_handicap.pdf

Les incidences des troubles cognitifs et psychiques sur les apprentissages sont une source particulièrement féconde pour penser l'innovation pédagogique, dans le sens de l'approche inclusive consacrée par la loi 2005-102 du 11 février 2005.

- 1) Ils nécessitent de porter l'attention « à l'intérieur de la salle de cours », c'est-à-dire de s'intéresser aux modalités de transmission et d'évaluation des savoirs.
- 2) Ils invitent à aborder la pédagogie dans une approche élargie en interaction avec l'environnement des études.
- 3) Ils amènent à questionner des problématiques qui concernent l'ensemble de la population étudiante : les rythmes scolaires, l'évaluation, l'organisation des tâches, la gestion du stress, le rapport à la performance, la concentration, la mémorisation, la compréhension et l'assimilation des connaissances, la maîtrise de l'écrit et de l'oral, l'apprentissage du travail en groupe, l'autonomisation, l'orientation professionnelle ou encore les usages des nouvelles technologies.

Les difficultés inhérentes à ces différentes dimensions ne sont pas spécifiques aux étudiants porteurs de troubles cognitifs et psychiques, mais elles se posent pour eux avec une acuité particulière pour laquelle la recherche impérieuse de solutions est un gisement potentiel d'amélioration des standards pédagogiques pour le plus grand nombre.

L'accessibilité est dès lors fondée sur l'idée que les besoins des étudiants en situation de handicap peuvent servir de levier pour des innovations pédagogiques universelles.

Ainsi, dans cette perspective, sans faire de différenciation dans son déploiement, la recherche d'innovations pédagogiques remplit parfaitement les objectifs qui lui sont assignés : l'apport de bénéfices qualitatifs en termes de bien-être pour les publics concernés (étudiants, enseignants, personnels de scolarité), de démocratisation des études pour tous et d'excellence des savoirs dispensés.

Néanmoins, cette approche de l'innovation pédagogique revêt un intérêt nécessaire pour les étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique. En leur permettant une meilleure accessibilité, dans une démarche inclusive globale, elle limite pour eux le recours à des compensations individuelles, partiellement adaptées et productrices de stigmatisation.

Elle permet également de créer un environnement propice à une réelle diversité vécue jusque dans les relations interpersonnelles, transformant durablement les représentations sur les handicaps. L'enjeu est d'importance car il s'agit par là de préparer les citoyens de demain.

En effet, plutôt que l'octroi d'aménagements de scolarité qui réduisent les obstacles sans aider à les dépasser, l'innovation pédagogique a beaucoup d'avantages sur le plan qualitatif car elle permet d'apporter directement des réponses aux problèmes qui entravent la scolarité.

LE CADRE LÉGAL

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a profondément modifié le cadre légal de la prise en charge du handicap.

La définition du handicap que consacre la loi est inscrite dans son article 114 : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Cette définition a induit plusieurs effets :

- elle a permis une reconnaissance des pathologies psychiques, qu'elles soient chroniques ou temporaires, comme relevant du champ du handicap, ce qui n'était pas le cas auparavant ;
- elle a introduit la notion de handicap cognitif, à un moment où l'usage courant du terme était encore relativement nouveau ;
- elle ne considère plus comme précédemment le handicap au regard de la seule situation individuelle donnée de manière contingente et absolue, mais au contraire dans une relation dynamique avec l'environnement ;
- elle a eu pour conséquence d'étendre la recherche de solutions d'accessibilité à des adaptations de l'environnement, quand auparavant ce dernier était encore largement abordé comme un invariant ;
- elle est venue sanctionner la reconnaissance d'une approche inclusive de la gestion du handicap, privilégiant autant que possible l'indifférenciation par « l'accès de tout à tous ».

RAPPELS SUR LE VOCABULAIRE

Le guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université de la Conférence des présidents d'université (2007, 2012), référence institutionnelle, précise quelques définitions utiles à souligner³.

SITUATION DE HANDICAP

Cette notion de situation concerne toute personne, qu'elle soit dite handicapée ou non.

La « situation de handicap » résulte de l'inadéquation entre les aptitudes, les besoins d'une personne dans son environnement humain et naturel et une tâche à accomplir ou un objectif à atteindre. Il ne faut pas confondre : « personne handicapée » et « situation de handicap ».

ACCESSIBILITÉ

Les mesures d'accessibilité (accessibilité du cadre bâti, de l'information, des savoirs, etc.), sont des mesures générales indépendantes de la présence effective de personnes handicapées dans l'espace concerné (dans le cas présent, à l'université). On citera ici à titre d'exemple l'équipement en rampes d'accès, en ascenseurs, l'abonnement à des e-books, l'installation de télé-agrandisseurs, l'accessibilité des informations en ligne, etc. Les mesures d'accessibilité mises en place sont utiles pour tout le monde : par exemple, les portes à ouverture automatique sont grandement appréciées par les personnes chargées des livraisons dans l'université.

COMPENSATION

Les mesures de compensation sont individuelles et liées aux besoins spécifiques de la personne. Ainsi, on peut citer par exemple l'aménagement d'un cursus, le recours à un interprète français/langue des signes française ou encore la mise en place d'un temps majoré de composition aux examens.

³ *Le guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université* de la Conférence des présidents d'université (2007, 2012). <http://www.cpu.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-handicap-web2.pdf>

S'agissant de l'enseignement supérieur, l'article 20 de la loi 2005-102 mentionne que : « les établissements d'enseignement supérieur inscrivent les étudiants handicapés ou présentant un trouble de santé invalidant, dans le cadre des dispositions réglementant leur accès au même titre que les autres étudiants, et assurent leur formation en mettant en œuvre les aménagements nécessaires à leur situation dans l'organisation, le déroulement et l'accompagnement de leurs études. »

L'impact de cet article 20 est notable puisqu'il fixe par l'intermédiaire des présidents d'université ou des directeurs d'établissement un ensemble de règles qui doivent encadrer la politique handicap de leur institution.

« En tant que garant du respect de la loi au sein de son université, le président s'attache à définir et à rendre lisible sa politique d'établissement en matière de handicap. Il se dote de l'appareil politique et fonctionnel lui permettant de remplir cette obligation légale :

- en inscrivant explicitement le handicap dans la lettre de mission de l'un des membres de l'équipe de direction de l'université ;
- en garantissant l'accessibilité dans toutes ses dimensions au sein de son établissement (accessibilité du cadre bâti, accès à l'information, au savoir, à la vie étudiante, etc.) ;
- en veillant à ce que soit rendue publique la procédure d'accueil d'accompagnement des étudiants handicapés ;
- en s'assurant que la structure d'accueil et d'accompagnement des étudiants handicapés existant au sein de son université soit en mesure d'assurer pleinement sa mission, y compris du point de vue financier ;
- en désignant, le cas échéant, des correspondants handicap chargés de relayer la politique handicap menée dans l'université au sein de ses composantes⁴. »

Plus récemment, certaines dispositions légales complémentaires ont été précisées dans la circulaire ministérielle 2015-127 du 3 août 2015.

Les divers aménagements de scolarité possibles ou impactant les examens doivent être – systématiquement – validés par un Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS) ou une Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Cette configuration limite beaucoup la possibilité de pouvoir proposer des solutions adaptées d'ordre pédagogique si l'étudiant – parfois de manière contradictoire – signale son handicap aux personnels de scolarité et/ou à la mission handicap de l'établissement pour obtenir des compensations, mais refuse que ses enseignants soient informés de sa situation. Souvent, notamment s'agissant des handicaps cognitifs ou psychiques, la peur de la stigmatisation et la difficulté à accepter d'être ramené aux représentations entourant le handicap expliquent leur sous-déclaration.

Cependant, plusieurs solutions sont possibles :

- un discours apaisé et dédramatisé sur le handicap peut permettre de convaincre l'étudiant de l'intérêt pour lui d'informer ses enseignants ;
- une information préventive sur une situation de handicap particulière peut être faite aux enseignants, accompagnée le cas échéant de conseils pédagogiques adaptés, mais sans mentionner le nom de l'étudiant concerné ;
- une information préventive sur un étudiant peut être faite aux enseignants, avec des conseils généraux sur les compensations nécessaires à mettre en place, mais sans mentionner la nature de son handicap.

La généralisation de certaines innovations pédagogiques et de bonnes pratiques, en améliorant l'accessibilité de tous, permettent également de résoudre une partie des problèmes singuliers et s'avère dès lors être une option à privilégier.

4. *Le guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université* de la Conférence des présidents d'université (2007, 2012).
<http://www.cpu.fr/wp-content/uploads/2013/11/Guide-handicap-web2.pdf>

L'INFORMATION TRANSMISE AUX ÉQUIPES PÉDAGOGIQUES SUR LES SITUATIONS PARTICULIÈRES : COMMENT FAIRE ?

Au regard de la loi, nul ne peut contraindre quiconque à déclarer son handicap.

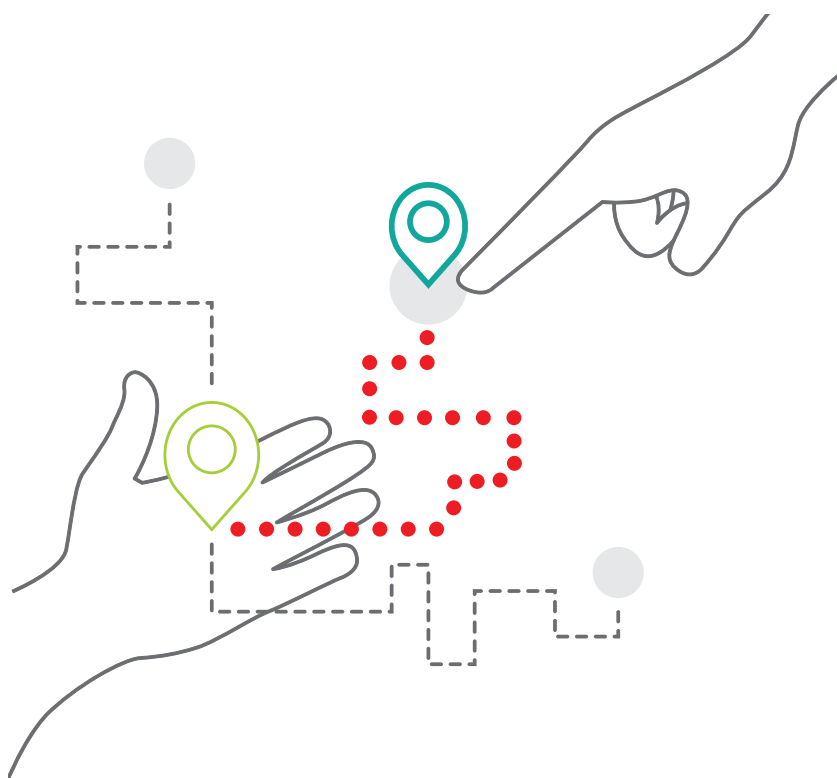
Ainsi, la liberté est laissée aux étudiants d'informer ou non leur établissement de leur situation de handicap ou de leur trouble de santé invalidant.

Néanmoins, il est régulièrement rappelé aux étudiants, avant chaque session d'examens, la date limite pour faire connaître leurs besoins éventuels.

La déclaration d'un handicap ou d'un trouble de santé invalidant peut survenir à tout moment de la scolarité, de l'admission à la dernière année d'études.

Le cas échéant, l'étudiant concerné doit prendre contact avec le correspondant handicap de son établissement pour se signaler et présenter les documents nécessaires à la prise en compte de sa demande.

Si l'étudiant ne le souhaite pas, aucune information sur sa situation ne peut être transmise à ses enseignants. Ce respect à la confidentialité est un droit garanti par la loi et ne peut être contourné.



PARTIE I

RESSOURCES

ÉDUCATIVES

LES AXES DE VIGILANCE	19
LE COURS INCLUSIF IDÉAL	24
L'ÉVALUATION	30
LA MÉTACOGNITION	35
ORIENTATION ET INSERTION PROFESSIONNELLE	38

LES AXES DE VIGILANCE

LES ENJEUX CENTRAUX DE L'INFORMATION ET DE LA SENSIBILISATION

Le préalable à la mise en œuvre d'innovations pédagogiques adaptées, avec leur dimension de levier d'accessibilité, 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 assumée des acteurs qui en ont la responsabilité.

Le premier des défis de cette démarche d'information et de sensibilisation des enseignants, avant même de convaincre de la légitimité

et du bien-fondé pour tous des innovations pédagogiques, est de lutter contre des préjugés tenaces, des peurs infondées ou des représentations faussées.

Ces ressentis nourris du sens commun sont la principale source, involontaire par méconnaissance, des mauvaises pratiques identifiées.

Lorsqu'une information adaptée est transmise aux enseignants sur une situation de handicap, même invisible, elle est le plus souvent bien prise en compte, dans l'intérêt de l'étudiant concerné.

LE RÔLE DE L'ENSEIGNANT : ÊTRE UNE «VIGIE»

Une réflexion sur le rôle des enseignants, et ses limites acceptées collectivement, est nécessaire à conduire.

Certaines conceptions du métier d'enseignant du supérieur concourent à le placer à une distance devenue aujourd'hui discutable de ses étudiants.

Face à des situations complexes d'étudiants fragilisés, certains principes – encore loin d'être largement consensuels – doivent progressivement s'affirmer comme un standard professionnel déontologiquement admis.

Au préalable, il est de la responsabilité des enseignants d'être attentifs à l'ensemble des effectifs d'étudiants qui leur sont confiés, sur le plan universitaire mais aussi sur le plan humain (dans les limites du respect des positions de chacun). Dans la mise en œuvre de leur pédagogie, ils peuvent en particulier être vigilants à bien répartir la charge de travail demandée en évitant de trop la concentrer sur les périodes d'intense activité (milieu et fin de semestre). Cela est bénéfique pour le bien-être de tous les étudiants, dont beaucoup montrent des signes d'anxiété avant des échéances importantes, mais surtout pour ceux en situation de handicap qui

doivent souvent redoubler d'efforts au prix d'une grande fatigue. De même, il est utile que les enseignants soient vigilants vis-à-vis de l'angoisse de performance qui affecte de nombreux apprenants.

Il est ensuite nécessaire de reconnaître aux enseignants le rôle et la capacité de repérer des choses très perceptibles sur les difficultés des étudiants. 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 enseignants 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. Il vaut mieux trop prévenir que prendre trop de temps pour essayer de guérir. C'est un axe de vigilance important car plus la prise en charge de certains troubles est précoce, plus l'accompagnement qui peut être proposé est efficace.

L'essence du métier d'enseignant, parce qu'elle se résume anthropologiquement à un acte de transmission, un don de savoir, est un investissement pour les autres, une démarche altruiste.

Il n'est donc pas impensable que les enseignants puissent être invités à s'approprier pleinement la légitimité de leurs compétences pour le bien de ceux qu'ils ont la mission de former, en tant que futurs citoyens et professionnels.

Par exemple, si un enseignant remarque ou « ressent » qu'un étudiant est sujet à un problème grave, qu'il est très anxieux, qu'il présente des troubles peu communs, il ne doit pas « penser à un diagnostic ». Il ne doit pas se substituer au médecin.

Selon la situation et son ressenti, il peut adopter deux attitudes :

- il peut effectuer un signalement aux services de la scolarité, qui pourront dès lors être attentifs à la situation (vérifier si l'absentéisme est plus fréquent que d'habitude, etc.) et proposer le cas échéant un rendez-vous à l'étudiant ;
- il peut faire part avec tact à l'étudiant de sa préoccupation. S'il se confie sur un problème de santé, l'enseignant est alors tenu à un strict respect de la confidentialité à l'égard de l'établissement. En revanche, sur la base de la relation de confiance établie, il peut encourager l'étudiant avec des propos rassurants à consulter le service de santé de l'établissement ou un médecin extérieur. Si le problème de santé est pris en charge sur le plan médical et qu'il a des incidences sur les études, il peut lui conseiller de se rapprocher du correspondant handicap afin d'obtenir des informations sur les démarches à suivre pour bénéficier d'aménagements de scolarité.

EXEMPLE DE MESSAGE DE SIGNALEMENT

« Bonjour, je vous écris pour vous faire part d'une inquiétude concernant [écrire le prénom et uniquement l'initiale du nom de famille], étudiante de mon enseignement du mardi matin. Depuis deux semaines, elle est en retrait au fond de la classe et semble triste ou absente, alors qu'elle avait une participation active pendant les séances depuis le début du semestre. Au dernier cours, elle est arrivée en retard, visiblement très fatiguée. Ce qui m'alerte d'autant plus, c'est qu'elle m'a envoyé par courriel hier un devoir avec trois jours de retard en me disant qu'elle avait eu un « souci d'ordre personnel » pour le terminer dans les délais. J'ai parcouru le devoir et à première vue, il est de nettement moins bonne qualité que le précédent, rendu dans les temps et pour lequel elle avait obtenu une des meilleures notes du groupe. Vous êtes peut-être déjà alerté d'un changement de sa situation. Néanmoins, au cas où, je tenais à vous signaler ces observations. Je reste à votre disposition si je peux être utile. Très cordialement. »

EXEMPLE DE DIALOGUE

- **Enseignant** : [prénom], vous avez quelques minutes ? Je voudrais voir un point avec vous.
- **Étudiant** : Oui. Par contre, j'ai cours dans un quart d'heure, je ne peux pas arriver en retard.
- **Enseignant** : Rassurez-vous, ce ne sera pas long. Voilà, je suis un peu inquiet vous concernant et je voulais en discuter avec vous. J'ai remarqué que vous étiez en retrait depuis deux semaines, alors que vous participiez beaucoup avant. Et j'ai remarqué aussi, mais je me trompe peut-être, que vous sembliez préoccupé. En plus, vous ne m'avez pas envoyé comme prévu votre dernier devoir par courriel hier.
- **Étudiant** : Je suis désolé, je vais vous l'envoyer demain sans faute. J'ai eu un souci, mais j'ai presque fini.
- **Enseignant** : Si vous avez un souci, vous pouvez m'en parler en toute confiance.
- **Étudiant** : Je vous remercie, mais ça va aller.
- **Enseignant** : D'accord. Si vous êtes gêné pour m'en parler, vous savez aussi que vous pouvez trouver des interlocuteurs pour vous aider dans l'établissement. N'attendez pas que la situation se dégrade si vous avez un problème important. On peut toujours trouver des solutions, mais c'est plus facile quand on peut intervenir au plus vite.
- **Étudiant** : Oui, je sais, mais c'est délicat pour en parler.
- **Enseignant** : Cela concerne votre santé ?
- **Étudiant** : Oui, on peut dire ça. En fait, pour tout vous dire, j'ai fait une dépression au premier semestre. Je pensais que ça allait mieux, mais là, avec tout ce qu'il y a à faire, je stresse beaucoup et depuis deux ou trois semaines, je suis noyé. Je ne sais plus comment faire pour m'en sortir.
- **Enseignant** : Je comprends mieux. Est-ce que vous êtes suivi sur le plan médical ?
- **Étudiant** : Oui, je suis suivi par un psychiatre. Je l'ai vu la semaine dernière, il m'a augmenté mon antidépresseur. J'angoisse moins, mais je suis épuisé, j'ai du mal à me lever le matin. Je n'arrive plus à tenir le rythme.
- **Enseignant** : Il ne faut pas vous débattre seul dans cette situation. Bon, il n'y a que vous qui puissiez faire ce choix, mais vraiment, c'est important de solliciter de l'aide. D'autant que si vous êtes pris en charge médicalement, vous avez sans doute le droit à des aménagements de scolarité.
- **Étudiant** : Non, je ne veux pas arrêter.
- **Enseignant** : Il n'est pas question de vous imposer quoi que ce soit. Mais vous pourriez avoir des aménagements pour vous permettre de traverser au mieux cette période. Sollicitez par exemple des délais supplémentaires pour rendre vos devoirs, cela vous étalerait la charge de travail à gérer. Si c'est nécessaire, vous pourriez aussi bénéficier d'un peu de temps complémentaire lors des examens.
- **Étudiant** : Mais il faut que je fasse quoi pour ça ?
- **Enseignant** : Rapprochez-vous du service de santé de l'établissement ou du correspondant handicap.
- **Étudiant** : Mais je ne suis pas handicapé.
- **Enseignant** : Il ne s'agit pas de vous mettre une étiquette. Mais de fait, vous vivez une situation de handicap, temporairement, par rapport à vos études. Et c'est à ce titre que vous pouvez obtenir, le temps d'aller mieux, des aménagements validés par la médecine universitaire, par l'intermédiaire du service de santé et du correspondant handicap. Il pourra vous expliquer les démarches à suivre et vous accompagner. Et je vous conseille aussi d'aller voir dès que possible votre responsable pédagogique pour lui parler de votre situation. Si vous le souhaitez, et seulement avec votre accord, il pourra par exemple sensibiliser vos enseignants sur le fait que vous traversez un moment difficile. Un peu de bienveillance et d'attention vous aideront à reprendre confiance.
- **Étudiant** : Je vous remercie beaucoup. Je ne savais pas tout ça.
- **Enseignant** : Je vous en prie. Et surtout, n'hésitez pas à me dire si vous rencontrez un souci pour vos démarches.
- **Étudiant** : OK, merci. Je vous tiendrai au courant.
- **Enseignant** : Parfait. Allez-y, vous allez être en retard. Au revoir, à la semaine prochaine.
- **Étudiant** : Oui, au revoir et encore merci pour votre aide.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET ENVIRONNEMENT DES ÉTUDES

Les équipes pédagogiques n'ont pas vocation à interférer, en aucune manière, dans la prise en charge thérapeutique des étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique, qui relève de la compétence exclusive du corps médical.

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 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.

LE DÉPART À L'ÉTRANGER / LE RETOUR DE L'ÉTRANGER

Une attention particulière doit être portée aux étudiants effectuant des stages ou une mobilité à l'étranger dans le cadre de leur cursus.

Lors du départ, il est essentiel de veiller pour chaque étudiant à ce que la destination choisie ne soit pas contre-indiquée au regard de ses difficultés éventuelles ou de sa situation particulière.

Les décalages horaires importants, en particulier vers l'est, peuvent avoir par exemple des effets conséquents sur l'équilibre d'étudiants affectés par des troubles psychiques sévères. De même, parmi d'autres incompatibilités, il est indispensable de ne pas laisser partir un étudiant avec des problèmes d'addiction avérés ou supposés dans des pays où les législations sont particulièrement répressives : c'est le cas pour la drogue, mais aussi pour l'alcool, en raison du risque élevé d'incidents pouvant survenir en état d'ébriété.

Lors du retour, beaucoup d'étudiants ont des difficultés de réadaptation, amplifiées par certaines fragilités, qu'il est aussi nécessaire de prendre en compte (baisse de la motivation après une expérience extraordinaire au premier sens du terme, difficultés de reprendre un rythme soutenu ou à revenir à des horaires très différents, etc.).

CONSEIL

Il est important de ne jamais procéder d'une manière revenant à distinguer, en paroles ou en actes, un étudiant en situation de handicap cognitif ou psychique du reste du groupe dans les interactions en cours.

Le cas échéant, à la fin d'une séance, il peut être demandé discrètement à l'étudiant de rester quelques minutes pour évoquer avec lui un sujet en lien avec sa situation.

L'ACCUEIL DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS

Il est également important de porter une attention particulière aux étudiants étrangers accueillis.

Ils peuvent se retrouver fragilisés par les conséquences de l'éloignement de leurs environnements familial, amical et/ou affectif, notamment en cas de soucis imprévus. Par ailleurs, une perte de repères, des perturbations du rythme biologique, etc., peuvent être à l'origine du déclenchement d'épisodes dépressifs, voire d'autres troubles, à l'égard desquels il convient de rester vigilant.

Ceci est d'autant plus indispensable que ces étudiants n'ont pas toujours la volonté de partager avec leurs proches le niveau réel des difficultés qu'ils rencontrent dans l'expatriation (peur de décevoir, raisons socioculturelles, etc.) et qu'ils hésitent souvent, corrélativement ou par manque d'information, à solliciter l'aide des services de l'établissement d'accueil.

Il faut aussi comprendre que la mobilité étudiante à l'étranger est valorisée, qu'elle suscite des réactions très positives de l'entourage, fréquemment une grande joie avant le départ, et qu'il devient dès lors difficile le cas échéant de confesser que le séjour se passe dans de mauvaises conditions sans se sentir un peu coupable.

Il est donc souhaitable de dédramatiser auprès des étudiants étrangers l'éventualité qu'ils puissent avoir besoin d'aide et de les informer correctement de ce qui peut leur être éventuellement proposé.

UN POINT DE VIGILANCE ESSENTIEL

Une sensibilisation de qualité est un préalable à une prise en charge bienveillante et adaptée des étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique, mais plus généralement à une « bonne attitude » pédagogique envers des publics fragiles (ou non).

Cependant, le risque d'être bien informé sur les incidences d'un trouble en contexte d'apprentissage est de développer un réflexe naturel de catégorisation spontanée, c'est-à-dire de ranger systématiquement les personnes dans des « boîtes » dont on a appris à connaître le contenu.

Partant d'une envie louable de faire les choses correctement en appliquant ce que l'on sait, cette réaction est légitime et rassurante pour répondre à un signalement.

Néanmoins, elle doit faire l'objet d'une approche réflexive constante pour ne pas enfermer abusivement les étudiants « étiquetés » avec tel ou tel trouble dans une case les réduisant à des symptômes supposés ou avérés.

Non seulement chaque personne est différente dans sa manière de gérer son handicap, notamment en fonction de son parcours biographique, mais l'expression des difficultés est variable d'un individu à un autre, au-delà de quelques invariants qui ne manifestent avec plus ou moins de sévérité.

- 1) Il faut appréhender la situation de chaque étudiant dans sa singularité, avec sa personnalité propre et les conditions particulières de sa relation dynamique avec l'environnement des études.
- 2) **Il ne faut jamais présager de la capacité d'un étudiant de pouvoir faire ou ne pas faire un exercice, de pouvoir surmonter un problème, de pouvoir satisfaire à une exigence, etc., sans avoir échangé avec lui.** Le cas échéant, cela implique de ne pas imposer de règles qui ne seraient pas discutées.

Il ne saurait y avoir de modalités pédagogiques vertueuses sans consentement réciproque.

LE COURS INCLUSIF IDÉAL

SINGULARITÉ VERSUS UNIVERSALITÉ

La question de la prise en charge d'étudiants en situation de handicap renvoie à l'équilibre à trouver entre la légitimité d'adopter des pratiques singulières, et leur acceptation par les individus concernés, et la nécessité du maintien d'une certaine égalité universelle entre tous, que chacun réclame, y compris les plus fragiles.

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 pose 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.

L'ORDINATEUR ET LES INTERACTIONS DE COURS

Les nouvelles technologies sont un vecteur d'innovations conséquentes dans le domaine des apprentissages. En quelques années, les évolutions ont été rapides, nombreuses, et vont continuer à l'être.

Pourtant, certains effets méritent d'être évalués précisément s'agissant de leurs avantages réels car ils n'ont pas que des bienfaits.

Parmi eux, l'irruption massive des ordinateurs dans les salles de cours soulève des interrogations quant aux bénéfices qu'elle a engendrés.

Dans les cours magistraux, l'usage de l'ordinateur a permis aux étudiants de s'approprier pleinement les contenus dispensés qu'ils peuvent dès lors modifier, enrichir ou réorganiser selon leurs besoins et leurs préférences.

Cela les installe potentiellement dans une position plus active qu'auparavant face aux savoirs transmis.

Par contre, dans les cours à effectifs réduits, faisant davantage appel à l'interactivité, à une attention soutenue, à une mobilisation accrue des capacités de compréhension, etc., l'opportunité d'utiliser un ordinateur pour prendre des notes est plus discutable.

Beaucoup d'enseignants interrogés ont constaté la « barrière » qui s'installait souvent dans certaines interactions de cours à effectifs réduits avec leurs étudiants du fait de l'interposition de l'écran entre eux. Certains ont constaté également une baisse relative de la participation orale spontanée, en partie explicable par la configuration de travail distancée du reste de la classe qui se crée entre l'étudiant et son ordinateur, surtout s'il est tenté de se connecter à Internet ou de faire un autre travail.

Une multitude d'étudiants connaissent des problèmes d'attention, au-delà de ceux souffrant de ce symptôme associé à un handicap (TDA/H, troubles du spectre de l'autisme, etc.). La fatigue, mais aussi bien d'autres facteurs cumulés (abondance d'informations, stimulations sensorielles excessives, etc.), expliquent ce phénomène. Ce constat appelle donc à prolonger la réflexion sur l'opportunité de proposer un usage différencié de l'ordinateur en fonction de la nature de l'enseignement.

LES MODALITÉS DE PARTAGE DES DOCUMENTS

EXPÉRIMENTATION

DES SÉANCES DE COURS SANS ÉCRAN

Un enseignant a imposé dans quatre de ses groupes à effectifs réduits (deuxième année et master) l'interdiction de l'usage de l'ordinateur pendant ses séances de cours.

Cette règle pouvait être préjudiciable pour d'éventuels étudiants dont l'usage de l'ordinateur est préconisé pour la compensation de leur handicap (dyspraxie-dysgraphie par exemple). Néanmoins, l'enseignant avait pris soin de dédramatiser au préalable la question de la « différence », pour limiter un effet stigmatisant possible, avant d'inviter les étudiants pour qui l'application de la consigne n'était pas souhaitable à ne pas en tenir compte.

Lors de son annonce, la règle a suscité quelques protestations de principe sur son bien-fondé et son utilité. Les étudiants ont fait savoir à l'enseignant leur réticence à l'égard de cette pratique. Le principal argument avancé était qu'ils avaient l'habitude de travailler avec un ordinateur et qu'ils allaient donc perdre du

temps à retaper en dehors du cours leurs notes manuscrites.

Ce dernier a procédé à une évaluation auprès de ses étudiants à la fin du semestre qui a montré des résultats très éclairants.

Au final, l'immense majorité a évalué positivement l'expérimentation et reconnu un effet positif sur son attention et son intérêt pour le cours (certains confessant qu'ils faisaient souvent autre chose que de suivre le cours cachés derrière leur écran).

Plusieurs étudiants ont également expliqué qu'ils s'étaient volontairement abstenus après plusieurs séances de venir dans d'autres cours avec leur ordinateur, ayant constaté de manière évidente le bénéfice que cela leur apportait (gain de compréhension, donc de temps pour rattraper en dehors ce qui a été mal assimilé, etc.).

EXPÉRIMENTATION

MODALITÉS DE « PÉDAGOGIE INVERSÉE » OU GUIDE DE COURS ?

Un enseignant a mis à disposition en version électronique son support de cours – avec des contenus descriptifs supplémentaires – avant une séance de cours à effectif réduit. Habituellement, il projetait un document plus simple (guide de cours) pendant la séance et le mettait ensuite à disposition des étudiants.

Les étudiants, dont un en situation de handicap cognitif, ont ensuite été consultés sur l'intérêt de la pratique.

Dans leur immense majorité, les étudiants ont trouvé un intérêt très positif à cette modalité de mise à disposition du support de cours. Certains y ont même vu un effet sur le déroulement de la séance (plus de participation, plus d'attention, interactions plus riches avec l'enseignant).

De manière générale, les étudiants interrogés préfèrent les modalités de « pédagogie inversée » qui leur permettent de s'appropriier en amont les contenus des enseignements pour retirer du cours une plus-value supplémentaire en termes d'explications et de compréhension.

Ceci est d'autant plus vrai avec les étudiants en situations de handicap cognitif ou psychique qui plébiscitent cette pratique qui réduit pour diverses raisons, selon la nature de leurs difficultés, le stress des interactions de cours.

EXPÉRIMENTATION

DOCUMENT MODIFIABLE OU VERROUILLÉ ?

Au tout début du semestre, un enseignant a mis en ligne son support de cours – un enseignement magistral de première année – en version PDF (verrouillée). Puis, il a changé cette modalité en le mettant à disposition de ses étudiants dans une version modifiable.

Les étudiants, dont aucun n'était en situation de handicap déclarée, ont ensuite été consultés sur l'intérêt de la pratique. Une centaine d'entre eux a répondu à un rapide sondage pour partager son avis.

Majoritairement, les étudiants ont trouvé un intérêt à cette modalité de partage du support de cours. Beaucoup ont expliqué que cela leur permettait de focaliser davantage leur attention sur les explications du cours en ne prenant que quelques notes complémentaires – selon leurs besoins – dans le déroulé du document transmis par leur enseignant.

EXPÉRIMENTATION

VERSION ÉLECTRONIQUE OU VERSION PAPIER ?

1) Un enseignant a distribué son support de cours en version papier, en plus de le projeter (Power Point), pendant une séance de cours à effectif réduit.

Les étudiants, dont un en situation de handicap cognitif, ont ensuite été consultés sur l'intérêt de la pratique.

L'idée était de voir si cela apportait un confort aux étudiants, notamment en termes de concentration, en leur évitant par exemple une prise de notes supplémentaire pour copier les éléments du document projeté.

Aucun étudiant n'a trouvé un intérêt particulier à la pratique, y compris celui en situation de handicap cognitif, à partir du moment où l'enseignant partage le support de la séance en version électronique, idéalement en amont du cours et dans un format modifiable pour se l'approprier.

2) Un enseignant de langue a distribué son support de cours en version papier, en plus de le projeter (Power Point), pendant une séance de cours à effectif réduit.

Dans les deux séances précédentes, il avait projeté un support de cours, mais sans le diffuser.

Dans l'organisation de ces trois séances, les étudiants apprenaient notamment une nouvelle notion de grammaire et étaient invités ensuite à l'appliquer.

Les étudiants, dont aucun n'était en situation de handicap déclarée, ont ensuite été consultés sur l'intérêt différencié des deux pratiques.

Ils ont trouvé un intérêt préférentiel à la modalité de distribution du support papier car elle leur a permis de mieux écouter l'explication – sans avoir à prendre en notes la règle de grammaire – et de n'avoir à compléter le document distribué qu'avec les compléments de compréhension qui leur semblaient individuellement nécessaires. De plus, ils avaient ensuite avec eux le document et les explications pour réaliser l'exercice d'application proposé.

Le dispositif a donc eu un intérêt pour l'assimilation de la notion étudiée.

L'ACCESSIBILITÉ DES DOCUMENTS : COMMENT MODIFIER UN TEXTE OU UN DOCUMENT POUR LE RENDRE PLUS ACCESSIBLE ?

- Utiliser la police Arial 12 ou 14 (selon la nature du document).
- Choisir un interlignage de 1,5 ou double (selon la nature du document).
- Augmenter éventuellement l'espacement par défaut entre les caractères.
- Espacer 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.).
- Donner un titre explicite aux tableaux, aux schémas, 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.

EXEMPLE DE MISE EN FORME D'UN CONTENU

AVANT

Depuis près de 15 ans, Sciences Po mène une politique active en matière de diversification de son corps étudiant en plaçant l'égalité des chances au cœur de ses priorités. Dans le prolongement de cet engagement pionnier en matière de responsabilité sociale, l'établissement a mis en place dès 2008 un ambitieux programme à l'attention des étudiants ayant à compenser un handicap : la création d'un Pôle Handicap. Ce programme est inscrit au cœur du contrat quadriennal 2009-2012 de l'institution, pour lequel Sciences Po et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche s'étaient accordés sur l'objectif pour l'établissement d'accueillir une centaine d'élèves handicapés à horizon 2012. Cet objectif a été pleinement rempli puisque l'institution accueille pour l'année universitaire 2017/2018 pas moins de 270 étudiants en situation de handicap, soit une augmentation de près de 10 % en un an.

APRÈS

Depuis près de 15 ans, Sciences Po mène une politique active en matière de diversification de son corps étudiant **en plaçant l'égalité des chances au cœur de ses priorités.**

Dans le prolongement de cet engagement pionnier en matière de responsabilité sociale, l'établissement a mis en place **dès 2008** un ambitieux programme à l'attention des étudiants ayant à compenser un handicap : **la création d'un Pôle Handicap.**

Ce programme est inscrit au cœur du contrat quadriennal 2009-2012 de l'institution, pour lequel Sciences Po et le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche s'étaient accordés **sur l'objectif pour l'établissement d'accueillir une centaine d'élèves handicapés à horizon 2012.**

Cet objectif a été pleinement rempli puisque l'institution accueille pour l'année universitaire **2017/2018** pas moins de **270 étudiants** en situation de handicap, soit une augmentation de près de **10 % en un an.**

EXPÉRIMENTATION

MODIFICATION COMPARÉE D'UN SUPPORT DE COURS ADAPTÉ POUR UN ÉTUDIANT AUTISTE

Une idée reçue, largement invalidée par la présente expérimentation, consiste à penser que l'adaptation de supports de cours pour des étudiants autistes pénalise les autres étudiants.

Un enseignant a accepté de proposer à ses étudiants le document préparatoire – de type pédagogie inversée – de l'une de ses séances de cours dans une double version, classique et adaptée. Le document comportait : des questions de réflexion après lecture d'extraits de textes ; des énoncés visant à appliquer des connaissances ; des commentaires à partir d'une lecture d'un graphique.

La version révisée du document a été construite sur la base des remarques d'un étudiant autiste à qui il a été soumis en amont dans sa version normale et des indications/conseils d'un expert de l'autisme.

L'intérêt de cette expérimentation était de recueillir les avis comparés du groupe d'étudiants concernés, dont aucun n'est atteint d'autisme.

Certains ont fait remarquer que le document révisé était plus détaillé, et donc moins lisible spontanément, que la version normale. Néanmoins, aucun n'a trouvé que la version révisée compliquait le travail demandé et qu'elle était donc neutre, de ce point de vue, par rapport à l'autre version. Deux étudiants ont même témoigné du fait que la version révisée, plus explicite sur ce qui était attendu, leur avait apporté davantage de confort pour répondre aux questions.

L'enseignant a trouvé que la version révisée de son document avait un intérêt car elle en « facilitait la compréhension, en posant plus précisément les termes de ce qui était attendu ». Il a toutefois souligné une limite, c'est qu'elle pouvait dès lors limiter « la capacité des étudiants à aller au-delà de ce qui est explicite », c'est-à-dire « déduire et induire d'un niveau d'information (...) des choses permettant d'acquérir une expérience qui fait varier la façon de répondre à un problème ».

Exemples d'éléments concrets, pratiques et faciles à mettre en œuvre :

- aérer visuellement un document pour éviter l'excès d'informations ;
- utiliser une mise en forme aérée et très structurée ;
- penser à tout numéroter (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 ;
- ajouter lorsque c'est possible un glossaire ;
- redonner une définition quand il semble implicite de la mobiliser pour répondre à une question ;
- indiquer chaque référence à un texte, à un tableau, à une citation, etc., afin qu'elle soit identifiée ;
- éviter 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.).

EXPÉRIMENTATION

ADAPTATION DE TEXTES DANS UN COURS ACCUEILLANT UN ÉTUDIANT DYSPRAXIQUE

Dans le cadre de l'un de ses cours à effectif réduit, un enseignant a accepté de proposer à ses étudiants, dont l'un d'eux est en situation de handicap (dyspraxie, dyslexie associée), une version adaptée de textes obligatoires à lire.

L'expérimentation s'est déroulée pendant deux séances. Pour la première, le texte unique à lire a été modifié ; pour la seconde, où deux textes étaient proposés aux étudiants, seul l'un des deux a été changé afin de permettre une comparaison.

La version révisée des textes a été effectuée à partir de recommandations usuelles.

Les étudiants n'ont pas été informés en amont de l'expérimentation. Néanmoins, ils ont été consultés ultérieurement sur l'intérêt des versions adaptées.

L'étudiant en situation de handicap n'avait pas identifié que les textes avaient été volontairement adaptés pour les rendre plus accessibles, mais il a clairement trouvé un bénéfice lors de la lecture :

« Je n'ai pas bien compris pourquoi, enfin pas de manière précise, mais je me suis aperçu que les deux textes m'avaient 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. »

La plupart des autres étudiants du groupe ont également constaté que les deux textes révisés étaient plus simples à lire et à comprendre, notamment par comparaison au second texte, non modifié, de la deuxième séance.

La version adaptée des textes apporte donc un confort de lecture à la majorité des étudiants, avec un effet positif sur leur compréhension, et par conséquent sur l'intégration des savoirs.

[Étudiant dyspraxique, avril 2016]

L'ÉVALUATION

De manière assez logique, avec l'enjeu majeur de l'insertion professionnelle en perspective, les réflexions et les recherches sur l'accessibilité de l'éducation, se sont prioritairement concentrées sur les modalités de transmission des savoirs et des compétences. A cet égard, s'agissant de la meilleure inclusion des situations de handicap, le recours à l'innovation pédagogique est essentiellement dédié à cette dimension, dans laquelle les progrès sont importants mais encore à poursuivre.

Ainsi, le champ, pourtant essentiel, de l'évaluation dans le milieu éducatif est pour l'instant resté peu exploré concernant le handicap, alors qu'il est foisonnant de manière générale.

En effet, tandis que des efforts sont faits pour rendre toujours plus accessibles l'enseignement et le monde professionnel, les modalités d'évaluation des savoirs restent pour beaucoup inchangées. On aide donc les personnes en situation de handicap à accéder plus aisément à des connaissances et des compétences dont on mesure la « bonne » assimilation avec des méthodologies qui demeurent parfois inadaptées.

Cette réalité est d'autant plus paradoxale que l'évaluation n'est pas simplement une manière de vérifier l'acquisition de savoirs et de savoir-faire. **Dans le cadre du contrôle continu, elle permet à chaque apprenant de se situer par rapport aux autres et de prendre conscience de ses progrès, notamment avec le développement des techniques d'autoévaluation (pédagogie dynamique). Bien utilisée, elle aide à donner confiance et à structurer des ambitions, ainsi qu'à élargir les champs des possibles.** Plus généralement, en sanctionnant un niveau objectif, elle est la condition de la délivrance de diplômes et détermine *in fine* le devenir professionnel.

Faute d'être universellement accessibles, certaines modalités d'évaluation utilisées couramment restent en partie insatisfaisantes, au-delà d'être souvent peu vertueuses sur le plan pédagogique, y compris pour des individus qui ne sont pas concernés par un handicap. Pour beaucoup, elles n'ont pas suivi les évolutions des « nouvelles manières d'apprendre ». Ainsi, elles sont une source d'obstacles supplémentaires pour les apprenants en situation de handicap, et parfois de souffrance, sans remplir leurs fonctions ou leurs finalités.

On peut citer l'exemple des tests standardisés d'anglais qui peuvent être discriminants pour plusieurs types de handicaps et pour lesquels le champ associatif a obtenu une solution qui en l'état ne peut pas être recommandée à long terme. Une dispense de l'exercice est autorisée – actant la non-délivrance de la certification visée – à charge ensuite à l'établissement de l'étudiant de lui proposer une option alternative.

Ce type d'aménagements ne sera pas tenable longtemps quand on sait que le nombre d'étudiants en situation de handicap, en particulier du fait d'un trouble cognitif ou psychique, est en augmentation constante.

Les enjeux sont donc de taille, notamment pour l'insertion professionnelle, et méritent un investissement conséquent de la communauté éducative.

UNE ATTENTION PARTICULIÈRE POUR CERTAINS HANDICAPS

En raison des difficultés d'apprentissage inhérentes à leur handicap, des effets d'un traitement et/ou de problématiques associées, les étudiants porteurs de troubles cognitifs et psychiques ont souvent un parcours d'études complexe, avec un risque plus élevé que les autres de décrochage. Ils nécessitent donc d'être accompagnés et réassurés avec bienveillance par les enseignants quant aux objectifs pédagogiques attendus et aux stratégies adéquates pour y parvenir.

Au regard de ce constat, apporter une attention particulière à la dispense de conseils méthodologiques – d’une part relatifs aux disciplines enseignées et à leurs spécificités ; et d’autre part, liés aux savoir-faire et à la maîtrise des compétences – est déterminant.

S’agissant des critères d’évaluation, il est important d’être vigilant dans le choix des exercices proposés afin de ne pas mesurer exclusivement un attendu applicable à tous (excluant les obstacles induits par certaines situations de handicap). Ces critères doivent aussi prendre en compte les dispositions pratiques à pouvoir effectuer correctement le travail demandé : difficultés à prendre la parole en public pour un étudiant en situation de choc post-traumatique ; difficultés à faire des plans de dissertation construits et cohérents pour des étudiants avec des troubles cognitifs sévères ; difficultés de mise en œuvre pour des étudiants avec un TDA/H ; ou encore difficultés de planification du travail et de gestion de la fatigue pour des étudiants avec des troubles psychiques.

« L’IMPUISSANCE APPRISE » : RETOUR SUR UNE EXPÉRIMENTATION ÉCLAIRANTE

Une célèbre expérimentation, déclinée dans divers contextes, permet de mettre en lumière les mécanismes de « l’impuissance apprise », mais également sa rapidité d’intériorisation. Elle concerne des élèves de niveau lycée ou des étudiants.

Un enseignant distribue une feuille à toute la classe et lui propose de résoudre trois anagrammes [recomposer un mot à partir des lettres d’un autre mot].

Les apprenants doivent faire l’exercice sous la supervision de l’enseignant et donc attendre son top départ pour chercher successivement les trois réponses. Ils sont invités à lever la main quand ils ont trouvé la solution.

Pour la première anagramme, en quelques secondes, la moitié droite de la classe a la main levée, tandis que la seconde moitié réfléchit toujours.

L’enseignant invite toute la classe à passer à la seconde anagramme. La même situation que précédemment se reproduit : seule la moitié droite de la classe a la main levée après un temps rapide de réflexion, l’autre moitié n’étant pas parvenue à résoudre l’énigme.

L’enseignant invite ensuite toute la classe à passer à la troisième anagramme, dont le mot comporte plus de lettres que les deux précédentes. Après un moment rapide, une grande partie de la moitié droite de la classe a la main levée, alors que seuls quelques apprenants de l’autre moitié ont trouvé la solution.

L’enseignant explique alors à toute la classe qu’il avait distribué deux listes de mots différents. La moitié droite avait trois mots faciles, même si le troisième était un peu plus long. En revanche, il était impossible de former un autre mot avec les deux premiers de la liste distribuée à la moitié gauche de la classe, placée dès lors en situation d’échec systématique.

La conclusion de l’expérimentation est saisissante. Alors que le troisième mot était identique dans les deux listes, les apprenants de la moitié de la classe qui n’avait pas été en capacité de résoudre les deux premières anagrammes ont eu par comparaison plus de difficultés à trouver la solution que les autres. En quelques minutes, ils ont fait l’expérience de « l’impuissance apprise ».

Un débriefing avec les apprenants qui ont participé à l’expérimentation fait toujours apparaître le même type de commentaires. En constatant que la première moitié de la classe parvenait sans problème à résoudre les deux premières anagrammes, les apprenants de l’autre moitié se sont sentis progressivement « déstabilisés », « frustrés », « inquiets » et/ou « agacés » de voir les autres réussir. Ils témoignent également du fait qu’ils avaient « perdu confiance », confrontés à la réussite des autres et par contraste à leur propre échec.

DES MODALITÉS D'ÉVALUATION À ÉVITER

Au regard du handicap, certaines modalités d'évaluation reviennent en quelque sorte à mesurer l'incidence du handicap plutôt que la maîtrise d'une aptitude, l'acquisition d'un savoir-faire ou l'assimilation de connaissances.

Imposer sans aménagement des exercices discriminants ou en partie inaccessibles à des étudiants en situation de handicap, les assignant de fait à une limitation de leurs propres capacités, n'est pas souhaitable.

Cela induit de « l'impuissance apprise », c'est-à-dire une intériorisation très profonde du sentiment d'échec, avec des effets délétères durables sur l'estime de soi et la confiance en soi. Ainsi, certaines modalités d'évaluation comme par exemple les QCM en temps limité ou les travaux en groupe, sans un partage clair des tâches contrôlé ou effectué par l'enseignant, sont à limiter autant que possible, voire à éviter si elles n'ont pas un intérêt majeur par rapport aux objectifs pédagogiques.

De manière générale, tout ce qui ne permet pas de valoriser la progression dans le temps, l'appropriation des savoir-faire, les aptitudes à produire des raisonnements autonomes ou la mise en œuvre pratique des connaissances mérite d'être repensé en ayant recours à l'innovation pédagogique.

DES EXEMPLES À SUIVRE

De plus en plus d'enseignants adoptent des modalités d'évaluation dont la logique de notation ne diffère pas fondamentalement des exercices classiques (examens sur table, etc.) – elle se fonde toujours sur des critères assez ordinaires – mais qui sont très innovantes en termes de format et de caractéristiques.

L'intérêt est de maintenir un niveau d'exigences élevé, tout en permettant à chacun de pouvoir exprimer ses talents à travers des dispositifs originaux qui peuvent être aussi une source de motivation, voire d'apprentissages complémentaires (notion « d'évaluation formatrice »).

On peut citer notamment les projets semestriels thématiques, les mises en situation pratiques (jeux de rôle, études de cas réels, etc.) ou encore les démarches novatrices issues des travaux sur les « classes inversées ».

À noter que l'intérêt et le plaisir favorisent l'investissement, l'envie de « bien faire » et la mobilisation de l'attention. Les étudiants, qu'ils soient ou non en situation de handicap, parviendront d'autant plus facilement à donner le meilleur d'eux-mêmes pour un exercice stimulant et plaisant que pour une tâche laborieuse et sans grand intérêt.

À son niveau, l'évaluation peut aussi être un vecteur de choix pour aider à lutter contre la procrastination, la perte de sens dans les études ou le manque de confiance en soi.

FAUT-IL PARFOIS DISPENSER D'ÉVALUATION ?

Face à des exercices difficilement accessibles pour des étudiants en situation de handicap, le réflexe bien compréhensible est souvent, par compassion, de proposer de les dispenser de tout ou partie de la modalité d'évaluation, voire d'aménager la notation.

Cependant, même si cette démarche peut sembler *a priori* louable, elle n'est pas souhaitable. En effet, elle est discriminante car elle revient à prendre acte d'une « impossibilité de pouvoir faire » et à sanctuariser un périmètre d'inaccessibilité intangible.

Or, la plupart des porteurs de handicaps ne revendiquent pas nécessairement de traitements de faveur qui cantonnent à la différence, mais au contraire, réclament le droit à l'indifférenciation.

Ainsi, pour répondre à l'exigence d'inclusion universelle, il est toujours préférable d'innover ou de rechercher des solutions pour rendre les évaluations accessibles, valorisantes pour chacun, plutôt que de dispenser ou d'accommoder.

Plus généralement, cette exigence est également une manière de souligner que le handicap n'est pas antinomique de l'excellence et de la recherche de performance. Tout le monde – et en premier lieu les individus concernés – a intérêt à être élevé vers le meilleur, à rebours de pratiques consistant à « épargner » ou à « ne pas en rajouter » en pensant bien faire. Pourtant, c'est en se dépassant et en repoussant le champ des possibles que l'on peut s'épanouir pleinement. Et de ce point de vue, les personnes en situation de handicap ne se distinguent en rien des autres.

EXPÉRIMENTATION

ADAPTATION D'UNE MODALITÉ D'ÉVALUATION DES SAVOIRS

Un enseignant utilise une modalité classique de vérification des connaissances de type QCM.

L'exercice a lieu pendant une séance de cours sur un temps limité de 30 minutes.

L'exercice n'est potentiellement pas accessible à trois étudiants avec un trouble des apprentissages.

Procédure mise en place

- Médiation avec l'enseignant pour déterminer une éventuelle modalité d'évaluation alternative qui ne soit en aucun cas discriminante, c'est-à-dire qui doit être effectuée en toute discrétion dans les mêmes conditions que le reste du groupe.
- Envoi d'un questionnaire court aux trois étudiants pour proposer un exercice de substitution bien adapté à leurs besoins.
 - 1) Acceptez-vous d'avoir des adaptations spécifiques pour les évaluations organisées pendant les séances de cours (cela ne concerne pas les examens de la fin du semestre) ?
 - 2) Si oui, êtes-vous en situation de double tâche (*dual task attention deficit*) ?
 - 3) Si oui, avez-vous des difficultés particulières pour répondre à des QCM (*multiple choice questions*) ?
 - 4) Si oui, est-ce qu'un QCM plus court pourrait vous convenir pour faire le travail dans le même temps ou préférez-vous un autre exercice ?
 - 5) Avez-vous besoin de temps supplémentaire pour lire des documents ?

Résultat

Le questionnaire a confirmé que les trois étudiants ne pouvaient pas effectuer le QCM (ils ont des difficultés de lecture et/ou de vitesse d'exécution).

Ils ont préféré un autre exercice d'évaluation plutôt qu'un QCM moins long dans le même temps de composition que les autres étudiants pour ne pas être discriminant (alternative qui n'a aucun sens sur le plan pédagogique).

Deux questions de cours en lien avec le thème du QCM (15 minutes de rédaction chacune) ont été préparées pour les étudiants concernés.

Le document avec les questions a été distribué en cours en même temps que celui comportant le QCM, permettant de ne pas distinguer les trois étudiants du reste du groupe. L'un d'entre eux, autorisé à utiliser un ordinateur en raison d'une dyspraxie, a envoyé directement par courriel ses réponses à l'enseignant. Les autres étudiants n'ont pas été interpellés par cet élément puisque cette mesure de compensation est connue de tous.

Lors d'une évaluation suivante, l'enseignant a fait le choix de ne plus recourir au QCM. Il a par principe interrogé les étudiants en utilisant la modalité inclusive.

ADOPTER UNE NOTATION ÉQUILIBRÉE

La logique de la mise en œuvre d'une notation bienveillante n'est pas d'attendre moins des étudiants concernés, le plus souvent particulièrement méritants au regard des efforts qu'ils fournissent au quotidien pour faire face à leurs difficultés.

En revanche, agir sur l'environnement universitaire, dont l'évaluation est un élément essentiel, permet de leur assurer la même égalité des chances de réussir que les autres.

L'adoption d'une notation bienveillante – pertinente si l'enseignant est au préalable bien informé des incidences réelles des troubles en situation d'apprentissage – est également un facteur important de réassurance et de lutte contre le décrochage en ne décourageant pas la poursuite d'études.

Cette notation doit cependant demeurer équilibrée pour rester juste par rapport à tous les étudiants et valorisante pour ceux en situation de handicap.

« Tout commence par la jeunesse, évidence trop oubliée. Elle nous reprochera un jour non pas de lui avoir trop demandé mais de l'avoir sous-estimée au point de ne pas lui demander davantage ; la récompense est dans l'effort. On la croit indifférente alors qu'elle n'en peut plus d'espérer dans la vie. Il dépend de nous qu'elle bâtitse, du moins je l'espère, une société où s'affirmeront ces valeurs essentielles que sont d'abord la vie, l'intelligence et la conscience humaine⁵. »

5. Allocution télévisée de François Mitterrand, Palais de l'Élysée, mercredi 23 mars 1983.

CONSEILS PRATIQUES

- **Valoriser les efforts accomplis** en parallèle de la sanction des erreurs constatées (à mentionner explicitement pour permettre de s'amender), en particulier si l'exercice d'évaluation pose une difficulté singulière au regard de la situation de handicap.
- **Ne pas sanctionner outre mesure un retard de rendu de devoir** : le plus important est que le travail soit fait, ce qui peut représenter un investissement très coûteux en termes de fatigue et sur le plan émotionnel ou cognitif.
- **Ne pas pénaliser excessivement l'orthographe pour les étudiants dyslexiques et dyspraxiques**, tout en soulignant les fautes (1 ou 2 points peuvent être retirés pour marquer la sanction sans qu'elle ne soit décourageante).
- **Ne pas pénaliser outre mesure des plans maladroits pour des étudiants avec des troubles cognitifs**, mais privilégier au contraire la qualité des contenus.
- **Ne pas pénaliser outre mesure une prise de parole maladroite ou un exposé réalisé sans grande éloquence**, en pensant que la charge émotionnelle et cognitive impliquée pour s'affirmer devant le regard des autres est parfois considérable.
- **Ne pas survaloriser la participation orale en cours**, qui est discriminante, sans pour autant ne pas cesser d'encourager chacun à s'exprimer.
- **Prendre en compte une marge de progression plutôt qu'un niveau absolu prédéfini** pour établir un barème de notation.

LA MÉTACOGNITION

Dans le domaine éducatif, la métacognition s'apparente à la faculté de connaître et de maîtriser avec réflexivité ses propres processus d'acquisition et d'application du savoir afin de les réguler efficacement (modification, réévaluation, optimisation).

Les dimensions couvertes par la métacognition, au-delà de la connaissance des processus cognitifs en jeu (fonctionnement du cerveau) sont nombreuses :

- la conscientisation de ses processus d'apprentissage ;
- la mémorisation ;
- la compréhension de ses erreurs ;
- la lecture active ;
- l'argumentation et le sens critique ;
- l'agencement des idées ;
- les biais cognitifs ;
- la planification et l'organisation du travail (individuel ou collectif) ;
- la lutte contre la procrastination ;
- la préparation et le passage des examens (révisions, bonne compréhension des attentes des enseignants, mobilisation des connaissances, gestion du temps) ;
- la prise de parole orale et l'affirmation de soi ;
- la gestion de stress et de l'anxiété de performance.

Dans la pratique pédagogique, l'enseignement fondé sur la métacognition consacre une place importante aux échanges collectifs et aux mises en situation concrètes, avec un retour immédiat sur expérience.

Par exemple, un enseignant a donné un dossier avec plusieurs documents à lire à ses étudiants, avec la consigne d'en faire une synthèse et de hiérarchiser les idées importantes du thème. En amont de la réalisation de l'exercice, il propose une séquence sur les stratégies de lecture active (techniques, conseils, etc.). Néanmoins, avant de les développer, il invite les étudiants à lire un texte court et à en faire collectivement la restitution en leur demandant d'expliquer comment ils ont individuellement procédé pour aborder le document (auteur, source, etc.), afin d'en retirer les informations essentielles à retenir. Il peut donc

s'appuyer sur les pratiques mises en œuvre pour les valider ou les corriger et proposer ensuite des éléments pour les parfaire.

La confrontation avec les manières de faire de pairs lors de ce type d'exercices pratiques permet de mieux conscientiser son propre fonctionnement, le cas échéant pour l'amender, et d'intérioriser les stratégies adéquates à mettre en place qui font dès lors concrètement sens.

Ces principes, au centre de la démarche métacognitive, peuvent être mobilisés pour les apprentissages disciplinaires, mais aussi méthodologiques, et sont transférables à d'autres contextes d'études et de pratique.

Pourquoi favoriser le développement des habiletés métacognitives des apprenants ?

Les nouvelles générations d'étudiants ont un rapport au savoir qui a évolué.

La généralisation de l'usage des nouvelles technologies a largement modifié l'accès à la connaissance, sous toutes ses formes, qui est beaucoup plus accessible, diffuse et foisonnante.

L'enseignement supérieur peine encore à prendre en compte l'étendue des effets de ce changement profond, même si le constat des difficultés qu'il induit et de l'évolution du profil des apprenants en termes de compétences est désormais bien observé.

Les problèmes d'ordre méthodologique sont notamment récurrents : hiérarchisation des idées ; gestion et traitement de l'information (fiabilité des sources, *fake news*) ; mise en cohérence des arguments, application de la théorie à des raisonnements pratiques ; développement de l'esprit critique.

Les principaux défis de la pédagogie sont de remédier à ces problèmes centraux dans l'appropriation des connaissances, y compris en dehors du champ éducatif, et de préparer les futures générations à gérer des réévaluations constantes de leurs aptitudes dans un contexte de progrès technique accéléré qui demande des facultés d'adaptation importantes.

Pour atteindre ces objectifs, il semble nécessaire de favoriser le développement des habiletés métacognitives des étudiants.

Le recours à la métacognition, soit la capacité à agir sur ses propres cognitions, ici en contexte d'études, revient à les aider à développer une conscience réflexive sur leurs modalités d'acquisition des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être.

Cela passe notamment par une démarche méthodologique renforcée sur le plan des stratégies d'apprentissage et un travail

pédagogique favorisant l'autonomie (amener l'étudiant à mieux gérer ses capacités intellectuelles).

Fondée sur les progrès de la recherche en neurosciences, en psychologie cognitive et en sciences de l'éducation, la métacognition suscite un intérêt croissant et tend à se développer. Singapour l'a introduite comme standard éducatif dans l'ensemble de son système d'enseignement primaire et secondaire public, tandis que sa diffusion et son expérience sous diverses formes se multiplient partout dans le monde.

UNE RECHERCHE CONJOINTE MENÉE À SCIENCES PO ET À L'UNIVERSITÉ MCGILL

Sciences Po a établi un partenariat de recherche avec l'Université McGill (Montréal), soutenu par le Programme Samuel de Champlain (coopération académique stratégique entre la France et le Québec). Il est dédié à l'innovation pédagogique en lien avec les troubles cognitifs et psychiques, dans une démarche d'inclusion universelle au bénéfice de tous. Un des volets expérimentaux initiés dans le cadre de ce partenariat concerne la métacognition.

L'expérimentation, développée dans un premier temps à Sciences Po, a consisté à la mise en place d'un atelier intitulé « Comment mieux apprendre et développer ses stratégies d'apprentissage ». Il a pris la forme d'un cours semestriel à option, composé de 12 séances de 2 heures (24 heures). Le contenu a été construit par un expert, en étroite collaboration avec l'équipe de recherche, qui anime aussi les séances avec d'autres intervenants.

Cet enseignement a été suivi par une première cohorte d'une vingtaine d'étudiants au premier semestre de l'année universitaire 2017-2018, puis par une seconde au semestre suivant. Dans les deux cas, les étudiants se sont inscrits sur la base du volontariat, comme pour les autres choix de cours optionnels avec la seule contrainte du nombre de places disponibles. Aucune sélection n'a été effectuée, mais pour la seconde cohorte, une mention indiquant que l'atelier pouvait avoir un intérêt accru pour les étudiants présentant des difficultés scolaires et/ou cognitives avait été ajoutée dans le descriptif de cours.

Pour la cohorte du second semestre, certains contenus de l'atelier ont été modifiés afin de tenir compte des observations effectuées lors du semestre précédent.

L'objectif de l'atelier est de permettre aux étudiants de se confronter de manière réflexive à leurs stratégies de travail pour les optimiser ou les réévaluer, en leur transmettant à cette fin des outils nécessaires au traitement, à l'élaboration et à la communication des idées. À partir d'une initiation à la métacognition et aux processus de fonctionnement cognitifs en jeu dans les apprentissages, ils sont ainsi invités à appréhender plus consciemment leurs méthodes de travail et leurs enjeux, notamment en termes d'attention, de mémorisation, de planification ou encore de gestion du stress. Ils sont également placés en situation participative à travers des exercices collectifs visant à développer leurs capacités d'argumentation (orale et écrite), leurs aptitudes à l'auto-évaluation, leur esprit critique (introduction aux biais méthodologiques) et leur compréhension des mécanismes mobilisés dans la manipulation des opinions.

L'expérimentation fait l'objet d'un protocole d'enquête alliant un suivi longitudinal des cohortes (avec un groupe contrôle), des questionnaires déclaratifs renseignés à différentes étapes, des observations et des entretiens qualitatifs.

L'atelier doit être décliné aussi à l'Université McGill, dans une perspective d'analyse comparée des données.

Elle implique de très nombreux enjeux – sociétaux, politiques, économiques – pour l'éducation et la formation professionnelle dans un contexte d'accélération de la course internationale à l'innovation technologique. L'avènement de l'économie du savoir et le développement de l'intelligence artificielle transforment progressivement les besoins en termes d'apprentissages. Parallèlement, l'horizontalité des rapports sociaux, fondée sur l'autonomie et l'individualisation, s'impose aujourd'hui comme une tendance structurante à tous les niveaux de la société.

C'est à ces défis que répond le recours à la métacognition sur le plan éducatif en faisant davantage de l'apprenant un acteur « stratège et éclairé » – et non plus un sujet – des modalités d'apprentissage.

La métacognition s'inscrit pleinement dans une démarche d'inclusion universelle. En effet, par le développement de bonnes stratégies d'apprentissage, elle permet une acquisition dynamique et raisonnée du savoir, ainsi qu'une meilleure gestion de l'investissement scolaire. Elle a également des apports bénéfiques sur l'ancrage des connaissances et l'aide à la concentration.

Par une meilleure maîtrise des manières de travailler, facteur de confiance en soi, et une optimisation du temps, elle a aussi des effets positifs sur la fatigue ou le stress.

Tout cela a un impact favorable pour tous les étudiants, et offre des ressources facilitantes et des outils pratiques pour ceux qui souffrent de troubles cognitifs ou psychiques.

CONSEILS PRATIQUES

Le développement des capacités d'autoévaluation et d'autocorrection a montré leurs incroyables vertus pédagogiques, notamment pour progresser et devenir plus autonome dans l'appropriation du savoir.

Ces aptitudes relèvent directement d'une habileté métacognitive et peuvent faire l'objet d'une attention particulière, en plus des conseils plus spontanément identifiés comme relevant des stratégies d'apprentissage (méthodes, organisation du travail, optimisation du temps, conseils pour réviser, etc.).

Tout formateur peut dispenser un enseignement à teneur métacognitive en appliquant les principes suivants :

- encourager les apprenants à verbaliser leurs démarches intellectuelles ;
- inciter les apprenants à réfléchir sur les stratégies d'apprentissage qu'ils mobilisent à chaque étape de l'acquisition du savoir et à évaluer leur efficacité en vue de les améliorer ;
- accompagner les apprenants dans le développement de leurs habiletés métacognitives lors d'échanges collectifs et d'exercices répétés (temps réflexifs lors de la planification et l'exécution d'une tâche, autoévaluation régulière, *feedbacks* constructifs des pairs et de l'enseignant) ;
- expliciter en tant qu'enseignant sa propre démarche métacognitive (questionnements, étapes de raisonnement, stratégies utilisées, etc.) ;
- être ouvert à de nouvelles approches réflexives.

ORIENTATION ET INSERTION PROFESSIONNELLE

DE L'ORIENTATION À L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Le choix d'une orientation professionnelle confronte tout individu à des réflexions complexes l'engageant sur des années. Pour les étudiants porteurs d'un handicap visible ou invisible, la problématique s'intensifie sous l'influence persistante du regard d'autrui. Chaque choix professionnel induit une phase « d'analyse du marché du handicap » où le sentiment d'efficacité peut céder la place à la peur du refus.

À cet égard, le temps de la formation est décisif pour aider à l'orientation, puis à l'insertion professionnelle. À l'échelle d'une vie, les études sont un moment court. Pourtant, plus encore

pour les apprenants en situation de handicap, il est essentiel pour donner confiance, préparer durablement un parcours professionnel solide et doter des ressources nécessaires à la bonne gestion d'une carrière.

Ainsi, la sphère de l'enseignement et le monde professionnel doivent sans cesse ériger des passerelles mutuelles pour le bénéfice des jeunes en formation. Et à ce titre, la mission d'amener vers l'emploi les apprenants est un objectif prioritaire de l'éducation qui fait partie intégrante de l'accompagnement pédagogique.

LE SOUTIEN ACTIF À L'ORIENTATION

L'orientation est une phase cruciale au moment de s'engager dans des études, d'autant plus si le handicap s'invite temporairement ou de manière permanente.

Il est conseillé d'accompagner individuellement les étudiants dans cette phase pour leur permettre de faire le point sur :

- la définition de leurs champs de compétences (universitaires, centres d'intérêts personnels, engagements associatifs, appétences spécifiques pour des domaines différents de leurs études, etc.) ;
- leur motivation et leur volonté de persévérer dans un choix d'orientation où le handicap peut se révéler une difficulté. À l'inverse, il convient de les aider à éviter l'autocensure en rejetant des perspectives professionnelles attrayantes sous prétexte d'inaccessibilité du poste et les guider à assumer leur différence pour révéler leurs forces ;
- la réalité et la faisabilité de leur projet professionnel en facilitant la construction d'un lien vers des professionnels, des responsables d'entreprises, des experts pour tester leurs appétences ou leurs compétences dans le

domaine visé. Il est aussi souhaitable de les amener progressivement à se confronter à la réalité, par le biais d'un exercice structurant autour de leur projet. Définir un projet professionnel en se confrontant à la réalité du milieu choisi, c'est également un moyen efficace de déconstruire ses préjugés et s'affranchir de ses peurs ;

- la préparation à la rencontre avec le monde professionnel en veillant à transmettre les codes et usages des secteurs vers lesquels ils se destinent afin d'en décrypter les subtilités et de s'y ajuster. C'est d'autant plus important si l'étudiant est porteur d'un trouble du spectre autistique. Dans ce cas, son orientation vers les milieux bancaires ou du consulting doit être préparée en amont avec des professionnels du handicap et de l'insertion pour éviter l'accumulation d'expériences démotivantes.

Dans certaines situations, il peut se révéler extrêmement pertinent de proposer à l'étudiant des formations permettant d'appréhender certaines habiletés sociales, les codes vestimentaires attendus ou les comportements verbaux à adopter.

L'AIDE À L'INSERTION PROFESSIONNELLE

Lorsque le projet est ciblé, l'engagement dans la phase d'insertion peut se réaliser plus sereinement. C'est à ce moment qu'un accompagnement spécifique doit être proposé pour guider l'étudiant en situation de handicap dans les arcanes de la recherche d'emploi.

L'insertion professionnelle se pose avec dureté lorsque le handicap s'installe dans la durée : il faut apprendre à en parler, à assumer ses propres limites et à construire une personnalité forte de ses différences. C'est un objectif bien ambitieux lorsque l'on est encore un post-adolescent ou un jeune adulte. En plus de cette question, vient celle de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) : est-elle à conseiller ou faut-il la dissuader pour certains types de handicaps ?

Sur ce sujet très personnel, où chacun doit pouvoir exprimer librement ses préférences et ses choix, on peut toutefois exposer quelques réalités.

Les statuts délivrés par la MDPH ou la Sécurité sociale ouvrent des droits importants aux salariés ou aux fonctionnaires qui en sont titulaires (visite médicale renforcée par la médecine du travail, aménagements du poste de travail, accès facilité au télétravail, etc.). Aujourd'hui, le statut de personne en situation de handicap n'est plus un tabou dans de nombreuses entreprises ou la fonction publique. Toutefois, il revient à chacun, en fonction de sa situation de santé ou de sa maturité vis-à-vis du sujet, de déclarer son handicap ou de le taire.

D'un point de vue légal, il n'existe aucune obligation pour l'étudiant ou le salarié de décliner sa situation de handicap. Néanmoins, d'un point de vue pratique, être titulaire du statut de travailleur handicapé peut permettre à tout moment de bénéficier d'un accompagnement au maintien dans l'emploi, d'un aménagement de poste, d'être véhiculé, etc., avantages précieux lorsque l'état de santé évolue sévèrement.

L'insertion professionnelle peut donc être facilitée à condition de savoir ouvrir les « bonnes portes ». Quelques conseils peuvent être utiles pour cela :

- les entreprises, notamment celles dont les effectifs sont importants, coordonnent leur politique handicap par l'intermédiaire d'accords d'entreprises sur le thème du handicap favorisant, entre autres, le recrutement d'étudiants en situation de handicap. Certaines entreprises mettent en œuvre des partenariats avec des écoles, des établissements d'enseignement supérieur ou des centres de formation d'apprentis, ouvrant ainsi l'accès de manière privilégiée à des

stages ou à des offres d'emploi. Les entreprises de taille plus modeste peuvent également disposer d'une politique handicap dédiée, offrant les services de personnes formées et sensibilisées. Ces « missions handicap » sont en capacité de préparer l'insertion professionnelle dans de bonnes conditions. Pour préparer la recherche d'emploi, il est toujours conseillé de contacter cette « mission handicap » pour se renseigner sur les modalités de recrutement (stages et emplois) et les aménagements possibles ;

- le tutorat ou le mentorat, selon les termes utilisés en entreprise, peut être une solution intéressante pour tisser des liens entre une personne salariée et un étudiant. C'est l'occasion pour le salarié expérimenté d'ouvrir son carnet d'adresses et de mettre à disposition son réseau pour l'étudiant qui cherche à structurer son projet professionnel ou sa première expérience ;

- les contrats d'apprentissage ou de professionnalisation sont une voie pertinente d'insertion à privilégier, notamment lorsque le projet professionnel est clairement défini. Ces dispositifs permettent d'intégrer progressivement la pratique aux concepts théoriques et de familiariser l'étudiant avec l'environnement professionnel. Au terme du contrat, outre l'acquisition d'une expérience solide, l'étudiant bénéficie d'un réseau intéressant, valorisable en interne ou en externe. Dans le cas précis des étudiants autistes ou en situation de handicap psychique, il peut être nécessaire de formaliser un accompagnement rigoureux par l'établissement de formation et/ou éventuellement s'adjoindre les services de prestataires spécialisés.

L'insertion professionnelle d'une personne en situation de handicap est un bien précieux auquel il faut apporter une attention soutenue.

On relève souvent une erreur fréquemment commise en entreprise : lorsque le recrutement est terminé, la tendance est de considérer que la personne n'a pas de perspectives d'évolution professionnelle ou de marges de progression.

Pour remédier à cela, l'épanouissement dans les études est une manière de donner confiance aux apprenants et donc de nourrir leurs ambitions, qu'ils pourront ensuite revendiquer légitimement dans le monde professionnel. On peut aussi conseiller aux équipes encadrantes de veiller régulièrement à la bonne insertion dans le poste, à l'adéquation du profil recruté avec les tâches proposées et aux nouvelles aptitudes acquises. Enfin, l'entreprise peut être attentive au développement des compétences

des salariés en situation de handicap en analysant régulièrement leurs besoins de formation.

S'agissant des personnes porteuses de handicaps cognitifs et psychiques, les temps changent en ce qui concerne leur insertion professionnelle. Même si le chemin à parcourir dans la lutte contre certains préjugés est encore conséquent, des avancées du management amènent de plus en plus à considérer « la neurodiversité comme un avantage compétitif »

au regard de l'évolution des besoins des entreprises dans la mondialisation, notamment en matière d'innovation⁶.

L'expression de talents singuliers à valoriser et utiles au travail collectif est désormais reconnue et tend progressivement à conjuguer l'inclusion avec la performance, au bénéfice de tous.

6. <https://hbr.org/2017/05/neurodiversity-as-a-competitive-advantage>

EXPÉRIMENTATION

UN ACCOMPAGNEMENT PROACTIF VERS L'INSERTION PROFESSIONNELLE

En 2017 et au premier semestre 2018, le Pôle Handicap de Sciences Po a expérimenté le déploiement d'un accompagnement proactif à l'insertion professionnelle pour trois étudiants en situation de handicap, dont deux avec une RQTH, présentant de grandes difficultés pour le devenir dans l'emploi.

Cette démarche a complété le travail déjà engagé de manière courante sur le plan de l'aide à l'insertion professionnelle : pour chaque étudiant, un point sur l'orientation est systématiquement effectué, pour redonner du sens aux études, quand un volet de conseils divers n'est pas proposé plus spécifiquement à ceux qui ont un besoin de précisions pour conforter leurs aspirations ou manifestent des interrogations sur leur projet en devenir.

L'objectif est de préparer les étudiants, accompagnés étroitement dans le cadre scolaire, à l'autonomie professionnelle, avec une consolidation en amont du parcours d'orientation.

Dans un premier temps, l'aide consiste à définir finement le champ des possibles en termes de carrières, à partir des aspirations de l'étudiant, puis à une préparation adaptée au départ en entreprise sur un temps plus ou moins long en fonction des difficultés repérées.

Pour l'un des étudiants concernés, les mesures ont été nombreuses : échanges bimensuels pour travailler sur le projet d'orientation et sa définition ; simulation d'entretiens avec debriefing ; points réguliers pour répondre aux interrogations sur une variété de situations de travail ; coaching sur les habiletés sociales avec un prestataire externe.

L'originalité de l'accompagnement proposé réside surtout dans le soutien actif à la recherche du stage ou de la première expérience professionnelle (« sas de sortie

de l'établissement »), puis dans un travail coordonné avec l'entreprise partenaire.

Ce travail avec l'entreprise comporte quatre volets :

- une définition concertée du cadre de travail et des missions du stage ;
- une sensibilisation en amont du manager sur le profil de l'étudiant (avec son accord) ;
- une formation *in situ* des équipes ou des collaborateurs amenés à travailler avec l'étudiant (inclusion et performance) ;
- une aide à disposition proposée à l'entreprise pendant la durée du stage en cas de soucis d'intégration (médiation, etc.).

Parallèlement, un appui pour préparer l'organisation administrative (procédure de signature de la convention de stage) et logistique du départ en stage est fourni à l'étudiant, selon ses besoins.

La nature de l'accompagnement mise en œuvre a montré des résultats intéressants. Le premier étudiant suivi dans ce cadre a effectué un stage auprès d'un centre de recherche, négocié et organisé dans le cadre de l'accompagnement, lui permettant de se socialiser à l'univers de l'expertise et d'acquérir une expérience (et un réseau).

Les deux autres étudiants ont effectué des stages dans des entreprises partenaires de l'établissement. Pour chacun d'entre eux, la période en milieu professionnel a été réussie et s'est déroulée sans aucun problème majeur, à la grande satisfaction de leurs responsables de stage.

Les trois étudiants, en difficulté avant d'être accompagnés, ont repris confiance en eux et ont développé des aspirations solides sur leur choix d'orientation à partir de leur expérience réussie.

PARTIE II

INFORMATION, SENSIBILISATION ET RECOMMANDATIONS PRATIQUES

LES TROUBLES COGNITIFS	42
LES TROUBLES PSYCHIQUES	62

LES TROUBLES COGNITIFS

La loi 2005-102, dans sa définition du handicap, a distingué explicitement les fonctions cognitives des fonctions physiques, sensorielles, mentales et psychiques, permettant ainsi la reconnaissance de leurs troubles comme un handicap à part entière.

Les troubles cognitifs se définissent par l'altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives avec un impact fonctionnel au quotidien. Selon leur origine, ils peuvent être passagers, durables ou irréversibles.

Les troubles cognitifs sont très hétérogènes s'agissant de leur manifestation et de leur association avec d'autres troubles :

- ils peuvent affecter une ou plusieurs fonctions cognitives ;
- ils peuvent être isolés ou associés à des troubles d'autre nature (psychiques, physiques, sensoriels).

Dans tous les cas, un diagnostic différentiel est donc indispensable pour permettre de déterminer la nature d'un déficit constaté et sa prise en charge adéquate (un trouble psychique pouvant diminuer les compétences cognitives, etc.).

Les troubles cognitifs peuvent être innés ou acquis, et apparaître à tous les âges. Ces diverses configurations induisent l'usage de vocables différenciés car elles ne relèvent pas des mêmes caractéristiques et modalités de prise en charge. On parle de troubles « DYS » (dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, etc.) pour désigner les troubles innés, c'est-à-dire neurodéveloppementaux, et de troubles « A » (apraxie, etc.) pour les troubles acquis, consécutifs par exemple à un accident ou à une maladie. Ainsi, l'emploi du terme de « dyspraxie » signifie que l'altération de l'exécution des gestes est d'origine développementale (apparition dès les premiers apprentissages infantiles), tandis que l'on utilise le terme d'« apraxie » pour décrire ces symptômes lorsqu'ils sont secondaires à une lésion cérébrale acquise.

On distingue généralement trois grandes catégories de troubles cognitifs.

1) Les troubles cognitifs neurodéveloppementaux

Ces troubles sont innés et se manifestent en général dès l'enfance. Lorsque le trouble est léger ou que l'enfant concerné parvient à compenser ses difficultés par lui-même, parfois à la faveur d'un environnement aidant, il peut être diagnostiqué tardivement, voire ne jamais être repéré.

La cause des troubles cognitifs neuro-développementaux est plurielle. Elle résulte d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, congénitaux et néonataux (faible poids à la naissance, hypoxie à la naissance, etc.), neurobiologiques et environnementaux (alimentation, précarité, etc.).

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 des fonctions exécutives.

Du fait de leur origine neurodéveloppementale, on place aussi dans cette catégorie les troubles envahissants du développement (TED), même si certaines classifications en font un champ à part. Ils recouvrent notamment l'ensemble des troubles relevant du spectre de l'autisme.

2) Les troubles cognitifs acquis

Ces troubles 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).

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.).

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 types de troubles. Ainsi, il est difficile de généraliser la réalité vécue par les personnes concernées tant chaque situation individuelle relève de nombreux

paramètres. L'évaluation des difficultés et des besoins des personnes s'apprécie donc selon leur environnement, les prises en charge dont elles bénéficient et leur profil (éléments biographiques, personnalité).

Encore trop souvent mal connus, et surtout sous-estimés quant à leurs effets, les troubles cognitifs peuvent pourtant avoir des conséquences invalidantes dans le quotidien et impacter fortement l'estime de soi.

En dépit d'une augmentation conséquente du nombre d'étudiants porteurs de troubles cognitifs, du fait des progrès du dépistage et des prises en charge, ils demeurent appréhendés avec beaucoup d'indifférence et/ou d'incompréhension. Cela s'explique notamment par leur relative méconnaissance (symptômes et conséquences), les représentations faussées qu'ils véhiculent et leur relative « invisibilité » au-delà de signes évocateurs en termes d'incidences sur les apprentissages.

Les troubles cognitifs impactent directement le parcours d'études car ils concernent des fonctions qui sont au centre des processus mobilisés dans les apprentissages. Ainsi, certaines difficultés scolaires expliquées spontanément par des lacunes, un manque de travail, de la mauvaise volonté, ou encore des capacités intellectuelles limitées, peuvent en réalité cacher des situations complexes, et douloureuses, liées à un handicap cognitif non diagnostiqué ou non déclaré.

DÉFINITION DES FONCTIONS COGNITIVES

Les fonctions cognitives recouvrent l'ensemble des processus mentaux 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, et sont déterminants dans les apprentissages.

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 :

- les fonctions exécutives, c'est-à-dire l'ensemble des fonctions d'organisation, de planification, d'évaluation, d'inhibition qui permettent d'adapter les actions à un contexte ;
- le raisonnement, l'abstraction ;
- l'attention et la concentration ;
- la mémoire ;
- le langage (oral et écrit) ;
- les capacités visuo-spatiales (orientation, représentation de soi et des objets dans l'espace, traitement des données spatiales) ;
- les gnosies (perception et reconnaissance des objets) ;
- les praxies (exécution des gestes).

EXEMPLES DE TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES ENCORE MAL APPRÉHENDÉS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

La dysphasie

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

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

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 en particulier dans le cadre scolaire où elle complique les apprentissages, avec d'autant plus de conséquences qu'elle est associée à d'autres handicaps.

La persistance à l'âge adulte des symptômes 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 d'échec, d'isolement, voire d'agressivité.

Les étudiants 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.).

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.

UN EXEMPLE DE TROUBLE COGNITIF MAL CONNU ET INVALIDANT : LE TROUBLE DES FONCTIONS EXÉCUTIVES

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.

Lorsqu'il est d'origine neuro-développementale, le trouble des fonctions exécutives est lié à des dysfonctionnements du cortex préfrontal.

Il est souvent associé à des troubles de la mémoire de travail, c'est-à-dire la mémoire « immédiate » qui permet de stocker et de traiter simultanément plusieurs informations nécessaires à la réalisation d'une tâche : par exemple, retenir les mots d'une phrase pour en comprendre le sens dans son ensemble.

Dans le cadre scolaire, le trouble des fonctions exécutives a de multiples conséquences :

- **difficultés à adapter ses stratégies** intellectuelles à un exercice précis ;
- **difficulté à s'amender en cas d'échec** (persévérance dans l'erreur) ;
- **difficultés à adapter ses comportements à un contexte donné** ;
- **difficultés à réguler ses émotions** ;
- **difficultés à initier**, planifier et organiser une activité ;
- **impulsivité**.

Le trouble des fonctions exécutives engendre des difficultés scolaires importantes, limitant le champ des possibles en termes d'orientation. Il génère une grande fatigue car les tâches et exigences du quotidien demandent beaucoup d'efforts pour être accomplies (écouter, comprendre des consignes, s'autocontrôler, prendre des notes, répondre à un problème, etc.).

LE PROBLÈME MAJEUR DU TRAVAIL EN DOUBLE TÂCHE

Lors de l'apprentissage d'une tâche courante, impliquant autant une habilité mentale que gestuelle, 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 qui devrait normalement être automatisée ne l'est pas correctement, elle demande un investissement conséquent pour être produite et réduit le potentiel d'attention mobilisable pour exécuter d'autres tâches simultanées.

Dans le cadre universitaire, quand les processus de la lecture, de l'écriture et/ou de l'orthographe n'ont pas été automatisés par un étudiant, 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 étudiants porteurs d'un trouble spécifique des apprentissages dans de nombreuses configurations scolaires (lecture et compréhension simultanée, écoute active et prise de notes, etc.).

LA DYSLEXIE

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 concernés⁷.

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 intellectuel.

Une hypothèse est qu'elle résulte d'une perturbation de la migration neuronale lors de la formation du cerveau, entravant la connectivité cérébrale dans les zones mobilisées pour la lecture. 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 symptômes 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'automatisation 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 important.

7. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-apprentissages>



On distingue 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) engendrant une maîtrise aléatoire de l'association entre les graphèmes et leurs phonèmes correspondant. Cette étape préliminaire de l'apprentissage de la lecture, appelée « stade alphabétique », est décisive pour la bonne acquisition ultérieure du langage écrit.

La dyslexie de surface renvoie à des difficultés de mémorisation et de reconnaissance des mots sous leurs différentes formes. Les modifications lexicales liées à l'application des règles de grammaire (conjugaison des verbes, accords, etc.) sont mal repérées et induisent parfois une mauvaise compréhension de leur sens.

La dyslexie mixte associe les troubles des deux autres types.

Parce qu'elle complique l'acquisition de l'expression écrite, en plus d'avoir des effets négatifs directs sur l'application des règles et des conventions de l'écriture, 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 d'autres troubles spécifiques des apprentissages, comme la dyspraxie ou un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Les étudiants dyslexiques, à la faveur de leur expérience et de l'accompagnement dont ils ont bénéficié, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap. Parallèlement à la correction de certains traits, notamment par la répétition et l'habitude, beaucoup d'entre eux sont parvenus à développer des outils personnels de compensation ou des stratégies de contournement des obstacles.

Néanmoins, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours universitaire de la plupart des étudiants dyslexiques car ils sont contraints quotidiennement à des efforts notables pour effectuer chacune des tâches impliquant de la lecture et/ou de l'écriture.

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

- une lecture pénible ou hésitante ;
- une compréhension écrite lente ;
- une écriture peu fluide ;
- une expression écrite avec de nombreuses fautes d'orthographe, plus ou moins surprenantes sur le plan phonétique ;
- une syntaxe maladroite ;
- une plus grande fatigue.

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, les étudiants dyslexiques sont souvent placés en situation de travail en double tâche.

Sur le plan de la recherche, à la faveur des progrès de l'imagerie médicale, des avancées récentes sur la compréhension de la dyslexie – dont certaines ont eu un large écho médiatique – ont ouvert des pistes intéressantes pour sa prise en charge.

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« 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. »

[Étudiant dyslexique, avril 2016]

Elles suscitent des espoirs sur une compensation efficace à moyen terme, même si beaucoup d'aspects restent à explorer. Néanmoins, elles participent à l'émergence de nouvelles connaissances et donc de nouvelles pratiques pour un meilleur confort d'apprentissage des personnes concernées.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Les étudiants dyslexiques peuvent bénéficier d'un temps de composition majoré lors des évaluations écrites ou des examens.

Néanmoins, cette mesure de compensation, souvent nécessaire, ne résout en rien les difficultés d'accessibilité dans les apprentissages courants.

Ainsi, selon les cas, les étudiants dyslexiques peuvent cumuler un certain nombre de traits qui compliquent leur scolarité :

- la compréhension écrite est plus ou moins lente et nécessite plusieurs lectures ;
- ils sont souvent très anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours. La difficulté de travailler en double tâche (lire un support de cours ou écouter et comprendre, avec une prise de notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress ;
- ils sont sujets à une forte fatigue en raison des efforts démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage. 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 ;
- 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 »).

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Être attentif à bien répartir la charge de travail.
- **Privilégier une double transmission des consignes de travail : oralement (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes.**
- **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 pour rattraper des parties de cours mal comprises ou non prises en notes.
- Souligner les erreurs ou les fautes commises lors de la restitution de travaux écrits mais ne pas les sanctionner outre mesure – tout en les prenant en compte – pour ne pas décourager l'étudiant. Le cas échéant, il peut être conseillé à l'étudiant de se rapprocher du Pôle Handicap pour faire l'acquisition d'un logiciel de correction orthographique.
- Favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (*text-to-speech*).
- **Adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles (cf. Partie I).**
- **Mettre en œuvre une pédagogie renforcée et explicite sur le plan méthodologique (conseils didactiques, illustrations concrètes, exemples de corrections, consignes de travail optimisées en lien avec les particularités de la discipline, aide spécifique à la hiérarchisation des idées, etc.).** À cet égard, il est essentiel de bien expliquer la justification d'une note, bonne ou mauvaise, en soulignant les points acquis tout autant que les progrès à faire pour guider les efforts à produire et éviter ainsi des découragements inutiles, faute de compréhension claire des lacunes à combattre.

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« 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. »

[Étudiant dyslexique, avril 2016]

À RETENIR

- La dyslexie est un trouble neuro-développemental affectant l'acquisition du langage écrit qui n'est en rien engendrée par une déficience des capacités intellectuelles.
- La dyslexie induit des difficultés plus ou moins importantes d'expression écrite et/ou de lecture, avec une lenteur de la compréhension associée.
- La dyslexie entraîne une fatigue cognitive importante, notamment dans les situations de travail en « double tâche » (coût attentionnel élevé, arbitrages) et une forte anxiété à l'endroit des exigences universitaires.
- La bonne accessibilité des supports de cours et des textes à lire est une solution à privilégier pour limiter les difficultés d'apprentissage.
- La transmission des supports de cours avant les séances et l'octroi de délais raisonnables pour des tâches impliquant de la lecture sont à recommander.

Les personnes dyslexiques ont souvent une capacité de travail importante (habitude de compenser leurs difficultés, persévérance) et des qualités d'inventivité (habitude de développer des stratégies pour contourner leurs difficultés).

LA DYSPRAXIE

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.

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. Il s'agit notamment de l'écriture (geste graphique) ou encore du maniement des outils scolaires (règle, compas, etc.).

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

La dyspraxie est d'origine neurodéveloppementale et n'est en rien engendrée par une déficience intellectuelle, sensorielle, motrice ou d'un trouble psychiatrique. Elle touche majoritairement les garçons et résulte d'anomalies au niveau du lobe pariétal du cerveau. Elle relève d'une combinaison complexe de facteurs génétiques et environnementaux. Elle impacte le fonctionnement moteur en altérant certaines facultés d'exécution et de coordination des gestes. Elle ne concerne pas les gestes appris implicitement (s'asseoir, s'allonger, marcher, etc.).

L'évolution et l'importance de la persistance des symptômes 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'acquisition et d'autonomisation 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, TDA/H), soit en raison des effets négatifs sur la vie affective et sociale qu'elle induit (dépression, etc.).

Au-delà de la spécificité de chaque situation individuelle, on peut regrouper les troubles dyspraxiques en plusieurs types en fonction de leur nature.

La dyspraxie constructive ou visuo-spatiale :

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

La dyspraxie non constructive :

- difficultés à effectuer des gestes ou des mouvements correctement séquencés.

Parmi cette seconde catégorie, on distingue souvent :

- **la dyspraxie idéatoire** : difficultés à utiliser des objets (écrire avec un crayon, utiliser une clef, etc.) ;
- **la dyspraxie idéomotrice** : difficultés particulières à effectuer des gestes dits symboliques (qui ont un sens cognitif ou social) en l'absence de manipulation d'objets, comme faire un signe de la main pour dire bonjour ou mimer une action ;
- **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'habillage** :
 - difficultés à se vêtir et à enfiler des chaussures.

Les étudiants 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, notamment par la répétition et l'habitude, beaucoup d'entre eux sont parvenus à développer des outils personnels de compensation ou des stratégies de contournement des obstacles.

Néanmoins, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours universitaire de la plupart des étudiants dyspraxiques car ils sont contraints quotidiennement à des efforts notables pour effectuer les tâches impliquant des gestes acquis.

En effet, selon la sévérité du trouble, la dyspraxie peut entraîner à l'âge des études supérieures :

- **une écriture peu fluide, lente, avec une graphie souvent dégradée (dysgraphie) ;**
- **une gêne et une lenteur pour comprendre et analyser un tableau, un graphique ou encore une carte (troubles visuo-spatiaux) ;**
- **une expression orale laborieuse (en cas de dyspraxie verbale) ;**
- **une lecture pénible ou hésitante (difficultés visuo-spatiales) ;**
- **des difficultés d'orientation et de repérage ;**
- **des difficultés d'organisation et de planification, y compris des idées.**

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, les étudiants dyslexiques sont souvent placés en situation de travail en double tâche.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Dans le cadre universitaire, les étudiants dyspraxiques peuvent bénéficier d'un temps de composition supplémentaire lors des évaluations écrites ou des examens.

Néanmoins, cette mesure de compensation, souvent nécessaire, ne résout pas les difficultés d'accessibilité dans les apprentissages courants.

En effet, selon les cas, les étudiants dyspraxiques peuvent cumuler un certain nombre de traits qui compliquent leur scolarité :

- **la prise de notes est pénible et lente ;**
- **la compréhension et l'analyse de tableaux, de graphiques ou de cartes sont plus difficiles ;**
- **la compréhension écrite peut être rendue difficile, en particulier si le document est dense et peu aéré (mise en page, contenus) ;**

LA DYSGRAPHIE (DIFFICULTÉ ASSOCIÉE 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 dysgraphie peut être engendrée par une dyspraxie (difficulté à former les lettres), un TDA/H (impulsivité ayant un impact sur la qualité d'écriture) ou une dyslexie-dysorthographe (lorsque la vitesse d'écriture est ralentie).

À l'université, ce handicap peut être aisément compensé par l'usage d'un ordinateur, associé de fait à un temps complémentaire de composition pour les examens.

- **les travaux écrits sont mal présentés (difficultés d'organisation dans l'espace) ;**
- **l'écriture manuscrite manque de lisibilité et/ou de soin ;**
- **ces étudiants sont souvent anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours.** La difficulté de travailler en double tâche (lire un support de cours ou écouter et comprendre, avec une prise de notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress ;
- **ils sont sujets à une forte fatigue en raison des efforts démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage.** 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.
- 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.
- Souligner les erreurs ou les fautes commises lors de la restitution de travaux écrits mais ne pas les sanctionner outre mesure, ni les maladroresses de forme, ni la qualité de l'écriture, ni la présentation pour ne pas décourager l'étudiant.
- **Donner le choix à l'étudiant de réaliser un travail écrit plutôt qu'un exposé en cas de difficultés importantes d'élocution, ou bien l'autoriser à s'aider d'outils de présentation avec un contenu augmenté pour soulager la prise de parole.**
- Favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (*text-to-speech*) et de reconnaissance vocale (*speech-to-text*).
- **Adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles (cf. Partie I).**
- **Mettre en œuvre une pédagogie renforcée et explicite sur le plan méthodologique afin de favoriser la mise en place de stratégies de compensation par l'étudiant (conseils didactiques, illustrations concrètes, exemples de corrections, consignes de travail optimisées en lien avec les particularités de la discipline, aide spécifique à la hiérarchisation des idées, etc.).** À cet égard, il est essentiel de bien expliquer la justification d'une note, bonne ou mauvaise, en soulignant les points acquis tout autant que les progrès à faire pour guider les efforts à produire et éviter ainsi des découragements inutiles, faute de compréhension claire des lacunes à combattre.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Veiller à un fléchage bien visible et explicite des lieux de cours.
- Conseiller l'usage d'une application de guidage ou de géolocalisation pour faciliter les déplacements.
- Être 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 (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes.**
- 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.

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« Souvent, je vais en cours la peur au ventre, et je dors mal dès que j'ai des devoirs à rendre ou dès que je dois faire un exposé. Et c'est encore pire avant les examens. Des fois, ça m'arrive même de pleurer tellement c'est difficile. Pourtant, en dehors, quand je suis avec ma famille et mes amis, je ne suis pas quelqu'un de très stressé. Mais avec mes problèmes, les cours c'est une angoisse. Tout est compliqué pour moi. Je passe des heures le week-end à lire les textes qu'on nous demande de préparer parce que ça me prend trop de temps la semaine. Je suis tellement fatigué le soir que je ne peux pas travailler. Du coup, je suis obligé de m'organiser pour faire tout le reste la journée entre mes cours. Mais ça encore, j'ai l'habitude maintenant. Et pour les révisions des examens, je gère comme je peux, même s'il y a toujours des parties du cours que je connais moins bien. C'est compliqué pour moi d'écouter, de retenir

les explications et de prendre des notes avec l'ordinateur parce que j'écris trop lentement. Je récupère les cours autrement, donc au final, j'ai tout ce que dit le prof. Mais selon mon état de fatigue, il y a plein des choses qui m'échappent. Je suis obligé de retravailler toutes les séances et forcément, je galère par rapport aux autres. Je crois que c'est ça le pire. En fait, je dois faire des efforts énormes pour juste arriver à suivre. J'ai vraiment l'impression d'être nul, surtout les jours où j'ai plusieurs cours qui s'enchaînent. Je suis vite épuisé et ça m'arrive souvent à un moment de ne plus pouvoir rien faire. Je n'arrive plus du tout à me concentrer. J'ai juste envie de rentrer de chez moi pour dormir et qu'on arrête de me parler. »

Illustrations de plusieurs incidences du trouble : anxiété ; forte fatigue ; double tâche (difficulté à écouter et à prendre des notes) ; lenteur de la compréhension écrite (lecture pénible).

[Étudiant dyspraxique, novembre 2017]

À RETENIR

- La dyspraxie est un trouble cognitif neurodéveloppemental affectant l'exécution par automatisme des gestes appris qui n'est en rien engendrée par une déficience des capacités intellectuelles.
- La dyspraxie induit des difficultés plus ou moins importantes de lecture, avec une lenteur de la compréhension associée, d'écriture (graphie), de repérage dans l'espace, d'abstraction et/ou encore d'assemblage.
- La dyspraxie entraîne une fatigue cognitive importante, notamment dans les situations de travail en « double tâche » (coût attentionnel élevé, arbitrages), et par voie de conséquence une forte anxiété à l'endroit des exigences universitaires.

- La bonne accessibilité des supports de cours et des textes à lire est une solution à privilégier pour limiter les difficultés d'apprentissage.

- La transmission des supports de cours avant les séances et l'octroi de délais raisonnables pour effectuer des tâches impliquant de la lecture sont à recommander.

Les personnes dyspraxiques ont souvent une capacité de travail importante (persévérance, habitude de compenser leurs difficultés), des qualités d'inventivité (habitude de développer des stratégies pour contourner leurs difficultés) et de bonnes aptitudes informatiques.

LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDA/H)

QUELQUES REPÈRES UTILES

Comme les troubles spécifiques des apprentissages, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est d'origine neurodéveloppementale. Il n'est donc en rien la manifestation d'une déficience intellectuelle, d'une pathologie psychique ou de problèmes affectifs. Il n'est pas non plus la simple conséquence de carences éducatives ou de manquements de l'autorité parentale dans la prime enfance, comme cela est couramment exprimé par le sens commun.

À l'image de l'ensemble des troubles neurodéveloppementaux, les causes de la survenue du TDA/H relèvent d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, congénitaux, neurobiologiques et environnementaux.

Néanmoins, à la faveur des avancées réalisées par les neurosciences, les raisons des dysfonctionnements constatés sont désormais identifiées. Ils sont notamment le fait d'un retard de maturation du cortex préfrontal, région du cerveau impliquée dans des processus fondamentaux des situations d'apprentissage (attention, inhibition des impulsions, planification, régulation des émotions).

De plus, un facteur biochimique est également engagé dans les mécanismes du trouble, à savoir une perturbation de l'action de la dopamine et de la noradrénaline, deux neurotransmetteurs importants.

Le TDA/H se manifeste au travers d'une association de trois traits caractéristiques :

- une altération du contrôle attentionnel ;
- une forte impulsivité ;
- une hyperactivité motrice.

L'entrave des facultés de contrôle attentionnel est commune à tous les porteurs du trouble à des degrés divers. Elle se manifeste par une difficulté à rester attentif sur une période continue plus ou moins longue (variable selon les cas) et à mobiliser son attention sur une tâche. **Elle se caractérise aussi par une forte distractibilité, par ses propres pensées ou par toutes les formes de stimulations extérieures (bruits, mouvements, etc.).**



En conséquence, le maintien de la concentration sur une tâche ou un objet est court et peu aisé à déployer. De plus, il nécessite un réel effort qui est coûteux sur le plan cognitif et engendre une fatigue rapide. En revanche, les personnes atteintes par un TDA/H montrent parfois des aptitudes remarquables de focalisation et d'hyperagilité intellectuelle sur des laps de temps restreints.

Elles peuvent demeurer attentives, surtout pour des sujets qui les intéressent, mais sur des durées plus courtes que la moyenne et préférentiellement à la dernière minute, ce qui induit un léger stress favorisant la mobilisation de l'attention. Ainsi, l'image du « sprinter », par opposition à celle du « coureur de fond », est souvent évoquée pour décrire leur fonctionnement. Cependant, le stress excessif et l'angoisse ont tendance à majorer les difficultés de contrôle attentionnel.

L'impulsivité n'est pas systématique chez les porteurs du trouble. Néanmoins, elle est fréquente, avec des différences marquées selon les profils et les âges. Elle induit des attitudes et des comportements comme une propension élevée aux bavardages intempestifs, de l'impatience, une spontanéité excessive (mots et gestes), une précipitation récurrente dans l'erreur (faire les choses sans réfléchir) ou encore une faible tolérance à la frustration.

Enfin, l'hyperactivité motrice se traduit par un besoin

irrépressible de bouger, voire de l'agitation. C'est souvent la manifestation du trouble qui amène en premier lieu vers le diagnostic. Cependant, elle n'est pas présente ou très prégnante chez de nombreuses personnes, soulignant pourquoi on parle de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Des sujets qui passent pour être toujours « distraits » et/ou « rêveurs » sont ainsi possiblement porteurs d'un TDA/H.

En France, le TDA/H concernerait environ 5 % des élèves du primaire (4 % à 8 % selon les études) et persisterait à l'âge adulte dans un peu plus d'un cas sur deux, avec une sévérité de l'expression symptomatique assez variable⁸.

L'évolution et l'importance des troubles dépendent d'une multitude de facteurs :

- la sévérité des dysfonctionnements ;
- 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 prévalence du TDA/H est nettement plus importante dans la population masculine que féminine, au regard de ce qui est aujourd'hui dénombré sur le plan clinique. Toutefois, selon de nombreux spécialistes, l'ampleur de la différence constatée serait la conséquence d'un sous-diagnostic des filles du fait d'une moindre

8. <http://www2.cnrs.fr/presse/communique/3507.htm>

réurrence de la présence d'une hyperactivité repérable dans leur cas.

La précocité du diagnostic du TDA/H permet d'apporter des réponses médicales, parfois par la prise d'un traitement, et surtout psychopédagogiques, qui sont des facteurs déterminants pour limiter durablement ses conséquences. En effet, on estime que les enfants avec un TDA/H ont trois fois plus de chances de se trouver en échec scolaire que les autres. De même, près de la moitié d'entre eux présenteraient des difficultés d'apprentissage notables, fortement corrélées avec l'absence de repérage.

Les étudiants porteurs d'un TDA/H, en particulier s'ils ont bénéficié plus jeunes d'un accompagnement adapté, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap ou à mieux gérer ses conséquences. Parallèlement à l'atténuation avec l'âge de certains traits du trouble, beaucoup d'entre eux parviennent à développer des stratégies de compensation ou de contournement des obstacles (« trucs et astuces » personnels).

Cependant, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours de la plupart des étudiants concernés car ils sont contraints à des efforts conséquents pour satisfaire aux exigences académiques, indépendamment de leur niveau ou de leurs aptitudes.

Selon la sévérité de la persistance de ses troubles, le TDA/H

QUE RECOUVRENT LES CAPACITÉS ATTENTIONNELLES ?

L'attention, soit la capacité à pouvoir se concentrer pour opérer correctement une action, est le produit de processus neurologiques complexes, notamment en lien avec les facultés d'inhibition (bloquer ou activer un automatisme ; bloquer ou activer certaines fonctions nécessaires à la réalisation d'autres). Elles permettent de filtrer les sources de stimulation et de maintenir l'attention mobilisée sur la tâche.

Au quotidien, plusieurs types de modalités attentionnelles permettent d'effectuer un large éventail de tâches dans des configurations diverses :

- l'attention soutenue (lire un livre sans décrocher) ;
- l'attention divisée (avoir une conversation au téléphone tout en conduisant) ;
- l'attention sélective (corriger des copies dans un endroit animé).

Les personnes avec un TDA/H ont des difficultés à mobiliser leur attention sous ces différentes formes.

peut entraîner à l'âge des études supérieures :

- **des difficultés attentionnelles conséquentes ;**
- **des difficultés d'organisation ;**
- **des difficultés de mise en œuvre des tâches à effectuer ;**
- **des difficultés à respecter certaines contraintes (horaires, délais, attendus, etc.) ;**
- **des difficultés à respecter les échéances pour des tâches laborieuses, notamment administratives ;**
- **une gestion du temps aléatoire ;**
- **une forte anxiété ;**
- **des comportements de repli sur soi ou de défection face à des exigences.**

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, le travail en double tâche est également un problème auquel sont confrontés les étudiants avec un TDA/H, surtout dans les moments de grande fatigue cognitive.

Par ailleurs, le TDA/H est fréquemment associé à d'autres troubles spécifiques des apprentissages et au trouble du spectre autistique. De même, l'association à des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble oppositionnel avec provocation, troubles des conduites) est très courante et constitue un facteur pronostique majeur.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Dans le cadre universitaire, les étudiants avec un TDA/H peuvent bénéficier d'un temps de composition supplémentaire lors des évaluations écrites ou des examens. Toutefois, la pertinence de ces aménagements est évaluée au cas par cas. En effet, l'octroi de temps supplémentaire n'est pas adapté à l'impulsivité et à l'hyperactivité de certains. Les « hyperactifs » cherchent plutôt à partir avant la fin des épreuves du fait de leur difficulté à « tenir en place ».

En revanche, l'organisation d'une pause pendant les examens, leur permettant de se « dégourdir » peut s'avérer utile. Pour ceux ayant une forte distractibilité, passer les épreuves dans une salle à part est une solution possible.

De plus, il leur est souvent accordé une extension des délais de restitution de leurs travaux

individuels à faire en dehors des cours.

Néanmoins, ces mesures de compensation, certes utiles, ne sont qu'une aide limitée par rapport aux difficultés récurrentes qu'ils peuvent rencontrer.

Ainsi, avec des différences selon les cas, les étudiants porteurs d'un TDA/H sont susceptibles de cumuler un certain nombre de traits qui compliquent leur scolarité :

- **ils sont coutumiers d'oublis divers et variés, y compris de choses importantes ou perçues comme évidentes ;**
- **ils présentent fréquemment des difficultés à réguler leurs émotions ;**
- ils ont souvent des résultats très inégaux, donnant l'impression d'être capables du pire ou du meilleur, en fonction de l'attention et du travail d'investissement qu'ils sont parvenus à mobiliser pour dépasser un obstacle ;
- **ils sont parfois très anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours.** Pour ceux ayant de faibles capacités d'attention divisée (écouter et comprendre, prendre des notes), la nécessité d'effectuer des arbitrages constants est une source de stress récurrente ;
- **ils sont sujets à une forte fatigue en raison des efforts constants et démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage courantes ;**
- **ils ont régulièrement des difficultés à démarrer les devoirs à faire (mise en œuvre) ou à les terminer, avec des répercussions sur les délais à tenir ;**
- **ils peuvent témoigner de soucis de planification et d'organisation de leur travail ;**

Les incidences du déficit attentionnel occasionnent 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 ou de ressources sur Internet.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Être attentif à bien répartir la charge de travail.
- Être tolérant avec certaines attitudes hyperactives (mouvements, agitation des jambes, jeux manuels avec un stylo ou un autre objet, etc.). Il est également possible d'autoriser une sortie discrète pendant les séances, qui permet de favoriser la remobilisation de l'attention.
- Veiller à permettre un placement systématique au premier rang, moins propice à la distractibilité, pour faciliter la concentration.
- **Privilégier une double transmission des consignes de travail : oralement (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes.**
- **Communiquer les supports ou les documents de cours avant la séance où ils seront utilisés pour réduire l'appréhension de la situation d'apprentissage.**
- Donner des recommandations bibliographiques précises en pensant au fait qu'elles seront utiles pour rattraper des parties de cours manquées, mal comprises ou non prises en notes.
- **Apporter des signes de réassurance aux étudiants porteurs d'un TDA/H, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, il est important de dédramatiser auprès d'eux les enjeux liés aux attentes du travail demandé.**
- Permettre aux étudiants porteurs d'un TDA/H de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« C'est déprimant à dire, mais je n'arrive jamais à rester concentré un cours entier. Au bout d'un moment, je décroche complètement. Je ne peux plus écouter et encore moins prendre des notes. J'attends que ça se passe, en essayant tant que bien que mal de capter quand même deux ou trois mots au passage. Entre deux, je pense à autre chose, des fois je griffonne ou je vais sur Internet si j'ai mon ordinateur. Et encore, ça c'est si je ne suis pas trop fatigué et que le sujet m'intéresse. Sinon, pratiquement dès le début du cours, j'ai des difficultés pour être dedans. J'écoute par moment, en fonction des trucs qui me parlent. Résultat, je ne retiens que des bribes de cours. La plupart du temps, c'est en relisant des notes que je récupère que je découvre des parties qui me disent vaguement quelque chose. Du coup, c'est assez frustrant parce que je m'ennuie beaucoup en cours, même si j'essaie de participer pour me motiver. J'ai l'impression de tout survoler. Mais c'est plus fort que moi, je n'arrive pas à me faire violence pour me concentrer. »

[Étudiant avec un TDA/H, février 2018].

À RETENIR

- Le TDA/H est un trouble cognitif neurodéveloppemental qui n'est en rien l'expression d'une déficience des capacités intellectuelles.
- Le TDA/H affecte plus ou moins fortement le contrôle attentionnel, en association non systématique avec une forte impulsivité et/ou une hyperactivité motrice.
- Le TDA/H entraîne une fatigue cognitive importante et, par voie de conséquence, une forte anxiété à l'endroit des exigences universitaires. Il induit également des difficultés de mise en œuvre des tâches à effectuer et d'organisation du travail.
- Une double transmission des consignes de travail, oralement (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes, est à privilégier.
- La transmission des supports de cours avant les séances et l'octroi de délais raisonnables pour effectuer les tâches demandées sont à recommander.

L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

QUELQUES REPÈRES UTILES

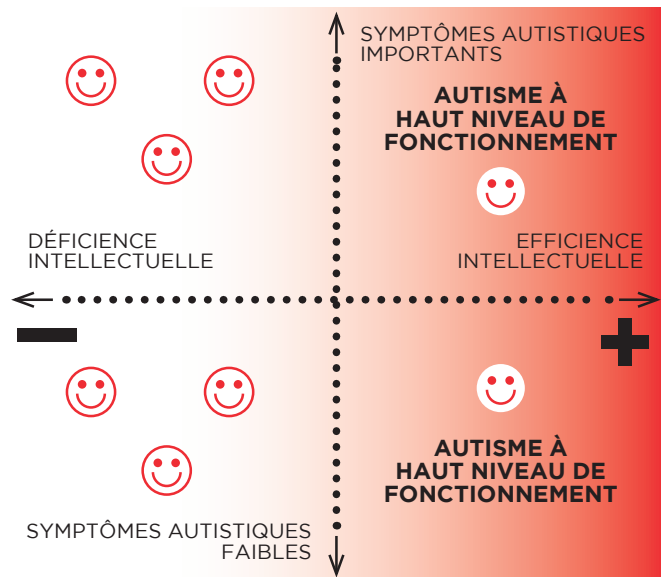
Communément nommés « autisme », les troubles du spectre de l'autisme (TSA) recouvrent une diversité de formes. On y associe par exemple le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance ou encore les troubles envahissants du développement non spécifiés.

Cependant, les sujets atteints de TSA se caractérisent par trois grands traits communs (relatifs aux aspects sociaux et cognitifs) : les relations aux autres, les modalités de communication et le fonctionnement altéré de certains comportements.

Néanmoins, au-delà des différentes formes de TSA qui correspondent à des tableaux cliniques distincts, les 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.

De manière générale, 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 de la personne autiste sont aussi affectées, occasionnant des altérations plus ou moins importantes dans le rapport à l'environnement extérieur. Par exemple, une hypersensibilité aux sons et aux lumières entraîne un inconfort extrême, avec en conséquence un évitement des lieux bruyants et animés.

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



Des études récentes ont montré que des facteurs génétiques, parmi d'autres explications, pouvaient jouer un rôle dans l'apparition des TSA (on parle de formes syndromiques lorsque la cause génétique est clairement établie; cela correspond à environ 10% des cas). Par contre, une chose est désormais acquise : les TSA n'ont pas de causes psychologiques ou psychiatriques, comme cela a été envisagé pendant longtemps. On considère en particulier qu'ils étaient imputables à des dérèglements originels de la relation entre la mère et son enfant, avant que les progrès de l'imagerie cérébrale et de la recherche génétique ne viennent invalider cette hypothèse.

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 des troubles durables, 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, sans toutefois être la plus importante numériquement. Elle est couramment associée à des profils possédant un potentiel intellectuel très supérieur à la moyenne, même s'ils ne représentent en réalité qu'un peu moins de 20 % des cas relevant de son tableau symptomatique. Ce syndrome a fait l'objet d'une reconnaissance médicale tardive en raison de son objectivation complexe sur le plan clinique.

« PRÉVOIR L'IMPRÉVU »

Les autistes sont rétifs au changement, à l'imprévu et à tout ce qui perturbe leurs routines. Ils sont rapidement déstabilisés par une situation inconnue pour laquelle ils n'ont pas une procédure intériorisée à opposer.

Pour limiter les configurations anxiogènes, et le cas échéant un moment difficile, **il est utile de « prévoir l'imprévu ».**

Il peut ainsi être proposé par écrit aux étudiants autistes, en concertation avec les enseignants concernés, des consignes détaillées et explicites à tenir dans un grand nombre de configurations hypothétiques, sous la forme d'un « guide du quotidien dans l'établissement ».

Exemples :

- Que dois-je faire si mon enseignant est en retard ?
- Que dois-je faire si un cours est reporté ?
- Que dois-je faire si je suis souffrant et que je ne peux pas me rendre à un cours ?
- Que dois-je faire si l'alarme incendie se déclenche pendant un cours ?
- Que dois-je faire si un autre étudiant fait un malaise pendant un cours ?

Parrapportàd'autresformesd'autisme,ilsecaractérise notammentparuneprepondérance dutroubledeshabilités sociales(communiquésociale).Desavancéesdansle domainedelarechercheontpermissoninscriptiondansla classificationdel'Organisationmondialede la santé(CIM-10)⁹etdel'Associationaméricainedepsychiatrie(DSM)¹⁰, avantqu'ilnesoitfinalemtretirédesadernièreédition, commed'autrestroubles spécifiques.Comptetenudela variétédessituations,quiéprouvelecaractèretangibledes catégories,lapsychiatrieaméricaine adésormaisadopté une classificationfondéed'avantagesuruneapproche dimensionnelleavecunenotiondespectreetdesévérité,au détrimentd'unevisioncatégorielle,reflétantmoinsladiversité des situations cliniques.

Malgré tout, l'usage de la dénomination de syndrome d'Asperger demeure très ancrée et défendue car elle répond à des attentes sociales distinctives (image positive), au-delà des critères médicaux précis qui lui sont associés. En effet, 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 ET VIGILANCE

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

Àdesdegrésdifférentselonlescas,lesautistesàhautniveau defonctionnementnedécodentpasspontanémentlesattentes sociales,lesintentions,lesattitudesetlesémotions(joie, tristesse,colère,agacement,etc.)despersonnesavec lesquelles ellescommuniquent.**Toutcequirelève del'implicitedans lesrapportsauxautres(vouvoisement,tutoiement,etc.)oules situationsnonroutinièresn'estpasdéchiffré.Demême,ils nemaîtrisentpaslescodesetlesrègles invisiblesordinaires -le«moded'emploi»duquotidienacquisaucoursdela socialisation-quipermettentdefairefaceintuitivementà unemultitudedeconfigurations.**Seull'apprentissagepeut

9. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), 1993 et mises à jour annuelles.

10. <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/> DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, Paris, Elsevier Masson, 2015, Traduit de l'anglais.

corriger ces lacunes, avec l'intériorisation de repères ancrés, souvent avec des moyens propres et détournés, pour identifier les enjeux d'une situation et y répondre par une attitude programmée. Cet apprentissage est d'autant plus efficace que le diagnostic d'un trouble du spectre autistique est établi précocement.

Il est complexe de présenter des signes concrets caractéristiques de l'autisme à haut niveau de fonctionnement, qui permettraient d'en proposer un profil-type, car ils varient fortement selon les individus. Néanmoins, on peut énumérer les plus fréquents, en insistant sur le fait qu'ils se cumulent diversement et de manière plus ou moins marquée en fonction des parcours et des personnalités :

- relative indifférence aux interactions collectives, isolement, repli sur soi, comportement fuyant, mutisme ;
- capacité de concentration de longue durée sur un centre d'intérêt ou un élément d'accroche exclusif, au détriment d'une attention démultipliée et réactive ; focalisations excessives ;
- intérêts obsessionnels et envahissants pour des sujets de prédilection, parfois surprenants (langue rare, type d'animaux, période historique ancienne, etc.) ;
- attention démesurée aux détails (mauvaise cohérence centrale) ;
- 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 à des endroits stratégiques avec une nomenclature signifiante, etc.) ;
- impossibilité à comprendre les expressions figurées (« être fagoté comme l'as de pique », « être riche comme Crésus », « avoir un chat dans la gorge », « avoir le moral dans les chaussettes », etc.) qui sont entendues au premier degré ;
- respect scrupuleux des règles et des délais, hyper-observance des consignes bien comprises ;
- extrême sensibilité au bruit, aux sons parasites, à la luminosité ;
- réticence aux contacts physiques du quotidien ;
- attitudes maladroites (fuir le regard d'un interlocuteur, règles de conduite et de politesse aléatoires, etc.) ; difficultés à ajuster le ton et le débit de la voix ; style vestimentaire décalé ;
- langage corporel inadapté, démarche inhabituelle, gestes étranges ;
- rituels, actions stéréotypées, automatismes ;

- propension à exprimer des propos hors contexte (idiosyncrasie) ;
- inadéquation de l'expression des émotions avec les caractéristiques de la situation ;
- difficultés à débiter et à terminer une conversation, tics de langage ;
- appétence avérée pour les mathématiques, et de manière générale pour les activités qui ne nécessitent pas d'interprétations ou de choix subjectifs, même si les raisonnements pour parvenir aux bons résultats ne sont pas nécessairement les plus usuels et sont difficilement explicables.

Les conséquences liées à l'ensemble de ces traits constituent autant de handicaps pour les étudiants autistes et peuvent être la cause, par un effet cumulatif, d'une grande souffrance dans l'environnement universitaire. Dans les situations de cours, 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 étudiants concernés. Ils peuvent être notamment victimes

EXEMPLES D'ÉLÉMENTS FACILES À METTRE EN ŒUVRE POUR UN DOCUMENT EXPLICITE

- Aérer visuellement un document pour éviter l'excès d'informations.
- Utiliser une mise en forme aérée et très structurée.
- Penser à tout numéroter (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.
- Ajouter un glossaire.
- Redonner une définition quand il semble implicite de la mobiliser pour répondre à une question.
- Indiquer chaque référence à un texte, à un tableau, à une citation, etc., afin qu'elle soit identifiée.
- Éviter 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.).

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 aux services de la scolarité ou au correspondant handicapé permet d'apporter une réponse adaptée et de limiter le risque de décrochage scolaire.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

Même s'ils n'ont pas d'altérations de leurs facultés intellectuelles, les étudiants autistes à haut niveau de fonctionnement font face à des difficultés importantes dans les modalités de compréhension et d'évaluation des savoirs.

Ces difficultés peuvent être circonscrites par un certain nombre de dispositions, plus ou moins aisées à adopter.

Dans les interactions en cours

- **Autoriser les étudiants autistes, qui sont souvent hyperacousiques, à porter un casque filtrant – s'ils en manifestent le souhait – 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.
- **Éteindre ou réduire les sources de lumière qui occasionnent une gêne inutile, si la luminosité naturelle est suffisante.**
- **Permettre aux étudiants autistes de choisir leur place en cours, qui est souvent la même, et veiller discrètement à ce qu'elle soit respectée par les autres étudiants.**
- **Ne pas insister auprès des étudiants autistes pour les faire participer oralement s'ils ne le souhaitent pas.**
- Veiller à faire preuve de tact ou de subtilité (en les remerciant pour leur intervention) pour interrompre les étudiants autistes, qui n'ont pas toujours la bonne mesure du temps accordé pour prendre la parole.

Dans les modalités de transmission des savoirs

- **Il est important de faire autant que possible un effort pour proposer des énoncés clairs, concrets et être très explicite dans la manière de dispenser les connaissances (situer chaque propos, éviter les longues digressions, etc.).** Les étudiants 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.

- 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.**
- **Il est conseillé l'usage d'un plan de cours très structuré, qui sera rappelé régulièrement pendant les séances.** C'est une aide précieuse pour remédier à des difficultés de repérage dans le déroulé logique de points différents successivement abordés.
- Les étudiants autistes peinent souvent à travailler en double tâche, c'est-à-dire écouter/comprendre le cours et le prendre en notes. Ils sont parfois perturbés par un mot qui va détourner leur attention et les empêcher de rester attentifs. Ils peuvent également être gênés de la même manière par un tic de langage ou gestuel de l'enseignant.
- **Certains présentent une lenteur pour écrire ou prendre des notes en raison d'une motricité peu coordonnée et d'une fatigabilité motrice rapide, dont il faut tenir compte.** Pour remédier à cette situation, parfois très pénalisante, plusieurs solutions peuvent être adoptées :
 - 1) autoriser l'enregistrement du cours, ce qui permet de le réécouter pour reprendre les passages incompris ou non pris en notes (avec parfois une vitesse 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, de références bibliographiques) qui facilite le travail personnel, souvent conséquent pour compenser les soucis de compréhension et compléter les notes manquantes.

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

- si un étudiant autiste ne souhaite pas faire un exposé, exercice particulièrement 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 étudiants autistes ont des difficultés, très compréhensibles, à participer à des exercices collectifs. Et généralement, les autres étudiants 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 les étudiants concernés leur préférence. **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.).** 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 ;
- 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 lire tout 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.**

TÉMOIGNAGE D'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. »

[Étudiant autiste, mai 2016]

Pour toutes les évaluations écrites et les travaux à préparer, il est nécessaire de veiller à plusieurs éléments importants en termes d'accessibilité :

- 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) **éviter les formules abstraites, implicites ou trop subjectives.** 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 ou de faire des choix hiérarchisés (« définissez les caractéristiques », « donnez la définition », « décrivez les conditions d'apparition », etc.).**

De manière générale, il est essentiel de comprendre que les étudiants 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.

Par ailleurs, ils ont des difficultés à hiérarchiser des informations diverses et variées 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 de dissertation, 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.

À RETENIR

- L'autisme à haut niveau de fonctionnement est un trouble cognitif qui n'est en rien l'expression d'une déficience des capacités intellectuelles.
 - L'autisme à haut niveau de fonctionnement affecte le rapport à l'environnement extérieur, c'est-à-dire les relations aux autres, les modalités de communication et certains comportements.
 - L'autisme à haut niveau de fonctionnement entraîne une hypersensibilité aux stimulations sensorielles, une réticence au changement et à l'imprévu (tout ce qui déroge aux routines établies), des difficultés pour « décoder l'implicite » et un déficit en termes d'habiletés sociales.
 - La bonne accessibilité des supports de cours et des consignes de travail (transparence de termes, des formulations et des usages) est une solution à privilégier pour limiter les difficultés d'apprentissage.
 - Dans les interactions en cours, la limitation de l'usage de l'implicite, de l'abstrait et des sources de perturbations inutiles (forte luminosité, bruits parasites, etc.) est à recommander.
- Les personnes autistes à haut niveau de fonctionnement ont souvent une capacité de travail importante (tâches routinières et exigeant une grande rigueur d'exécution), de bonnes aptitudes informatiques et font preuve d'une hyperobservance des règles et des consignes.

LE RÔLE DE L'IMPLICITE DANS L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

Lors d'une épreuve écrite de culture générale pour un concours, auquel participait un étudiant autiste, le sujet posé était une citation à commenter : « Pensez-vous, comme Gustave Flaubert, que le peuple est un éternel mineur ? ».

L'intitulé présentait un premier obstacle puisqu'il invitait les candidats à argumenter à partir d'un choix subjectif (« pensez-vous ? »), exercice qui est souvent complexe à faire pour un autiste. Néanmoins, l'étudiant, déjà familier de ce type de questions, a appliqué la « procédure » qu'il s'était habitué à mettre en œuvre pour préparer son plan de dissertation : « traduction » des termes (il écrit sur une feuille de brouillon les définitions de chaque mot), établissement d'une liste d'idées et de références s'y rapportant, organisation didactique des connaissances selon leur importance.

Or, la première définition du terme de « mineur » qui lui semblait logique était celle de l'ouvrier des mines. Celle sous-entendue dans le sujet n'arrivait qu'en seconde position dans son énumération et devait donc être traitée, mais avec un moindre replace (hiérarchie objective dans la construction de l'argumentation).

L'étudiant a bien identifié qu'il faisait une erreur en privilégiant sa première définition pour répondre au sujet. Cependant, déjà anxieux par l'enjeu de l'épreuve, improviser une autre manière de faire l'aurait trop déstabilisé, avec un risque de ne pas pouvoir effectuer le travail, au regard du coût émotionnel et cognitif que cela impliquait pour lui. Tout en sachant qu'il allait dans une mauvaise voie, il a donc privilégié le confort de l'observance à la lettre de sa méthode plutôt que la gêne insurmontable dans l'instant d'une reprogrammation de ses propres règles de fonctionnement.

LES TROUBLES PSYCHIQUES

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 ou précipitant, 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).

QUELQUES RAPPELS UTILES

La santé mentale

La santé est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), depuis sa création en 1946, par « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

S'agissant de la santé mentale, elle ne relève pas dès lors uniquement d'une absence de troubles mentaux ou psychiques. Elle intègre de nombreux aspects, dont des facteurs sociaux et psychologiques, qui peuvent faire l'objet d'altérations transitoires ou plus durables.

Maladie mentale – Troubles mentaux et du comportement – Troubles psychiques

Le terme de maladie mentale ne fait pas l'objet d'une définition consensuelle. Selon son acception, elle peut recouvrir un ensemble très large de pathologies ou de troubles. C'est un vocabulaire qui relève pour beaucoup du sens commun.

Dans sa classification CIM-10¹¹, l'OMS regroupe dans un même chapitre « les troubles mentaux et du comportement », délimitant pour l'essentiel le champ d'exercice de la psychiatrie. La dénomination de ces troubles recouvre donc une grande diversité de problématiques (démences, affections neurocognitives, identité sexuelle, addictions, etc.).

Les troubles psychiques font quant à eux l'objet d'une définition plus restrictive qui exclut notamment ceux qui concernent la déficience intellectuelle.

Handicaps mentaux – Handicaps psychiques

Jusqu'à l'adoption de la loi 2005-102 sur le handicap, les deux expressions étaient utilisées de manière indifférenciée. Elles font aujourd'hui l'objet de définitions bien distinctes. Le handicap mental résulte de pathologies affectant chroniquement les capacités intellectuelles, alors que le handicap psychique est la conséquence de troubles, temporaires ou durables, qui altèrent le comportement ou l'état général. Il n'implique pas de déficit intellectuel, même si l'usage de certaines facultés peut être limité. Les deux types de handicaps peuvent parfois se cumuler.

On peut citer avec intérêt la définition proposée par l'Association nationale des Centres ressources handicap psychique : « Le handicap n'est pas un état des capacités de la personne mais une situation. La situation de handicap d'origine psychique se définit par l'ensemble des restrictions de participation dans tous les domaines de la vie citoyenne liées à une pathologie psychique. Elle se constate notamment dans les champs de la vie quotidienne, relationnelle, sociale et professionnelle. »

11. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), 1993 et mises à jour annuelles.

<http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>

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

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 antisociale ;
- personnalité paranoïaque (paranoïde) ;
- personnalité obsessionnelle-compulsive ;
- personnalité narcissique ;
- personnalité histrionique (hystérie) ;
- 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.

Cependant, au-delà des situations individuelles et de la nature de leurs symptômes, 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, en premier lieu pour les personnes elles-mêmes. 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 d'avoir besoin d'aide est une réaction ordinaire.
- Les problèmes relationnels, pouvant aboutir à un certain isolement, sont d'autant plus récurrents que les troubles considérés 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.

Dès lors, les conséquences comportementales de l'expression de certains troubles peuvent dissuader les meilleures volontés d'apporter une aide. De plus, leur relative méconnaissance (réalité vécue), de même que les bonnes réponses pédagogiques à leur apporter, sont parfois la source de pratiques inadaptées dans leur prise en charge (absence de mesures, maladroites, déni, réactions laissées à l'appréciation de chacun, etc.).

LA DÉPRESSION

QUELQUES REPÈRES UTILES

La dépression ou épisode dépressif majeur (EDM) est le plus fréquent des troubles de l'humeur.

L'OMS estime que 300 millions de personnes sont affectées par un syndrome dépressif à l'échelle internationale. L'augmentation continue des cas déclarés – en partie liée à un meilleur diagnostic dans beaucoup de pays – a été de 18 % entre 2005 et 2015. En 2017, la maladie a été reconnue par l'ONU comme le premier facteur mondial, direct ou indirect, de morbidité et d'incapacité de travail. Elle serait la cause de près de la moitié des suicides, soulignant sa gravité, tandis que ses incidences multiples restent souvent sous-estimées.

La dépression a longtemps été considérée comme le signe d'un « manque de caractère » ou « le privilège de ceux qui n'ont rien d'autre à penser ». Elle est aujourd'hui mieux reconnue socialement comme une pathologie à part entière, même si elle fait toujours l'objet de clichés ou de perceptions culturelles différenciées selon les pays.

Elle peut survenir à tous les âges de la vie et sa prévalence est plus élevée chez les femmes, même si l'écart statistique avec la population masculine touchée tend à se réduire. Associée à de la tristesse et de la morosité – des états que chacun peut connaître dans le quotidien pour une multitude de raisons – la dépression se distingue néanmoins de la « déprime passagère » ou du « coup de blues » par des signes cliniques bien identifiés.

Elle est une pathologie invalidante, parfois chronique, indépendante de la « volonté » du patient, et doit donc faire l'objet d'une prise en charge médicale adaptée. Cette dernière peut être très diverse en fonction de la nature de l'apparition des troubles, de leur sévérité et du profil de la personne affectée (antécédents, environnement, association avec d'autres troubles, etc.).

La dépression se distingue des troubles anxieux, même si certains symptômes s'y rattachant peuvent se manifester durant un épisode dépressif. Elle peut être aussi une conséquence induite par un autre trouble, y compris d'ordre physiologique ou physique, 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.

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 15 jours consécutifs :

- tristesse constante, avec ou sans pleurs, s'accompagnant d'une « douleur morale » ;
- 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.

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.

La prévalence de la dépression chez les étudiants est en hausse constante, avec un risque suicidaire associé élevé. Le stress lié à la performance scolaire, et/ou à la précarité sociale, est un facteur aggravant, en particulier dans le contexte actuel anxigène de difficulté d'accès à l'emploi.

À RETENIR

- La dépression est le plus fréquent des troubles de l'humeur.
- La dépression induit une tristesse profonde (« mal-être »), ainsi qu'une perte d'intérêt et de plaisir.
- La dépression entraîne une grande fatigue et un ralentissement psychomoteur.
- Le manque de confiance en soi et l'hypersensibilité provoqués par l'état dépressif nécessitent de faire preuve de beaucoup de bienveillance, sans toutefois « décider à la place » de la personne ce qu'elle est en capacité ou pas de faire.
- Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Pendant les phases de manifestation critique des symptômes de la maladie, la scolarité des étudiants dépressifs est parfois suspendue de fait, par incapacité temporaire ou sur avis médical. C'est notamment le cas lors d'épisode mélancolique (dépression majeure, « endogène ») en raison du risque élevé de passage à l'acte suicidaire.

Néanmoins, la plupart restent scolarisés par choix, avec un absentéisme plus ou moins important au quotidien, et bénéficient d'aménagements prescrits par la médecine universitaire lorsqu'ils ont fait les démarches nécessaires (étalement des délais de restitution des devoirs écrits, dispense d'assiduité, etc.). Le cas échéant, à titre compensatoire en raison de leur fatigabilité, ils peuvent également obtenir du temps de composition supplémentaire lors des examens.

La difficulté pour apporter une réponse pédagogique adaptée est que beaucoup d'étudiants dépressifs, mal informés sur leurs droits et/ou résolus à poursuivre leur cursus en pensant que les « choses vont aller mieux rapidement », ne se signalent pas spontanément. Certains le font, mais souvent trop tardivement, quand la spirale de l'échec est devenue criante.

En effet, la maladie a des incidences conséquentes, sous-évaluées et généralement durables, sur les études. Elle est reconnue comme une pathologie très invalidante, justifiant des arrêts de travail longs dans la sphère professionnelle. Comment ne serait-elle pas aussi particulièrement handicapante en contexte d'apprentissage ?

Malgré tout, la prise en charge pédagogique des étudiants dépressifs n'appelle pas à des aménagements majeurs par les enseignants. Avant tout, elle nécessite de leur témoigner de la bienveillance et une attention renforcée. Et dans les moments d'expression sévères de la pathologie, il est surtout important de maintenir un terrain de dialogue « sensible » et rassurant avec eux.

Les étudiants dépressifs cumulent souvent plusieurs traits, qui sont problématiques à appréhender pour les enseignants :

- ils sont sujets à une fatigue importante, à un ralentissement psychomoteur, voire à une forme d'abattement, en raison des effets de la maladie et/ou des traitements ;
- ils manifestent parfois temporairement certains troubles cognitifs ;
- ils souffrent d'un déficit attentionnel et de moments de perte de vigilance en cours ;

- ils sont très anxieux face aux attentes universitaires, se sentant moins performants du fait de la maladie, ce qui peut par voie de conséquence l'aggraver ;
- ils sont fréquemment en proie à une diminution de leurs aptitudes d'exécution pour réaliser les exercices académiques demandés, les rendant pénibles et coûteux en efforts, qui est une source de stress et de pression (peur de ne pas y arriver, impression d'être « submergé par la tâche », etc.) ;
- ils montrent une hypersensibilité et une grande fragilité émotionnelle.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue » de l'étudiant.
- Demeurer attentif aux signes manifestes de « tristesse » et de « mise en retrait » de l'étudiant.
- Demeurer attentif à certaines attitudes ou demandes de l'étudiant pouvant laisser penser qu'il fait face à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.
- Privilégier une transmission des consignes de travail par écrit, plus rassurante en cas d'absence à une séance ou de décrochage de l'attention en cours.
- Veiller autant que possible à étaler, voire à adapter, la charge de travail des étudiants dépressifs pour leur éviter des pics de grande activité. Ils sont des facteurs de stress et de fatigue supplémentaire, qui s'avèrent dès lors épuisants et démobilisateurs. Idéalement, cette préoccupation peut faire l'objet d'une coordination entre les enseignants concernés.
- Apporter des signes de réassurance aux étudiants dépressifs, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, il est important de dédramatiser auprès d'eux les enjeux liés aux attentes du travail demandé.
- Permettre aux étudiants dépressifs de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).

Enfin, en concertation avec l'étudiant, la pratique d'une activité relaxante et/ou culturelle dans le cadre universitaire peut être proposée pour offrir des moments apaisants et de remédiation sociale sans attente de performance.

LE TROUBLE BIPOLAIRE

QUELQUES REPÈRES UTILES

Le trouble bipolaire est un trouble sévère de l'humeur. Il était autrefois désigné par l'expression de psychose maniaco-dépressive. Cependant, l'usage de ce vocabulaire a été abandonné dans le champ médical car il était inapproprié et abusif - notamment le terme de psychose - sur le plan de la description clinique des symptômes. Il reste malgré tout encore courant dans le langage populaire.

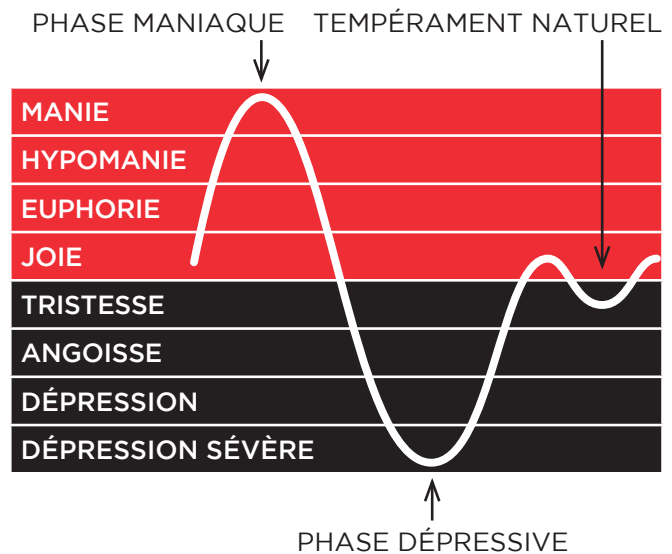
Le trouble bipolaire n'est pas à confondre avec les changements d'humeur que connaît chaque individu en fonction d'une multitude d'éléments (situation pénible, moments de joie, aléas du quotidien). Dans le cas des troubles bipolaires, ces changements sont plus ou moins durables, « déconnectés de la réalité vécue », non maîtrisés, marqués en intensité et disproportionnés.

Ainsi, le trouble bipolaire 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 des moments où des symptômes de chacune de ces phases peuvent se cumuler ou s'alterner de manière très rapprochée.

La durée des périodes du cycle bipolaire est très diverse selon les cas, elle peut survenir alternativement dans une même journée (phase mixte) ou s'étaler sur plusieurs mois. Les cycles sont généralement considérés comme rapides quand ils sont supérieurs à quatre par an.

La phase maniaque, dite hypomaniaque dans les cas de manifestation modérée des troubles, se traduit par plusieurs symptômes caractéristiques : insomnie, agitation, exaltation de l'humeur, forte stimulation psychomotrice, désinhibition.

Durant une 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.



Il sont la conséquence directe de symptômes et peuvent se manifester par les signes suivants :

- baisse de la sensibilité à la fatigue ;
- insouciance excessive ;
- volubilité, exubérance, hypersociabilité, 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 les cas les plus extrêmes, la personne affectée se fige complètement (syndrome catatonique) nécessitant une réponse thérapeutique rapide.

Les formes, les manifestations, la durée des épisodes 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 employé le vocable de troubles du spectre bipolaire pour témoigner de la variété des situations relevant de cette pathologie.

Généralement, même si cela n'est pas réductible à toutes les formes observées, les troubles bipolaires sont distingués selon trois grandes catégories, essentiellement sur la base de leurs degrés de sévérité :

- **les troubles cyclothymiques** présentent des épisodes d'excitation (hypomanie) et dépressifs modérés, parfois très courts ;
- **les troubles bipolaires de type 2** présentent des épisodes d'excitation (hypomanie) plus ou moins modérés et dépressifs à l'intensité variable, de mineure à très sévère ;
- **les troubles bipolaires de type 1** présentent des épisodes maniaques plus ou moins sévères et des épisodes dépressifs à l'intensité très variable (voire inexistant dans certains cas), ou encore des épisodes mixtes.

Au-delà des classifications officielles, certains spécialistes vont jusqu'à distinguer sept ou 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 génétiques (« gènes de vulnérabilité »), biochimiques – notamment une régulation perturbée de la dopamine et de la noradrénaline –, environnementaux, biographiques et psychologiques.

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. Le retard diagnostique est en moyenne de 9 ans. 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 souvent une mauvaise observance des traitements.

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

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

Parmi les plus fréquentes, on retrouve :

- une forte propension aux addictions (alcoolisme, toxicomanie) ;
- une surmortalité par suicide ;
- des difficultés relationnelles, affectives et professionnelles ;
- des difficultés financières et judiciaires.

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

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Il est difficile de proposer des modalités générales de prise en charge des étudiants bipolaires. Non seulement chaque individu est différent, mais surtout cela dépend de la sévérité des symptômes qu'il présente et du degré de stabilisation de la maladie en cas de traitements. Il convient de considérer le niveau d'acceptation de la pathologie, qui conditionne l'observance d'une bonne hygiène de vie nécessaire, de même que le suivi volontaire de thérapies comportementales et cognitives ou le recours à la psychopédagogie (connaissance de la maladie et rapport réflexif à ses manifestations pour mieux la contrôler), deux techniques de soin complémentaires, désormais courantes, montrant des résultats importants.

On conseillera donc la plus grande vigilance face aux signes évocateurs qui peuvent apparaître durant un semestre : changements flagrants de comportement en cours, baisse inexpiquée 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, l'université est souvent un des lieux 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 souci de protection de l'étudiant, davantage que par une volonté de la cacher.

Cette situation doit inciter doublement à être sensible aux signes de manifestation des symptômes et à les déclarer sans délai aux services de scolarité, même dans le doute. La réactivité et l'addition des signalements permettent de proposer des réponses rapides et adaptées. Cela peut éviter de laisser l'étudiant concerné se débattre avec une situation qu'il ne maîtrise pas, potentiellement dangereuse et source de souffrance pour lui. La propension aux addictions peut par exemple amener rapidement à des situations complexes et à un risque élevé de décrochage scolaire. Le cas échéant, une personne de l'établissement avec qui l'étudiant a une relation de confiance peut l'accompagner et l'aider à accepter une démarche de soins dans son intérêt.

Les étudiants bipolaires bénéficient parfois d'aménagements de scolarité 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 de la scolarité quand elle n'est pas stabilisée, ils n'ont pas de difficultés scolaires particulières. Au contraire ils ont souvent des capacités de travail et des performances très supérieures à la moyenne, même si leurs résultats peuvent être parfois inégaux selon leur motivation, qui peut être déterminée ou contrainte par de multiples facteurs.

Ils sont cependant sujets à une fatigue fluctuante et importante, à l'égard de laquelle il convient de rester vigilant. Ils montrent aussi une hypersensibilité et une grande vulnérabilité émotionnelle.

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.

Point de vigilance important

La chronobiologie a une influence significative sur la stabilisation durable de la maladie et la prévention au quotidien des épisodes maniaques ou dépressifs.

De la même manière que le stress ou les situations anxiogènes sont connues pour leurs effets délétères, les perturbations du rythme biologique ont une influence néfaste sur la régulation des neurotransmetteurs impliqués dans la pathologie.

Ainsi, outre un régime alimentaire équilibré et l'absence de consommation d'alcool ou de toxiques, la régularité des heures de sommeil, la quantité de repos, la qualité des phases de récupération, associées à une forme de discipline dans l'organisation des temps de la journée (homogénéité relative dans l'intensité des moments) ont une importance de premier plan pour garantir une bonne « synchronisation ».

Dans l'environnement des études, il convient donc de faire preuve d'une extrême vigilance pendant les séquences qui peuvent provoquer une « désynchronisation » des étudiants bipolaires (changements de rythme) : périodes d'examens ; périodes de pics de travail (accumulation de devoirs à rendre) ; périodes de stage ; voyages extrascolaires.

Les décalages horaires, notamment vers l'est, ayant des conséquences notables sur le rythme biologique des personnes vivant avec un trouble bipolaire (hausse du risque de faire une crise de décompensation psychique), il est fortement conseillé de bien anticiper en amont la préparation adéquate d'un déplacement à l'étranger, en particulier dans le cadre des échanges universitaires.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue » de l'étudiant.
- Demeurer attentif aux signes manifestes de comportements inopportuns (agitation, familiarité, etc.) ou de « mal-être » de l'étudiant.
- En dehors d'aménagements de scolarité, il est important de veiller autant que possible à étaler la charge de travail des étudiants 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 étudiants bipolaires, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants.**

- Lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux étudiants 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 étudiants bipolaires ont parfois des difficultés à participer à des exercices collectifs, quand ce n'est pas les autres étudiants qui montrent des réticences à partager une activité commune avec eux. Il convient donc toujours de s'adapter avec souplesse à la situation.

- **Les étudiants bipolaires ont fréquemment des soucis associés d'ordre cognitif, comme des déficits 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'étudiant, une activité culturelle ou sportive adaptée (yoga par exemple) peut être proposée pour favoriser le lien social et canaliser le stress.

À RETENIR

- Le trouble bipolaire est une maladie psychique caractérisée par des variations plus ou moins durables, non maîtrisées et anormales de l'humeur.
- Le trouble bipolaire induit notamment une tristesse profonde (« mal-être »), ainsi qu'une perte d'intérêt et de plaisir lors des phases dépressives, et des comportements excessifs lors des phases dites hypomaniaques ou maniques (insomnie, agitation, désinhibition, etc.).
- Le trouble bipolaire entraîne une grande fatigue et certaines difficultés cognitives dans les situations d'apprentissage (attention, mise en œuvre, etc.).

- Le manque de confiance en soi et l'hypersensibilité provoqués par l'état dépressif nécessitent de faire preuve de beaucoup de bienveillance, sans toutefois « décider à la place » de la personne ce qu'elle est en capacité ou pas de faire.

- Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.

L'ANOREXIE

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. **Ainsi, elle n'est pas liée à une perte d'appétit qui aurait des causes somatiques.** Au contraire, le malade ressent la faim, mais s'emploie à la dominer (privations) ou à la déjouer (vomissements, prise de médicaments). Plus il y parvient, plus il repousse ses limites, conforté par la satisfaction de l'assouvissement accompli. Il n'est pas rare également que l'anorexie mentale soit associée à un autre TCA, la boulimie nerveuse, les deux pathologies pouvant s'alterner par phases ou se succéder dans le temps.

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

Ses causes possibles sont multiples et cumulatives (facteurs socio-psychologiques, prédispositions génétiques, traumatismes infantiles), rendant impossible la prédiction de son apparition. Celle-ci reste donc dépendante d'une conjonction de déterminants propres à chaque individu. 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 événement 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 (affirmation identitaire contrariée, difficultés à accepter les changements physiques de la puberté, mésestime de soi).

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 ET VIGILANCE

Les étudiants 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).

Le cas échéant, à titre compensatoire en raison de leur fatigabilité, ils peuvent également obtenir du temps de composition supplémentaire lors d'évaluations écrites.

Néanmoins, en dehors de ces configurations, ils suivent « normalement » leurs études et n'ont généralement pas de difficultés scolaires particulières. Ainsi, leur prise en charge en situation de cours par les enseignants 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.

Les étudiants 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 hyperinvestissement 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 d'hyperactivité et d'une stimulation intellectuelle intense, éprouvant d'autant plus leurs limites physiques lorsqu'elles ne sont pas correctement canalisées.** 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 étudiants potentiellement très fragiles.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « mal-être » et/ou de « fatigue » de l'étudiant.
- Demeurer attentif aux signes manifestes de dégradation physique de l'étudiant (amaigrissement, visage marqué).
- Demeurer attentif à certaines demandes ou

remarques de l'étudiant pouvant laisser penser qu'il est en proie à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.

- Veiller autant que possible à étaler la charge de travail des étudiants 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.
- **Apporter des signes de réassurance aux étudiants anorexiques, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, il est important de dédramatiser les enjeux liés aux attentes du travail demandé.**
- Permettre aux étudiants anorexiques de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).
- Redonner du plaisir à faire les choses et du sens dans le parcours scolaire à travers la proposition d'activités annexes à l'environnement des études qui peuvent être une source de motivation à « dépasser le symptôme ».

Enfin, en concertation avec l'étudiant, une activité culturelle régulière peut être proposée pour favoriser le lien social et ouvrir le cadre universitaire sur une activité apaisante sans attente de performance.

À RETENIR

- L'anorexie mentale est le plus fréquent des troubles du comportement alimentaire.
- L'anorexie mentale est caractérisée par une volonté irraisonnée de contrôle du besoin vital de se nourrir, assimilable à une quête de soumission du corps à l'esprit.
- L'anorexie mentale entraîne une grande fatigue et une forte anxiété, alimentées de manière déraisonnable par une recherche d'excellence et de performance.
- La proposition de sujets d'intérêt à travailler dans le cadre de l'enseignement ou d'activités annexes à l'environnement des études, qui sont sources de plaisir et de sens, est à privilégier pour redonner de la motivation à « dépasser le symptôme ».
- Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.

LA SCHIZOPHRÉNIE

QUELQUES REPÈRES UTILES

La schizophrénie est une pathologie psychique chronique.

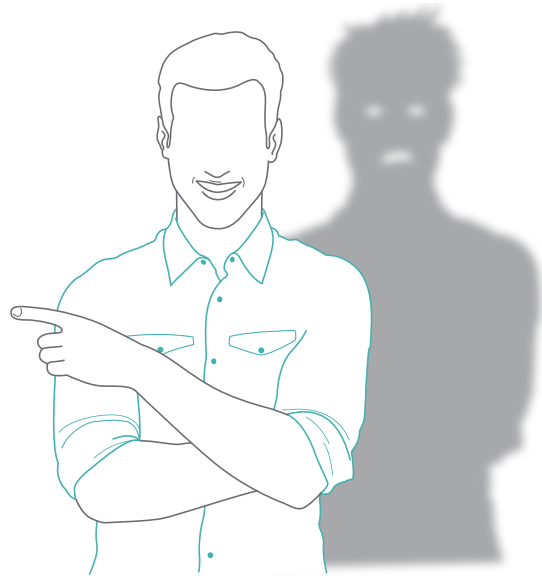
Selon l'OMS, en 2018, plus de 23 millions de personnes étaient atteintes de troubles du spectre schizophrénique dans le monde. En France, la prévalence est estimée à 600 000 personnes.

Des travaux de recherche récents menés sur l'influence de certains gènes sur les causes de la maladie estiment qu'environ 10 % des individus seraient exposés à des facteurs de vulnérabilité génétique à la schizophrénie, sans toutefois la développer.

En France, l'appellation « personnes vivant avec des troubles schizophréniques » est désormais préférée au vocable « schizophrènes » pour désigner les patients concernés. Même s'il n'a pas eu l'effet escompté au regard des représentations courantes qu'elle continue de véhiculer, ce changement sémantique visait à focaliser davantage l'attention sur la pathologie, plutôt que sur les personnes qui en souffrent, afin de ne pas les réduire à un tableau clinique qui suscite autant de peurs que de fantasmes. En effet, cette modification de la terminologie officielle peut paraître *a priori* anecdotique, mais elle soulève pourtant une question importante, celle du regard porté sur des personnes stigmatisées depuis des décennies. Aujourd'hui, les avancées de la recherche sur cette maladie décriée, notamment sur la pluralité de ses causes – génétiques, environnementales, neurobiologiques et cognitives – comme celles de sa prise en charge thérapeutique, avec une meilleure inclusion dans la vie sociale des patients suivis, laissent peut-être espérer une évolution souhaitable des mentalités.

La schizophrénie est un terme générique qui désigne un ensemble de troubles psychiques complexes. Elle est caractérisée par 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. C'est ce moment assez rare, et mal connu quant à ses mécanismes, qui est pourtant à la base des représentations collectives négatives liées à la schizophrénie, cristallisant ainsi toutes les peurs à l'égard d'un



individu se transformant. Il est toutefois important de rappeler que cette expression extrêmement est passsystématique.

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.

Ces syndromes représentent le cadre dans lequel chaque individu vivant avec des troubles schizophréniques évolue, en plus des paramètres liés à son environnement et son histoire personnelle. Ils se manifestent avec une tendance plus ou moins prononcée selon les cas.

La discordance est un processus qui affecte les fonctions psychiques normalement équilibrées chez un individu ordinaire.

Elle peut avoir des incidences variables sur le plan moteur (agitation, mouvements involontaires, etc.).

La discordance se manifeste au niveau de la pensée par :

- une dissonance entre le contexte d'une situation et l'expression affichée (rire face à l'annonce d'un évènement dramatique, etc.) ;
- une alternance d'émotions ressenties et exprimées en quelques heures ou minutes (passer du « rire aux larmes » ou de la « haine à l'amour »).

Pour l'entourage, ce qui peut se révéler désarmant

est le manque de rapport entre l'expression des pensées : elles sont séparées, comme étrangères. La discordance se manifeste au niveau du langage par :

- des propos qui peuvent se révéler incohérents, sans aucun rapport avec la conversation ;
- des idées qui se succèdent sans que leur lien ne soit établi ;
- des réponses illogiques ou incohérentes à des questions, voire l'usage de certains vocables inexistantes ;
- des idées incompréhensibles dans les phases extrêmes des symptômes.

Le syndrome délirant est le plus impressionnant pour le néophyte.

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

Des mécanismes de la pensée tels que l'imagination ou l'intuition peuvent se surajouter au délire jusqu'à donner l'impression à l'individu que l'on a pris le contrôle de son esprit ou de son corps. Néanmoins, il peut rester aussi relativement détaché émotionnellement de ce qu'il perçoit.

Parfois, sous la conjonction de mécanismes psychiques complexes, la schizophrénie peut aboutir à des crises d'une violence extrême, mais elles sont très rares chez des étudiants scolarisés.

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.

Le quotidien en société, les contacts sociaux, les usages sont vécus avec froideur sans élan vital, comme détachés du réel.

La relation à l'autre est souvent ressentie comme une agression, poussant la personne vivant avec des troubles schizophréniques à l'évitement et à l'isolement. Le recours à l'usage de stupéfiants ou d'alcool est souvent recherché afin de réduire les angoisses et combler les vides psychiques.

L'entrée dans la maladie, dont les mécanismes précis d'apparition sont encore mal connus, est constatée à la post-adolescence, entre 18 et 35 ans, bien que certains signes puissent apparaître précocement chez des enfants vers l'âge de 8 ans.

La schizophrénie peut débuter par une dépression, des conduites addictives associées à des « bouffées délirantes », des troubles du comportement alimentaire ou bien se développer

plus progressivement sans autre symptôme associé et aboutir à une phase aiguë qui provoque l'hospitalisation.

En outre, elle survient généralement lors de la présence de certains facteurs environnementaux (consommation de cannabis, etc.).

L'entourage familial ou scolaire constate des absences répétées, un détachement croissant à l'égard des contraintes ou des évaluations, un repli sur soi, une atonie, et fréquemment un manque d'hygiène. Toute action devient alors coûteuse en énergie. Et face à un individu devenu « étrange », les conflits peuvent s'installer, alimentés par des crises d'angoisse et des phases de violence plus ou moins marquées.

L'acceptation du diagnostic, quand il est posé, peut prendre du temps. Il requiert une prise de conscience peu aisée à ces âges. Le processus est donc souvent long, jalonné de rechutes et d'arrêts des traitements. Après un certain temps, le patient vivant avec des troubles schizophréniques suit généralement plus facilement les traitements qui lui sont proposés et devient enclin à limiter les sources pathogènes (alcool, stupéfiants, nuits blanches, etc.). Son rythme de vie doit s'apaiser afin de lui garantir un équilibre dans sa gestion du sommeil, de son alimentation et de la prise de ses médicaments.

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.).

Cependant, la majorité des personnes vivant avec des troubles schizophréniques fait l'objet d'une rémission durable. Elle dépend toutefois de plusieurs facteurs :

- la forme et la sévérité des troubles ;
- l'environnement affectif, le soutien psychosocial ;
- la précocité de l'accès à une prise en charge médicale adaptée ;
- l'observance des traitements (médicaments, thérapies, remédiation cognitive).

Pour une part croissante de personnes, avoir une vie familiale et professionnelle accomplie est possible après quelques années de soins assidus.

Pour autant, 20 % à 30 % des individus pris en charge n'observent pas correctement leur traitement, du fait de la sévérité de leurs symptômes ou par isolement social, et rechutent. **Dans ces cas-là, ou dans certaines phases aiguës,**

il est important de préciser que les individus présentant des troubles schizophréniques sont surtout dangereux pour eux-mêmes et très rarement pour autrui.

Il est récent de s'intéresser aux troubles cognitifs induits par la schizophrénie. Or, les déficits des capacités de mémorisation, d'attention, de planification et d'organisation sont clairement identifiables dans pratiquement tous les cas diagnostiqués. Il semble donc désormais important de les prendre en compte comme facteurs d'influence, mais aussi d'intervention, dans la reprise d'une activité éducative ou professionnelle.

La remédiation cognitive est ainsi une piste intéressante, parmi d'autres, pour agir sur la prise en charge de la schizophrénie. Deux types de cognitions sont impliqués dans les troubles observés : la cognition « froide » (mémoire, attention, fonctions exécutives) et la cognition « chaude » (relation aux autres, socialisation).

Cette dernière est l'objet de la plus grande réflexion car elle est impliquée au premier plan dans les facteurs de réussite d'une réintégration sociale, après une hospitalisation par exemple.

L'apport des thérapies de remédiation cognitive semble un enjeu de taille pour favoriser la poursuite d'études, et corrélativement d'une carrière professionnelle ou d'une vie familiale. Une meilleure connaissance de l'influence de la cognition sur la pathologie aide également à lever les préjugés.

À cet égard, 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.

Dans le cadre universitaire, un étudiant traité et stabilisé peut suivre une scolarité classique, notamment aidé par certains aménagements de scolarité afin de réduire le stress et la « charge mentale ».

Dans certains cas, il peut bénéficier d'un tuteur pour l'aider à suivre les étapes de la journée afin de ne pas oublier aucune (médicaments, horaires de cours, rendez-vous, etc.). Au fur et à mesure des progrès, et en lien avec les avis médicaux (SIUMPPS, psychiatre de l'étudiant), ces mesures peuvent être augmentées ou allégées.

Pour autant, la principale difficulté pour une personne vivant avec des troubles schizophréniques est la constance de comportement. Dans un 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 ET VIGILANCE

Face à des étudiants présentant des troubles schizophréniques, il n'existe pas de mode d'emploi type, mais des règles générales à adapter en fonction de chacun.

En premier lieu, on conseillera donc la plus grande vigilance face aux symptômes qui peuvent apparaître durant un semestre. La maladie se manifestant surtout entre 18 et 35 ans, l'université est souvent un des lieux d'expression des premiers symptômes et des premières prises en charge.

En cas d'encadrement thérapeutique, les rechutes sont nombreuses, annulant les efforts et les motivations les plus ferventes. **La bienveillance et le soutien sont ainsi avant tout requis.**

La désignation de la pathologie est rarement exprimée par souci de protection de l'étudiant, au regard des préjugés prégnants dont elle fait l'objet, davantage que par une volonté de la cacher. Cette réalité doit inciter à être sensible aux signes de manifestation des symptômes (incohérence des propos, détachement, isolement, réactions violentes) et à les déclarer sans délai aux services de scolarité, 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 l'étudiant concerné se débattre avec un état qu'il ne maîtrise pas, potentiellement dangereux et source de souffrance pour lui. Le cas échéant, une personne de l'établissement avec qui l'étudiant a une relation de confiance peut l'accompagner et l'aider à s'orienter vers une démarche de soins dans son intérêt.

Par ailleurs, face à une pathologie qui suscite beaucoup de clichés, l'information dans l'environnement universitaire, en particulier sur les progrès de la recherche, est centrale pour réduire la stigmatisation et favoriser les diagnostics précoces.

Une prise en charge médicale rapide et adaptée, associée à la mise en place d'un accompagnement avec des thérapies cognitives, peut véritablement améliorer la situation de l'étudiant et faciliter son maintien dans la scolarité, facilitant donc à terme son insertion professionnelle.

Les enseignants sont souvent les témoins de premiers signes évocateurs dans leurs cours et sont donc des « vigies » qu'il est nécessaire de bien sensibiliser pour leur permettre d'agir avec discernement dans l'intérêt de l'étudiant.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- **Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue » de l'étudiant.**
- **Demeurer attentif aux signes manifestes de « mal-être » de l'étudiant (agitation, propos incohérents, absences, etc.).**
- Demeurer attentif à certaines demandes ou remarques de l'étudiant pouvant laisser penser qu'il est en proie à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.
- **Apporter des signes de réassurance aux étudiants vivant avec des troubles schizophréniques, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants.**
- Veiller autant que possible à étaler la charge de travail de ces étudiants 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.
- Permettre aux étudiants présentant des troubles schizophréniques de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).
- **Communiquer les supports de cours en amont des séances pour éviter les surcharges cognitives induites par une prise de notes exhaustive.**
- Veiller à produire des énoncés d'examens ou d'exposés le moins implicites possible (exemple : « Vous traiterez le sujet suivant / Quel salut dans la fuite ? » ; le sens du terme « salut » à discuter pourra être précisé dans une note).
- **Favoriser les activités et les évaluations individuelles plutôt que collectives, ou le cas échéant laisser libre le choix de l'équipe de travail.** Les étudiants vivant avec des troubles schizophréniques ont parfois des difficultés à participer à des exercices collectifs, quand ce n'est pas les autres qui montrent des réticences à partager une activité commune avec eux. Il convient donc toujours de s'adapter avec souplesse à la situation.

- Limiter les facteurs perturbateurs en cours (bruit, interférences, ruptures du déroulé d'une séquence, etc.). Ces étudiants ont parfois des soucis associés de concentration et de vigilance. 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.

Enfin 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'étudiant pour renforcer la sérénité de son environnement d'études (Pilates, yoga, sophrologie).

Dans les situations critiques :

- éviter 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 de la part de l'étudiant. Il convient de rester clair, bienveillant et d'adopter une posture assertive ;
- veiller à limiter la surenchère lors de conflits ;

Enfin, face à un discours incohérent, absurde, « déconnecté de la réalité », ou l'évocation de « pensées bizarres », il est important de rester calme et d'éviter de remettre en cause brutalement les propos tenus.

À RETENIR

- La schizophrénie est une maladie psychique recouvrant un ensemble de troubles complexes.
- La schizophrénie peut induire une série de comportements atypiques discordants, en distorsion avec la réalité et/ou amenant à un retrait de la vie sociale.
- La schizophrénie entraîne une grande fatigue et certaines difficultés cognitives dans les situations d'apprentissage (attention, mise en œuvre, etc.).
- Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.
- Correctement stabilisée et prise en charge sur le plan médical, avec le soutien bénéfique éventuel d'une remédiation cognitive, la schizophrénie ne représente pas un obstacle à la poursuite d'études réussies.

PARTIE **CONCLUSIVE**

MÉTHODOLOGIE	77
REMERCIEMENTS	78

MÉTHODOLOGIE

À l'origine, ce travail résulte d'un projet sur l'innovation pédagogique et les handicaps cognitifs et psychiques dans l'enseignement supérieur, relevant de l'appel à projets « Pédagogies Innovantes » de la Communauté d'universités et d'établissements (COMUE) Université Sorbonne Paris Cité (USPC), avec le soutien du Programme des Investissements d'Avenir.

Il visait à concevoir des outils d'information et de sensibilisation sur la prise en charge des troubles cognitifs et psychiques dans l'enseignement supérieur, ainsi que des ressources pédagogiques adaptées, à destination des équipes enseignantes et de scolarité.

Le projet a donné lieu en juin 2016 à la première édition du présent guide dans une version différente.

La seconde édition – revue, augmentée et repensée en termes d'architecture – a été réalisée avec le soutien de l'Agefiph et du FIPHFP.

La rédaction du guide s'est fondée initialement sur les conclusions d'une enquête empirique réalisée à Sciences Po durant l'année universitaire 2015-2016 :

- 1) un questionnaire renseigné par un panel représentatif de 260 enseignants, qui comportait quatre parties : une évaluation du niveau d'information sur les handicaps cognitifs et psychiques, un retour sur expérience, une mesure des besoins et un recueil d'opinions sur quelques éléments précis (prise en charge des étudiants, adaptation des modalités de transmission et d'évaluation des savoirs) ;
- 2) un questionnaire renseigné par 47 étudiants en situation de handicap, qui comportait deux parties : un retour sur expérience et un recueil d'opinions sur des éléments similaires à ceux du questionnaire destiné aux enseignants ;
- 3) une série d'entretiens qualitatifs avec des enseignants, des personnels de scolarité et des étudiants.

De manière complémentaire, des éclairages et des témoignages de personnels enseignants et administratifs d'autres établissements d'enseignement supérieur ont été recueillis.

La production des contenus s'est appuyée sur les conclusions des évaluations d'une série d'expérimentations pédagogiques menées à Sciences Po entre février et mai 2016, puis en 2017, avec le concours d'enseignants et d'étudiants volontaires.

Les expérimentations ont été de quatre ordres :

- mise en place de dispositifs individualisés d'accompagnement renforcé pour quelques étudiants en situation de handicap psychique en grande fragilité dans leur environnement d'études ;
- tests d'adaptation de supports de cours et de leurs modalités d'usage ;
- propositions de ressources pédagogiques (informations, bonnes pratiques) à des enseignants ayant dans leurs effectifs des étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique ;
- atelier de métacognition (en partenariat avec l'Université McGill, soutenu par le Programme Samuel de Champlain).

Certaines expérimentations ont fait l'objet de recommandations d'experts dans leur mise en œuvre.

Le travail réalisé a bénéficié à tous les moments de ses avancées, de la conception de la démarche aux relectures des épreuves du guide, des conseils d'un panel de praticiens reconnus, d'experts confirmés et secondairement de professionnels ou de responsables associatifs.

Enfin, le projet a donné lieu à un important travail de recherche documentaire et de traitement d'informations de différentes natures (littérature scientifique, rapports et textes institutionnels, productions associatives).

REMERCIEMENTS

Le présent document est le résultat d'un travail auquel ont été associés de nombreux acteurs. Leur disponibilité bienveillante a été indispensable à sa réalisation.

Que soient donc remerciés chaleureusement :

- l'ensemble des praticiens, experts et responsables associatifs qui ont été consultés pour le projet ;
- les cadres et personnels de direction de Sciences Po qui ont apporté un soutien décisif au projet ;
- les enseignants de Sciences Po qui ont participé aux expérimentations proposées ;
- les enseignants de Sciences Po qui ont partagé leurs commentaires, leurs retours d'expériences et leurs points de vue ;
- les enseignants de Sciences Po qui ont répondu au questionnaire du projet ;
- les personnels administratifs de Sciences Po qui ont permis, à tous les niveaux, la bonne réalisation des expérimentations du projet et sa gestion ;
- les personnels administratifs de Sciences Po qui ont partagé leurs commentaires, leurs retours d'expériences et leurs points de vue ;
- les étudiants de Sciences Po qui ont participé aux expérimentations proposées ;
- les étudiants de Sciences Po qui ont partagé leurs commentaires, leurs retours d'expériences et leurs points de vue ;
- les étudiants de Sciences Po qui ont répondu au questionnaire du projet ;
- les personnels d'autres établissements d'enseignement supérieur, enseignants et administratifs, qui ont apporté des éclairages importants.

Les personnes suivantes doivent également être remerciées tout particulièrement pour leur implication, leur attention, leurs précieux conseils et leurs encouragements :

- **Jean-Louis ADRIEN**, Professeur des Universités émérite (psychologie), ancien directeur de l'Institut de psychologie de Paris ;
- **Stéphane AUZANNEAU**, Directeur des systèmes d'information, enseignant (économie), Sciences Po ;
- **Eva AUZOU**, Chercheuse (sciences de l'éducation), Sciences Po ;
- **Florence BARRUEL-SINIMALE**, Psychologue, Groupe hospitalier intercommunal Le Raincy - Montfermeil ;
- **Simon BECK**, Psychologue, expert autisme ;
- **Camille BENOIT**, Médecin-psychiatre ;
- **Maurice CORCOS**, Professeur de psychiatrie infanto-juvénile (Université Paris Descartes), Chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune de l'Institut mutualiste Montsouris de Paris ;
- **Aurore LAMBERT**, Secrétaire générale de la Revue française des affaires sociales, enseignant (science politique), Sciences Po ;
- **Denis LEGUAY**, Médecin-psychiatre hospitalier, Secrétaire général du Comité français pour la réhabilitation psychosociale ;
- **Jean-Christophe MACCOTTA**, Médecin-psychiatre ;
- **Bojan MIRKOVIC**, Médecin-psychiatre ;
- **Tina MONTREUIL**, Assistant-Professor (psychologie), Université McGill ;
- **Bernard PACHOUD**, Médecin-psychiatre, Professeur de psychopathologie (Université Paris Diderot) ;
- **Jérôme PELISSE**, Professeur des Universités (sociologie), Sciences Po ;
- **Anne REVILLARD**, Assistant-Professor (sociologie), Sciences Po.



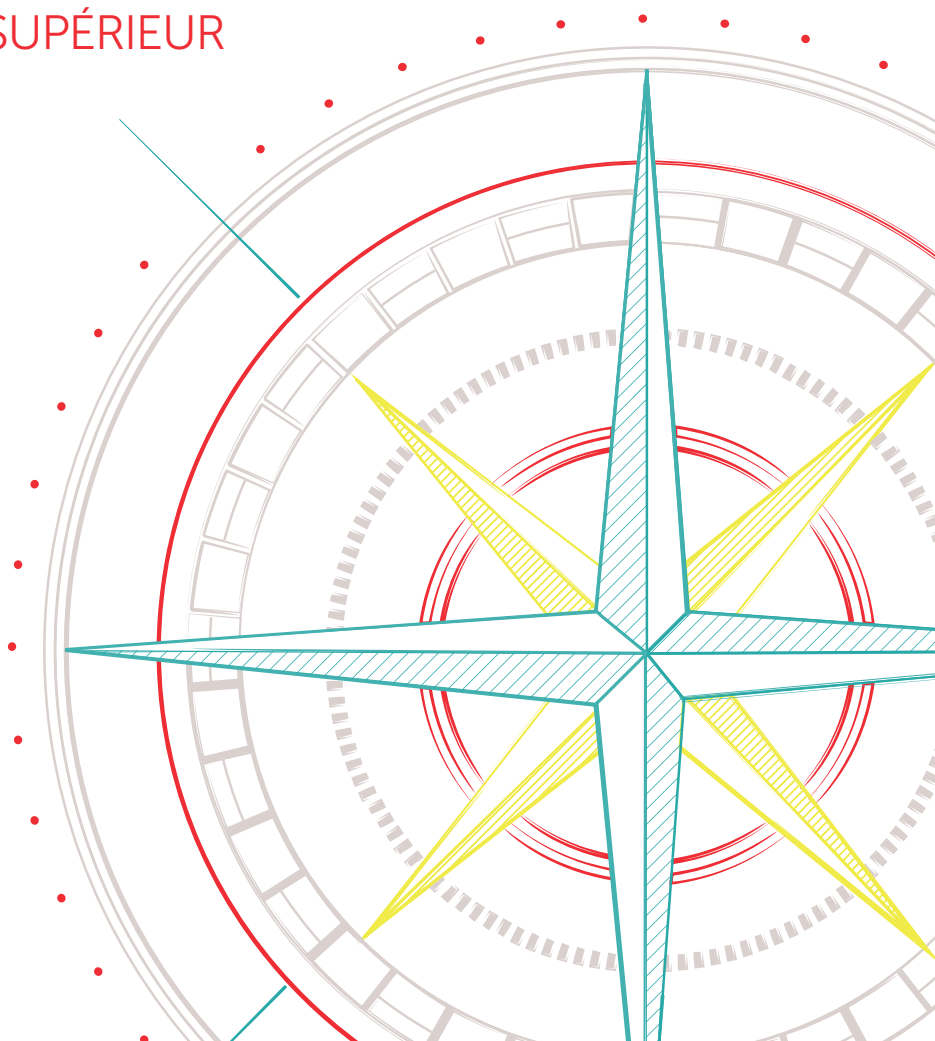
**Pour en savoir plus et suivre l'actualité du Pôle Handicap
de Sciences Po, flashez le *QR code* ci-dessus.**



FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE INNOVANTE **L'ANOREXIE**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

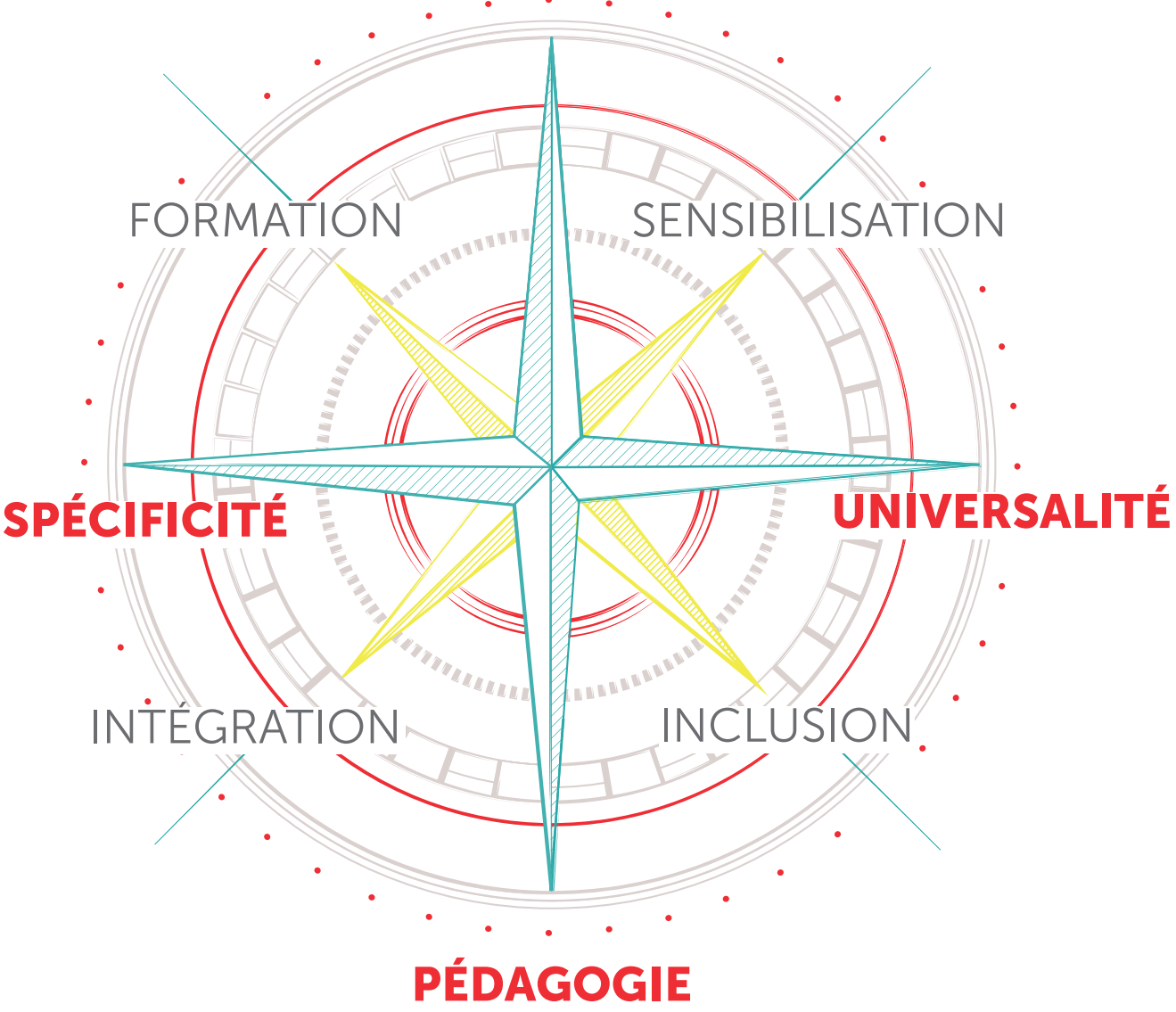
Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

INNOVATION



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER, **MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

L'ANOREXIE

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. **Ainsi, elle n'est pas liée à une perte d'appétit qui aurait des causes somatiques.** Au contraire, le malade ressent la faim, mais s'emploie à la dominer (privations) ou à la déjouer (vomissements, prise de médicaments). Plus il y parvient, plus il repousse ses limites, conforté par la satisfaction de l'assouvissement accompli. Il n'est pas rare également que l'anorexie mentale soit associée à un autre TCA, la boulimie nerveuse, les deux pathologies pouvant s'alterner par phases ou se succéder dans le temps.

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

Ses causes possibles sont multiples et cumulatives (facteurs socio-psychologiques, prédispositions génétiques, traumatismes infantiles), rendant impossible la prédiction de son apparition. Celle-ci reste donc dépendante d'une conjonction de déterminants propres à chaque individu. 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 événement 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 (affirmation identitaire contrariée, difficultés à accepter les changements physiques de la puberté, mésestime de soi).

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 ET VIGILANCE

Les étudiants 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).

Le cas échéant, à titre compensatoire en raison de leur fatigabilité, ils peuvent également obtenir du temps de composition supplémentaire lors d'évaluations écrites.

Néanmoins, en dehors de ces configurations, ils suivent « normalement » leurs études et n'ont généralement pas de difficultés scolaires particulières. Ainsi, leur prise en charge en situation de cours par les enseignants 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.

Les étudiants 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 hyperinvestissement 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 d'hyperactivité et d'une stimulation intellectuelle intense, éprouvant d'autant plus leurs limites physiques lorsqu'elles ne sont pas correctement canalisées.** 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 étudiants potentiellement très fragiles.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « mal-être » et/ou de « fatigue » de l'étudiant.
- Demeurer attentif aux signes manifestes de dégradation physique de l'étudiant (amaigrissement, visage marqué).
- Demeurer attentif à certaines demandes ou

remarques de l'étudiant pouvant laisser penser qu'il est en proie à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.

- Veiller autant que possible à étaler la charge de travail des étudiants 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.
- **Apporter des signes de réassurance aux étudiants anorexiques, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, il est important de dédramatiser les enjeux liés aux attentes du travail demandé.**
- Permettre aux étudiants anorexiques de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).
- Redonner du plaisir à faire les choses et du sens dans le parcours scolaire à travers la proposition d'activités annexes à l'environnement des études qui peuvent être une source de motivation à « dépasser le symptôme ».

Enfin, en concertation avec l'étudiant, une activité culturelle régulière peut être proposée pour favoriser le lien social et ouvrir le cadre universitaire sur une activité apaisante sans attente de performance.

À RETENIR

- L'anorexie mentale est le plus fréquent des troubles du comportement alimentaire.
- L'anorexie mentale est caractérisée par une volonté irraisonnée de contrôle du besoin vital de se nourrir, assimilable à une quête de soumission du corps à l'esprit.
- L'anorexie mentale entraîne une grande fatigue et une forte anxiété, alimentées de manière déraisonnable par une recherche d'excellence et de performance.
- La proposition de sujets d'intérêt à travailler dans le cadre de l'enseignement ou d'activités annexes à l'environnement des études, qui sont sources de plaisir et de sens, est à privilégier pour redonner de la motivation à « dépasser le symptôme ».
- Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

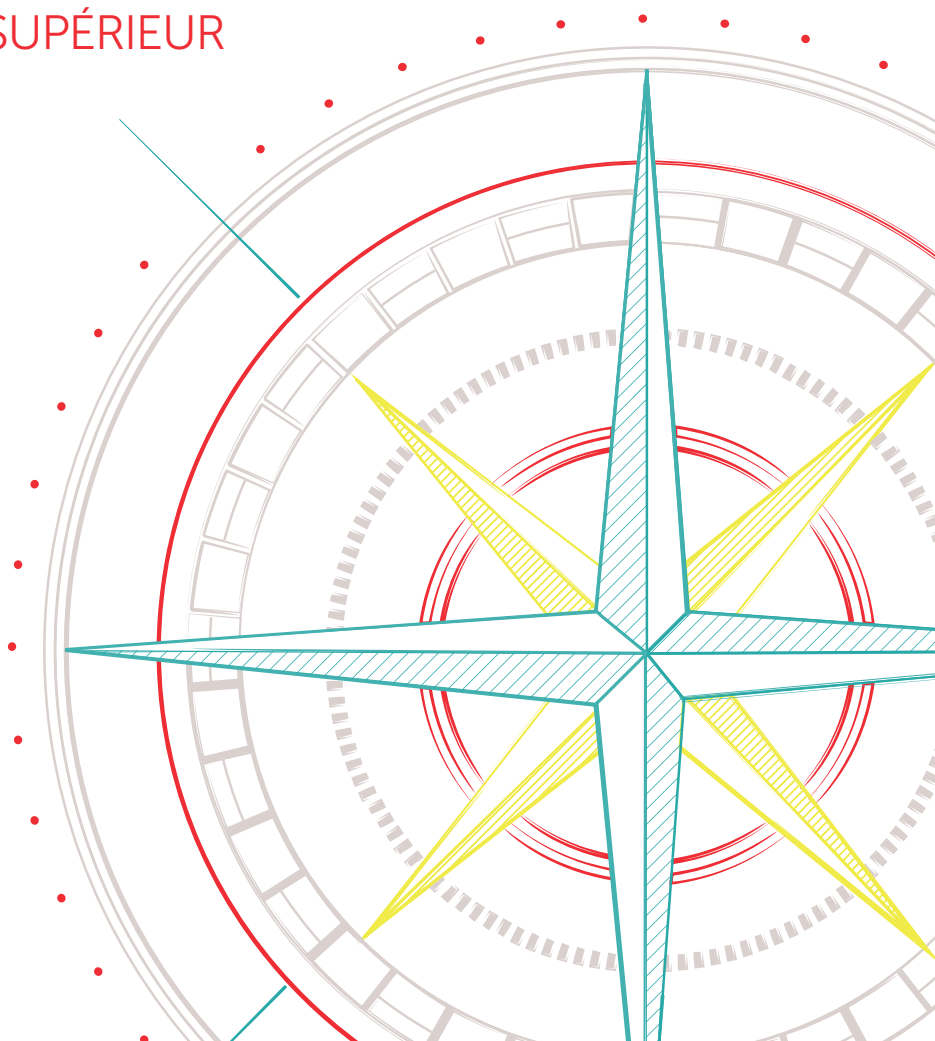
**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**



FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE INNOVANTE **L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

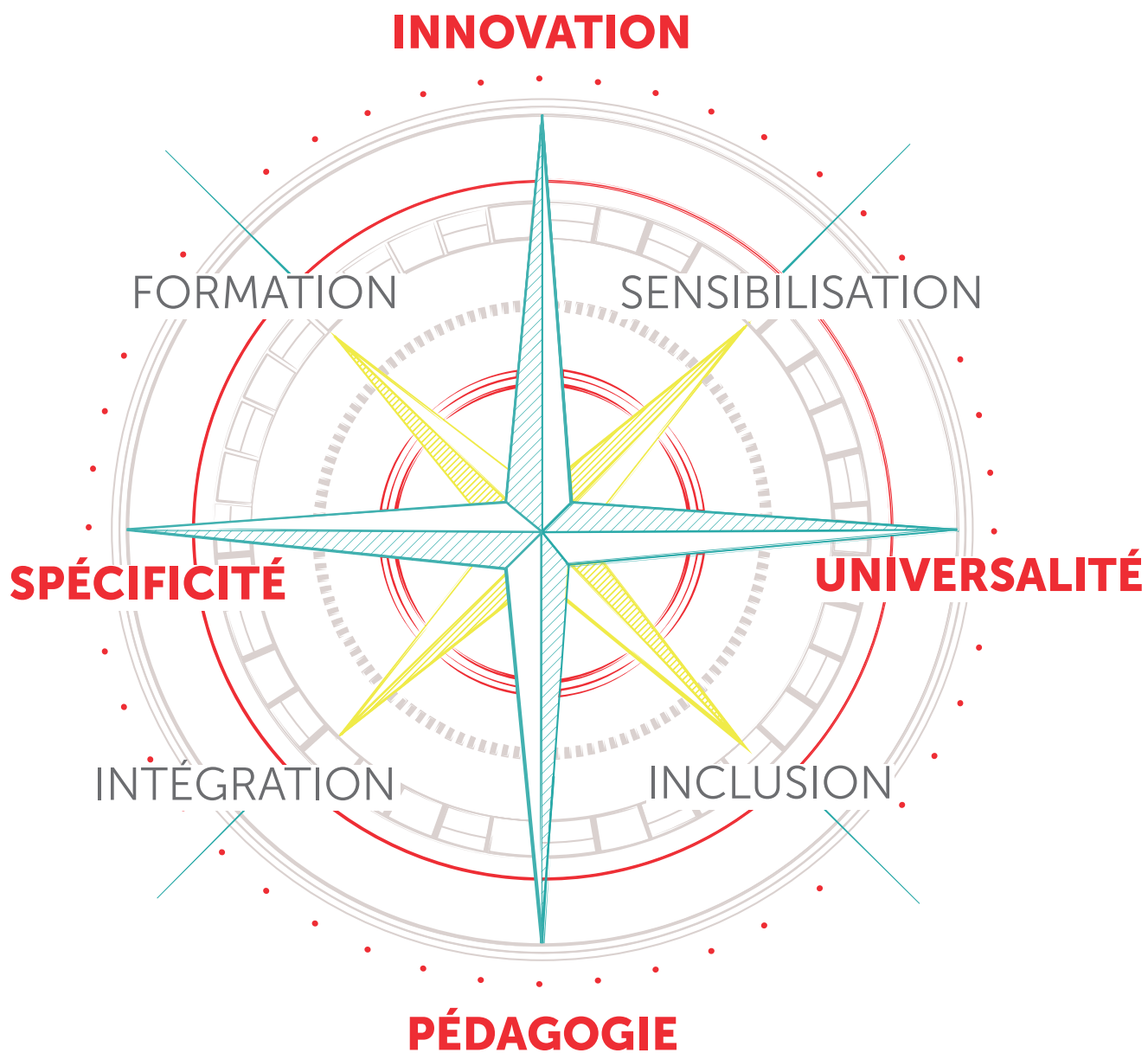
L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

Sciences Po

- Avec le soutien de l'Agefiph et du FIPHFP
- Auteurs : David Delfolie, Elsa Gérault
- Juin 2018



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE
HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON
LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER,
**MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE
SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE
EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

QUELQUES REPÈRES UTILES

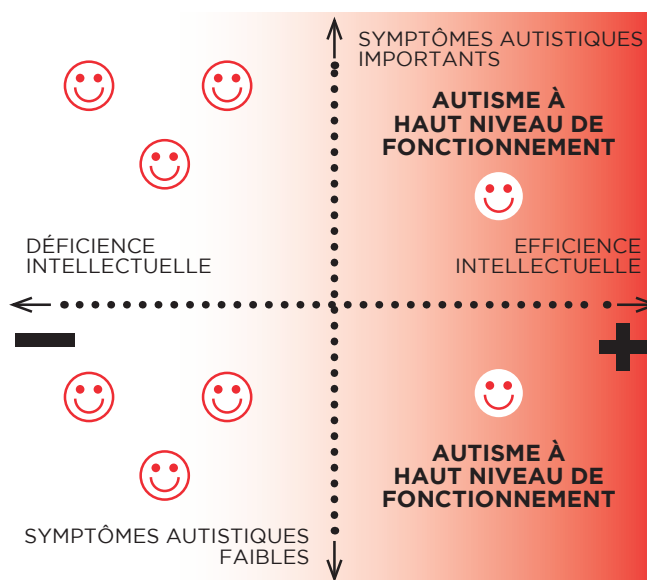
Communément nommés « autisme », les troubles du spectre de l'autisme (TSA) recouvrent une diversité de formes. On y associe par exemple le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance ou encore les troubles envahissants du développement non spécifiés.

Cependant, les sujets atteints de TSA se caractérisent par trois grands traits communs (relatifs aux aspects sociaux et cognitifs) : les relations aux autres, les modalités de communication et le fonctionnement altéré de certains comportements.

Néanmoins, au-delà des différentes formes de TSA qui correspondent à des tableaux cliniques distincts, les 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.

De manière générale, 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 de la personne autiste sont aussi affectées, occasionnant des altérations plus ou moins importantes dans le rapport à l'environnement extérieur. Par exemple, une hypersensibilité aux sons et aux lumières entraîne un inconfort extrême, avec en conséquence un évitement des lieux bruyants et animés.

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



Des études récentes ont montré que des facteurs génétiques, parmi d'autres explications, pouvaient jouer un rôle dans l'apparition des TSA (on parle de forme syndromique lorsque la cause génétique est clairement établie ; cela correspond à environ 10 % des cas). Par contre, une chose est désormais acquise : **les TSA ne résultent pas de causes psychologiques ou psychiatriques, comme cela a été envisagé pendant longtemps.** On considérait en particulier qu'ils étaient imputables à des dérèglements originels de la relation entre la mère et son enfant, avant que les progrès de l'imagerie cérébrale et de la recherche génétique ne viennent invalider cette hypothèse.

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 des troubles durables, mais l'impact des symptômes est évolutif. Ils s'améliorent généralement avec l'âge, à la faveur de l'expérience (apprentissage 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, sans toutefois être la plus importante numériquement. Elle est couramment associée à des profils possédant un potentiel intellectuel très supérieur à la moyenne, même s'ils ne représentent en réalité qu'un peu moins de 20 % des cas relevant de son tableau symptomatique. Ce syndrome a fait l'objet d'une reconnaissance médicale tardive en raison de son objectivation complexe sur le plan clinique.

« PRÉVOIR L'IMPRÉVU »

Les autistes sont rétifs au changement, à l'imprévu et à tout ce qui perturbe leurs routines. Ils sont rapidement déstabilisés par une situation inconnue pour laquelle ils n'ont pas une procédure intériorisée à opposer.

Pour limiter les configurations anxiogènes, et le cas échéant un moment difficile, **il est utile de « prévoir l'imprévu ».**

Il peut ainsi être proposé par écrit aux étudiants autistes, en concertation avec les enseignants concernés, des consignes détaillées et explicites à tenir dans un grand nombre de configurations hypothétiques, sous la forme d'un « guide du quotidien dans l'établissement ».

Exemples :

- Que dois-je faire si mon enseignant est en retard ?
- Que dois-je faire si un cours est reporté ?
- Que dois-je faire si je suis souffrant et que je ne peux pas me rendre à un cours ?
- Que dois-je faire si l'alarme incendie se déclenche pendant un cours ?
- Que dois-je faire si un autre étudiant fait un malaise pendant un cours ?

Par rapport à d'autres formes d'autisme, il se caractérise notamment par une prépondérance du trouble des habiletés sociales (communication sociale). Des avancées dans le domaine de la recherche ont permis son inscription dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10)⁹ et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM)¹⁰, avant qu'il ne soit finalement retiré de sa dernière édition, comme d'autres troubles spécifiques. Compte tenu de la variété des situations, qui éprouve le caractère tangible des catégories, la psychiatrie américaine a désormais adopté une classification fondée davantage sur une approche dimensionnelle avec une notion de spectre et de sévérité, au détriment d'une vision catégorielle, reflétant moins la diversité des situations cliniques.

Malgré tout, l'usage de la dénomination de syndrome d'Asperger demeure très ancrée et défendue car elle répond à des attentes sociales distinctives (image positive), au-delà des critères médicaux précis qui lui sont associés. En effet, 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 ET VIGILANCE

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

À des degrés différents selon les cas, les autistes à haut niveau de fonctionnement ne décodent pas spontanément les attentes sociales, les intentions, les attitudes et les émotions (joie, tristesse, colère, agacement, etc.) des personnes avec lesquelles elles communiquent. **Tout ce qui relève de l'implicite dans les rapports aux autres (vouvoiement/tutoiement, etc.) ou les**

9. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), 1993 et mises à jour annuelles.

10. <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/> DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, Paris, Elsevier Masson, 2015, Traduit de l'anglais.

situations non routinières n'est pas déchiffré. De même, ils ne maîtrisent pas les codes et les règles invisibles ordinaires – le « mode d'emploi » du quotidien acquis au cours de la socialisation – qui permettent de faire face intuitivement à une multitude de configurations. Seul l'apprentissage peut corriger ces lacunes, avec l'intériorisation de repères ancrés, souvent avec des moyens propres et détournés, pour identifier les enjeux d'une situation et y répondre par une attitude programmée. Cet apprentissage est d'autant plus efficient que le diagnostic d'un trouble du spectre autistique est établi précocement.

Il est complexe de présenter des signes concrets caractéristiques de l'autisme à haut niveau de fonctionnement, qui permettraient d'en proposer un profil-type, car ils varient fortement selon les individus. Néanmoins, on peut énumérer les plus fréquents, en insistant sur le fait qu'ils se cumulent diversement et de manière plus ou moins marquée en fonction des parcours et des personnalités :

- relative indifférence aux interactions collectives, isolement, repli sur soi, comportement fuyant, mutisme ;
- capacité de concentration de longue durée sur un centre d'intérêt ou un élément d'accroche exclusif, au détriment d'une attention démultipliée et réactive ; focalisations excessives ;
- intérêts obsessionnels et envahissants pour des sujets de prédilection, parfois surprenants (langue rare, type d'animaux, période historique ancienne, etc.) ;
- attention démesurée aux détails (mauvaise cohérence centrale) ;
- 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 à des endroits stratégiques avec une nomenclature signifiante, etc.) ;
- impossibilité à comprendre les expressions figurées (« être fagoté comme l'as de pique », « être riche comme Crésus », « avoir un chat dans la gorge », « avoir le moral dans les chaussettes », etc.) qui sont entendues au premier degré ;
- respect scrupuleux des règles et des délais, hyper-observance des consignes bien comprises ;
- extrême sensibilité au bruit, aux sons parasites, à la luminosité ;
- réticence aux contacts physiques du quotidien ;

- attitudes maladroitesses (fuir le regard d'un interlocuteur, règles de conduite et de politesse aléatoires, etc.) ; difficultés à ajuster le ton et le débit de la voix ; style vestimentaire décalé ;
- langage corporel inadapté, démarche inhabituelle, gestes étranges ;
- rituels, actions stéréotypées, automatismes ;
- propension à exprimer des propos hors contexte (idiosyncrasie) ;
- inadéquation de l'expression des émotions avec les caractéristiques de la situation ;
- difficultés à débiter et à terminer une conversation, tics de langage ;
- appétence avérée pour les mathématiques, et de manière générale pour les activités qui ne nécessitent pas d'interprétations ou de choix subjectifs, même si les raisonnements pour parvenir aux bons résultats ne sont pas nécessairement les plus usuels et sont difficilement explicables.

EXEMPLES D'ÉLÉMENTS FACILES À METTRE EN ŒUVRE POUR UN DOCUMENT EXPLICITE

- Aérer visuellement un document pour éviter l'excès d'informations.
- Utiliser une mise en forme aérée et très structurée.
- Penser à tout numéroter (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.
- Ajouter un glossaire.
- Redonner une définition quand il semble implicite de la mobiliser pour répondre à une question.
- Indiquer chaque référence à un texte, à un tableau, à une citation, etc., afin qu'elle soit identifiée.
- Éviter 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.).

Les conséquences liées à l'ensemble de ces traits constituent autant de handicaps pour les étudiants autistes et peuvent être la cause, par un effet cumulatif, d'une grande souffrance dans l'environnement universitaire. Dans les situations de cours, 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 étudiants 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 aux services de la scolarité ou au correspondant handicap permet d'apporter une réponse adaptée et de limiter le risque de décrochage scolaire.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

Même s'ils n'ont pas d'altérations de leurs facultés intellectuelles, les étudiants autistes à haut niveau de fonctionnement font face à des difficultés importantes dans les modalités de compréhension et d'évaluation des savoirs.

Ces difficultés peuvent être circonscrites par un certain nombre de dispositions, plus ou moins aisées à adopter.

Dans les interactions en cours

- autoriser les étudiants autistes, qui sont souvent hyperacousiques, à porter un casque filtrant – s'ils en manifestent le souhait – 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 ;
- Éteindre ou réduire les sources de lumière qui occasionnent une gêne inutile, si la luminosité naturelle est suffisante ;
- permettre aux étudiants autistes de choisir leur place en cours, qui est souvent la même, et veiller discrètement à ce qu'elle soit respectée par les autres étudiants ;
- ne pas insister auprès des étudiants autistes pour les faire participer oralement s'ils ne le souhaitent pas ;
- Veiller à faire preuve de tact ou de subtilité (en les remerciant pour leur intervention) pour interrompre les étudiants autistes, qui n'ont pas toujours la bonne mesure du temps accordé pour prendre la parole.

Dans les modalités de transmission des savoirs

- **il est important de faire autant que possible un effort pour proposer des énoncés clairs, concrets et être très explicite dans la manière de dispenser les connaissances (situer chaque propos, éviter les longues digressions, etc.).** Les étudiants 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 ;
- 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 ;**
- **il est conseillé l'usage d'un plan de cours très structuré, qui sera rappelé régulièrement pendant les séances.** C'est une aide précieuse pour remédier à des difficultés de repérage dans le déroulé logique de points différents successivement abordés ;
- les étudiants autistes peinent souvent à travailler en double tâche, c'est-à-dire écouter/comprendre le cours et le prendre en notes. Ils sont parfois perturbés par un mot qui va détourner leur attention et les empêcher de rester attentifs. Ils peuvent également être gênés de la même manière par un tic de langage ou gestuel de l'enseignant ;
- **certains présentent une lenteur pour écrire ou prendre des notes en raison d'une motricité peu coordonnée et d'une fatigabilité motrice rapide, dont il faut tenir compte.** Pour remédier à cette situation, parfois très pénalisante, plusieurs solutions peuvent être adoptées :
 - 1) autoriser l'enregistrement du cours, ce qui permet de le réécouter pour reprendre les passages incompris ou non pris en notes (avec parfois une vitesse 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, de références bibliographiques) qui facilite le travail personnel, souvent conséquent pour compenser les soucis de compréhension et compléter les notes manquantes.

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

- si un étudiant autiste ne souhaite pas faire un exposé, exercice particulièrement 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 étudiants autistes ont des difficultés, très compréhensibles, à participer à des exercices collectifs. Et généralement, les autres étudiants 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 les étudiants concernés leur préférence. **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.).** 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 ;
- 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 lire tout 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.**

TÉMOIGNAGE D'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. »

[Étudiant autiste, mai 2016]

Pour toutes les évaluations écrites et les travaux à préparer, il est nécessaire de veiller à plusieurs éléments importants en termes d'accessibilité :

- 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) **éviter les formules abstraites, implicites ou trop subjectives.** 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 ou de faire des choix hiérarchisés (« définissez les caractéristiques », « donnez la définition », « décrivez les conditions d'apparition », etc.).**

De manière générale, il est essentiel de comprendre que les étudiants 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.

Par ailleurs, ils ont des difficultés à hiérarchiser des informations diverses et variées 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 de dissertation, 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.

À RETENIR

- L'autisme à haut niveau de fonctionnement est un trouble cognitif qui n'est en rien l'expression d'une déficience des capacités intellectuelles.
 - L'autisme à haut niveau de fonctionnement affecte le rapport à l'environnement extérieur, c'est-à-dire les relations aux autres, les modalités de communication et certains comportements.
 - L'autisme à haut niveau de fonctionnement entraîne une hypersensibilité aux stimulations sensorielles, une réticence au changement et à l'imprévu (tout ce qui déroge aux routines établies), des difficultés pour « décoder l'implicite » et un déficit en termes d'habiletés sociales.
 - La bonne accessibilité des supports de cours et des consignes de travail (transparence des termes, des formulations et du sens) est une solution à privilégier pour limiter les difficultés d'apprentissage.
 - Dans les interactions en cours, la limitation de l'usage de l'implicite, de l'abstrait et des sources de perturbations inutiles (forte luminosité, bruits parasites, etc.) est à recommander.
- Les personnes autistes à haut niveau de fonctionnement ont souvent une capacité de travail importante (tâches routinières et exigeant une grande rigueur d'exécution), de bonnes aptitudes informatiques et font preuve d'une hyperobservance des règles et des consignes.

LE RÔLE DE L'IMPLICITE DANS L'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES

Lors d'une épreuve écrite de culture générale pour un concours, auquel participait un étudiant autiste, le sujet posé était une citation à commenter : « Pensez-vous, comme Gustave Flaubert, que le peuple est un éternel mineur ? ».

L'intitulé présentait un premier obstacle puisqu'il invitait les candidats à argumenter à partir d'un choix subjectif (« pensez-vous ? »), exercice qui est souvent complexe à faire pour un autiste. Néanmoins, l'étudiant, déjà familier de ce type de questions, a appliqué la « procédure » qu'il s'était habitué à mettre en œuvre pour préparer son plan de dissertation : « traduction » des termes (il écrit sur une feuille de brouillon les définitions de chaque mot), établissement d'une liste d'idées et de références s'y rapportant, organisation didactique des connaissances selon leur importance.

Or, la première définition du terme de « mineur » qui lui semblait logique était celle de l'ouvrier des mines. Celle sous-entendue dans le sujet n'arrivait qu'en seconde position dans son énumération et devait donc être traitée, mais avec une moindre place (hiérarchie objective dans la construction de l'argumentation).

L'étudiant a bien identifié qu'il faisait une erreur en privilégiant sa première définition pour répondre au sujet. Cependant, déjà anxieux par l'enjeu de l'épreuve, improviser une autre manière de faire l'aurait trop déstabilisé, avec un risque de ne pas pouvoir effectuer le travail, au regard du coût émotionnel et cognitif que cela impliquait pour lui. Tout en sachant qu'il allait dans une mauvaise voie, il a donc privilégié le confort de l'observance à la lettre de sa méthode plutôt que la gêne insurmontable dans l'instant d'une reprogrammation de ses propres règles de fonctionnement.

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

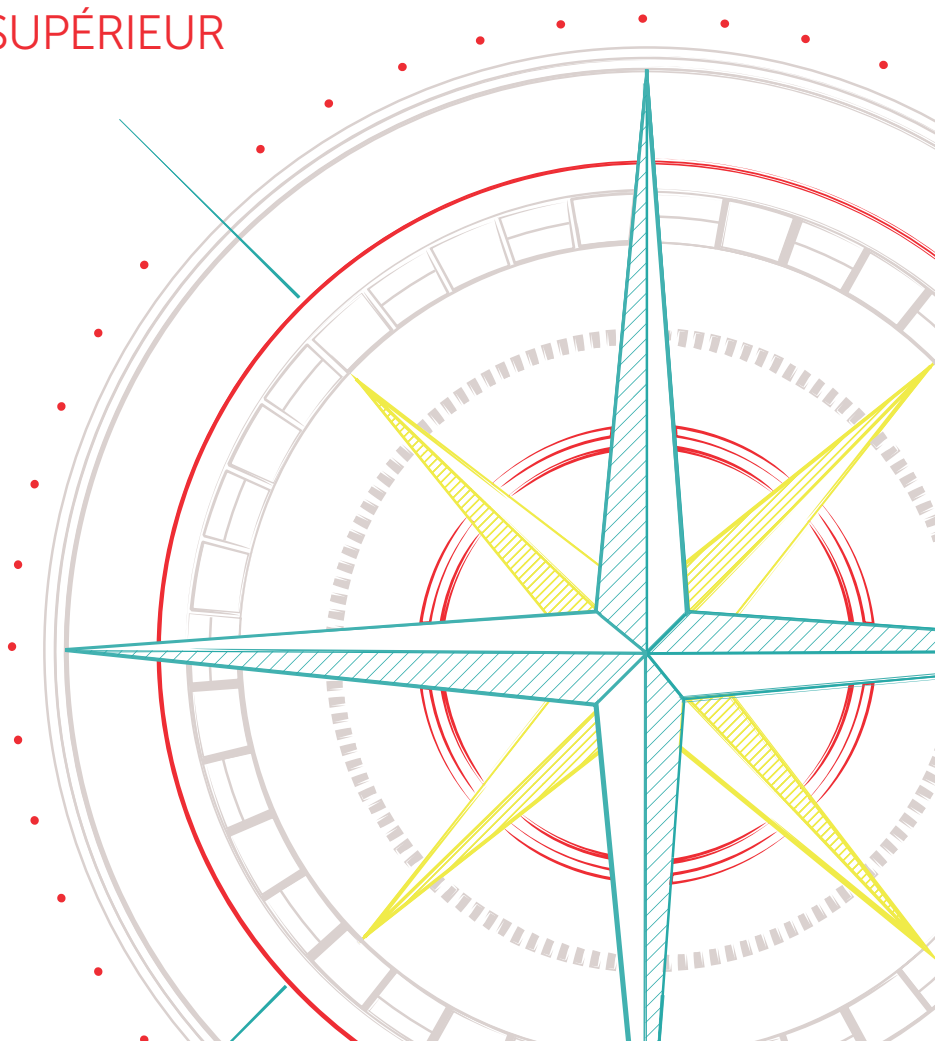
**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**



FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE INNOVANTE **LA DÉPRESSION**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

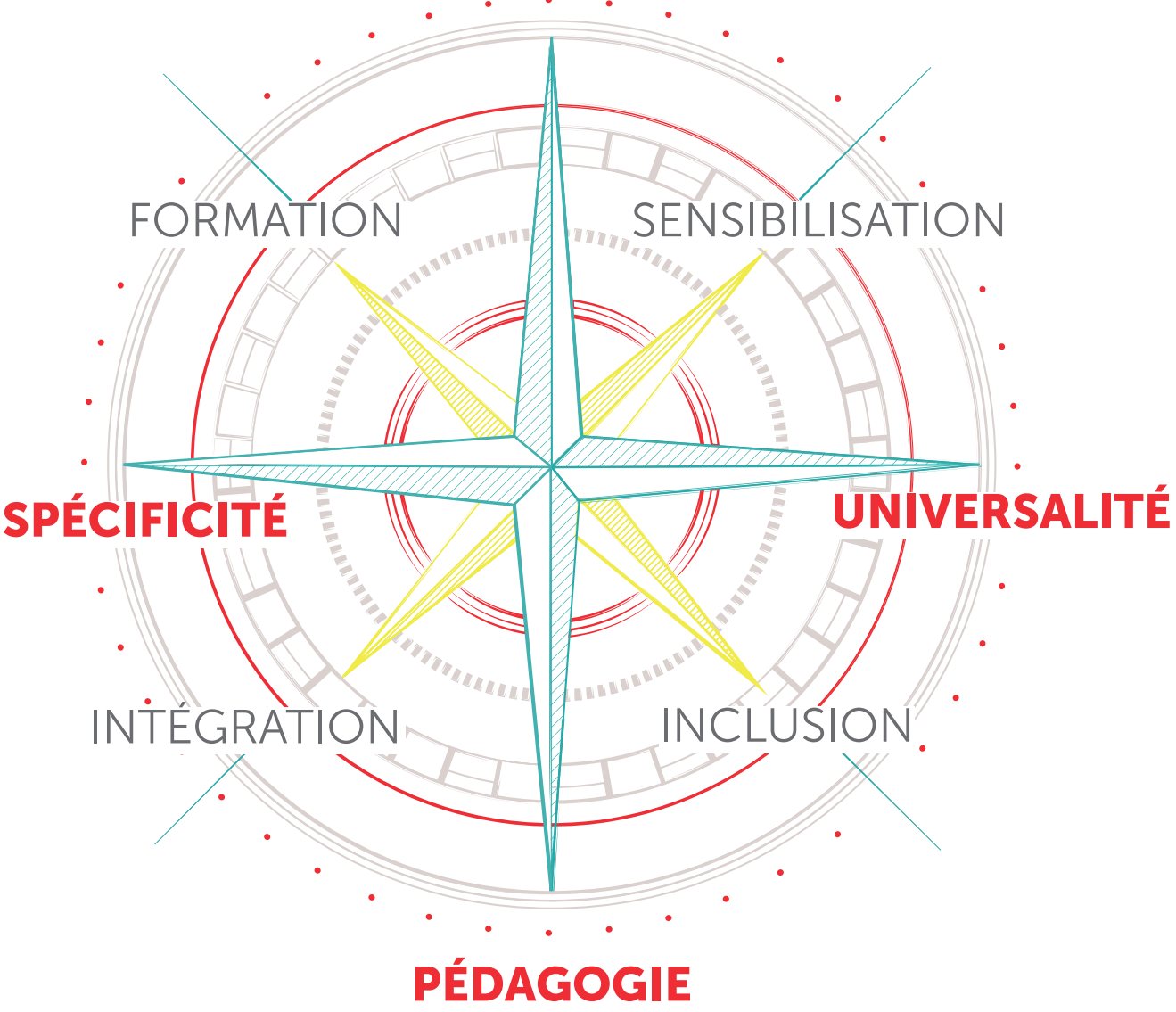
Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

INNOVATION



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER, **MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

LA DÉPRESSION

QUELQUES REPÈRES UTILES

La dépression ou épisode dépressif majeur (EDM) est le plus fréquent des troubles de l'humeur.

L'OMS estime que 300 millions de personnes sont affectées par un syndrome dépressif à l'échelle internationale. L'augmentation continue des cas déclarés – en partie liée à un meilleur diagnostic dans beaucoup de pays – a été de 18 % entre 2005 et 2015. En 2017, la maladie a été reconnue par l'ONU comme le premier facteur mondial, direct ou indirect, de morbidité et d'incapacité de travail. Elle serait la cause de près de la moitié des suicides, soulignant sa gravité, tandis que ses incidences multiples restent souvent sous-estimées.

La dépression a longtemps été considérée comme le signe d'un « manque de caractère » ou « le privilège de ceux qui n'ont rien d'autre à penser ». Elle est aujourd'hui mieux reconnue socialement comme une pathologie à part entière, même si elle fait toujours l'objet de clichés ou de perceptions culturelles différenciées selon les pays.

Elle peut survenir à tous les âges de la vie et sa prévalence est plus élevée chez les femmes, même si l'écart statistique avec la population masculine touchée tend à se réduire. Associée à de la tristesse et de la morosité – des états que chacun peut connaître dans le quotidien pour une multitude de raisons – la dépression se distingue néanmoins de la « déprime passagère » ou du « coup de blues » par des signes cliniques bien identifiés.

Elle est une pathologie invalidante, parfois chronique, indépendante de la « volonté » du patient, et doit donc faire l'objet d'une prise en charge médicale adaptée. Cette dernière peut être très diverse en fonction de la nature de l'apparition des troubles, de leur sévérité et du profil de la personne affectée (antécédents, environnement, association avec d'autres troubles, etc.).

La dépression se distingue des troubles anxieux, même si certains symptômes s'y rattachant peuvent se manifester durant un épisode dépressif. Elle peut être aussi une conséquence induite par un autre trouble, y compris d'ordre physiologique ou physique, 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.

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 15 jours consécutifs :

- tristesse constante, avec ou sans pleurs, s'accompagnant d'une « douleur morale » ;
- 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.

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.

La prévalence de la dépression chez les étudiants est en hausse constante, avec un risque suicidaire associé élevé. Le stress lié à la performance scolaire, et/ou à la précarité sociale, est un facteur aggravant, en particulier dans le contexte actuel anxigène de difficulté d'accès à l'emploi.

À RETENIR

- **La dépression est le plus fréquent des troubles de l'humeur.**
- **La dépression induit une tristesse profonde (« mal-être »), ainsi qu'une perte d'intérêt et de plaisir.**
- **La dépression entraîne une grande fatigue et un ralentissement psychomoteur.**
- **Le manque de confiance en soi et l'hypersensibilité provoqués par l'état dépressif nécessitent de faire preuve de beaucoup de bienveillance, sans toutefois « décider à la place » de la personne ce qu'elle est en capacité ou pas de faire.**
- **Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.**

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Pendant les phases de manifestation critique des symptômes de la maladie, la scolarité des étudiants dépressifs est parfois suspendue de fait, par incapacité temporaire ou sur avis médical. C'est notamment le cas lors d'épisode mélancolique (dépression majeure, « endogène ») en raison du risque élevé de passage à l'acte suicidaire.

Néanmoins, la plupart restent scolarisés par choix, avec un absentéisme plus ou moins important au quotidien, et bénéficient d'aménagements prescrits par la médecine universitaire lorsqu'ils ont fait les démarches nécessaires (étalement des délais de restitution des devoirs écrits, dispense d'assiduité, etc.). Le cas échéant, à titre compensatoire en raison de leur fatigabilité, ils peuvent également obtenir du temps de composition supplémentaire lors des examens.

La difficulté pour apporter une réponse pédagogique adaptée est que beaucoup d'étudiants dépressifs, mal informés sur leurs droits et/ou résolus à poursuivre leur cursus en pensant que les « choses vont aller mieux rapidement », ne se signalent pas spontanément. Certains le font, mais souvent trop tardivement, quand la spirale de l'échec est devenue criante.

En effet, la maladie a des incidences conséquentes, sous-évaluées et généralement durables, sur les études. Elle est reconnue comme une pathologie très invalidante, justifiant des arrêts de travail longs dans la sphère professionnelle. Comment ne serait-elle pas aussi particulièrement handicapante en contexte d'apprentissage ?

Malgré tout, la prise en charge pédagogique des étudiants dépressifs n'appelle pas à des aménagements majeurs par les enseignants. Avant tout, elle nécessite de leur témoigner de la bienveillance et une attention renforcée. Et dans les moments d'expression sévères de la pathologie, il est surtout important de maintenir un terrain de dialogue « sensible » et rassurant avec eux.

Les étudiants dépressifs cumulent souvent plusieurs traits, qui sont problématiques à appréhender pour les enseignants :

- ils sont sujets à une fatigue importante, à un ralentissement psychomoteur, voire à une forme d'abattement, en raison des effets de la maladie et/ou des traitements ;
- ils manifestent parfois temporairement certains troubles cognitifs ;
- ils souffrent d'un déficit attentionnel et de moments de perte de vigilance en cours ;

- ils sont très anxieux face aux attentes universitaires, se sentant moins performants du fait de la maladie, ce qui peut par voie de conséquence l'aggraver ;
- ils sont fréquemment en proie à une diminution de leurs aptitudes d'exécution pour réaliser les exercices académiques demandés, les rendant pénibles et coûteux en efforts, qui est une source de stress et de pression (peur de ne pas y arriver, impression d'être « submergé par la tâche », etc.) ;
- ils montrent une hypersensibilité et une grande fragilité émotionnelle.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue » de l'étudiant.
- Demeurer attentif aux signes manifestes de « tristesse » et de « mise en retrait » de l'étudiant.
- Demeurer attentif à certaines attitudes ou demandes de l'étudiant pouvant laisser penser qu'il fait face à une forte anxiété qu'il parvient difficilement à maîtriser.
- Privilégier une transmission des consignes de travail par écrit, plus rassurante en cas d'absence à une séance ou de décrochage de l'attention en cours.
- Veiller autant que possible à étaler, voire à adapter, la charge de travail des étudiants dépressifs pour leur éviter des pics de grande activité. Ils sont des facteurs de stress et de fatigue supplémentaire, qui s'avèrent dès lors épuisants et démobilisateurs. Idéalement, cette préoccupation peut faire l'objet d'une coordination entre les enseignants concernés.
- Apporter des signes de réassurance aux étudiants dépressifs, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, il est important de dédramatiser auprès d'eux les enjeux liés aux attentes du travail demandé.
- Permettre aux étudiants dépressifs de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).

Enfin, en concertation avec l'étudiant, la pratique d'une activité relaxante et/ou culturelle dans le cadre universitaire peut être proposée pour offrir des moments apaisants et de remédiation sociale sans attente de performance.

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

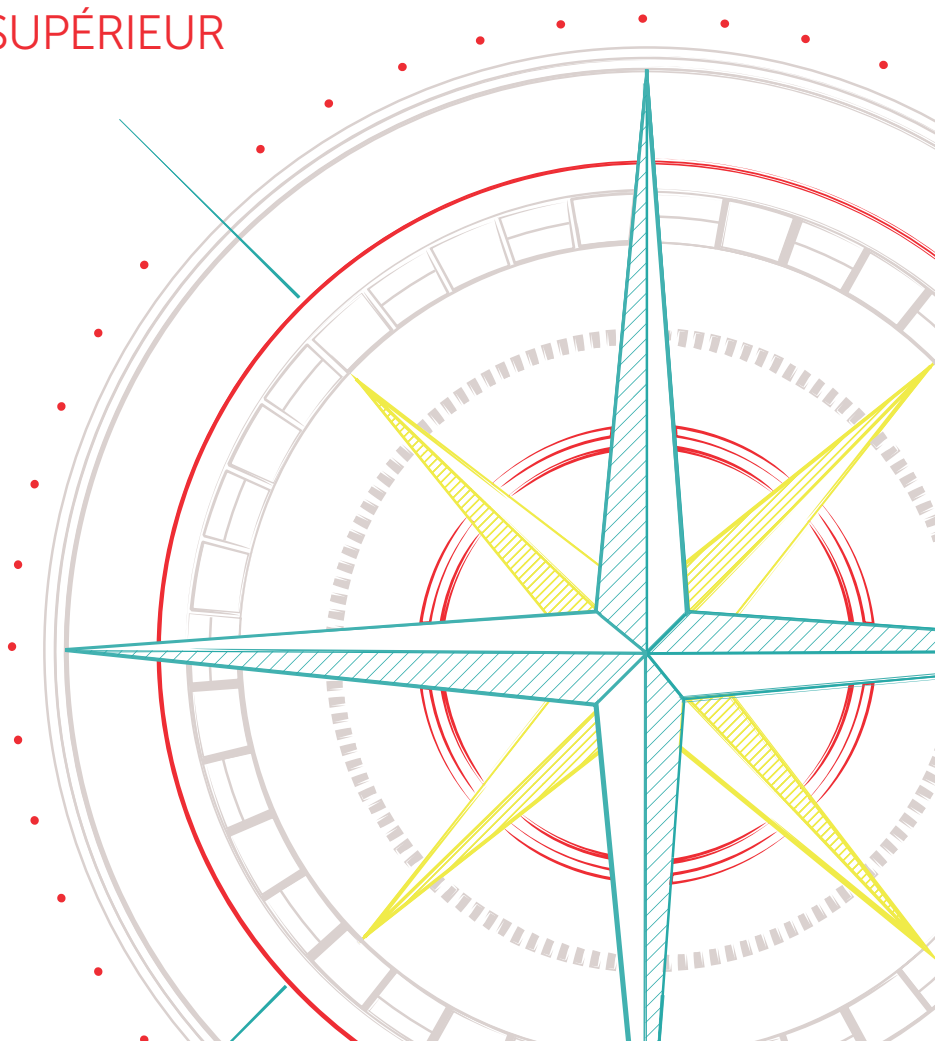
**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**



FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE INNOVANTE **LA DYSLEXIE**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

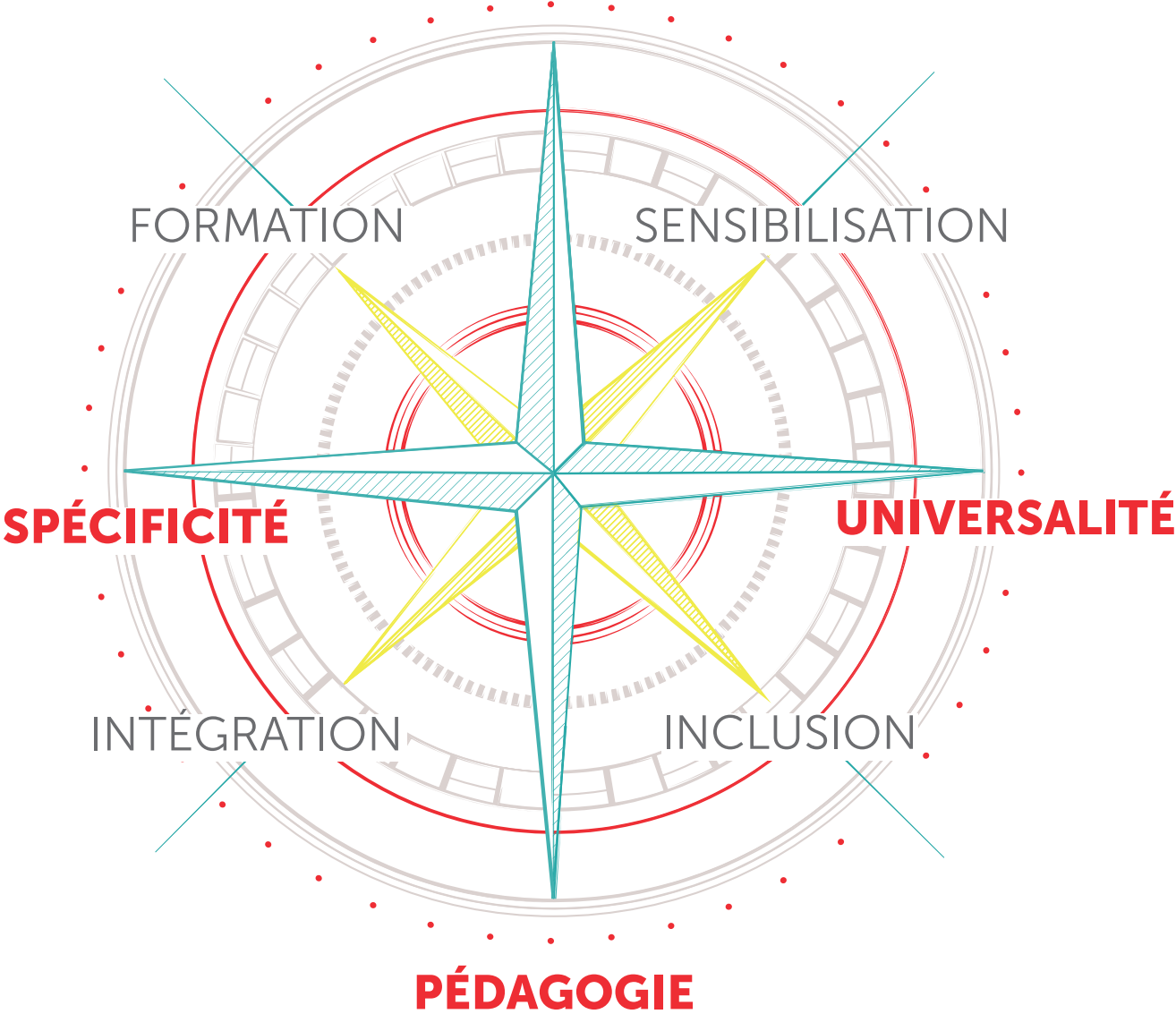
L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

- Avec le soutien de l'Agefiph et du FIPHFP
- Auteurs : David Delfolie, Elsa Gérault
- Juin 2018

INNOVATION



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER, **MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

LA DYSLEXIE

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 concernés⁷.

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 intellectuel.

Une hypothèse est qu'elle résulte d'une perturbation de la migration neuronale lors de la formation du cerveau, entravant la connectivité cérébrale dans les zones mobilisées pour la lecture. 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 symptômes 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'automatisation 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 important.

7. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/troubles-apprentissages>



On distingue 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) engendrant une maîtrise aléatoire de l'association entre les graphèmes et leurs phonèmes correspondant. Cette étape préliminaire de l'apprentissage de la lecture, appelée « stade alphabétique », est décisive pour la bonne acquisition ultérieure du langage écrit.

La dyslexie de surface renvoie à des difficultés de mémorisation et de reconnaissance des mots sous leurs différentes formes. Les modifications lexicales liées à l'application des règles de grammaire (conjugaison des verbes, accords, etc.) sont mal repérées et induisent parfois une mauvaise compréhension de leur sens.

La dyslexie mixte associe les troubles des deux autres types.

Parce qu'elle complique l'acquisition de l'expression écrite, en plus d'avoir des effets négatifs directs sur l'application des règles et des conventions de l'écriture, 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 d'autres troubles spécifiques des apprentissages, comme la dyspraxie ou un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Les étudiants dyslexiques, à la faveur de leur expérience et de l'accompagnement dont ils ont bénéficié, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap. Parallèlement à la correction de certains traits, notamment par la répétition et l'habitude, beaucoup d'entre eux sont parvenus à développer des outils personnels de compensation ou des stratégies de contournement des obstacles.

Néanmoins, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours universitaire de la plupart des étudiants dyslexiques car ils sont contraints quotidiennement à des efforts notables pour effectuer chacune des tâches impliquant de la lecture et/ou de l'écriture.

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

- **une lecture pénible ou hésitante ;**
- **une compréhension écrite lente ;**
- **une écriture peu fluide ;**
- **une expression écrite avec de nombreuses fautes d'orthographe, plus ou moins surprenantes sur le plan phonétique ;**
- **une syntaxe maladroite ;**
- **une plus grande fatigue.**

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, les étudiants dyslexiques sont souvent placés en situation de travail en double tâche.

Sur le plan de la recherche, à la faveur des progrès de l'imagerie médicale, des avancées récentes sur la compréhension de la dyslexie – dont certaines ont eu un large écho médiatique – ont ouvert des pistes intéressantes pour sa prise en charge.

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« 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. »

[Étudiant dyslexique, avril 2016]

Elles suscitent des espoirs sur sa compensation efficace à moyen terme, même si beaucoup d'aspects restent à explorer. Néanmoins, elles participent à l'émergence de nouvelles connaissances et donc de nouvelles pratiques pour un meilleur confort d'apprentissage des personnes concernées.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Les étudiants dyslexiques peuvent bénéficier d'un temps de composition majoré lors des évaluations écrites ou des examens.

Néanmoins, cette mesure de compensation, souvent nécessaire, ne résout en rien les difficultés d'accessibilité dans les apprentissages courants.

Ainsi, selon les cas, les étudiants dyslexiques peuvent cumuler un certain nombre de traits qui compliquent leur scolarité :

- **la compréhension écrite est plus ou moins lente et nécessite plusieurs lectures ;**
- **ils sont souvent très anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours.** La difficulté de travailler en double tâche (lire un support de cours ou écouter et comprendre, avec une prise de notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress ;
- **ils sont sujets à une forte fatigue en raison des efforts démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage.** 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 ;
- **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 »).**

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Être attentif à bien répartir la charge de travail.
- **Privilégier une double transmission des consignes de travail : oralement (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes.**
- **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 pour rattraper des parties de cours mal comprises ou non prises en notes.
- Souligner les erreurs ou les fautes commises lors de la restitution de travaux écrits mais ne pas les sanctionner outre mesure – tout en les prenant en compte – pour ne pas décourager l'étudiant. Le cas échéant, il peut être conseillé à l'étudiant de se rapprocher du Pôle Handicap pour faire l'acquisition d'un logiciel de correction orthographique.
- Favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (*text-to-speech*).
- **Adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles (cf. Partie I).**
- **Mettre en œuvre une pédagogie renforcée et explicite sur le plan méthodologique (conseils didactiques, illustrations concrètes, exemples de corrections, consignes de travail optimisées en lien avec les particularités de la discipline, aide spécifique à la hiérarchisation des idées, etc.).** À cet égard, il est essentiel de bien expliquer la justification d'une note, bonne ou mauvaise, en soulignant les points acquis tout autant que les progrès à faire pour guider les efforts à produire et éviter ainsi des découragements inutiles, faute de compréhension claire des lacunes à combattre.

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« 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. »

[Étudiant dyslexique, avril 2016]

À RETENIR

- **La dyslexie est un trouble neuro-développemental affectant l'acquisition du langage écrit qui n'est en rien engendrée par une déficience des capacités intellectuelles.**
- **La dyslexie induit des difficultés plus ou moins importantes d'expression écrite et/ou de lecture, avec une lenteur de la compréhension associée.**
- **La dyslexie entraîne une fatigue cognitive importante, notamment dans les situations de travail en « double tâche » (coût attentionnel élevé, arbitrages) et une forte anxiété à l'endroit des exigences universitaires.**
- **La bonne accessibilité des supports de cours et des textes à lire est une solution à privilégier pour limiter les difficultés d'apprentissage.**
- **La transmission des supports de cours avant les séances et l'octroi de délais raisonnables pour des tâches impliquant de la lecture sont à recommander.**

Les personnes dyslexiques ont souvent une capacité de travail importante (habitude de compenser leurs difficultés, persévérance) et des qualités d'inventivité (habitude de développer des stratégies pour contourner leurs difficultés).

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

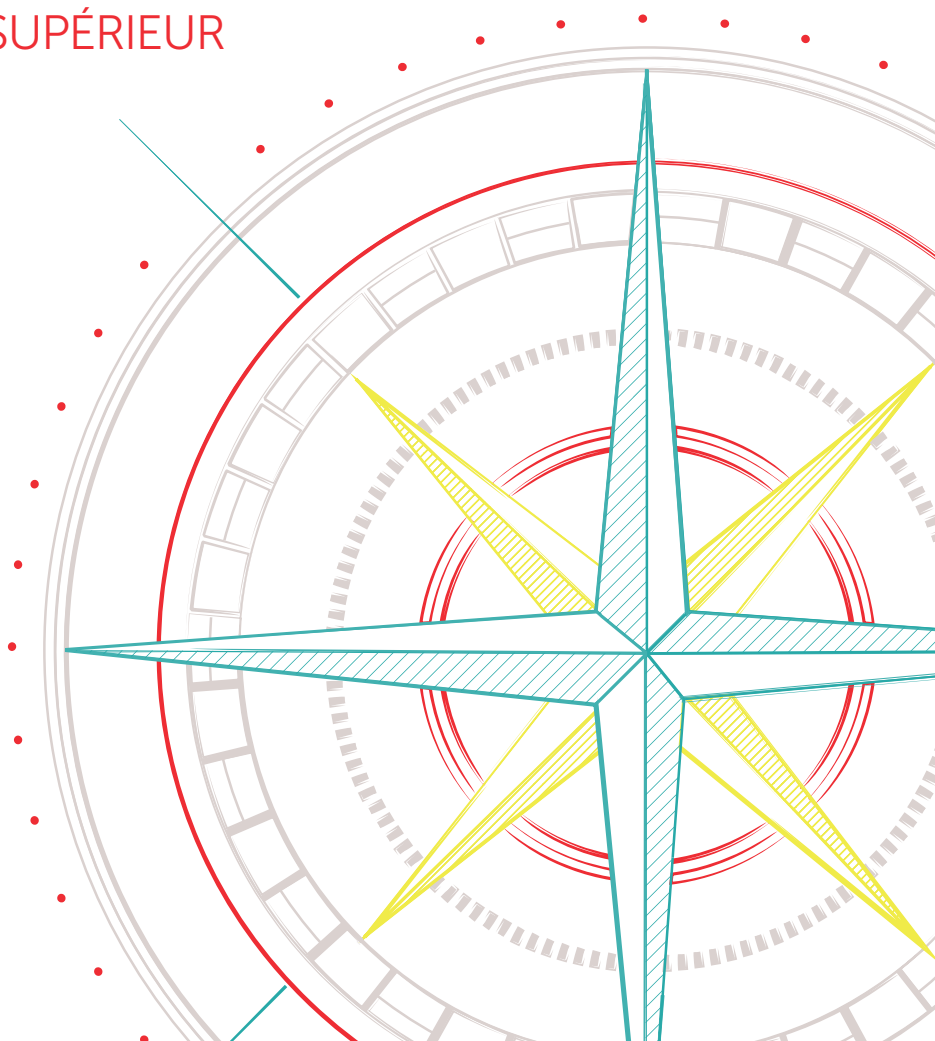
**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**



FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE INNOVANTE **LA DYSPRAXIE**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

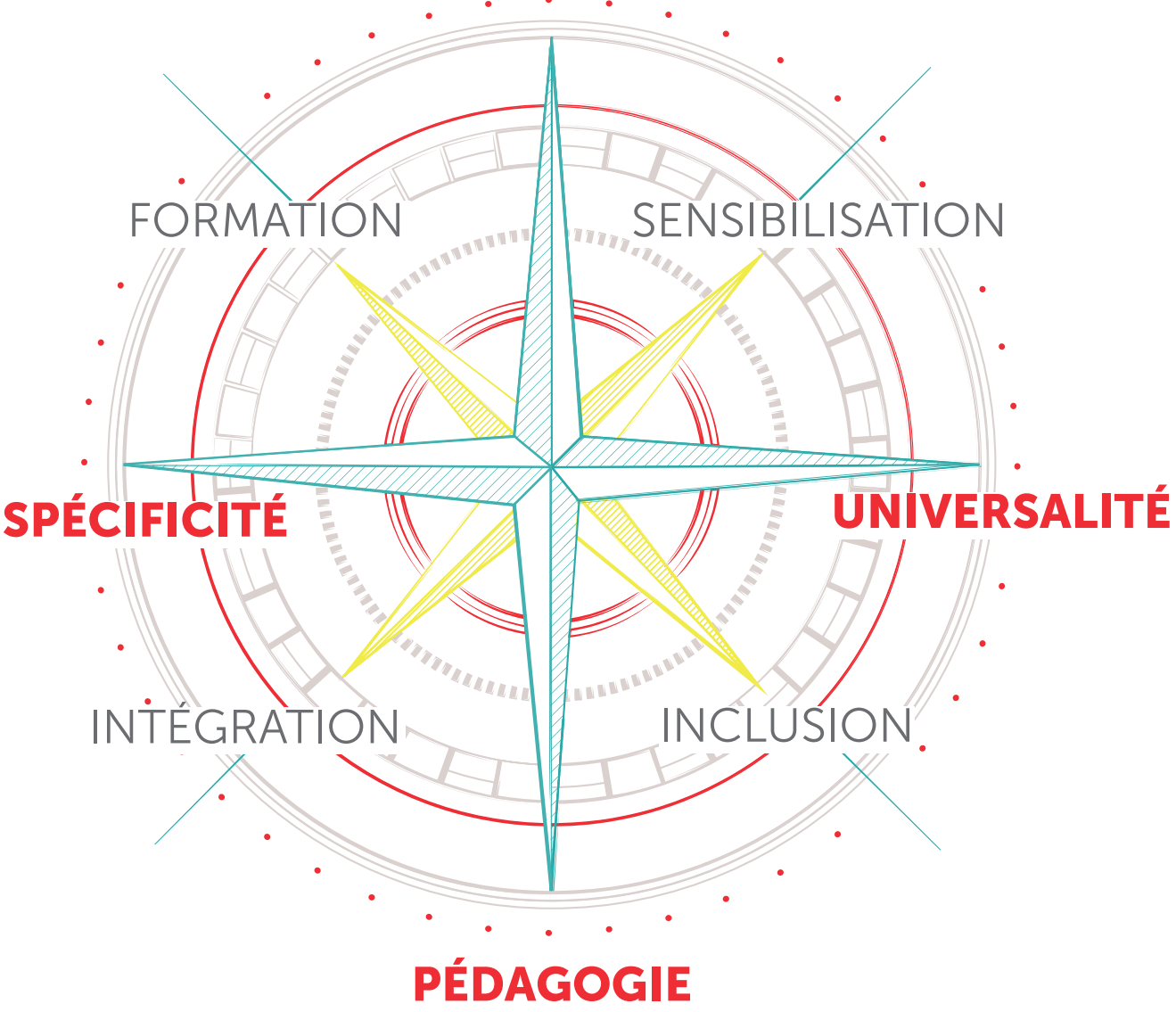
Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

INNOVATION



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER, **MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

LA DYSPRAXIE

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.

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. Il s'agit notamment de l'écriture (geste graphique) ou encore du maniement des outils scolaires (règle, compas, etc.).

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

La dyspraxie est d'origine neurodéveloppementale et n'est en rien engendrée par une déficience intellectuelle, sensorielle, motrice ou d'un trouble psychiatrique. Elle touche majoritairement les garçons et résulte d'anomalies au niveau du lobe pariétal du cerveau. Elle relève d'une combinaison complexe de facteurs génétiques et environnementaux. Elle impacte le fonctionnement moteur en altérant certaines facultés d'exécution et de coordination des gestes. Elle ne concerne pas les gestes appris implicitement (s'asseoir, s'allonger, marcher, etc.).

L'évolution et l'importance de la persistance des symptômes 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'acquisition et d'autonomisation 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, TDA/H), soit en raison des effets négatifs sur la vie affective et sociale qu'elle induit (dépression, etc.).

Au-delà de la spécificité de chaque situation individuelle, on peut regrouper les troubles dyspraxiques en plusieurs types en fonction de leur nature.

La dyspraxie constructive ou visuo-spatiale :

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

La dyspraxie non constructive :

- difficultés à effectuer des gestes ou des mouvements correctement séquencés.

Parmi cette seconde catégorie, on distingue souvent :

- **la dyspraxie idéatoire** : difficultés à utiliser des objets (écrire avec un crayon, utiliser une clef, etc.) ;
- **la dyspraxie idéomotrice** : difficultés particulières à effectuer des gestes dits symboliques (qui ont un sens cognitif ou social) en l'absence de manipulation d'objets, comme faire un signe de la main pour dire bonjour ou mimer une action ;
- **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'habillage** :
 - difficultés à se vêtir et à enfiler des chaussures.

Les étudiants 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, notamment par la répétition et l'habitude, beaucoup d'entre eux sont parvenus à développer des outils personnels de compensation ou des stratégies de contournement des obstacles.

Néanmoins, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours universitaire de la plupart des étudiants dyspraxiques car ils sont contraints quotidiennement à des efforts notables pour effectuer les tâches impliquant des gestes acquis.

En effet, selon la sévérité du trouble, la dyspraxie peut entraîner à l'âge des études supérieures :

- **une écriture peu fluide, lente, avec une graphie souvent dégradée (dysgraphie) ;**
- **une gêne et une lenteur pour comprendre et analyser un tableau, un graphique ou encore une carte (troubles visuo-spatiaux) ;**
- **une expression orale laborieuse (en cas de dyspraxie verbale) ;**
- **une lecture pénible ou hésitante (difficultés visuo-spatiales) ;**
- **des difficultés d'orientation et de repérage ;**
- **des difficultés d'organisation et de planification, y compris des idées.**

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, les étudiants dyslexiques sont souvent placés en situation de travail en double tâche.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Dans le cadre universitaire, les étudiants dyspraxiques peuvent bénéficier d'un temps de composition supplémentaire lors des évaluations écrites ou des examens.

Néanmoins, cette mesure de compensation, souvent nécessaire, ne résout pas les difficultés d'accessibilité dans les apprentissages courants.

En effet, selon les cas, les étudiants dyspraxiques peuvent cumuler un certain nombre de traits qui compliquent leur scolarité :

- **la prise de notes est pénible et lente ;**
- **la compréhension et l'analyse de tableaux, de graphiques ou de cartes sont plus difficiles ;**
- **la compréhension écrite peut être rendue difficile, en particulier si le document est dense et peu aéré (mise en page, contenus) ;**

LA DYSGRAPHIE (DIFFICULTÉ ASSOCIÉE 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 dysgraphie peut être engendrée par une dyspraxie (difficulté à former les lettres), un TDA/H (impulsivité ayant un impact sur la qualité d'écriture) ou une dyslexie-dysorthographe (lorsque la vitesse d'écriture est ralentie).

À l'université, ce handicap peut être aisément compensé par l'usage d'un ordinateur, associé de fait à un temps complémentaire de composition pour les examens.

- **les travaux écrits sont mal présentés (difficultés d'organisation dans l'espace) ;**
- **l'écriture manuscrite manque de lisibilité et/ou de soin ;**
- **ces étudiants sont souvent anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours.** La difficulté de travailler en double tâche (lire un support de cours ou écouter et comprendre, avec une prise de notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress ;
- **ils sont sujets à une forte fatigue en raison des efforts démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage.** 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.
- 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.
- Souligner les erreurs ou les fautes commises lors de la restitution de travaux écrits mais ne pas les sanctionner outre mesure, ni les maladroites de forme, ni la qualité de l'écriture, ni la présentation pour ne pas décourager l'étudiant.
- **Donner le choix à l'étudiant de réaliser un travail écrit plutôt qu'un exposé en cas de difficultés importantes d'élocution, ou bien l'autoriser à s'aider d'outils de présentation avec un contenu augmenté pour soulager la prise de parole.**
- Favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (*text-to-speech*) et de reconnaissance vocale (*speech-to-text*).
- **Adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles (cf. Partie I).**
- **Mettre en œuvre une pédagogie renforcée et explicite sur le plan méthodologique afin de favoriser la mise en place de stratégies de compensation par l'étudiant (conseils didactiques, illustrations concrètes, exemples de corrections, consignes de travail optimisées en lien avec les particularités de la discipline, aide spécifique à la hiérarchisation des idées, etc.).** À cet égard, il est essentiel de bien expliquer la justification d'une note, bonne ou mauvaise, en soulignant les points acquis tout autant que les progrès à faire pour guider les efforts à produire et éviter ainsi des découragements inutiles, faute de compréhension claire des lacunes à combattre.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Veiller à un fléchage bien visible et explicite des lieux de cours.
- Conseiller l'usage d'une application de guidage ou de géolocalisation pour faciliter les déplacements.
- Être 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 (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes.**
- **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.**

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« Souvent, je vais en cours la peur au ventre, et je dors mal dès que j'ai des devoirs à rendre ou dès que je dois faire un exposé. Et c'est encore pire avant les examens. Des fois, ça m'arrive même de pleurer tellement c'est difficile. Pourtant, en dehors, quand je suis avec ma famille et mes amis, je ne suis pas quelqu'un de très stressé. Mais avec mes problèmes, les cours c'est une angoisse. Tout est compliqué pour moi. Je passe des heures le week-end à lire les textes qu'on nous demande de préparer parce que ça me prend trop de temps la semaine. Je suis tellement fatigué le soir que je ne peux pas travailler. Du coup, je suis obligé de m'organiser pour faire tout le reste la journée entre mes cours. Mais ça encore, j'ai l'habitude maintenant. Et pour les révisions des examens, je gère comme je peux, même s'il y a toujours des parties du cours que je connais moins bien. C'est compliqué pour moi d'écouter, de retenir

les explications et de prendre des notes avec l'ordinateur parce que j'écris trop lentement. Je récupère les cours autrement, donc au final, j'ai tout ce que dit le prof. Mais selon mon état de fatigue, il y a plein des choses qui m'échappent. Je suis obligé de retravailler toutes les séances et forcément, je galère par rapport aux autres. Je crois que c'est ça le pire. En fait, je dois faire des efforts énormes pour juste arriver à suivre. J'ai vraiment l'impression d'être nul, surtout les jours où j'ai plusieurs cours qui s'enchaînent. Je suis vite épuisé et ça m'arrive souvent à un moment de ne plus pouvoir rien faire. Je n'arrive plus du tout à me concentrer. J'ai juste envie de rentrer de chez moi pour dormir et qu'on arrête de me parler. »

Illustrations de plusieurs incidences du trouble : anxiété ; forte fatigue ; double tâche (difficulté à écouter et à prendre des notes) ; lenteur de la compréhension écrite (lecture pénible).

[Étudiant dyspraxique, novembre 2017]

À RETENIR

- La dyspraxie est un trouble cognitif neurodéveloppemental affectant l'exécution par automatisme des gestes appris qui n'est en rien engendrée par une déficience des capacités intellectuelles.
- La dyspraxie induit des difficultés plus ou moins importantes de lecture, avec une lenteur de la compréhension associée, d'écriture (graphie), de repérage dans l'espace, d'abstraction et/ou encore d'assemblage.
- La dyspraxie entraîne une fatigue cognitive importante, notamment dans les situations de travail en « double tâche » (coût attentionnel élevé, arbitrages), et par voie de conséquence une forte anxiété à l'endroit des exigences universitaires.

- La bonne accessibilité des supports de cours et des textes à lire est une solution à privilégier pour limiter les difficultés d'apprentissage.
- La transmission des supports de cours avant les séances et l'octroi de délais raisonnables pour effectuer des tâches impliquant de la lecture sont à recommander.

Les personnes dyspraxiques ont souvent une capacité de travail importante (persévérance, habitude de compenser leurs difficultés), des qualités d'inventivité (habitude de développer des stratégies pour contourner leurs difficultés) et de bonnes aptitudes informatiques.

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**



HANDICAP AUDITIF
FICHE TECHNIQUE
À VISÉE INFORMATIVE
ET PÉDAGOGIQUE

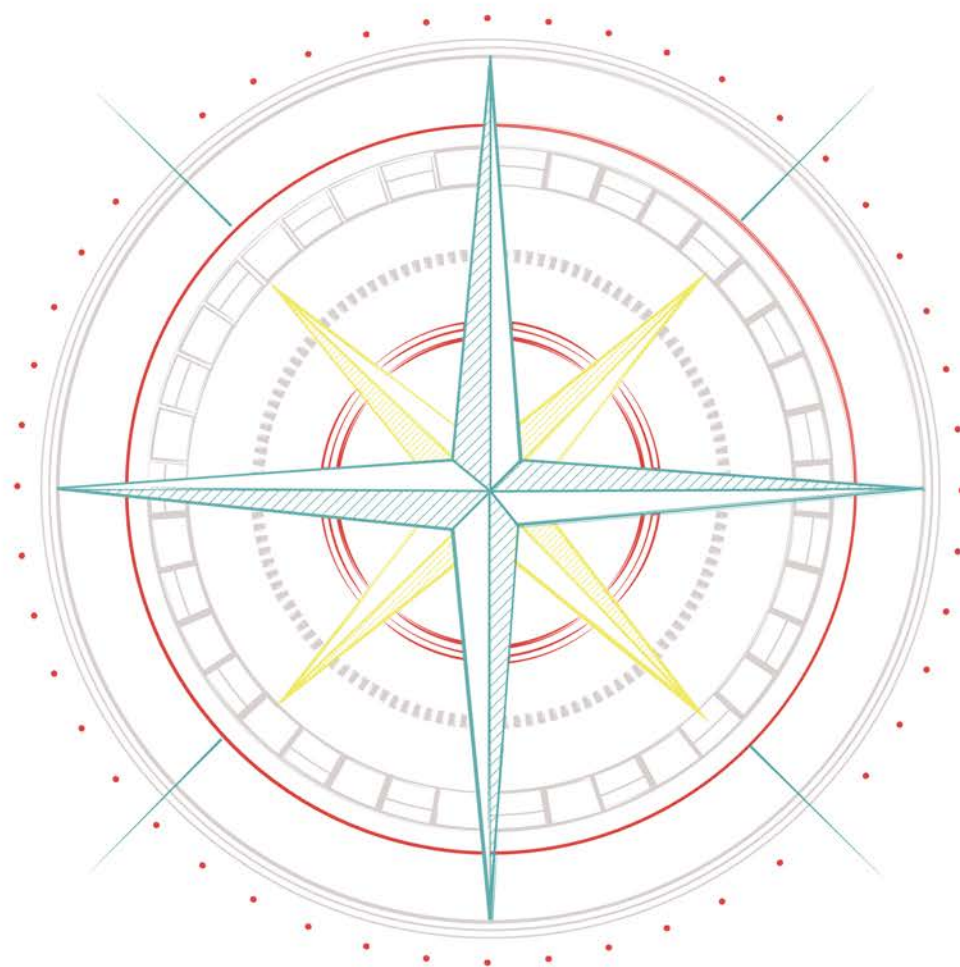


TABLE DES MATIÈRES

Partie introductive	4
Avant-propos	4
Cadre légal	5
« Le départ » : indications et préconisations	6
Les déficiences auditives	6
La classification clinique	6
La classification selon la date d'apparition de la déficience auditive	7
Les causes de la déficience auditive	8
Conséquences de la déficience auditive.....	8
Les prothèses auditives	9
Les appareils auditifs.....	10
L'implant cochléaire.....	10
Les différents moyens de communication	11
L'oral associé à la lecture labiale	11
Le code LPC : Langage Parlé Complété.....	12
La Langue des signes française	13
Le français signé	15
Le FCSC : Français Complété Signé Codé	16
L'écrit	16
Culture et « Monde des Sourds »	17
« L'itinéraire » : sensibilisation et vigilance	18
Les « superpouvoirs » des personnes sourdes	18
La vue	18
Les compétences cognitives.....	18
Aides et solutions	19
Aides techniques	19
Aides humaines.....	21
« L'arrivée » : indications et préconisations	23
Faire cours à un étudiant déficient auditif	23
Première rencontre et accueil.....	23
Pendant le cours	23
Évaluation des étudiants déficients auditifs	25
Rendre ses cours accessibles	26
La diffusion des supports.....	26

Supports et accessibilité numérique	26
Conclusion	30
Crédits	31
Brochure.....	31
Illustrations	31

PARTIE INTRODUCTIVE

Avertissement

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

AVANT-PROPOS

Cette fiche technique à visée informative et pédagogique, dédiée à un meilleur accueil des étudiants en situation de handicap auditif, s'adresse aux équipes pédagogiques de manière élargie :

- Enseignants et assistants
- Personnels de scolarité
- Personnels des missions handicap
- Personnels de direction des établissements

Cette fiche a pour objectif d'apporter bon nombre d'informations pratiques sur la déficience auditive et ses conséquences sur la vie étudiante des élèves concernés, ainsi que de promouvoir les bonnes pratiques à mettre en place pour compenser les contraintes du handicap auditif.

Les préconisations apportées dans cette fiche concernent :

- L'accueil physique et les moyens de communication
- Les moyens humains et techniques de compensation
- Les bonnes pratiques à privilégier pendant les cours
- L'accessibilité des contenus pédagogiques

Ces préconisations tiennent compte des contraintes vécues par le corps enseignant, à savoir : le volume de cours, le nombre important d'étudiants et le temps consacré à l'élaboration des contenus.

Le **Pôle handicap** de Sciences Po met déjà en place un certain nombre d'actions lors de l'accueil d'étudiants déficients auditifs telles que :

- Le traitement acoustique des salles de cours par la pose de panneaux acoustiques ainsi que l'intégration de boucles magnétiques fixes et d'équipements individuels pour les étudiants déficients auditifs. Cette réflexion sur l'ambiance des salles de cours est complétée par le déploiement d'un mobilier accessible pour tous types de handicaps ;
- Le déploiement de boucles magnétiques fixes dans les amphithéâtres ;
- l'achat de stylos électroniques capables d'amplifier et de filtrer les sons perçus par la prothèse auditive. Les étudiants, salariés ou enseignants peuvent en disposer et les retirer à la bibliothèque des campus de Paris et Reims ;

- Une meilleure sécurisation des circulations verticales (pour les personnes atteintes de troubles de l'équilibre en lien avec l'oreille interne).

CADRE LÉGAL

La **Loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées fait écho à la déclaration des droits pour les personnes handicapées (**ONU 1975**) et pose les fondements de la prise en charge du handicap dans l'espace public.

Cette loi définit le handicap comme « **toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant** ».

Si le handicap résulte de la rencontre entre les ressources d'une personne et les exigences de son environnement, deux notions sont alors à investiguer :

1. **l'accessibilité** qui permet de rendre l'espace public accessible à toute personne, handicapée ou non, ou potentiellement en situation de handicap ponctuel ;
2. **la compensation** qui permet de rendre l'environnement capacitant en répondant aux besoins spécifiques de la personne handicapée.

Concernant la Langue des Signes française (LSF), la loi la reconnaît comme une langue à part entière et comme langue officielle pour les examens : Article L. 312-9-1 du Code de l'éducation (rajouté par la loi du 11 février 2005) : « **La langue des signes française est reconnue comme une langue à part entière. Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la LSF. Le Conseil supérieur de l'éducation veille à favoriser son enseignement. Il est régulièrement informé des conditions de son évaluation. Elle peut être choisie comme épreuve optionnelle aux examens et concours, y compris ceux de la formation professionnelle. Sa diffusion dans l'administration est facilitée.** »

Étant donné que la déclaration du handicap n'est pas obligatoire, certains étudiants pourraient ne pas en informer les services pédagogiques. Dès lors, il est nécessaire d'envisager la compensation du handicap et l'accessibilité comme préalables à toute interaction et toute diffusion de contenus auprès des élèves.

Ce guide a pour but d'informer l'ensemble du corps pédagogique de Sciences Po des bonnes pratiques à adopter pour permettre un meilleur accès à l'enseignement des étudiants handicapés auditifs mais également pour poser un cadre sécurisant et démonstrateur des valeurs de Sciences Po.

« LE DÉPART » : INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

LES DÉFICIENCES AUDITIVES

Qu'est-ce qu'être sourd, malentendant ou déficient auditif ? Chaque personne déficiente auditive a sa propre identité, sa propre histoire et sa propre conscientisation de la déficience. En effet, la déficience auditive prend de nombreuses formes différentes, qui conditionneront chacune le moyen de communication et l'appareillage choisis par la personne malentendante ou sourde.

Le handicap auditif se manifeste par différentes formes de déficiences allant de la gêne (acouphènes) à la surdité complète. Actuellement, en France, 5 millions de personnes sont concernées par des déficiences auditives. Parmi elles, 88 % sont de l'ordre de l'acquis au cours de la vie (personnes âgées et devenues sourdes) contre 12 % de surdités de naissance.

La perte d'audition est avérée lorsque le seuil d'audition (niveau à partir duquel une personne commence à percevoir un son) est situé à 20 dB (seuil normal compris entre -10 et 20 dB). Cette perte d'audition peut être légère, moyenne, sévère ou profonde et peut toucher une seule ou les deux oreilles :

- **perte auditive légère** : la parole est difficile à comprendre lorsque l'environnement est bruyant et les sons faibles ne sont pas perçus. Des acouphènes (bourdonnements ou sifflements continus) et de l'hyperacousie (intolérance à certaines fréquences et bruits) peuvent se manifester. Attention : malgré le caractère mineur de ces troubles, ils peuvent devenir très invalidants et avoir d'importantes conséquences telles que l'isolement ou la dépression ;
- **perte auditive moyenne** : les sons faibles et moyennement forts ne sont pas audibles et la parole est très difficilement compréhensible en présence de bruit ambiant ;
- **perte auditive sévère** : les conversations en groupe sont laborieuses et il est nécessaire de parler fort pour être entendu. Ces échanges sont sources de stress et de fatigue cognitive pour la personne déficiente auditive ;
- **perte auditive profonde** : la communication s'avère impossible sans appareils auditifs, seuls quelques sons très forts sont perçus par la personne déficiente auditive.

La classification clinique

- **Déficience auditive de transmission** : le trajet du son est stoppé au niveau de l'oreille externe ou moyenne (pavillon de l'oreille, tympan ou chaîne des osselets). La cochlée (organe de l'audition en forme d'escargot) n'est pas touchée ; de ce fait, les déformations acoustiques ne sont pas très importantes et la perte auditive ne dépasse généralement pas 60 dB.

- **Déficience auditive de perception** : la plus fréquente, elle est due à une atteinte de l'oreille interne au niveau des cellules ciliées de la cochlée. Cela entraîne une perte de perception de la force du signal sonore et une déformation du message reçu, ayant pour conséquences des difficultés de discrimination du propos. La déficience auditive de perception implique souvent une surdité profonde entravant le développement ordinaire du langage oral.

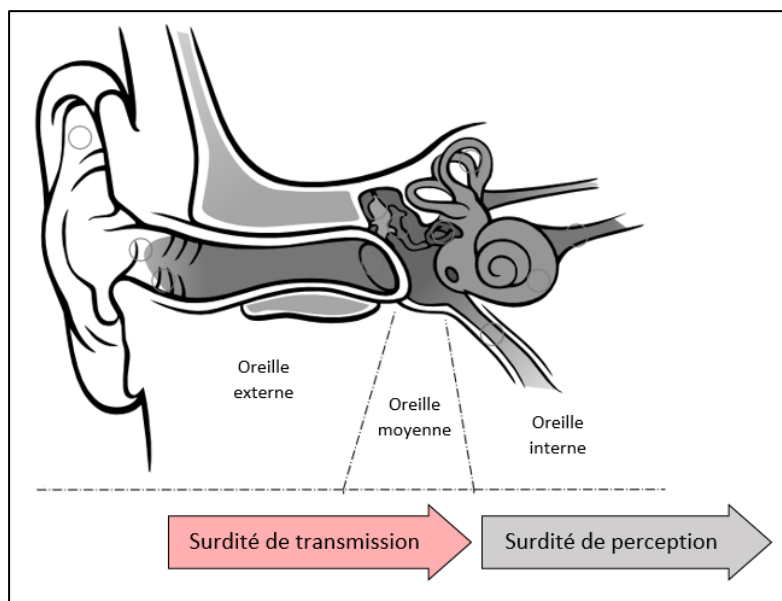


Figure 1 - Schéma de l'appareil auditif humain

La classification selon la date d'apparition de la déficience auditive

Selon que la déficience auditive apparaisse avant ou après le stade de structuration du langage, elle aura une influence sur le développement de l'activité langagière orale :

- **la déficience auditive pré-linguistique ou pré-linguale** : la période pré-linguistique recouvre la première année de vie et permet à l'enfant de prendre connaissance de tous les sons qui l'entourent ;
- **la déficience auditive post-linguistique ou post-linguale** : la deuxième phase d'acquisition du langage permet l'élaboration du système langagier oral de l'enfant, à partir de l'écoute et de la reproduction des sons qu'il perçoit. L'audition et l'articulation étant intimement liées, l'enfant reproduit l'expression verbale qui l'entoure. Cette période de « bain langagier » se déroule jusqu'à l'âge de 7 ans et est critique pour l'enfant. Mais la mauvaise qualité des fonctions auditives entraîne des difficultés dans cette acquisition de la parole orale. Ces perturbations se manifestent même pour une perte auditive moyenne (40 dB à 70 dB) et entraînent des risques d'erreur d'interprétation de la parole et donc une mauvaise reproduction. Une prise en charge orthophonique permettra de développer la qualité de l'articulation et de la voix et ainsi d'accompagner l'acquisition du langage oral.

Les causes de la déficience auditive

La déficience auditive peut survenir à la naissance ou se manifester au cours de l'existence. De ce fait, deux classifications existent.

La déficience auditive congénitale

Elle regroupe les types de déficiences survenant à la naissance ou peu après. Celles-ci peuvent être dues à des facteurs génétiques héréditaires, par des complications survenues à la grossesse ou à l'accouchement. Certaines infections telles que la rubéole chez la mère, un manque d'oxygène à la naissance, l'utilisation de médicaments ototoxiques pendant la grossesse, la jaunisse etc. sont autant de facteurs de déficiences auditives.

La déficience auditive acquise

À tout âge de la vie, de nombreux événements peuvent être à l'origine d'une déficience auditive, tels que :

- des maladies infectieuses (rougeole, oreillons, méningite) ;
- des infections chroniques de l'oreille, otites à répétition ou liquide dans l'oreille (otite séreuse moyenne) ;
- l'administration de certains médicaments ;
- une blessure à l'oreille ou un traumatisme crânien ;
- l'exposition répétée à des niveaux sonores élevés : concerts, boîtes de nuit, écoute prolongée de contenus sonores sur MP3 ou portables, etc. ;
- le vieillissement et la dégénérescence des cellules sensorielles ;
- un corps étranger bloquant le canal auditif ou un bouchon de cérumen.

Conséquences de la déficience auditive

La déficience auditive devient incapacitante lorsqu'elle engendre une perte auditive supérieure à 40 dB dans la meilleure oreille chez l'adulte et supérieure à 30 dB dans la meilleure oreille chez l'enfant.

Les conséquences sociales et les troubles de l'apprentissage résultant de la déficience auditive sont variables et dépendent de différents facteurs tels que le degré de déficience auditive, l'environnement langagier, l'oralisation, le suivi orthophonique, l'apprentissage d'un moyen de communication corporel tel que la langue des signes ou le langage parlé complété, etc.

Physiologiquement et anatomiquement, les personnes sourdes sont capables de parler. Cependant, l'articulation et le langage oral sont fortement associés à l'audition puisqu'il est nécessaire d'entendre les sons pour apprendre à les reproduire. Un travail orthophonique est souvent entrepris afin de permettre une acquisition de l'articulation et de la parole. Cet exercice repose sur la perception des sons, grâce au toucher, par les vibrations qu'ils provoquent au niveau de l'appareil phonatoire : l'enfant est invité à poser sa main sur la gorge de l'orthophoniste puis sur

son propre cou afin de mesurer l'impact vibratoire que produisent les différents sons. De ce fait, il est en mesure de les reconnaître et de les reproduire : dès lors, l'enfant « oralise ».

L'expression « sourd-muet » est un abus de langage

Les personnes sourdes sont capables de produire des sons, à l'inverse d'une personne muette dont l'appareil phonatoire est déficient. Dans le cas de la surdité (quel que soit le degré), seul l'appareil auditif est endommagé.

Il est important de noter que la déficience auditive ne présente aucun lien avec une quelconque altération cognitive. De ce fait, elle n'entraîne pas de déficit mental et n'a aucune relation avec le quotient intellectuel. Longtemps considérées comme moins intelligentes que les personnes entendantes, les personnes sourdes sont encore aujourd'hui associées à des déficients intellectuels.

La déficience auditive peut cependant induire des difficultés sociales plus ou moins extrêmes en fonction du degré de cette dernière et des conditions de sa survenue :

- difficultés de compréhension du monde environnant et difficultés à se faire comprendre en raison de la perte auditive et d'une mauvaise oralisation ;
- gêne, douleur et fatigue lorsque la personne malentendante se retrouve dans un lieu bruyant, car les sons peuvent être amplifiés directement dans son oreille, ce qui peut être très gênant et/ou douloureux et fatigant. En effet, l'appareillage auditif (lorsqu'il existe) fait office d'amplificateur de certaines bandes de fréquences. Se manifeste alors une tendance à fuir les lieux bruyants ou les réunions de groupes : désintérêt pour les sorties au restaurant ou les soirées entre amis, évitement des lieux tels que les cafétérias, les rassemblements étudiants, le bureau des élèves, etc. ;
- fatigue cognitive résultant de la dépense d'énergie nécessaire à la concentration au cours de la journée : concentration pour lire sur les lèvres de son interlocuteur ou pour recourir à de la suppléance mentale (reconstituer le sens d'une phrase en retrouvant les mots qui n'ont pas été lus sur les lèvres) ;
- isolement social et troubles de l'humeur : les situations vécues par une personne déficiente auditive vont avoir pour conséquence un retrait progressif de la vie sociale qui peut conduire à un véritable isolement et aboutir à des troubles de l'humeur jusqu'à la dépression.

Pour anticiper ces situations, il est important de créer des environnements capacitants, permettant la bonne intégration des personnes déficientes auditives grâce à des solutions de compensation adaptées.

LES PROTHÈSES AUDITIVES

Le type d'appareillage choisi est fonction de différents critères tels que le type et niveau de surdité, l'état fonctionnel de l'appareil auditif (présence de lésions ou non), l'âge de survenue de la surdité

et donc la capacité d'adaptation à l'appareillage, l'impact social, la conscientisation et l'acceptation du handicap par la personne déficiente auditive, etc.

Les appareils auditifs

Les appareils auditifs sont des prothèses miniatures qui permettent d'amplifier le son perçu. Placés au niveau des oreilles (contours de l'oreille ou intra-auriculaire), ils sont constitués de :

1. Un microphone qui enregistre les vibrations sonores
2. Un amplificateur qui intègre et retransmet les sons à l'oreille à l'aide d'un haut-parleur

Ce type d'appareil sollicite l'ensemble du système auditif de la personne. Il est donc nécessaire que cette dernière possède une audition fonctionnelle, même si amoindrie.



Figure 2 - Contour d'oreilles et prothèse intra-auriculaire

L'implant cochléaire

L'implant cochléaire est un dispositif permettant de stimuler le nerf auditif. Un ensemble électronique (microphone, processeur, émetteur) capte les sons environnants et les transforme en impulsions électriques. Ces dernières sont transmises à un récepteur implanté sous la peau qui va stimuler les électrodes situées au niveau de la cochlée. L'information électrique est alors directement véhiculée au cerveau par le nerf auditif sans sollicitation des cellules ciliées endommagées. Le cerveau reconstitue la nature du son et la personne déficiente auditive peut à nouveau entendre.



Figure 3 - Implant cochléaire

Attention : bien que cette technologie permette à de nombreuses personnes d'entendre à nouveau, elle ne fonctionne pas pour tous et exige un certain temps d'adaptation et un suivi orthophonique afin d'apprendre (ou réapprendre) à percevoir les sons et à parler de manière intelligible. Il subsiste une proportion de patients pour qui une intervention de ce type n'est pas concluante et peut parfois faire apparaître des acouphènes ou endommager le système auditif. Ceci explique que de nombreuses personnes nées sourdes ne souhaitent pas avoir recours à cette chirurgie.

Il est important de noter que les appareils auditifs ne reconstituent pas la totalité de la perception sonore et que l'audition recouvrée reste toujours de moins bonne qualité.

LES DIFFÉRENTS MOYENS DE COMMUNICATION

Il existe de nombreux moyens de communication différents pour les personnes déficientes auditives.

Les personnes devenues sourdes ou malentendantes sont familières de la langue française orale et écrite : il s'agit de leur langue maternelle et la perte auditive ne va que très peu influencer sur leurs capacités à se faire comprendre à l'oral. Avec le temps, l'articulation deviendra peut-être moins précise mais leur parole restera tout de même intelligible. Leur principale difficulté résidera dans la compréhension de la parole de l'Autre et exigera des aptitudes à la lecture labiale et l'utilisation de gestuelle co-verbale ou de Langue des signes. Ces personnes sont souvent appareillées, ce qui leur confère un confort appréciable en société même s'il leur est souvent nécessaire d'avoir recours à des aides techniques pour percevoir leur environnement sonore.

Les personnes nées sourdes ont une approche à la langue française différente. En effet, la construction de la parole orale s'est faite de manière totalement différente avec une aide orthophoniste et à travers une éducation bilingue (LSF/français). Pour la plupart, la Langue des signes française reste leur langue maternelle, totalement distincte de la langue française orale et écrite. Dès lors, un apprentissage du français écrit est nécessaire, comme il s'agirait d'apprendre une langue étrangère composée d'un alphabet totalement inhabituel telle que le mandarin ou le russe. Bien que de nombreux sourds profonds signent, il leur est tout à fait possible d'oraliser (communiquer oralement) et de lire sur les lèvres.

Toute personne déficiente auditive peut faire appel à différents moyens de communication à un moment donné (applications smartphone, synthèse vocale...). L'identification de ce/ces moyen(s) de communication privilégié(s) permettra une communication plus fluide et plus intelligible.

L'oral associé à la lecture labiale

Pour se faire comprendre, les personnes déficientes auditives peuvent avoir recours à l'oralisation :

- **la majorité des personnes déficientes auditives utilisent le français oral.** Le fait que 88 % du handicap auditif soit de l'ordre de l'acquis suggère que ces personnes ont eu accès au bain langagier dans leur jeune âge et ont appris à intégrer et à reproduire les phonèmes de la langue française. L'articulation est donc établie et la personne peut être comprise par son entourage ;
- **dans le cas d'une surdité profonde innée, il est tout de même possible d'apprendre à oraliser à l'aide d'un suivi orthophonique.** L'articulation sera parfois moins claire que pour une personne devenue sourde mais la parole restera néanmoins intelligible. Étant donné qu'une personne sourde profonde ne s'entend pas parler, le niveau sonore de la parole pourra être régulé pendant ces séances. Cette régulation requiert de la concentration

tout au long du discours, ce qui peut entraîner de la fatigue et occasionner parfois des déraillements de voix (intensité plus forte, cris aigus, etc.).

La lecture labiale, quant à elle, permet de comprendre environ 40 % de ce qui est dit par l'interlocuteur et s'acquiert avec de la pratique. La forme des lèvres, la position de la langue sur les dents ou le palais sont autant d'indices pour décrypter une syllabe. Cependant, certaines syllabes peuvent avoir la même articulation extérieure et se différencier uniquement par la position de la langue non visible par la personne sourde : ce sont les sosies labiaux (exemple : elle a mis son manteau pour sortir : manteau – menton). La suppléance mentale permettra alors d'opter pour un mot ou l'autre en fonction du contexte (on voit la personne enfileur un manteau) et de comprendre jusqu'à 80 % d'un échange, mais les malentendus ne sont pas rares. La lecture labiale est très souvent utilisée en support, même lorsqu'un appareillage reconstitue la majorité de l'environnement sonore.

Le code LPC : Langage Parlé Complété

L'image des mots sur les lèvres n'est pas toujours complète ; en effet, de nombreux phonèmes sont invisibles parce que leur articulation se fait avec un mouvement de langue derrière les dents ou au fond de la bouche sans mouvement des lèvres, par exemple les sons [r, k, g, s, d, n]. De ce fait, de nombreux mots ont la même image labiale et il n'est pas possible de les distinguer uniquement par la lecture labiale.

Dans certains cas, la mauvaise interprétation d'un son peut changer totalement le sens d'une phrase et peut entraîner des malentendus et des quiproquos. Par ailleurs, les images labiales ne sont pas toujours stables : certaines consonnes telles que [l, t, d, n] perdent leur lisibilité lorsqu'elles sont associées avec le son [ou] dans les mots « loup, tout, doux ». L'articulation de ces trois mots semble être la même : ce sont des sosies labiaux.

Par exemple, l'énoncé de macro-économie « le PIB a augmenté de 1,6 % » pourrait être compris « le PIB a augmenté de 1,10 % » puisque « six » et « dix » sont des sosies labiaux.

Pour permettre une réception totale du discours, le Langage Parlé Complété (LPC) a été importé en France dans les années 1970. Il s'agit d'un code manuel positionné près du visage et qui complète la lecture labiale. Le LPC permet d'utiliser cette dernière sans ambiguïté et de recevoir la langue orale, dans son intégralité, de façon visuelle.

Le LPC se décompose en deux parties :

- les clés : il s'agit de configurations de la main correspondant à des phonèmes de consonnes ;
- la zone du visage : chaque zone correspond aux phonèmes de différentes voyelles.

Couplé à la lecture labiale, le LPC permet de déduire quel sosie labial est énoncé par l'interlocuteur et de reconstruire ainsi le discours dans sa totalité.

Ce moyen de communication est très utilisé par les enfants nés sourds et est un tremplin à l'acquisition du français oral et écrit. Il s'avère très utile mais nécessite que les deux interlocuteurs

(sourd et entendant) le maîtrisent. De ce fait, il est peu utilisé en dehors du cercle familial et des écoles spécialisées puisqu'il est peu connu du grand public.

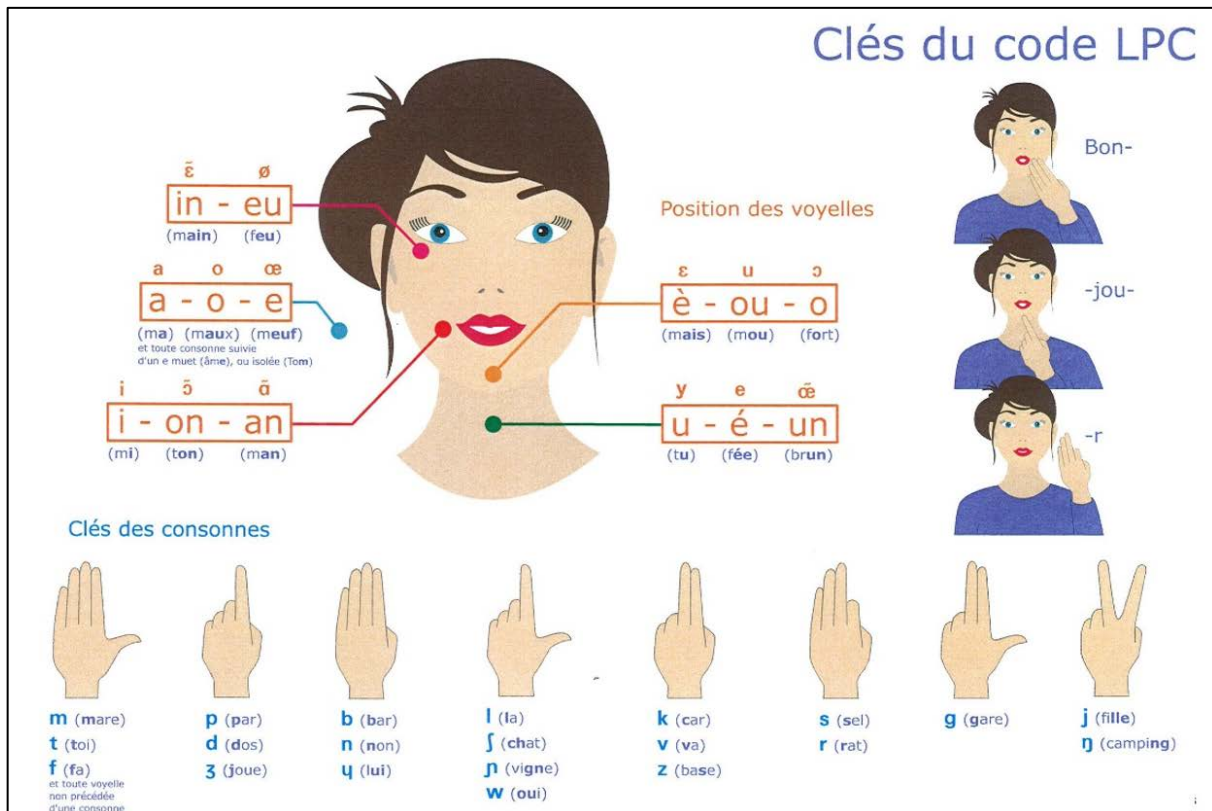


Figure 4 - Code LPC

La Langue des signes française

La Langue des signes française (LSF) est reconnue langue officielle depuis 2005 et représente la langue maternelle de la majorité des sourds de naissance. Cette langue vivante est basée sur la configuration des mains, de leur position dans l'espace et de l'expression du visage grâce aux mimiques faciales.

Attention : il est commun de qualifier la LSF de « langage des signes », or cette terminologie a pour conséquences de déshumaniser le Sourd signant. De ce fait, il est vivement conseillé de parler de « langue des signes » puisqu'elle dispose de toutes les caractéristiques linguistiques telles que :

- **Un alphabet et des signes :** la dactylogogie représente l'ensemble des lettres de l'alphabet et est utilisée pour épeler des noms propres ou des mots dont le signe n'est pas connu. Cependant, chaque mot est traduit par un signe.

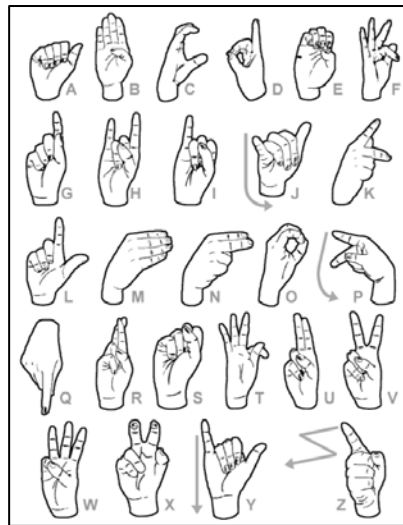


Figure 5 - Alphabet dactylogique

Par exemple, en dactylogologie, le terme « LSF » sera présenté par la succession de ces lettres :



Mais il sera aussitôt substitué par son signe :

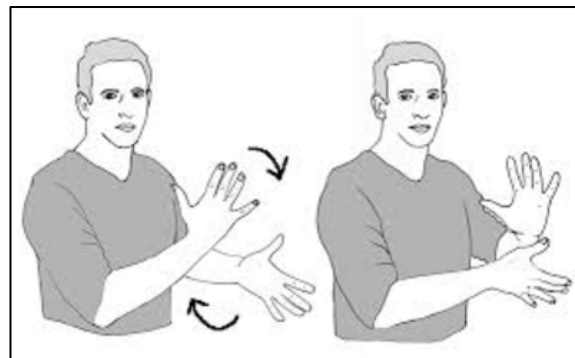


Figure 6 – le signe « LSF »

De la même manière, chaque prénom est d'abord épelé puis un signe spécifique est attribué à la personne. Ce dernier est personnel et fait référence à une caractéristique physique, à un trait de personnalité ou encore à une passion. Ce signe représente dès lors le prénom de la personne et sera utilisé à chaque fois qu'il lui sera fait référence.

- **Une syntaxe définie** : l'ordre des mots diffère du français. En effet, le sujet, le verbe et le complément ne seront pas positionnés de la même manière en LSF. La langue permet de se représenter le monde et de structurer sa pensée ; étant donné qu'il s'agit ici d'une langue différente, la conceptualisation de certaines notions fera appel à d'autres mécanismes.

- **Des temps verbaux** : le plan sagittal du corps définit un axe avant/arrière sur lequel les signes vont être positionnés. Si la personne sourde veut faire référence au passé, elle aura tendance à pointer ou signer vers l'arrière ; si en revanche elle veut imprimer un temps futur, elle signera vers l'avant. La position neutre du corps représente, quant à elle, le temps présent.
- **Des règles de grammaire** : le mouvement qui définit l'action, les gestes pronominaux, les verbes unidirectionnels ou pluridirectionnels, les expressions du visage, etc.
- **Une orthographe définie** et associée à la bonne configuration des mains et à leur position dans l'espace.
- **Une ponctuation et une prosodie** : les mimiques faciales permettent de véhiculer les états émotionnels mais aussi les pauses du discours. Elles peuvent également accompagner certains adjectifs : par exemple pour la phrase « un homme corpulent », il sera nécessaire de gonfler les joues pour rendre compte du physique du sujet.

La Langue des Signes n'est pas internationale !

En effet, comme pour toute langue orale, la langue des signes varie en fonction du lieu géographique, du pays, et sa construction est fonction de la culture de ce dernier et de son histoire. Il existe donc autant de langues des signes et de dialectes que de zones géographiques.

La proximité des langues est cependant plus importante entre langues des signes qu'entre langues orales. Par exemple, entre un Sourd français et un Sourd japonais, la communication sera plus aisée qu'entre un français et un japonais utilisant leur langue maternelle orale.

Questions / Réponses

Est-ce que les Sourds signant utilisent la lecture labiale ?

Oui, tous les Sourds de naissance l'utilisent puisqu'elle fait partie intégrante de la LSF. En effet, plusieurs mots peuvent avoir le même signe et ne seront différenciés que grâce à l'articulation de leur image labiale. Par exemple, les signes des mots « bonjour » et « merci » sont identiques. Pour les différencier, il est nécessaire de les articuler en même temps. De plus, tout comme pour les homonymes, le contexte de la phrase jouera un grand rôle dans la reconnaissance du mot.

Est-ce que le Sourd parle ?

Oui, un Sourd profond peut parler à condition qu'il ait été suivi par un orthophoniste et qu'il ait appris à oraliser. D'un point de vue terminologique, il est préférable de dire « la personne sourde signe » plutôt que « la personne sourde parle » puisqu'elle utilise la LSF.

Le français signé

Le français signé est la traduction mot à mot du français oral grâce aux signes de la LSF. Il s'agit donc d'une utilisation simultanée de la parole et de signes de la LSF placés dans l'ordre syntaxique de la langue française.

Par exemple, la phrase « ma sœur part par la porte de gauche » sera traduite de différentes façons selon la langue :

- l'ordre des signes en LSF sera le suivant : le signe « porte » en premier positionné sur la gauche. Puis le signe « sœur » accompagné du pronom personnel « ma ». Enfin, l'index levé en mouvement se dirigera vers la porte représentée en premier. Le sens du message passe ici par les signes mais aussi par le mouvement et la position spatiale des éléments ;
- en français signé, l'ordre des signes sera le même qu'en français : « ma » « sœur » « partir » « porte » « gauche ».

Le français signé est généralement utilisé par des personnes devenues sourdes mais peut tout à fait être compris par des Sourds de naissance.

Le FCSC : Français Complété Signé Codé

Le Français Complété Signé Codé est utilisé avec des jeunes enfants lors de l'acquisition du français. Le FCSC consiste à utiliser le Langage Parlé Complété dans toutes les interactions avec l'enfant, tout en le ponctuant de signes empruntés à la Langue des Signes. Il s'agit d'un « système visuel dynamique d'aide à l'acquisition d'une première langue parlée » et est souvent remplacé, par la suite, par le français oral, le LPC ou la LSF.

L'écrit

L'écrit peut être utilisé dans de nombreux cas par les personnes déficientes auditives, surtout par les personnes devenues sourdes ou malentendantes. Pour les Sourds signant, il s'agit cependant d'une langue étrangère : ceux n'ayant pas appris le français écrit lors de leur scolarité ou n'ayant pas suivi un enseignement bilingue (LSF/français) peuvent rencontrer quelques difficultés pour des phrases complexes. Néanmoins, la majorité de la population déficiente auditive (même innée) comprend le français écrit et peut l'utiliser pour communiquer.

Anecdote

L'invention des SMS (Short Message Service) était d'abord destinée à aider les personnes malentendantes à communiquer. Depuis 20 ans que cette technologie existe, elle a largement dépassé la cible initiale et fait partie intégrante des moyens de communication disponibles à ce jour.

CULTURE ET « MONDE DES SOURDS »

Longtemps persécutés durant le 19e et la première moitié du 20e siècle, les Sourds signant ont construit une véritable communauté, porteuse d'une culture et d'une langue propre.

Communément appelée « le Monde des Sourds », cette communauté a ses propres codes qu'il est nécessaire de connaître afin de comprendre et d'intégrer cette culture.

- Quand on parle d'une personne sourde comme « le Sourd », le mot Sourd porte une majuscule puisqu'il ne renvoie pas seulement au handicap mais qu'il fait référence à l'Histoire de la communauté. Il fait avant tout écho à l'identité propre de la personne, de la même manière que l'on définirait « le Français » comme individu.
- Les Sourds ne s'entendent pas : dès lors, l'intensité des bruits qu'ils produisent peut parfois être assez forte. De la même manière, une concentration est importante tout au long de la journée pour réguler le niveau sonore de la voix, il arrive alors parfois que certains rires ou cris se fassent entendre. Cela ne reflète en rien un manque de savoir-vivre, d'irrespect pour l'entourage ou encore une déficience intellectuelle.
- La LSF et la culture sourde impliquent une attention particulière aux mimiques faciales et donc aux traits du visage. Il n'est pas rare dès lors qu'un Sourd s'inquiète de l'état de ses camarades si ce dernier a l'air neutre. De la même manière, lorsqu'un Sourd signe, les mimiques faciales peuvent être très expressives compte tenu de l'intensité de l'émotion à véhiculer.
- Les Sourds sont, pour la plupart, très sociables et accueillent avec bienveillance l'intérêt des personnes entendant pour la LSF. Cette dernière est d'ailleurs très accessible et facilement praticable pour qui voudrait l'apprendre.
- Grâce aux technologies actuelles, les Sourds peuvent tout faire, même téléphoner ou participer à des réunions et prendre connaissance des interventions des participants.
- Les Sourds peuvent percevoir la musique grâce aux vibrations. Il n'est pas rare de voir des Sourds danser.

« L'ITINÉRAIRE » : SENSIBILISATION ET VIGILANCE

LES « SUPERPOUVOIRS » DES PERSONNES SOURDES

La vue

Les personnes déficientes auditives vont s'appuyer plus fortement sur leur vue pour capter l'information de leur environnement.

- De ce fait, la vision périphérique est généralement plus développée et va leur permettre de capter les mouvements environnants avec plus de finesse qu'une personne entendante.
- La vision centrale est également plus sensible et nécessite dès lors d'être préservée par un environnement lumineux adéquat (éclairage indirect et pas de contre-jour).

Les compétences cognitives

Pour toutes les raisons précédemment évoquées, une personne déficiente auditive doit prendre conscience et connaissance de son environnement sonore grâce à sa vue, tout en menant une seconde activité parallèle :

- lors d'un échange vocal, il lui sera nécessaire de lire sur les lèvres tout en prêtant attention au regard de son interlocuteur ou à quelque chose que ce dernier pourrait pointer durant la conversation ;
- lors d'une présentation PowerPoint ou d'un cours, il lui sera nécessaire de regarder la personne qui parle et le support dont elle parle ;
- lors d'un échange en groupe, elle devra constamment être attentive à qui prend la parole et être en capacité de raccrocher le discours instantanément ;
- etc.

De ce fait, la personne déficiente auditive est quasiment constamment en double tâche. Bien que cette faculté soit nécessaire, elle requiert énormément de concentration et peut engendrer une grande fatigue cognitive.

AIDES ET SOLUTIONS

Aides techniques

Boucle magnétique



Les prothèses auditives sont, pour la plupart, équipées d'une position T permettant de recevoir un champ magnétique. La boucle magnétique est un système d'aide (un câble électrique placé dans le sol, les murs ou le plafond) relié à la prothèse auditive et permettant d'entendre le son d'une source prédéfinie en évitant les bruits ambiants.

Ce câble formant une boucle est relié à un amplificateur et va générer un champ magnétique. Les ondes (sons) présentes au sein de la boucle vont être communiquées à la prothèse auditive, transformant le signal en son perçu par la personne malentendante. Ce système est généralement placé dans les grandes salles type amphithéâtres, les cinémas ou encore les lieux publics.

Boucle magnétique compacte pour accueil

Les banques d'accueil peuvent être équipées d'un appareil portatif compact de boucle magnétique, simple d'utilisation. Il permet d'échanger convenablement avec les visiteurs dans un rayon d'environ 1 mètre de portée.

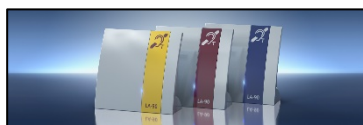


Figure 7 - Boucles magnétiques

Amplificateur individuel

Ces solutions reposent sur un traitement et une transmission numérique du son, valorisant la voix et atténuant les bruits de fond environnants. La distance de transmission entre un émetteur et un récepteur est de l'ordre de 30 mètres. Ces produits s'adaptent à toutes les personnes malentendantes grâce à différents accessoires (collier magnétique, casque ou écouteurs). Ils sont pratiques d'utilisations lors de réunions, d'échanges avec un groupe restreint de personnes ou pour les petites conférences/présentations.



Figure 8 - Amplificateur individuel

Système portatif individuel

Ces systèmes légers et mobiles permettent aux personnes malentendantes appareillées de « capter » le son dans les lieux et les salles où ils se trouvent et ce, d'une manière autonome. Ces systèmes de captation fonctionnent bien pour échanger avec des personnes « proches » lors de

réunions ou d'échanges dits de « proximité ». Ils restent moins coûteux que de multiples installations plus conséquentes. Cependant, dans des salles plus grandes ou lors de projection de

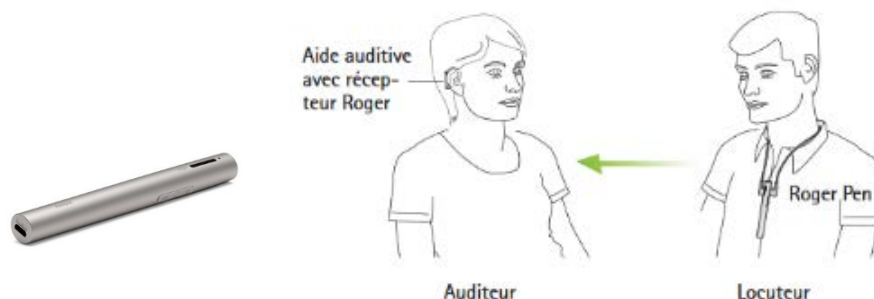


Figure 9 - Système portatif individuel

contenu vidéo (avec par exemple des enceintes en retrait), ces systèmes peuvent trouver leur limite si un autre émetteur n'est pas placé à proximité de la source sonore.

Mallettes émetteurs / récepteurs

Ce type de solution est intéressante dans les grandes salles de cours ou dans les amphithéâtres également. Cela permet d'équiper le ou les professeurs / conférenciers d'émetteurs (type microphone) et de proposer aux personnes malentendantes présentes dans la salle des récepteurs équipés de boucle magnétique.



Figure 10 - Boucle magnétique transportable

Sous-titrage

Les contenus vidéos préparés peuvent être sous-titrés afin de rendre l'information accessible. Dans le cas d'une intervention type conférence, il est possible de faire appel à de la transcription en temps réel par le sous-titrage en direct.

Plateforme de communication Sourd / Entendant

Ce dispositif permet la communication directe entre Sourd et Entendant, en face à face ou par téléphone, et ce sans avoir besoin de la présence physique d'un interprète. En effet, grâce à un système vidéo (type webcam) et à un microphone, la personne entendante peut parler directement à la personne déficiente auditive. La parole est transmise à l'interprète via le microphone puis ce

dernier retransmet l'information en LSF via une caméra vidéo. La personne sourde reçoit l'information visuelle et peut répondre à son tour. Ce dispositif s'avère très utile lors de communications à distance.

Synthèse vocale

La synthèse vocale est largement utilisée pour retranscrire la parole orale de manière écrite. De nombreux logiciels intègrent cette fonctionnalité pour permettre une meilleure communication en temps réel entre les différents interlocuteurs.

Applications Android et IOS

Aujourd'hui, de nombreuses applications permettent de créer des ponts entre personnes déficientes auditives et entendants. Parmi elle, beaucoup se proposent de rétablir la communication en faisant appel à de la reconnaissance vocale, telles que :

- **Ava** pour permettre aux Sourds de savoir qui parle en temps réel lors d'une conversation de groupe ;
- **Siri**, synthèse vocale largement utilisée dans la vie quotidienne ;
- **RogerVoice** pour permettre aux Sourds de téléphoner ;
- etc.

Passage à l'écrit

Le passage à l'écrit reste néanmoins le moyen le plus sûr de véhiculer un message. Il peut se faire sur papier, par SMS ou par mail. La bonne compréhension du message doit cependant toujours être vérifiée afin de ne pas créer de malentendus surtout si son destinataire est sourd de naissance.

Aides humaines

Interprète en Langue des Signes Française

Les interprètes en LSF suivent une formation diplômante et ont pour rôle de transmettre fidèlement le message de chacun des interlocuteurs. Le cadre déontologique de leur pratique les oblige à une prise de recul sur le discours de l'interlocuteur, mettant à part leur opinion personnelle sur la parole en elle-même. De plus, une personne entendante doit s'adresser à la personne sourde directement, sans passer par l'interprète. Dans le cas où la personne sourde n'aurait pas compris un propos, si ce dernier n'est pas reformulé par la personne entendante, il ne revient pas à l'interprète d'expliquer le message mais uniquement de restituer fidèlement ce qui est dit. Leur rôle est d'assurer une bonne réception du discours véhiculé.

S'agissant des cours en langue étrangère (anglais par exemple), il est possible d'identifier des interprètes anglais / langue des signes françaises.

Interface de communication

Les interfaces de communication sont des personnes ne disposant pas d'une formation certifiante. De ce fait, leur positionnement professionnel relève beaucoup de celui de médiateur : ils sont souvent concertés pour réexpliquer le propos ou le périphraser jusqu'à ce que la personne sourde ait compris le sens du message. Leur rôle est d'assurer une bonne compréhension finale du discours véhiculé.

Vélotypiste

Le vélotypiste transmet le sous-titrage de la parole orale en temps réel, et ce grâce à un vélotype. Il s'agit d'un outil performant qui permet d'écrire à la vitesse de la parole en utilisant l'écriture syllabique.



Figure 11 - Vélotype

Preneur de notes

Le preneur de notes écrit simultanément tout ce qui est dit à l'oral, de manière très rapide, afin de fournir un support écrit à la personne déficiente auditive.

« L'ARRIVÉE » : INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

FAIRE COURS À UN ÉTUDIANT DÉFICIENT AUDITIF

Première rencontre et accueil

La première rencontre avec un étudiant déficient auditif doit permettre d'identifier ses besoins et son mode de communication privilégié. En effet, les moyens de compensation ne seront pas les mêmes suivant le type et le degré de surdité, la langue utilisée et la personnalité de l'étudiant.

D'une manière générale, le plus gros écueil à éviter est celui du malentendu. Beaucoup de personnes déficientes auditives n'oseront pas (re)demandeur une information. De ce fait, il est important de veiller à ce que l'information orale soit systématiquement véhiculée de manière écrite à l'étudiant.

Pendant le cours

1. Les bonnes pratiques

- Permettre à l'étudiant déficient auditif, s'il le souhaite, **d'occuper le 2^e ou 3^e rang**. Cette position stratégique lui permettra d'être suffisamment proche du professeur pour pouvoir lire sur ses lèvres, mais également d'avoir une vue sur certains de ses camarades pour pouvoir apprécier les interventions orales et les mouvements de la classe. En cas d'alerte incendie par exemple, il est important que l'étudiant puisse percevoir les premiers gestes de ses camarades pour être en condition d'évacuation aussitôt qu'il est nécessaire (une alarme lumineuse couplée à l'alarme sonore pourra l'avertir de l'urgence).
- Concernant les mesures de sécurité relatives aux alertes incendies, **des flashes lumineux et des bracelets vibrants permettent de transmettre ces informations d'urgence** à un étudiant sourd.
- Positionner l'étudiant **dos à la fenêtre afin qu'il ne soit pas ébloui** (la sensibilité rétinienne peut être importante suivant les personnes) et afin qu'il ne soit pas gêné par le contre-jour pour lire sur les lèvres au moment des prises de parole des uns et des autres. De manière générale, il est important de ne jamais tourner le dos à une source lumineuse lors d'un échange avec une personne déficiente auditive.
- **Toute information orale doit être systématiquement retranscrite par écrit** afin d'être transmise à la personne déficiente auditive. Les informations de début ou de fin de cours sont souvent oralisées alors qu'il subsiste un bruit ambiant important (bruits des tables et des chaises, bruits des sacs, bavardages, etc.). Cela peut être très gênant pour une personne appareillée. Dès lors, ces échanges pourront être communiqués à l'écrit au tableau ou envoyés par mail.

- **Attention** : une information qui paraîtrait futile peut s'avérer être d'une grande importance pour l'étudiant sourd. Il est important de ne pas juger soi-même de la pertinence ou non de cette dernière.
- Dans le cas où **un échange serait assisté d'un interprète, il est important de s'adresser directement à l'étudiant sourd**. En effet, l'interprète ne fait pas office d'interlocuteur : son rôle est de veiller à ce que le discours soit perçu par le Sourd. Par souci de respect pour ce dernier, le discours pourra lui être directement adressé et sera traduit en temps réel par le professionnel en LSF.
- Afin de ne pas effrayer l'étudiant sourd, il est important de **toujours arriver de face lorsque l'on souhaite l'interpeler**. En effet, la personne sourde n'entend pas les indices sonores d'une présence (bruits de pas, respiration, etc.), elle risque d'être surprise voire très effrayée si elle sent, par exemple, une main sur son épaule sans avoir reçu l'information visuelle en premier.

2. Les écueils à éviter

- Laisser l'étudiant déficient auditif de côté par peur d'être maladroit : de nombreuses personnes entendant ne savent pas comment appréhender le handicap auditif. Beaucoup craignent de ne pas être compris ou de ne pas se faire comprendre, ce qui engendre une fuite des échanges et ce qui peut participer à l'isolement de l'étudiant sourd ou malentendant. Des sentiments tels que la peur de mal faire, la démotivation, la pudeur ou l'inertie peuvent empêcher toute forme de communication. **La meilleure manière de désamorcer ce genre de sentiment est de passer par l'écrit** pour communiquer et d'adopter une attitude bienveillante et non infantilisante.
- Il est très important de **ne pas infantiliser l'étudiant déficient auditif**. Par exemple, une sur-articulation ou le fait de parler fort participent à une forme de méconnaissance du handicap auditif. L'étudiant sourd est capable et ne présente pas de déficience intellectuelle : il est donc nécessaire de le considérer avec respect.
- **La sur-articulation est à éviter** : en effet, elle déforme l'image labiale des mots et ces derniers sont alors difficilement reconnaissables lorsque l'étudiant lit sur les lèvres de son interlocuteur. Il est conseillé de parler normalement, ni trop vite ni trop lentement.
- De la même manière, **parler fort à une personne sourde ou malentendante est vivement déconseillé**. Une personne sourde n'entendra pas ce qui est dit et une personne malentendante appareillée recevra l'information sonore de façon amplifiée dans ses prothèses auditives. Cela peut être gênant et parfois même très douloureux.
- Il est courant pour une personne sourde de se voir proposer du braille ; or ce système d'écriture tactile est destiné aux personnes déficientes visuelles. Un étudiant déficient auditif, quant à lui, peut tout à fait percevoir l'information de manière visuelle et lire le français écrit.
- Afin de permettre une lecture labiale la plus claire possible, il est important de **garder la bouche bien visible** (éviter la main devant la bouche, les écharpes, la moustache

proéminente, etc.) et d'éviter de déformer les images labiales (ne pas mâcher de chewing-gum en parlant, éviter de parler la bouche pleine, etc.)

- Comme expliqué précédemment, il est important de **ne jamais juger soi-même de la pertinence d'une information**. Par exemple, omettre de passer une information orale par écrit en pensant que « ce n'est pas important et que ce n'est pas grave si l'étudiant n'a pas l'information, cela ne le concerne pas ».
- Il est également important de **ne jamais tourner le dos à l'étudiant en parlant** : par exemple, parler en écrivant au tableau ou en pointant une information projetée. Il est important que l'étudiant puisse toujours voir le visage de l'interlocuteur et que ce dernier soit positionné dans sa direction. De la même façon, des déplacements en salle de cours, dos à l'étudiant, doivent être évités.

3. Quelques astuces à la communication

- Pour interpeler une personne déficiente auditive, il est important de renoncer au réflexe du comportement sonore (par exemple l'appeler de loin ou crier son prénom). En effet, les sens privilégiés pour recevoir l'information sont ici la vue et le toucher. Par exemple, **éteindre et rallumer la lumière de la salle permettra d'attirer l'attention de l'étudiant** et de capter son regard. De la même façon, les vibrations à travers différentes surfaces (taper du pied sur le sol, toquer contre un mur ou sur une table) propageront l'information et éveilleront l'attention du sujet.
- **Lors d'un échange en groupe, il est important de ne jamais couper la parole** de la personne qui parle. En effet, cela requiert une grande concentration pour la personne déficiente auditive d'identifier l'orateur et de raccrocher le discours. En coupant la parole, ce fil conducteur est rompu et l'étudiant doit parcourir le groupe des yeux pour identifier l'interlocuteur : la plupart du temps, ce dernier a déjà entamé son discours et l'on assiste à une grande perte d'informations pour le Sourd. Pour cette raison, il est nécessaire de veiller à prendre la parole chacun son tour et à lever la main pour annoncer son éventuelle intervention. Par ailleurs, le professeur pourra pointer du doigt la personne qui prend la parole afin que l'étudiant déficient auditif puisse raccrocher le discours sans difficultés.

Évaluation des étudiants déficients auditifs

L'évaluation orale des étudiants déficients auditifs pourra nécessiter la présence d'interprète ou d'interface de communication si l'étudiant déficient auditif utilise la LSF comme langue maternelle. Dans le cas d'une surdité non profonde, si l'étudiant oralise et qu'il utilise la langue française pour communiquer, les différentes aides techniques pourront être proposées lors de l'évaluation.

S'agissant de l'évaluation écrite, et suivant la maîtrise du français écrit de la part de l'étudiant déficient auditif, le contenu de l'énoncé pourra être formulé de façon plus claire grâce notamment à la technique du Facile à Lire et à Comprendre (voir plus loin).

Toute information communiquée durant l'épreuve (heure, temps restant, etc.) devra être écrite au tableau ou communiquée sur papier à l'étudiant déficient auditif.

Un tiers-temps pourra être proposé à l'étudiant pour le bon déroulement de son examen.

RENDRE SES COURS ACCESSIBLES

La diffusion des supports

Compte tenu du volume de cours suivis par les étudiants de Sciences Po, plusieurs bonnes pratiques de la part des enseignants sont vivement conseillées :

- **Envoyer les cours une semaine à l'avance minimum** afin de permettre à l'étudiant déficient auditif d'en prendre connaissance et de s'en imprégner. Cela lui permettra d'être déjà informé du contenu lors du cours et il pourra se concentrer préférentiellement sur le discours du professeur en lecture labiale sans faire de nombreux allers-retours avec le support de cours. Ceci réduira considérablement le temps passé en double tâche et optimisera la concentration et la rétention d'informations de l'étudiant. Enfin, cela permettra de réduire l'énergie consacrée au suivi d'un cours et par conséquent la fatigue subie.
- De la même manière, **transmettre la liste des textes à lire ainsi que les exercices à faire chaque semaine pour la suivante (une semaine minimum)**. En effet, les étudiants sourds dont le français écrit n'est pas la langue maternelle peuvent éprouver des difficultés à la compréhension de ce dernier. Le temps de lecture pour être certain d'en saisir fidèlement le sens peut être plus important.
- **Sous-titrer les contenus sonores des vidéos projetées en cours ou transmettre une transcription écrite** à l'étudiant lorsque cela n'est pas possible.
- Lorsque cela est envisageable, **des contenus en LSF pourront être proposés aux étudiants sourds signant** (dans ce cas, il est important de s'assurer avant du moyen de communication utilisé).

Supports et accessibilité numérique

L'accessibilité au handicap doit également permettre à tous d'accéder à l'information de manière autonome, quel que soit le support. L'accessibilité numérique consiste à proposer des contenus (documents bureautiques, sites et applications web) accessibles en ligne. Pour accéder à l'information, les personnes en situation de handicap utilisent des technologies d'assistance adaptées à leur handicap. Le *Web Accessibility Initiative* (WAI) pose les standards du web et propose des critères d'évaluation des interfaces numériques. Ces critères sont répartis par familles, de la famille A à la famille AAA (meilleur niveau) en fonction du degré d'accessibilité de l'interface. Ces recommandations pourront être utilisées pour les interfaces propres à Sciences Po. Pour faciliter l'usage des écrits sur papier ou sur le web, voici quelques bonnes pratiques à maîtriser.

1. Rédactionnel

- Pour les surdités profondes de naissance, et selon la maîtrise du français de l'étudiant sourd, il est conseillé d'utiliser **des phrases courtes, comportant peu de propositions**.

Lorsqu'il s'agira d'échanger avec l'étudiant (par mail par exemple), les messages les plus efficaces seront ceux qui mettront d'emblée en avant l'information principale du texte.

Avant

« Nous vous prions de vous présenter au bâtiment A pour la passation de votre examen d'économie le jeudi 7 novembre 2017 à 10h ».

Après

« Convocation pour examen d'économie le jeudi 7 novembre 2017, à 10h, bâtiment A ».

- À la première utilisation d'un sigle ou d'un acronyme, donner sa forme développée.
Exemple : l'OMS (Organisation mondiale de la Santé).
- **Expliquer les abréviations.**
- Le FALC (Facile à lire et à comprendre) est un système de règles permettant de rendre le contenu écrit accessible et facilement intelligible. La majorité de ses recommandations s'adressent aux personnes déficientes intellectuelles, cependant certaines peuvent s'avérer très utiles pour des personnes sourdes :
 - éviter les métaphores ;
 - employer des mots usuels dans le discours et expliquer les mots compliqués ;
 - utiliser des phrases actives plutôt que des phrases passives. Par exemple, il conviendra d'écrire « le professeur vous enverra un mail pour la date de convocation » plutôt que « il vous sera envoyé un mail pour vous tenir informé de la date de convocation ».

Attention : il ne s'agit pas ici d'infantiliser ou de dévaloriser les capacités des étudiants sourds mais bien d'anticiper des situations éventuelles de malentendus en veillant à la bonne compréhension du message véhiculé.

2. Graphisme

- **Assurer un contraste suffisant entre la couleur du texte et celle de l'arrière-plan.** Le taux de contraste entre deux couleurs doit toujours être de 70 % minimum. En effet, la sur-sollicitation de la vue par les personnes déficientes auditives peut entraîner une fatigue oculaire importante. Les recommandations concernant les contrastes sont essentielles. Le texte noir sur fond blanc (contraste maximal) est idéal.
- Certains outils d'aide à la mesure du contraste sont disponibles gratuitement en ligne et donnent l'indice de contraste entre deux couleurs. Si le document requiert l'utilisation de couleur, veiller à ce que le contraste entre la police d'écriture et le fond soit suffisant. Dans le cas contraire, il est possible de jouer sur le contraste, en graissant la police par exemple, accentuant ainsi l'impact de la typographie.
- **Utiliser des polices sans empattements dites sans serif telles que Verdana ou Arial, imposées par la charte graphique de Sciences Po.** Ce sont les polices « bâtons ».

- Éviter d'utiliser les lettres majuscules pour formuler une phrase entière, le soulignement et l'italique mais **privilégier plutôt le gras si besoin de marquer une différence avec le reste du texte.**

3. Traitement de texte

Les recommandations suivantes sont praticables dans tous les logiciels de bureautique : Word, Google Doc, OpenOffice, LibreOffice... Ces recommandations s'appliquent pour les étudiants maîtrisant peu le français écrit puisqu'elles permettent de structurer le document et de le parcourir plus aisément.

- Donner un nom clair et signifiant à son fichier.
- **Compléter les propriétés du fichier** : titre, auteur, langue utilisée.
- **Utiliser systématiquement les styles dans Word** pour indiquer la hiérarchisation (le niveau) des titres (titre 1, titre 2, titre 3...). Le titre du document est en style « titre ».
- Ne pas sauter de niveau (ne pas passer d'un titre 1 à un titre 3, par exemple).
- **Insérer une table des matières dans le document** : grâce aux titres stylés, son intégration et sa mise à jour sont automatiques.

4. Contenu vidéo ou audio

Fournir une alternative textuelle à tout contenu audio, qu'il s'agisse de vidéo ou de fichiers audio :

- du **sous-titrage si la bande son est pré enregistrée** ;
- de la **vélotypie si le discours est en direct** ;
- une retranscription fidèle du discours sur papier si ce dernier est enregistré et que le sous-titrage n'est pas possible ;
- une **traduction en Langue des Signes Française** par l'ajout d'une vidéo au contenu multimédia.

5. Web et interfaces

Sciences Po fait appel à différentes interfaces pour que les professeurs puissent diffuser et y déposer leurs cours et documents pédagogiques.

Dans la mesure du possible, il serait très important de les rendre accessibles aux personnes déficientes auditives :

- **Google Drive** est un outil collaboratif qui permet le partage et la modification de fichiers textes en direct ;
- **Moodle** permet la consultation, par les étudiants, de cours déposés par les enseignants ainsi que de questionnaires ou d'exercices avec la possibilité de répondre en ligne directement. Il n'est pas accessible dans l'état mais cet axe d'amélioration pourrait être très bénéfique aux étudiants déficients visuels ;
- certains **MOOC vidéo sont disponibles avec un sous-titrage et une transcription du texte**. Si des graphiques ou autres images étaient diffusés sur la vidéo, il conviendrait de les rendre accessibles par la mise en place de vidéo description ;

- la base de données **Cairn** recense un grand nombre de documents PDF auxquels pourront être appliqués les préconisations de mise en accessibilité mentionnées précédemment ;
- la plateforme *Corps Economics* ainsi que *Ebooks* recensent également un volume important de documents ;
- la plateforme de E-learning anglais offre un mode de transmission pédagogique essentiel pour comprendre la méthode des exercices proposés. De ce fait, la mise en accessibilité de cette dernière serait très pertinente.

Dans le cas où il serait nécessaire de créer un site dédié à Sciences Po ou une interface spécifique, plusieurs conseils s'appliquent. Un code HTML correct suffit, s'il est conforme, en France, aux exigences du RGAA (Référentiel général d'accessibilité des administrations). L'accessibilité est prise en charge par la technique du site mais aussi par les textes. Pour ceux-ci, les recommandations vues précédemment s'appliquent également (structurer le contenu par les niveaux de titre, accentuer les majuscules, expliquer les sigles et acronymes, fournir une alternative aux images, ne pas insérer de lignes blanches, etc.) mais aussi :

- utiliser un outil ou un thème accessible lors de la création de son propre site ;
- fournir une alternative visuelle à toute information sonore : il peut s'agir de bips sonores, de clics, de contenu audio, de podcast, de vidéo, etc. ;
- pour les vidéos : ajouter, dans la langue originale, le sous-titrage et la transcription textuelle intégrale.

CONCLUSION

Sciences Po s'inscrit dans une démarche inclusive permettant à chaque étudiant d'accéder aux mêmes chances et de développer ainsi ses pleines capacités au regard des exigences de cet établissement. Dans ce contexte, cette fiche a pour objectifs de recenser le maximum d'informations concernant la déficience auditive et les moyens de compensation existants.

Compte tenu de la vitesse de création de nouveaux outils technologiques, les solutions présentées ici ne sont pas exhaustives et pourraient évoluer prochainement grâce aux nouvelles techniques.

Les préconisations énoncées dans ce document se veulent les plus générales possibles afin de permettre à chaque enseignant de puiser les outils adaptés et propres à sa charge de travail, son volume de cours et le temps disponible à la préparation des cours.

Cette sensibilisation du corps enseignant et administratif (ainsi que des personnes responsables des travaux de maintenance des bâtiments) participe à l'élaboration d'un environnement capacitant pour tous les étudiants, qu'ils soient valides, handicapés ou en situation de handicap.

La déficience auditive ne rend pas l'étudiant incapable. La LSF traduit d'ailleurs le verbe « écouter » par un signe proche de l'œil.



Figure 12 – « Écouter » en langue des signes

Cela montre que l'information peut être perçue et traitée dans sa totalité ; seul le canal de réception change. La vue remplace l'audition et de nombreux moyens de compensation rendent la communication possible.

CRÉDITS

BROCHURE



Document réalisé par Ensinia, cabinet conseil spécialisé en accessibilité, ergonomie et spaceworking

42 bis rue de Silly – 92100 Boulogne-Billancourt

Contact : contact@ensinia.fr – Tél : 06 09 14 18 38

ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Schéma de l'appareil auditif humain

Figure 2 - Contour d'oreilles et prothèse intra-auriculaire – Photographie tirée du site du fabricant Starkey www.starkey.com

Figure 3 - Implant cochléaire - Photographie tirée du site du fabricant Cochlear www.cochlear.com

Figure 4 - Code LPC - Tableau tirée du site de l'ALPC (Association nationale pour la promotion et le développement de la Langue française parlée complétée) www.alpc.asso.fr

Figure 5 - Alphabet dactylologique - Alphabet manuel LSF d'après Albert Taboat

Figure 6 – Le signe « LSF » - Dessin www.anne-goudenove.com

Figure 7 - Boucles magnétiques - Photographie tirée du site www.surdicite.fr

Figure 8 - Amplificateur individuel - Photographie tirée du site www.comfortaudio.com

Figure 9 - Système portatif individuel - Photographie tirée du site www.phonak.fr/phonak-roger

Figure 10 - Boucle magnétique transportable - Photographie tirée du site www.acceciaa.com

Figure 11 – Vélotype - Photographie tirée du site www.velotype.com

Figure 12 – « Écouter » en langue des signes - Photographie tirée du site www.elix-lsf.fr

HANDICAP VISUEL
FICHE TECHNIQUE
À VISÉE INFORMATIVE
ET PÉDAGOGIQUE

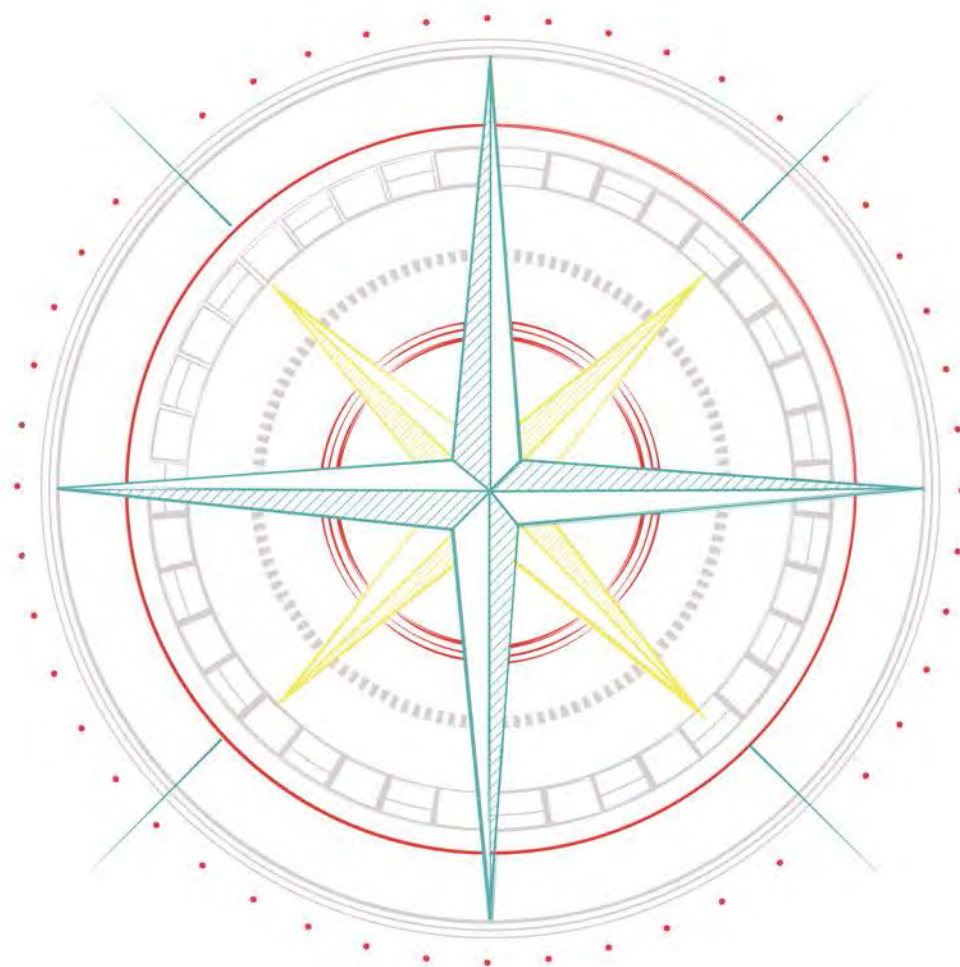


TABLE DES MATIÈRES

Partie introductive	3
Avant-propos	3
Cadre légal	4
« Le départ » : indications et préconisations	5
Les troubles visuels	5
La classification suivant l’OMS	5
Le daltonisme	6
La rétinite pigmentaire	6
La DMLA	7
Le glaucome.....	9
La cécité.....	10
« L’itinéraire » : sensibilisation et vigilance	11
Les « superpouvoirs » des personnes déficientes visuelles	11
L’ouïe	11
Le sens des masses.....	11
Le sens tactile	11
Le sens olfactif	12
La mémorisation.....	12
Aides et solutions (oral, technologie, matériel)	12
Accompagnement par l’aide humaine ou canine	12
Aides techniques	13
« L’arrivée » : indications et préconisations	15
Faire cours à un étudiant déficient visuel	15
Première rencontre et accueil	15
Pendant le cours	16
Évaluation des étudiants déficients visuels.....	17
Rendre ses cours accessibles	18
La diffusion des supports.....	18
Supports et accessibilité numérique	19
Conclusion	26
Méthodologie	26
Remerciements	26
Crédits	28
Brochure	28
Illustrations	28

PARTIE INTRODUCTIVE

Avertissement

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

AVANT-PROPOS

Cette fiche technique à visée informative et pédagogique, dédiée à un meilleur accueil des étudiants en situation de handicap visuel, s'adresse aux équipes pédagogiques de manière élargie :

- enseignants et assistants,
- personnels de scolarité,
- personnels des missions handicap,
- personnels de direction des établissements.

Cette fiche a pour objectif d'apporter bon nombre d'informations pratiques sur la déficience visuelle et ses conséquences sur la vie étudiante des élèves concernés, ainsi que de promouvoir les bonnes pratiques à mettre en place pour compenser les contraintes du handicap visuel.

Les préconisations apportées dans cette fiche concernent :

- l'accueil physique et les moyens de communication,
- les moyens humains et techniques de compensation,
- les bonnes pratiques à privilégier en cours,
- l'accessibilité des contenus pédagogiques.

Ces préconisations tiennent compte des contraintes vécues par le corps enseignant, à savoir : le volume de cours, le nombre important d'étudiants et le temps consacré à l'élaboration des contenus.

Le **Pôle handicap** de Sciences Po met déjà en place un certain nombre d'actions lors de l'accueil d'étudiants déficients visuels tels que :

- la présence de balises vocales à l'entrée des bâtiments d'enseignement pour assurer un guidage simplifié ;
- la mise à disposition de plans Braille dans certains bâtiments ;
- les premiers repérages des lieux et des bâtiments grâce à des locomotriciens afin que l'étudiant puisse prendre conscience de son environnement physique. Une visite des lieux dans le calme, loin de l'agitation qui règne aux interclasses ou en période de cours, est organisée. De plus, dès son inscription, les transports accessibles lui sont précisés. Lors de la création des emplois du temps, le Pôle handicap veille au regroupement des cours dans un même bâtiment afin de réduire au maximum les déplacements inter-sites ;

- la sollicitation de vacataires pour accompagner les étudiants déficients visuels dans la prise de notes, l'océrisation¹, la préparation des contenus des cours ou encore l'accompagnement lors des examens ;
- le prêt d'aides techniques à la bibliothèque telles que des télé-agrandisseurs, des loupes, etc. ;
- l'achat de logiciels basse vision mis à disposition des étudiants déficients visuels au besoin ;
- le traitement lumineux des salles de cours par la mise en place d'un éclairage adapté ainsi que la pose de panneaux acoustiques et l'intégration de boucles magnétiques pour les étudiants déficients auditifs. Cette réflexion sur l'ambiance des salles de cours est complétée par le déploiement d'un mobilier accessible pour tous types de handicaps.

CADRE LÉGAL

La **Loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées fait écho à la déclaration des droits pour les personnes handicapées (**ONU 1975**) et pose les fondements de la prise en charge du handicap dans l'espace public.

Cette loi définit le handicap comme « **toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant** ».

Si le handicap résulte de la rencontre entre les ressources d'une personne et les exigences de son environnement, deux notions sont alors à investiguer :

1. l'accessibilité, qui permet de rendre l'espace public accessible à toute personne, handicapée ou non, ou potentiellement en situation de handicap ponctuel ;
2. la compensation, qui permet de rendre l'environnement capacitant en répondant aux besoins spécifiques de la personne handicapée.

Étant donné que la déclaration du handicap n'est pas obligatoire, certains étudiants pourraient ne pas en informer les services pédagogiques. Dès lors, il est nécessaire d'envisager la compensation du handicap et l'accessibilité comme préalables à toute interaction et toute diffusion de contenus auprès des élèves.

Ce guide a pour but d'informer l'ensemble du corps pédagogique de Sciences Po des bonnes pratiques à adopter pour permettre un meilleur accès à l'enseignement des étudiants handicapés mais également pour poser un cadre sécurisant et démonstrateur des valeurs de Sciences Po.

¹ Océrisation : reconnaissance optique des caractères par traitement d'une image, voir p. 18.

« LE DÉPART » : INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

LES TROUBLES VISUELS

Le handicap visuel recouvre un panel important de déficiences, allant d'un trouble visuel bénin (myopie par exemple) à une cécité totale. Actuellement, en France, 3 millions de personnes sont concernées, ce chiffre augmentant progressivement avec l'allongement de la durée de vie.

Une personne déficiente visuelle rencontre une incapacité dans l'exécution d'une ou plusieurs des activités suivantes :

- lecture et écriture (vision de près) ;
- activités de la vie quotidienne (vision à moyenne distance) ;
- communication (vision de près et à moyenne distance) ;
- appréhension de l'espace et déplacements (vision de loin) ;
- poursuite d'une activité exigeant le maintien prolongé de l'attention visuelle.

Définition de la malvoyance, Union européenne des aveugles, novembre 2003.

Une personne non voyante peut éventuellement distinguer des formes ou de la lumière, il se peut également que ses yeux suivent le trajet du son dans l'environnement ou que ces derniers bougent de manière incontrôlée. Nombreuses sont les personnes déficientes visuelles qui portent des lunettes noires dans le but de protéger leurs yeux d'éventuels obstacles ou de projections. Autant de signes annonciateurs d'une déficience visuelle mais celle-ci peut tout de même passer inaperçue dans certains cas. Il est alors nécessaire d'être vigilant et d'être armé pour gérer au mieux des situations problématiques qui pourraient survenir.

Comment se comporter avec quelqu'un qui ne voit pas ? Comment outrepasser la crainte, la timidité et créer le meilleur contact possible avec une personne handicapée visuelle sans faire preuve de maladresse ? Ce guide a pour but d'apporter des réponses à ces questions.

La classification suivant l'OMS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classifié les déficiences visuelles en cinq catégories en fonction de l'acuité et du champ visuel. Cette classification permet de définir le degré de malvoyance.

Catégorie OMS	Caractéristiques de l'acuité visuelle	Type d'atteinte visuelle (CIM-10*)	Type de déficience visuelle (CIF**)
Catégorie I	Acuité visuelle corrigée comprise entre 3/10 et 1/10 avec un champ visuel d'au moins 20°	Basse vision ou malvoyance	Déficience moyenne
Catégorie II	Acuité visuelle corrigée comprise entre 1/20 et 1/10		Déficience sévère
Catégorie III	Acuité visuelle corrigée comprise entre 1/50 et 1/20 ou champ visuel compris entre 5° et 10°	Cécité	Déficience profonde
Catégorie IV	Acuité visuelle inférieure à 1/50 mais perception lumineuse préservée ou champ visuel inférieur à 5°		Déficience presque totale
Catégorie V	Cécité absolue, absence de perception lumineuse.		Déficience totale

Tableau 1 : classification du handicap visuel suivant l'OMS

* **CIM** : Classification internationale des maladies. **CIM-10** : 10e révision du CIM éditée en 1990 par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) puis mise à jour en 1994.

** **CIF** : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, anciennement appelé CIH (Classification internationale des handicaps).

Ci-dessous les déficiences visuelles que l'on rencontre le plus fréquemment. Elles sont classifiées par ordre croissant suivant leur gravité.

Le daltonisme

Le daltonisme est **une anomalie génétique héréditaire**. Cette déficience est causée par une absence de cônes, responsables de la perception des couleurs, au niveau de la rétine. L'altération de la perception des trois couleurs fondamentales (vert, bleu et rouge) conduit à ce que les daltoniens ne perçoivent pas la totalité de la palette de couleurs, allant de quelques couleurs manquantes à une vision uniquement en noir et blanc. Cette anomalie est incurable mais n'évolue pas dans le temps.

La rétinite pigmentaire

La rétinite pigmentaire (RP) est **une maladie génétique dégénérative de l'œil**, caractérisée par le rétrécissement progressif du champ visuel (vision en « tunnel ») évoluant généralement vers la

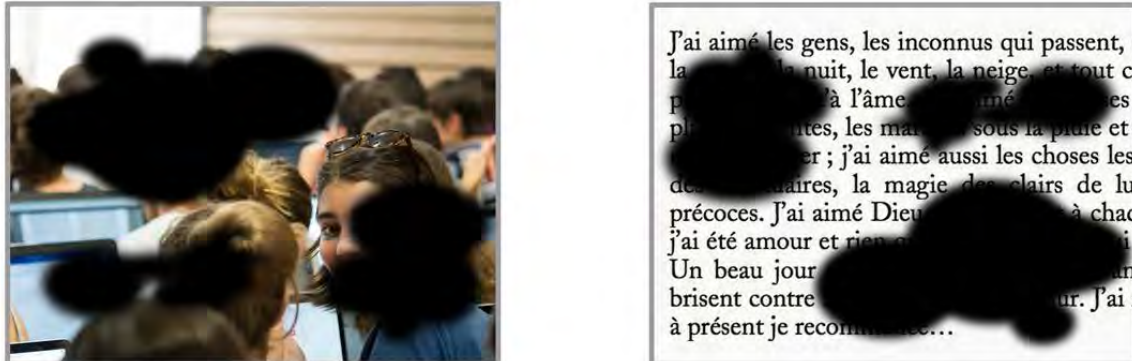


Figure 1 - Perception d'un sujet ayant une rétinite

cécité. Elle se déclenche fréquemment entre 10 et 30 ans d'âge et touche 1 personne sur 4 000. Cette maladie conduit à la perte progressive des photorécepteurs (cellules de la rétine sensibles à l'énergie lumineuse) et au dysfonctionnement de la couche externe pigmentée de la rétine provoquant l'apparition de dépôts pigmentés dans la rétine et de taches noires dans le champ visuel. Cette atteinte affecte les deux yeux. Aucun traitement à ce jour n'existe, mais des recherches en cours permettraient d'envisager des options thérapeutiques telles qu'une thérapie génique ou une greffe de rétine.

Les premiers signes ressentis par la personne atteinte d'une RP sont une baisse de la vision, une déficience de la vision des couleurs et une difficulté à s'adapter à l'obscurité. Survient ensuite une sensibilité accrue ou intolérance à la lumière suivie par la perte progressive du champ visuel périphérique et cette maladie aboutit, à terme, à une cécité. Les personnes atteintes éprouveront des difficultés pour réaliser des activités minutieuses, lire, conduire de nuit et de jour suivant l'évolution de la RP et auront quelques maladresses pour saisir les objets ou se déplacer.

Pour ralentir la progression de la maladie, il est recommandé de porter des verres protecteurs et filtrants contre la luminosité et les rayons ultraviolets, le but étant de limiter la sensation d'éblouissement.

La DMLA

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) concerne les personnes de plus de 50 ans et est la première cause de handicap visuel voire de cécité légale (acuité visuelle inférieure 1/20 après correction). Elle touche 8 % de la population française et ce pourcentage augmente avec l'âge (1 % pour les personnes entre 50 et 55 ans et 25 à 30 % pour les personnes de plus de 75 ans). Cette maladie de l'œil est évolutive et correspond à la dégradation de la macula. Cette dernière occupe 2 à 3 % de la région centrale de la rétine, la DMLA provoque donc une perte progressive de la vision centrale et épargne la vision périphérique ou latérale.

La maculopathie liée à l'âge (MLA) est la phase précoce sans dégénérescence de la DMLA. Elle est caractérisée par l'accumulation de dépôts blanchâtres (drusen) à l'intérieur et autour de la macula et/ou d'une altération dans l'épithélium pigmentaire (couche externe pigmentée de la rétine).

Une MLA n'évolue pas forcément en DMLA. Néanmoins, cela est possible dans environ la moitié des cas et sous l'influence de plusieurs facteurs de risque favorisant la dégénérescence. Il existe deux formes dégénératives tardives :

- **la forme atrophique ou sèche**

Cette forme de DMLA est la plus fréquente (80 % des cas) et la moins sévère. Elle correspond à l'atrophie progressive des cellules de l'épithélium pigmentaire rétinien et des photorécepteurs au niveau de la macula. Ce processus provoque une altération lente de la vision centrale.

- **la forme exsudative, humide ou néo-vasculaire**

La forme néo-vasculaire, moins fréquente, est pourtant responsable de 90 % des cécités légales dues à la DMLA. Elle se traduit par le développement de vaisseaux sanguins fragiles dans la macula. Ces vaisseaux laissent diffuser du sérum et/ou du sang, responsable d'un soulèvement de la rétine et/ou d'hémorragies rétinienne. Son évolution est rapide et peut entraîner une perte brutale de la vision centrale.

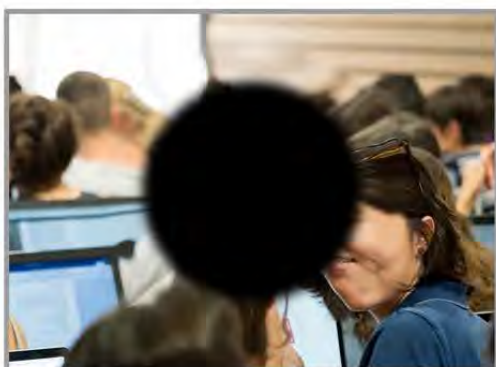


Figure 2 - Perception d'un sujet ayant une DMLA

Au stade précurseur, les personnes atteintes de la DMLA perçoivent peu ou pas de symptômes. Les premiers signes d'une DMLA peuvent être discrets et se traduisent par :

- une diminution de l'acuité visuelle dans le champ central de la vision,
- des difficultés pour lire,
- une diminution de la sensibilité au contraste,
- une légère déformation des objets,
- une gêne en vision nocturne.

Aux stades avancés, des tâches sombres apparaissent dans le champ de vision central et la perception des lignes droites et images est ondulée/déformée.

Le passage d'un stade à un autre est la conjonction de plusieurs facteurs dont le principal est lié au vieillissement. Mais d'autres causes augmentent le risque de développer une DMLA :

- les personnes de type caucasien,
- les prédispositions génétiques (risque augmenté d'un facteur de 4),
- le tabagisme (risque augmenté d'un facteur de 3 à 6),
- le poids corporel (risque augmenté d'un facteur de 2),
- l'hygiène de vie.

Le glaucome

Le glaucome est **une maladie oculaire grave provoquant une altération du champ visuel et des dommages au nerf optique par l'augmentation de la pression intraoculaire** ou d'une mauvaise circulation sanguine entraînant la nécrose des cellules du nerf optique et de la rétine. Les lésions sur le nerf optique sont irréversibles et peuvent aboutir, en l'absence de prise en charge, à la cécité complète. Cette maladie est la deuxième cause de cécité et touche 1 à 3 % des personnes âgées de plus de 40 ans.



Figure 3 - Perception d'un sujet ayant un glaucome

Les symptômes sont différents suivants les formes cliniques de glaucome, mais la perte de la vision périphérique est le dénominateur commun. Les plus virulents concernent une baisse de la vision rapide avec apparition de halos colorés autour des lumières vives, des douleurs, des rougeurs oculaires, voire des nausées et vomissements.

Les facteurs de risque provoquant un glaucome peuvent être :

- l'âge,
- la prédisposition génétique,
- l'origine ethnique,
- la prise de certains médicaments,
- un traumatisme brutal sur l'œil,
- un autre problème de la vue : cataracte, myopie prononcée, uvéite chronique,
- certaines maladies : hypertension oculaire, diabète, hypertension, troubles cardiovasculaires, dysthyroïdies.

La cécité

Le nombre de personnes aveugles dans le monde est de 39 millions (sur 285 millions de déficients visuels) dont 82 % sont âgés de plus de 50 ans. En France, **207 000 personnes sont aveugles sur 1,7 millions de personnes atteintes d'un trouble de la vision.**

Plusieurs types de cécité existent :

- **la cécité partielle** : sujets pouvant percevoir des formes ;
- **la cécité presque totale** : sujets pouvant percevoir la lumière et parfois les masses et les volumes ;
- **la cécité totale** : sujet n'ayant aucune perception visuelle.

Les causes d'une cécité peuvent être nombreuses :

- les accidents ou blessures qui ont atteint la surface de l'œil tels que des brûlures chimiques ou des blessures sportives ;
- le diabète,
- le glaucome,
- la dégénérescence maculaire (DMLA).

Les personnes non voyantes sont certes atteintes d'un handicap lourd mais il ne faut en aucun cas présumer de leur capacité ou incapacité ainsi que de leur autonomie. Ainsi, il conviendra d'adresser la parole à la personne malvoyante directement et non par le biais de l'accompagnateur s'il est présent. Afin qu'elle puisse identifier son interlocuteur, il est nécessaire de se présenter oralement et de lui indiquer quand on la quitte.

« L'ITINÉRAIRE » : SENSIBILISATION ET VIGILANCE

LES « SUPERPOUVOIRS » DES PERSONNES DÉFICIENTES VISUELLES

La vue permet de transmettre la majorité des informations sensorielles (60 à 90 % des apports) pour interagir avec l'environnement. Afin de compenser l'absence de vision, les personnes déficientes visuelles utilisent plus fortement les autres sens : le cerveau réemploie alors la région non utilisée dévolue aux capacités visuelles pour le développement sensoriel. Plusieurs sens sont alors mobilisés.

L'ouïe

L'interprétation d'éléments actifs par la perception de sons ou de bruits mobiles (démarrage des voitures, pas de piétons sur différentes surfaces (escaliers, dalles...) permet aux personnes déficientes visuelles de **repérer un sens de déplacement**. Cette compensation permet également de localiser des obstacles et de prendre connaissance de son environnement immédiat. Le choix d'aller ou de venir pourra s'opérer naturellement. Les sons provenant de haut-parleurs, de balises ou de mobilier urbain affineront une stratégie de déplacement et les sons plus discrets permettront à la personne visuelle d'identifier la présence de quelqu'un et sa position par rapport à elle.

Le sens des masses

Le sens des masses **n'est pas un sixième sens, mais la capacité à ressentir la présence d'une masse plus ou moins importante** (mur, colonne, auvent) ou bien la discontinuité de celle-ci (par exemple, un vide créé par la présence d'un couloir). L'écholocalisation humaine permet de détecter des objets dans leur environnement au travers d'échos (réverbération des sons sur une façade, ...). L'interprétation des sons réfléchis permet d'identifier des obstacles sur le cheminement et de les éviter. Ainsi **le sens des masses est en relation étroite avec l'ouïe**. Il est soumis à des conditions propres à la personne (fatigue et vitesse de déplacement) et à des conditions d'ambiance (environnement relativement calme). Cette perception, lorsqu'elle est affinée, permet de déterminer des matériaux différents (une paroi vitrée et une paroi en bois ne provoqueront pas les mêmes sensations). Certaines personnes déficientes visuelles l'utilisent comme repère ou bien pour maintenir leur sens de déplacement.

Le sens tactile

Le toucher ne se cantonne pas au contact par la main mais peut être expérimenté par tout le corps avec ou sans aide matérielle (type canne blanche). Le toucher au travers de la main permet la construction d'une image mentale mais aussi de lire (braille ou symboles en relief), de

s'orienter à l'aide d'équipements appropriés comme par exemple une table d'orientation multisensorielle, une balise sonore, les cannes électroniques... La canne blanche est un prolongement de la main permettant de déceler des obstacles au sol ou des éléments éveillant la vigilance. Les sensations au niveau des pieds seront des indices précieux pour juger de la nature du sol, du contraste podotactile (par exemple, les bandes d'éveil de vigilance signalent un danger et constituent une aide précieuse dans les déplacements, en amont des passages piétons, en bordure de quais ou en haut d'escaliers) ou encore du dénivelé du terrain (pour en tirer une orientation comme monter ou descendre). Pour toutes ces raisons, l'accessibilité du cadre bâti est un levier puissant pour améliorer les déplacements et l'autonomie des personnes déficientes visuelles par la mise en place d'éléments structurels importants comme les bandes de guidage au sol, les bandes d'éveil à la vigilance, le contraste des éléments architecturaux ou encore par la sécurisation des escaliers (des nez de marches contrastés, mains courantes, manchons en relief, etc.).

Le sens olfactif

Les odeurs facilitent l'identification de lieux ou permettent de définir une zone (parcs, certains lieux d'alimentation...). Ce sens affirme l'identification d'une entrée, d'un lieu, d'une ambiance (bouche de métro, boulangeries, fromagerie, jardin public, etc.). Les parfums sont volatils, donc moins fiables dans la précision du renseignement mais ils situent et déterminent une zone.

La mémorisation

Les déplacements en voirie ou l'utilisation fonctionnelle de bâtiments obligent les personnes aveugles ou très malvoyantes à se souvenir de différentes situations vécues pour ancrer leurs repères. **Ces repères ajoutés les uns aux autres construiront un schéma mental qui s'adaptera selon l'évolution de l'environnement** (véhicules mal stationnés, obstacles mobiles, mobiliers, pluie, vent, bruit ambiant...).

AIDES ET SOLUTIONS (ORAL, TECHNOLOGIE, MATÉRIEL)

La qualité de la vision d'une personne avec une déficience visuelle peut varier au cours d'une même journée. Cette altération peut être provoquée par une fatigue générale, une fatigue liée à la concentration et une difficulté à s'adapter aux variations de lumière. Au long terme, **ces fatigues supplémentaires peuvent induire un accroissement de la dégradation de la vision.** Pour réduire cet effet mais également pour compenser tous types de déficience visuelle, il existe des solutions techniques, optiques, technologiques et humaines traités ci-dessous.

Accompagnement par l'aide humaine ou canine

Que ce soit pour se déplacer ou pour accéder aux données de cours, les étudiants malvoyants ou aveugles peuvent bénéficier de l'aide humaine.

- Pour tous types de déplacements, les étudiants déficients visuels peuvent avoir recours à une canne blanche ou nécessiter un accompagnement humain. En effet, en déplacement seul, l'analyse d'informations non visuelles, quand elle ne se fait pas par les sens compensatoires, se fait par déduction ou par une réelle prise de risque de la personne. Pour plus d'efficacité et moins de fatigue lors de déplacements, le recours à un tiers se fait naturellement. La technique de guide et la description, nécessaires pour comprendre l'espace, sont un gage de confiance mutuelle entre la personne guidée et son guide. La technique de guide garantit une marche adaptée au rythme du binôme : **c'est la personne déficiente visuelle qui prend le guide par le coude** en se positionnant un pas en arrière afin de ressentir, très précisément et naturellement par anticipation, les déclivités du sol et mouvements d'orientation.
- L'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 dans son article 10 complète l'article 88 de la loi du 31 juillet 1987 et dispose que l'accès aux lieux ouverts au public [...] est autorisé aux chiens guides d'aveugle ou d'assistance. Cet accès se fait pour les chiens guides gratuitement et sans port de la muselière. Il est recommandé de ne pas caresser ou jouer avec le chien durant ses phases de travail et sans l'autorisation préalable de son maître. Sciences Po accueille régulièrement, dans le respect de la loi, les chiens guides ou d'assistance.

Aides techniques

Les personnes déficientes visuelles ont recours à différentes aides techniques pour accéder à l'information.

- **Une plage braille** : la plage braille est un périphérique d'ordinateur permettant à l'utilisateur d'avoir un affichage braille en temps réel des informations présentes à l'écran. L'utilisateur peut également envoyer des commandes à l'ordinateur grâce à différentes touches.
- **Un lecteur d'écran** : il s'agit d'un logiciel d'accès implanté sur l'ordinateur et permettant de décrypter l'information textuelle visible à l'écran et de la convertir en signal braille envoyé à la plage braille. Les informations peuvent également être transmises sous forme de fichier audio à travers une synthèse vocale.
- **Une liseuse** : il s'agit d'un dispositif placé devant un texte et permettant de convertir ce dernier en information sonore. En effet, la caméra située sur la liseuse, complétée d'un logiciel de reconnaissance de texte, transforme ce dernier en fichier audio directement énoncé via la synthèse vocale.
- **La bague liseuse FingerReader** : le principe est le même que pour une liseuse classique mais cette bague fonctionne aussi bien sur un support papier que sur un écran numérique. Il y a



Figure 4 - Plage braille



Figure 5 - Liseuse



Figure 6 - bague liseuse FingerReader

cependant une limite dans la taille des caractères, qui ne doit pas être inférieure à 12 points.

- **Blitab** : cette tablette tactile braille permet une utilisation identique à une tablette ordinaire, à la différence que des picots en relief peuvent mettre en exergue des images ou des graphiques.
- **Un dictaphone** : il permet l'enregistrement des informations données à voix haute durant le cours mais exige un temps de traitement assez conséquent par la suite, comme travail complémentaire.
- **Une loupe ou système d'agrandissement de caractères** : de nombreux dispositifs existent sur le marché et peuvent être couplées aux lunettes de l'étudiant déficient visuel selon ses besoins et ses capacités visuelles.
- **Des filtres anti-éblouissement** peuvent être apposés sur les verres correctifs des lunettes et permettent de préserver l'étudiant d'une fatigue visuelle.



Figure 7 - Blitab

Un certain nombre de **fonctions**, souvent méconnues, existent également sur les smartphones, les tablettes et les environnements de travail sous PC ou MAC. Ces fonctions sont nombreuses et pratiques. Elles méritent d'être rapidement citées :

- aides visuelles (lecture des animations, épaisseur du curseur, notifications visuelles pour le son...);
- retour de contact pour les écrans tactiles ;
- fonction narrateur avec vitesse et tonalité ;
- loupe avec inversion des couleurs, suivi du curseur de la souris ;
- fonction contraste élevé et sous-titres, paramètres de police ;
- clavier avec fonctions touches raccourcis, bascules et rémanentes ;
- réglage de la souris, vitesse, clics, clavier ;
- réglage lumière bleue sur les smartphones.

En règle générale, un **environnement lumineux adapté** avec un éclairage optimal permettra de diminuer un certain nombre de contraintes rencontrées par les personnes déficientes visuelles comme l'éblouissement sur les tables de cours ou sur les surfaces de projection, le contre-jour, la fatigue visuelle, le manque de visibilité et la difficulté à localiser le cheminement, etc.

Bien que des outils puissent être greffés aux ordinateurs et faciliter ainsi la compréhension de n'importe quel support informatisé, les interfaces utilisateurs sont celles qui vont simplifier la navigation des personnes à travers le web ou les logiciels et de ce fait permettre un gain de temps et donc de limiter les fatigues.

« L'ARRIVÉE » : INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

FAIRE COURS À UN ÉTUDIANT DÉFICIENT VISUEL

Première rencontre et accueil

La première rencontre avec une personne déficiente visuelle peut s'avérer surprenante et malheureusement maladroite si l'interlocuteur voyant n'est pas au fait de quelques informations. Avant tout, il est important de garder à l'esprit que la personne malvoyante ou aveugle n'est pas diminuée : **il est donc préconisé de garder une intonation normale, sans besoin d'infantiliser ou de véhiculer de l'empathie dans le ton de sa voix.** Seule la vue est concernée et non l'ouïe : nul besoin alors de hausser la voix pour se faire comprendre, votre interlocuteur vous entendra parfaitement. Plusieurs conseils peuvent être appliqués pour une communication optimale :

- En s'approchant, annoncer sa présence verbalement. La personne ne reconnaîtra pas toujours la voix de son interlocuteur dès les premières secondes : **donner son prénom ou son nom avant d'engager la conversation.**
- Lors d'une rencontre, **dire d'abord « bonjour »** si l'on souhaite proposer notre aide. Ne pas se vexer si la personne décline notre proposition.
- **Pour interpeler la personne déficiente visuelle, éviter de la toucher** ou de poser sa main sur son épaule pour ne pas lui faire peur et respecter son intimité ; privilégier une annonce verbale de sa présence.
- **Si l'étudiant est accompagné par une aide humaine, s'adresser directement à lui** pour toute question le concernant et non à son accompagnateur.
- Prévenir la personne quand on la quitte, ceci lui évitera de parler dans le vide.

Pour accompagner un étudiant déficient visuel dans ses déplacements, il est possible de lui proposer de prendre votre bras (en évitant de prendre vous-même le sien). Cela permettra de marcher ensemble et de lui signaler les obstacles ou dangers ou encore d'annoncer les changements de direction et de relief.

Si la personne déficiente visuelle vous demande de lui indiquer le chemin, il est conseillé de l'annoncer grâce à des informations précises (par exemple : « continuez tout droit sur une vingtaine de pas puis nous tournez à gauche »). Si le cheminement est étroit ou jonché d'obstacles, placez-vous devant l'étudiant, sa main sur votre épaule : il lui sera plus facile de vous suivre plutôt que de se sentir poussé et il imposera ainsi le rythme de la marche qui lui convient.

Si l'étudiant tient une canne blanche, veillez à ne pas entraver son mouvement. Enfin, devant un escalier, guidez sa main vers la rampe et placez-vous à ses côtés puis montez l'escalier à son rythme en annonçant la première et la dernière marche.

Pendant le cours

L'enseignant joue un rôle non négligeable dans l'apprentissage et dans la cohésion du groupe classe. Qu'il s'agisse d'un cours présentiel en amphithéâtre ou d'un cours dispensé en salle de classe en effectif réduit, il est essentiel que **l'enseignant adopte une attitude responsable et tolérante envers les étudiants handicapés visuels. Il devra veiller à la bonne intégration de l'élève au sein du groupe, tout en faisant preuve d'équilibre pour ne pas le surprotéger et lui laisser un espace d'autonomie.**

Enseigner à un élève malvoyant ou non voyant, **c'est accepter une lenteur pour s'approprier les textes**, une écriture manuscrite plus difficilement lisible, l'utilisation de techniques de travail différentes et potentiellement la présence d'un auxiliaire. **Un délai supplémentaire dans la remise des devoirs et lors des tests pourra être proposé à cause du temps de transcription nécessaire** à l'appropriation des textes par l'étudiant déficient visuel.

Pour permettre un déroulement du cours le plus accessible possible, plusieurs comportements sont à privilégier :

- Au quotidien, les déficients visuels n'ont pas accès aux informations écrites sur les tableaux, panneaux, sur les portes... Ne pas hésiter à les renseigner et à annoncer la projection d'un élément au tableau.
- Lors de l'arrivée en salle de cours, annoncer la configuration actuelle de la salle afin que l'étudiant puisse plus facilement se diriger vers une place qui lui convient.
- **Annoncer le plan du cours** ainsi que les différentes têtes de chapitre au fur et à mesure. Ceci permettra à l'étudiant déficient visuel de se représenter mentalement l'évolution du cours et de se repérer dans sa prise de notes.
- **Annoncer les types de contenus projetés et leurs titres.** S'il s'agit d'une courbe par exemple, décrire brièvement sa forme, ses mouvements et son évolution en citant les abscisses et les ordonnées ainsi que les points les plus pertinents. S'il s'agit d'un tableau, veiller à annoncer les noms des colonnes et lignes en donnant les informations clés principales. S'il s'agit d'une carte géographique, veiller à annoncer les pays représentés et les légendes participant à la bonne compréhension de la carte.
- Lors du pointage (à l'aide de la main ou d'un laser par exemple) d'une information ou d'une donnée sur un contenu (graphique, carte, tableau, image, etc.), veiller à annoncer à voix haute ce qui est pointé. Éviter les termes tels que « ici », « là », « là-bas » mais privilégier un vocabulaire plus précis tel que « en haut à droite », « à gauche », « en bas », etc.
- Lors de la prise de parole des étudiants, **veiller à ce que chacun se présente et répète son nom au moment de toute prise de parole.**
- Si l'étudiant veut s'asseoir, guider sa main vers le dos du siège. Une fois qu'il connaît la position du siège, l'étudiant peut s'asseoir seul.
- Une place pourra être attribuée en fonction du besoin (proximité du tableau ou des prises de courant) pour mieux discerner le contenu présent sur le tableau ou permettre l'accès aux technologies optiques ou non.

- Les objets déplacés ou abandonnés dans le passage, et les portes entrouvertes représentent des dangers, il est important d'y être vigilant !
- En cas d'évacuation, proposer son aide.

Évaluation des étudiants déficients visuels

L'équité dans l'évaluation des étudiants demeure prioritaire. **Il est donc nécessaire de produire des contenus d'évaluations de même niveau pour les étudiants valides et les étudiants déficients visuels, rassemblant les mêmes exigences lors de la correction.**

Le tiers-temps permet à l'étudiant de disposer d'un temps supplémentaire pour traiter une question (prise de connaissance de la question, lisibilité de l'information, reconstitution de la phrase lorsque l'étudiant doit effectuer des zooms par exemple, description de la courbe à reconstituer à son vacataire, etc.).

Il est également envisageable d'agir sur le contenu même des questions en adaptant le sujet. Plusieurs conseils peuvent être appliqués :

- **remplacer les graphiques par des séries de données** : attention dans ce cas à ne pas fournir un contenu trop lourd et illisible ;
- **remplacer ou compléter les graphiques par une description écrite et intelligible** : attention cependant à ne pas trop surcharger cette description pour ne pas trop rallonger le sujet déjà conséquent. Veiller alors à mettre en exergue les informations et données principales et à organiser la description sans nécessairement tout décrire ;
- éviter les questions trop abstraites mais asseoir les concepts par des exemples concrets pour permettre à l'étudiant de se forger une image mentale ;
- pour éviter à l'étudiant déficient visuel de se sentir privilégié ou pour éviter tout risque de discrimination, **une solution paraît pertinente : à une question « A » contenant des images, graphiques ou cartographies complexes, il s'agirait de proposer une question textuelle alternative « B » à l'ensemble des étudiants.** Il est à ce moment possible pour tous, de répondre à la question A ou B au choix. La possibilité reste toujours offerte à l'étudiant déficient visuel de tenter le sujet graphique grâce à une compensation textuelle et temporelle (tiers-temps) ou de gagner du temps en optant pour le sujet purement textuel.
- **la mise à disposition de sujets en braille pourrait être une option pour les étudiants aveugles ;**
- enfin les aménagements d'ordre organisationnels et pratiques restent importants : **possibilité de passer le test dans une salle à part afin de pouvoir utiliser les outils techniques** (liseuses, aides optiques...), temps supplémentaire, présence d'une aide humaine ou toute autre adaptation utile.

RENDRE SES COURS ACCESSIBLES

La diffusion des supports

Un étudiant déficient visuel n'aura pas un accès direct à l'information diffusée en cours. Pour lui permettre un accès optimal aux contenus et aux exercices, plusieurs solutions techniques ou humaines de compensation existent.

Cependant, un temps non négligeable doit être consacré au traitement de ces contenus pour les rendre totalement intelligibles et exploitables par un lecteur d'écran. Ce dernier va lire le texte écrit afin de le convertir soit en texte braille (via la plage braille de l'étudiant) soit en texte audio.

Plusieurs méthodes peuvent être sollicitées par les auxiliaires pour rendre un document accessible :

- **L'océrisation** : il s'agit de la reconnaissance optique des caractères par traitement d'une image. Le texte est scanné comme par une photocopieuse puis un logiciel déchiffre les caractères et les traduit en lettres en produisant un fichier texte. Ce procédé s'applique surtout aux documents imprimés mécaniquement (par exemple, un ouvrage photocopié, annoté puis distribué aux étudiants). Cette étape peut s'avérer pénible lorsque les caractères ne sont pas reconnus : il faut alors corriger manuellement chaque erreur. De plus, il existe toujours un taux d'erreur lié à la qualité du document initial, aux polices employées, aux notes et à la forme du texte.
- **La structuration des documents** : une fois les caractères édités en version électronique exploitable, il est nécessaire de reconstituer la structure du document en prenant en compte les têtes de chapitres, les titres, les retours à la ligne, les paragraphes, les sauts de ligne et de page, etc., afin de reproduire la mise en page initiale.
- **La retranscription et la réécriture manuelle des contenus** : certains cours écrits (en macroéconomie par exemple), contiennent de nombreux caractères graphiques non reconnaissables par le lecteur d'écran. Ces symboles doivent être écrits en toutes lettres pour pouvoir être lus par le logiciel et retransmis en braille ou en synthèse vocale à l'étudiant déficient visuel :
 - les indices : $v_7, v_r...$ (« vitesse indice 7 ») ;
 - les symboles : $\leq \geq ...$ (« inférieur ou égal », « supérieur ou égal ») ;
 - les lettres grecques : $\alpha \beta \gamma \Delta...$ (alpha, bêta, gamma, delta...) ;
 - les exposants : $n^2 3$;
 - etc.

Pour certaines matières, un travail de fond peut s'avérer nécessaire, notamment pour effectuer un tri entre les lectures essentielles et les lectures secondaires, de façon à guider l'étudiant déficient visuel vers les contenus prioritaires à étudier.

Compte tenu du volume de cours suivis par les étudiants de Sciences Po, plusieurs bonnes pratiques de la part des enseignants sont vivement conseillées :

- envoyer les cours une semaine à l'avance minimum afin de permettre aux vacataires accompagnant l'étudiant de mener à bien ces différentes étapes et de transmettre les documents accessibles à l'étudiant suffisamment à l'avance. Ce dernier aura alors le temps d'en prendre connaissance et cette première lecture lui permettra d'anticiper la prise de notes et la rétention d'informations pendant le cours ;
- de la même manière, transmettre la liste des textes à lire ainsi que les exercices à faire chaque semaine pour la suivante, en veillant à laisser un laps de temps suffisamment important pour leur réalisation (une semaine minimum) ;
- faire appel aux textes déjà disponibles en format PDF dans le domaine public pour éviter d'envoyer aux étudiants des textes scannés et annotés. Ceci évitera aux vacataires de ressaisir l'ensemble du texte afin de le rendre lisible par le lecteur d'écran et ce temps sera mis à disposition de l'étudiant déficient visuel pour en prendre connaissance suffisamment à l'avance ;
- accepter qu'un enregistrement sur bande sonore puisse être réalisé ;
- rendre ses documents accessibles.

Il est important que les ouvrages de la bibliothèque soient graduellement numérisés afin d'être intégrés à la banque de données numérique. **Samia Khelifi, référente accessibilité de la bibliothèque, pourra être directement contactée par les professeurs afin d'être informée des textes et ouvrages qui seront étudiés en cours.** Ces derniers pourront alors être numérisés pour être rendus accessibles aux étudiants déficients visuels.

Supports et accessibilité numérique

L'accessibilité au handicap ne se limite pas à l'accès aux bâtiments ou aux cours : elle doit également permettre à tous d'accéder à l'information, de manière autonome, quel que soit le support. L'accessibilité numérique consiste à proposer des contenus (documents bureautiques, sites et applications web) accessibles en ligne. Pour accéder à l'information, les personnes en situation de handicap utilisent des technologies d'assistance adaptées à leur handicap. Le Web Accessibility Initiative (WAI) pose les standards du web et propose des critères d'évaluation des interfaces numériques. Ces critères sont répartis par familles, de la famille A à la famille AAA (meilleur niveau) en fonction du degré d'accessibilité de l'interface. Ces recommandations pourront être utilisées pour les interfaces propres à Sciences Po. Pour faciliter l'usage des écrits sur papier ou sur le web, voici quelques bonnes pratiques à maîtriser.

1. Rédactionnel

- Donner des titres précis à ses documents, préciser la date, l'objet.
- Respecter les règles typographiques. Par exemple pour un nombre, éviter de poser des points entre les dizaines et les centaines : 16.250.090,32 s'écrit ainsi 16 250 090,32.

- Accentuer les majuscules de façon à éviter les confusions. Par exemple, écrire IL A ÉTÉ JUGÉ DURANT CE PROCÈS et non IL A ETE JUGE DURANT CE PROCES.
- Expliquer les abréviations.
- À la première utilisation d'un sigle ou d'un acronyme, donner sa forme développée. Exemple : l'OMS (Organisation mondiale de la Santé).
- **N'utiliser les tableaux que lorsque ils sont indispensables** : pour transmettre des données et non pour la mise en page. Découper son tableau complexe en plusieurs tableaux simples et fournir un titre complet.
- Ne jamais fournir un texte sous forme d'image (afin qu'il puisse être extrait et lu par le lecteur d'écran).
- Utiliser les fonctionnalités automatiques de listes (listes à puces ou numérotées), et non les tirets ou les numéros ajoutés à la main.

2. Graphisme

- Assurer un contraste suffisant entre la couleur du texte et celle de l'arrière-plan. Le taux de contraste entre deux couleurs doit toujours être de 70 % minimum. Le texte noir sur fond blanc (contraste maximal) est idéal pour les malvoyants.
- Certains outils d'aide à la mesure du contraste sont disponibles gratuitement en ligne et donnent l'indice de contraste entre deux couleurs. Si le document requiert l'utilisation de couleur, veiller à ce que le contraste entre la police d'écriture et le fond soit suffisant. Dans le cas contraire, il est possible de jouer sur le contraste en accentuant l'impact de la typographie, en graissant la police par exemple.
- **Transmettre les documents écrits papier avec de grands caractères (police de 12 points minimum, l'idéal étant de 14 points ou plus selon les besoins spécifiques de l'étudiant déficient visuel), éventuellement sur des formats plus grands (A3 par exemple)** ou en fichiers électroniques accessibles en fonction des besoins de l'étudiant
- Utiliser des polices sans empattements dites sans serif, telles que Verdana ou Arial, imposées par la charte graphique de Sciences Po. Ce sont les polices « bâtons ».
- Éviter d'utiliser les lettres majuscules pour formuler une phrase entière, ou le soulignement et l'italique, mais privilégier plutôt le gras s'il est nécessaire de marquer une différence avec le reste du texte.
- **Aligner son texte à gauche et pas en mode justifié**, car des espaces inégaux entre les mots sont source de difficultés pour les personnes dyslexiques et malvoyantes.
- Ne jamais transmettre une information uniquement par la couleur. Exemple : sur un graphique en couleur, chaque chiffre est complété de sa légende. Les éléments différenciés par leur couleur le sont également par leur forme. Il est possible également d'insérer une étiquette de données.

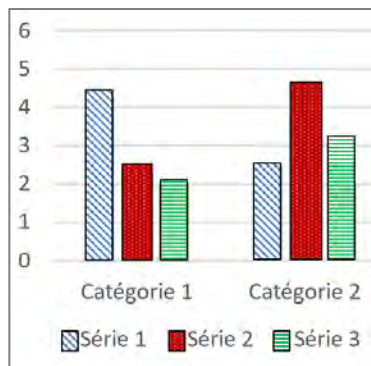


Figure 8 - Tableau fournissant les étiquettes de données

- Si le document contient des colonnes, **une marge assez large** pour permettre de bien différencier les différentes colonnes doit être utilisée.

Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3

Figure 9 - Tableau avec de larges marges entre les colonnes

- Ajouter à chacune des images, dans ses propriétés, **une alternative textuelle** (ou texte de remplacement) qui la décrit simplement. Si l'image contient du texte, la reprendre intégralement dans l'alternative.
- Pour le langage non genré (rendre neutre le langage en promouvant l'égalité des sexes dans la rédaction), privilégier l'écriture du nom masculin et féminin (ex : les oratrices et orateurs de la conférence...). Si le souci de concision du document est important, il est possible de recourir à l'usage du point médian « · », par exemple « les étudiants·es ». Le point médian est le symbole le plus facilement reconnaissable par la synthèse vocale, et ce, peu importe le lecteur d'écran (il suffit de configurer ce dernier en fonction). **Attention : si le texte en question est important, la multiplication de ces formes en langage non genré peut rapidement alourdir la lecture en synthèse vocale et devenir problématique.** Le point médian pourra alors être utilisé avec parcimonie suivant les situations et il pourra être rappelé, dans le corps du document, que les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

L'usage de la parenthèse à l'intérieur du mot, exemple : étudiant(e)s, est également possible mais ne fait pas l'unanimité sociale ou technique.

Exemples avant/après mise en forme après mise en pratique de ces préconisations :

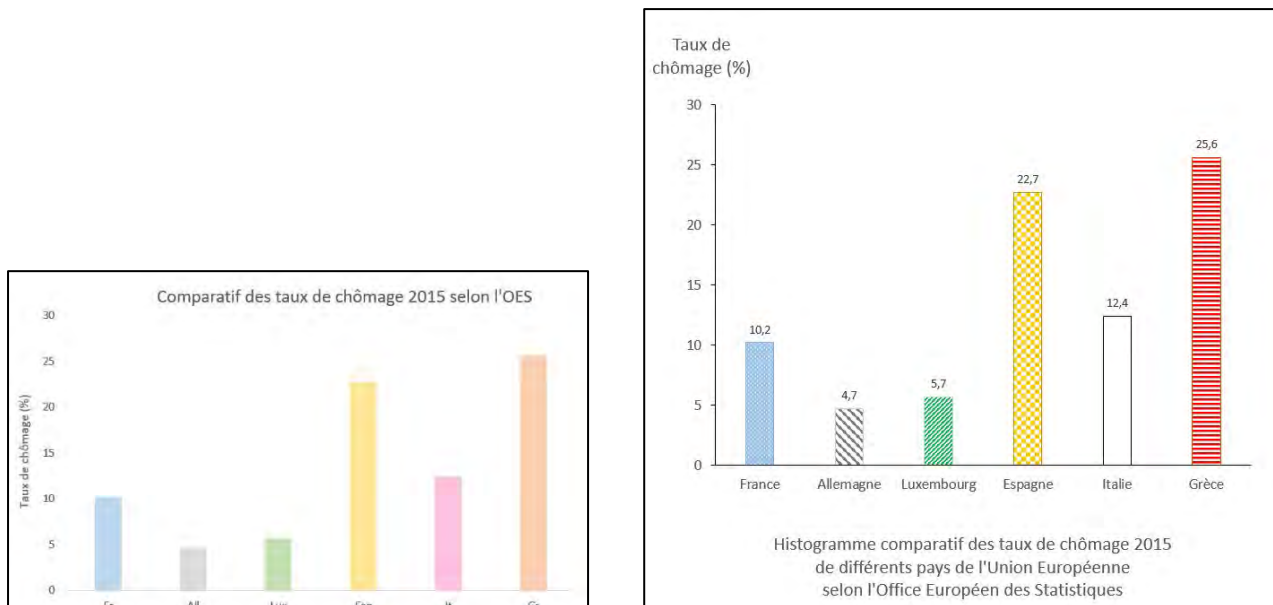


Figure 10 - Histogramme avant et après mise en forme

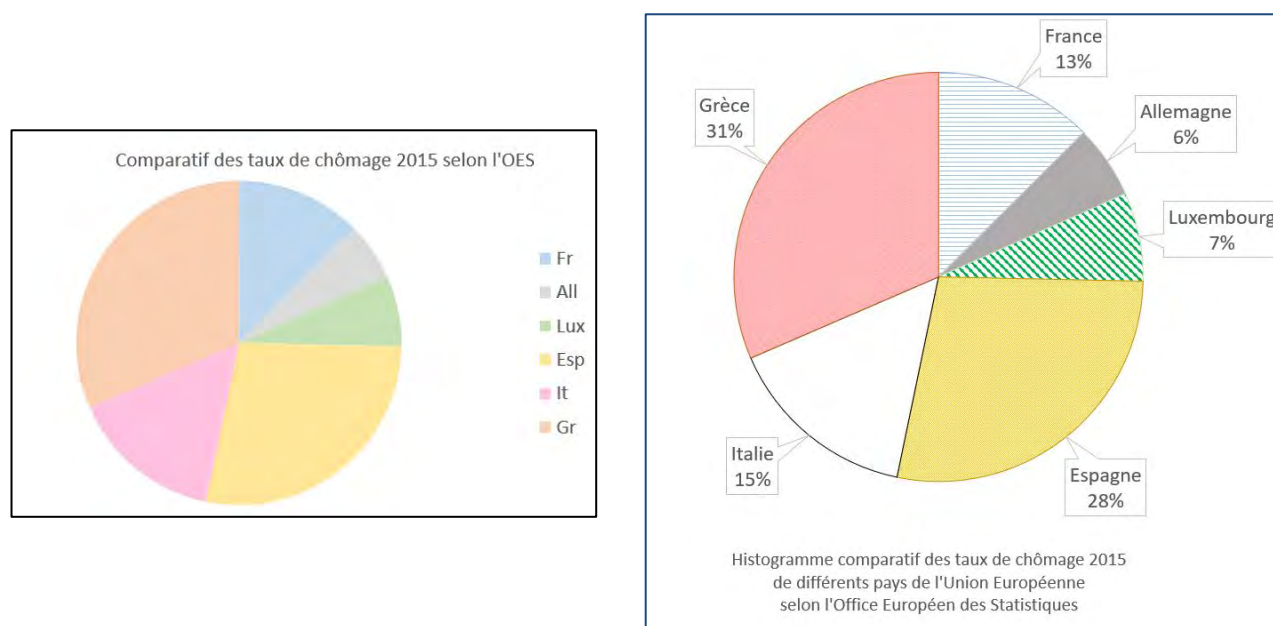


Figure 11 - Graphique en secteurs avant et après mise en forme

3. Traitement de texte

Les recommandations suivantes sont praticables dans tous les logiciels de bureautique : Word, Google Doc, OpenOffice, LibreOffice...

- Donner un nom clair et signifiant à son fichier.

- Compléter les propriétés du fichier : titre, auteur, langue utilisée.
- **Utiliser systématiquement les styles pour indiquer la hiérarchisation (le niveau) des titres (titre 1, titre 2, titre 3...).** Le titre du document est en style « titre ».
- Ne pas sauter de niveau (ne pas passer d'un titre 1 à un titre 3, par exemple).
- Insérer **une table des matières dans le document** : grâce aux titres stylés, son intégration et sa mise à jour sont automatiques.
- Privilégier l'utilisation d'espacements avant/après dans le style des paragraphes de façon à supprimer les lignes vides.
- **Utiliser les sauts de page** pour passer à la page suivante (et non une succession de lignes vides).
- **Pour créer un tableau, utiliser l'outil dédié. Dans ses propriétés, fournir un résumé et définir clairement la ligne d'en-tête.** Si le tableau est long, il conviendra de répéter cette ligne à chaque page. Éviter dans la mesure du possible les cellules vides et les cellules fusionnées.
- Aligner les images sur le texte (jamais d'images flottantes). Par ailleurs, il vaut mieux éviter de couper le texte tout autour de ces images sinon le lecteur n'a plus de repères en ce qui concerne le commencement des phrases.

4. Présentation PowerPoint

- **Utiliser la zone de commentaires pour fournir une description textuelle des images,** des schémas, des graphiques.
- Gérer l'ordre de lecture des éléments en utilisant le volet de gauche sur l'ordre des plans.
- Pour le diffuser, convertir le fichier PowerPoint en PDF.

5. PDF

Si le document initial est accessible, le PDF qui en résulte le sera aussi.

- **Ne jamais proposer de PDFs scannés mais réaliser son PDF à partir du document bureautique original.**
- Les PDFs générés à partir de Word, LibreOffice ou OpenOffice sont de bonne qualité. Par contre, les PDFs générés avec GoogleDoc sont peu accessibles : il conviendra d'exporter le Google Doc au format Word, OpenOffice ou LibreOffice pour générer le PDF à partir de ces applications.
- **Vérifier ou compléter les propriétés du PDF : titre, auteur, langue.**
- Si le document est long, afficher les signets à l'ouverture. Acrobat Pro, logiciel payant, propose de nombreuses fonctionnalités d'accessibilité ; il permet d'évaluer l'accessibilité du document et aide à corriger beaucoup de problèmes.

6. Web et interfaces

Sciences Po fait appel à différentes interfaces pour que les professeurs puissent diffuser et y déposer leurs cours et documents pédagogiques.

Dans la mesure du possible, il serait très important de les rendre accessibles aux personnes déficientes visuelles :

- **Google Drive** est un outil collaboratif qui permet le partage et la modification de fichiers textes en direct ;
- **Moodle** permet la consultation, par les étudiants, de cours déposés par les enseignants ainsi que de questionnaires ou d'exercices, avec la possibilité de répondre en ligne directement. Il n'est pas accessible dans l'état mais cet axe d'amélioration pourrait être très bénéfique aux étudiants déficients visuels ;
- **certains MOOC vidéo sont disponibles avec un sous-titrage et une transcription du texte.** Si des graphiques ou autres images étaient diffusés sur la vidéo, il conviendrait de les rendre accessibles par la mise en place de vidéo description ;
- la base de données **Cairn recense un grand nombre de documents PDF auxquels pourront être appliqués les préconisations de mise en accessibilité** mentionnées précédemment ;
- la plateforme Corps Economics ainsi que Ebooks recensent également un volume important de documents ;
- la plateforme de E-learning Anglais offre un mode de transmission pédagogique essentiel pour comprendre la méthode des exercices proposés. De ce fait, la mise en accessibilité de cette dernière serait très pertinente.

Dans le cas où il serait nécessaire de créer un site dédié à Sciences Po ou une interface spécifique, plusieurs conseils s'appliquent. Un code HTML correct suffit, s'il est conforme, en France, aux exigences du RGAA (Référentiel général d'accessibilité des administrations). L'accessibilité est prise en charge par la technique du site mais aussi par les textes. Pour ceux-ci, les recommandations vues précédemment s'appliquent également (structurer le contenu par les niveaux de titre, accentuer les majuscules, expliquer les sigles et acronymes, fournir une alternative aux images, ne pas insérer de lignes blanches... etc.) mais aussi :

- utiliser un outil ou un thème accessible lors de la création de son propre site ;
- ne pas justifier les textes mais utiliser les styles existants sans les modifier ;
- fournir une alternative textuelle aux images, aux graphiques (ou un résumé des données dans le texte) ;
- rédiger des liens hypertextes explicites : leur intitulé décrit précisément la cible du lien. Exemple : écrire « Pour en savoir plus, voyez le site de l'École doctorale », et non « Pour accéder au site de l'École doctorale, cliquez ici » ;
- les vidéos : ajouter, dans la langue originale, le sous-titrage et la transcription textuelle intégrale.

7. Projection

La taille des lettres et pictogrammes varie selon la distance d'observation. Le tableau ci-dessous recense les hauteurs de lettres recommandées par rapport à la distance de lecture pour les personnes malvoyantes ou ayant certaines déficiences visuelles. Lorsque la projection est

nécessaire, et suivant la configuration de l'environnement de cours (amphithéâtre ou salle de cours), le professeur pourra tenir compte de ces hauteurs de lettres lors de la diffusion de ses contenus pédagogiques.

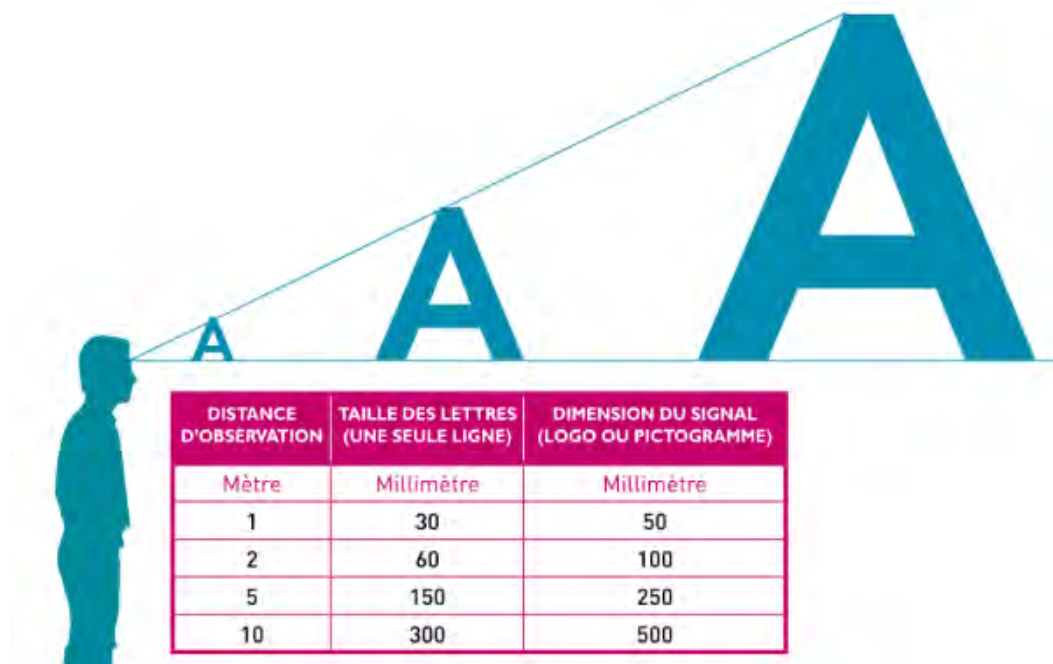


Figure 12 - Hauteurs de lettres recommandées en fonction de la distance de lecture

CONCLUSION

Sciences Po s'inscrit dans une démarche inclusive permettant à chaque étudiant d'accéder aux mêmes chances et de développer ainsi ses pleines capacités au regard des exigences de cet établissement. Dans ce contexte, cette fiche a pour objectifs de recenser le maximum d'informations concernant la déficience visuelle et les moyens de compensation existants.

Compte tenu de la vitesse de création de nouveaux outils technologiques, les solutions présentées ici ne sont pas exhaustives et pourraient évoluer prochainement grâce aux nouvelles techniques.

Les préconisations énoncées dans ce document se veulent les plus générales possibles afin de permettre à chaque enseignant de puiser les outils adaptés et propres à sa charge de travail, son volume de cours et le temps disponible à la préparation des cours.

Cette sensibilisation du corps enseignant et administratif (ainsi que des personnes responsables des travaux de maintenance des bâtiments) participe à l'élaboration d'un environnement capacitant pour tous les étudiants, qu'ils soient valides, handicapés ou en situation de handicap.

MÉTHODOLOGIE

Le présent document résulte d'un travail de recherche basé sur des entretiens menés auprès :

- d'étudiants déficients visuels de Sciences Po et d'autres établissements d'enseignement supérieur ;
- des vacataires accompagnant ces étudiants (prise de notes, préparation des cours, océrisation, etc.) ;
- de certains enseignants de Sciences Po et des équipes pédagogiques accompagnant les étudiants déficients visuels

Ces témoignages ont été recoupés avec un important travail de recherche documentaire (littérature scientifique, productions d'associations spécialisées dans le handicap visuel), ainsi que des observations en situation réelle de cours magistral. Enfin, Ensinia s'est appuyé sur son expérience pour proposer une vision globale et concrète des solutions existantes.

REMERCIEMENTS

Ensinia tient à remercier Elsa Géroult pour sa confiance renouvelée et la sollicitation des équipes pédagogiques lors des entretiens.

Nos grands remerciements vont également à :

- les étudiants déficients visuels et leurs vacataires pour leurs témoignages ;
- Yann Algan, doyen de l'École d'affaires publiques ;

- Arnaud Derregi, responsable pédagogique en charge des enseignements d'histoire, science politique et relations internationales et Kyle Schneider, responsable pédagogique en charge des enseignements de droit, sociologie, économie et méthodes quantitatives ;
- Samia Khelifi, référente accessibilité de la bibliothèque ;
- Guillaume Augé, responsable du service formation et accompagnement aux usages numériques ;
- David Delfolie, chargé de mission, projet innovation pédagogique et handicap ;
- Pauline Bensoussan, responsable du Campus de Paris.

CRÉDITS

BROCHURE



Document réalisé par Ensinia, cabinet conseil spécialisé en accessibilité, ergonomie et spaceworking

42 bis rue de Silly – 92100 Boulogne-Billancourt

Contact : contact@ensinia.fr – Tél : 06 09 14 18 38

ILLUSTRATIONS

Figure 4 - Plaque braille - Photographie tirée de <https://hims-inc.com/>

Figure 5 – Liseuse - Photographie tirée de www.ceciasa.com

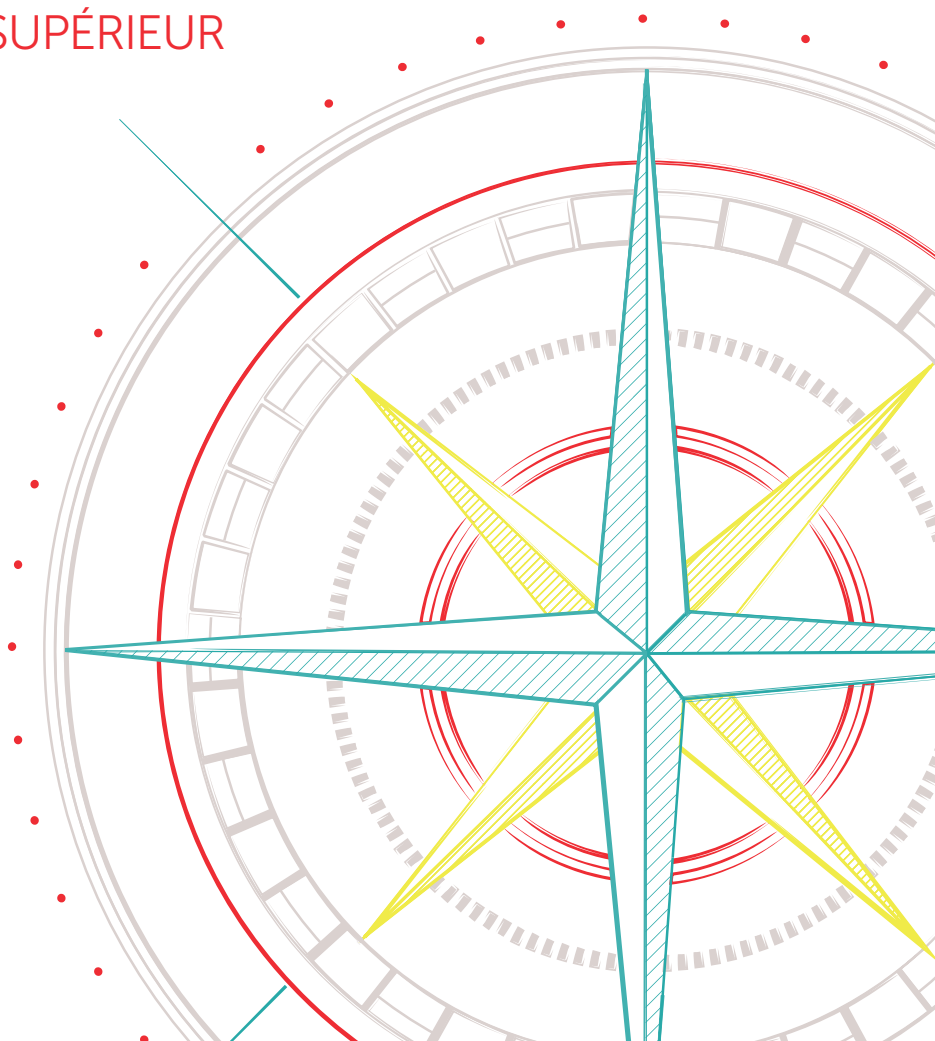
Figure 6 - bague liseuse FingerReader - Photographie tirée de Media Lab MIT
<http://fluid.media.mit.edu/projects/fingerreader/>

Figure 7 – Blitab - Photographie tirée de <http://blitab.com/#home>

FICHE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE INNOVANTE **LE TROUBLE BIPOLAIRE**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

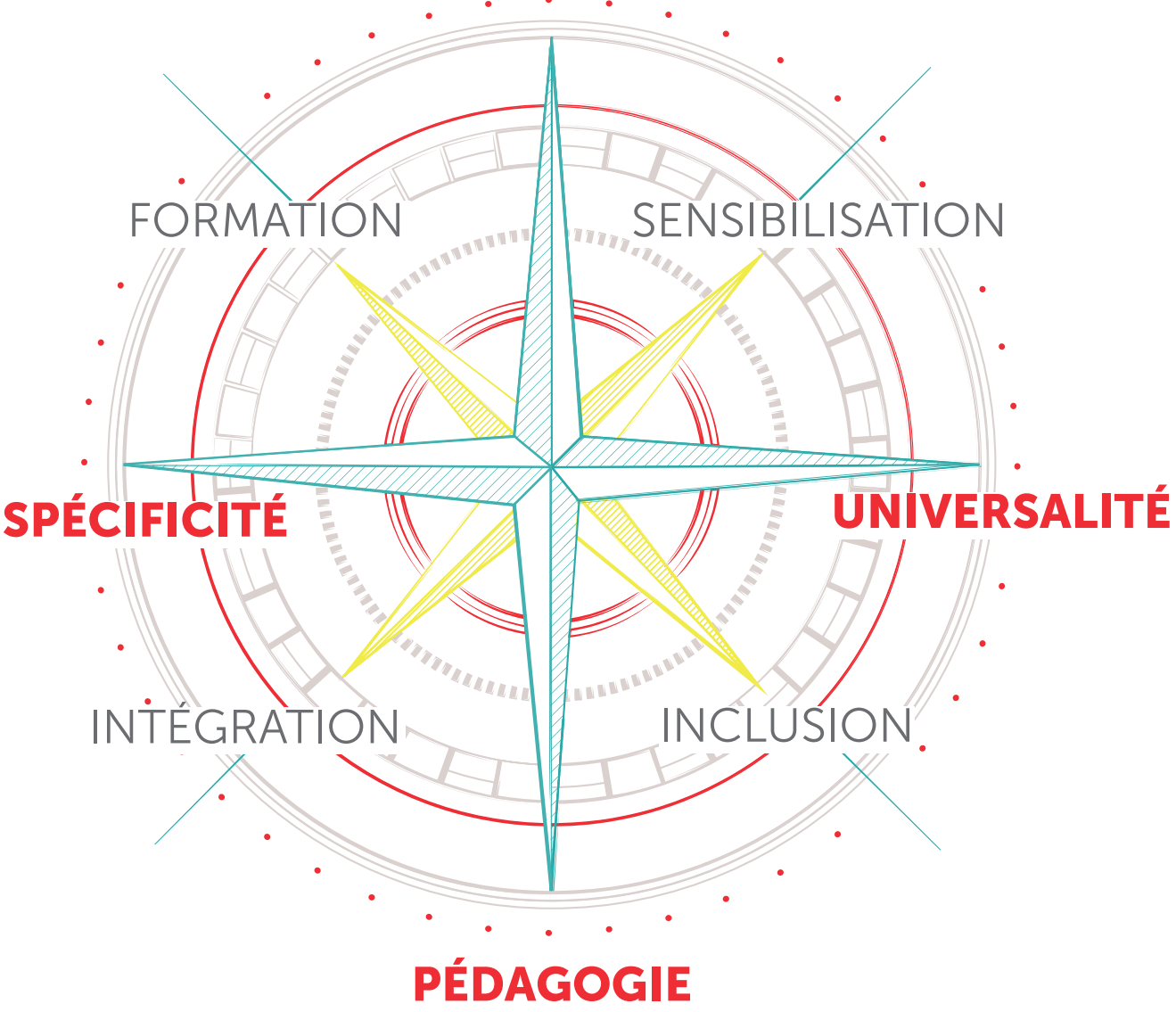
Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

INNOVATION



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER, **MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

LE TROUBLE BIPOLAIRE

QUELQUES REPÈRES UTILES

Le trouble bipolaire est un trouble sévère de l'humeur. Il était autrefois désigné par l'expression de psychose maniaco-dépressive. Cependant, l'usage de ce vocabulaire a été abandonné dans le champ médical car il était inapproprié et abusif - notamment le terme de psychose - sur le plan de la description clinique des symptômes. Il reste malgré tout encore courant dans le langage populaire.

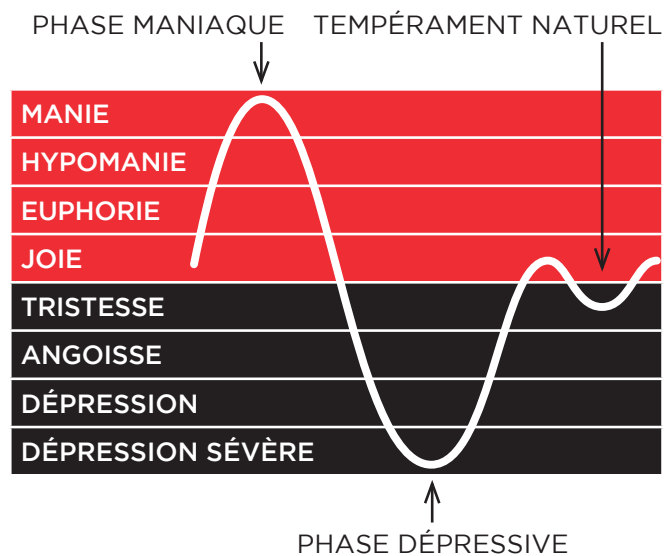
Le trouble bipolaire n'est pas à confondre avec les changements d'humeur que connaît chaque individu en fonction d'une multitude d'éléments (situation pénible, moments de joie, aléas du quotidien). Dans le cas des troubles bipolaires, ces changements sont plus ou moins durables, « déconnectés de la réalité vécue », non maîtrisés, marqués en intensité et disproportionnés.

Ainsi, le trouble bipolaire 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 des moments où des symptômes de chacune de ces phases peuvent se cumuler ou s'alterner de manière très rapprochée.

La durée des périodes du cycle bipolaire est très diverse selon les cas, elle peut survenir alternativement dans une même journée (phase mixte) ou s'étaler sur plusieurs mois. Les cycles sont généralement considérés comme rapides quand ils sont supérieurs à quatre par an.

La phase maniaque, dite hypomaniaque dans les cas de manifestation modérée des troubles, se traduit par plusieurs symptômes caractéristiques : insomnie, agitation, exaltation de l'humeur, forte stimulation psychomotrice, désinhibition.

Durant une 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.



Ils sont la conséquence directe des symptômes et peuvent se manifester par les signes suivants :

- baisse de la sensibilité à la fatigue ;
- insouciance excessive ;
- volubilité, exubérance, hypersociabilité, 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 les cas les plus extrêmes, la personne affectée se fige complètement (syndrome catatonique) nécessitant une réponse thérapeutique rapide.

Les formes, les manifestations, la durée des épisodes 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 employé le vocable de troubles du spectre bipolaire pour témoigner de la variété des situations relevant de cette pathologie.

Généralement, même si cela n'est pas réductible à toutes les formes observées, les troubles bipolaires sont distingués selon trois grandes catégories, essentiellement sur la base de leurs degrés de sévérité :

- **les troubles cyclothymiques** présentent des épisodes d'excitation (hypomanie) et dépressifs modérés, parfois très courts ;
- **les troubles bipolaires de type 2** présentent des épisodes d'excitation (hypomanie) plus ou moins modérés et dépressifs à l'intensité variable, de mineure à très sévère ;
- **les troubles bipolaires de type 1** présentent des épisodes maniaques plus ou moins sévères et des épisodes dépressifs à l'intensité très variable (voire inexistant dans certains cas), ou encore des épisodes mixtes.

Au-delà des classifications officielles, certains spécialistes vont jusqu'à distinguer sept ou 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 génétiques (« gènes de vulnérabilité »), biochimiques – notamment une régulation perturbée de la dopamine et de la noradrénaline –, environnementaux, biographiques et psychologiques.

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. Le retard diagnostique est en moyenne de 9 ans. 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 souvent une mauvaise observance des traitements.

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

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

Parmi les plus fréquentes, on retrouve :

- une forte propension aux addictions (alcoolisme, toxicomanie) ;
- une surmortalité par suicide ;
- des difficultés relationnelles, affectives et professionnelles ;
- des difficultés financières et judiciaires.

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

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Il est difficile de proposer des modalités générales de prise en charge des étudiants bipolaires. Non seulement chaque individu est différent, mais surtout cela dépend de la sévérité des symptômes qu'il présente et du degré de stabilisation de la maladie en cas de traitements. Il convient de considérer le niveau d'acceptation de la pathologie, qui conditionne l'observance d'une bonne hygiène de vie nécessaire, de même que le suivi volontaire de thérapies comportementales et cognitives ou le recours à la psychopédagogie (connaissance de la maladie et rapport réflexif à ses manifestations pour mieux la contrôler), deux techniques de soin complémentaires, désormais courantes, montrant des résultats importants.

On conseillera donc la plus grande vigilance face aux signes évocateurs qui peuvent apparaître durant un semestre : changements flagrants de comportement en cours, baisse inexpiquée 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, l'université est souvent un des lieux 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 souci de protection de l'étudiant, davantage que par une volonté de la cacher.

Cette situation doit inciter doublement à être sensible aux signes de manifestation des symptômes et à les déclarer sans délai aux services de scolarité, même dans le doute. La réactivité et l'addition des signalements permettent de proposer des réponses rapides et adaptées. Cela peut éviter de laisser l'étudiant concerné se débattre avec une situation qu'il ne maîtrise pas, potentiellement dangereuse et source de souffrance pour lui. La propension aux addictions peut par exemple amener rapidement à des situations complexes et à un risque élevé de décrochage scolaire. Le cas échéant, une personne de l'établissement avec qui l'étudiant a une relation de confiance peut l'accompagner et l'aider à accepter une démarche de soins dans son intérêt.

Les étudiants bipolaires bénéficient parfois d'aménagements de scolarité 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 de la scolarité quand elle n'est pas stabilisée, ils n'ont pas de difficultés scolaires particulières. Au contraire ils ont souvent des capacités de travail et des performances très supérieures à la moyenne, même si leurs résultats peuvent être parfois inégaux selon leur motivation, qui peut être déterminée ou contrainte par de multiples facteurs.

Ils sont cependant sujets à une fatigue fluctuante et importante, à l'égard de laquelle il convient de rester vigilant. Ils montrent aussi une hypersensibilité et une grande vulnérabilité émotionnelle.

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.

Point de vigilance important

La chronobiologie a une influence significative sur la stabilisation durable de la maladie et la prévention au quotidien des épisodes maniaques ou dépressifs.

De la même manière que le stress ou les situations anxiogènes sont connues pour leurs effets délétères, les perturbations du rythme biologique ont une influence néfaste sur la régulation des neurotransmetteurs impliqués dans la pathologie.

Ainsi, outre un régime alimentaire équilibré et l'absence de consommation d'alcool ou de toxiques, la régularité des heures de sommeil, la quantité de repos, la qualité des phases de récupération, associées à une forme de discipline dans l'organisation des temps de la journée (homogénéité relative dans l'intensité des moments) ont une importance de premier plan pour garantir une bonne « synchronisation ».

Dans l'environnement des études, il convient donc de faire preuve d'une extrême vigilance pendant les séquences qui peuvent provoquer une « désynchronisation » des étudiants bipolaires (changements de rythme) : périodes d'examens ; périodes de pics de travail (accumulation de devoirs à rendre) ; périodes de stage ; voyages extrascolaires.

Les décalages horaires, notamment vers l'est, ayant des conséquences notables sur le rythme biologique des personnes vivant avec un trouble bipolaire (hausse du risque de faire une crise de décompensation psychique), il est fortement conseillé de bien anticiper en amont la préparation adéquate d'un déplacement à l'étranger, en particulier dans le cadre des échanges universitaires.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue » de l'étudiant.
- Demeurer attentif aux signes manifestes de comportements inopportuns (agitation, familiarité, etc.) ou de « mal-être » de l'étudiant.
- En dehors d'aménagements de scolarité, il est important de veiller autant que possible à étaler la charge de travail des étudiants 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 étudiants bipolaires, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants.**
- Lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux étudiants 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 étudiants bipolaires ont parfois des difficultés à participer à des exercices collectifs, quand ce n'est pas les autres étudiants qui montrent des réticences à partager une activité commune avec eux. Il convient donc toujours de s'adapter avec souplesse à la situation.
- **Les étudiants bipolaires ont fréquemment des soucis associés d'ordre cognitif, comme des déficits 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'étudiant, une activité culturelle ou sportive adaptée (yoga par exemple) peut être proposée pour favoriser le lien social et canaliser le stress.

À RETENIR

- Le trouble bipolaire est une maladie psychique caractérisée par des variations plus ou moins durables, non maîtrisées et anormales de l'humeur.
- Le trouble bipolaire induit notamment une tristesse profonde (« mal-être »), ainsi qu'une perte d'intérêt et de plaisir lors des phases dépressives, et des comportements excessifs lors des phases dites hypomaniaques ou maniques (insomnie, agitation, désinhibition, etc.).
- Le trouble bipolaire entraîne une grande fatigue et certaines difficultés cognitives dans les situations d'apprentissage (attention, mise en œuvre, etc.).
- Le manque de confiance en soi et l'hypersensibilité provoqués par l'état dépressif nécessitent de faire preuve de beaucoup de bienveillance, sans toutefois « décider à la place » de la personne ce qu'elle est en capacité ou pas de faire.
- Il est important de veiller à un bon étalement de la charge de travail, de dédramatiser les enjeux scolaires et de montrer des signes de réassurance.

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**

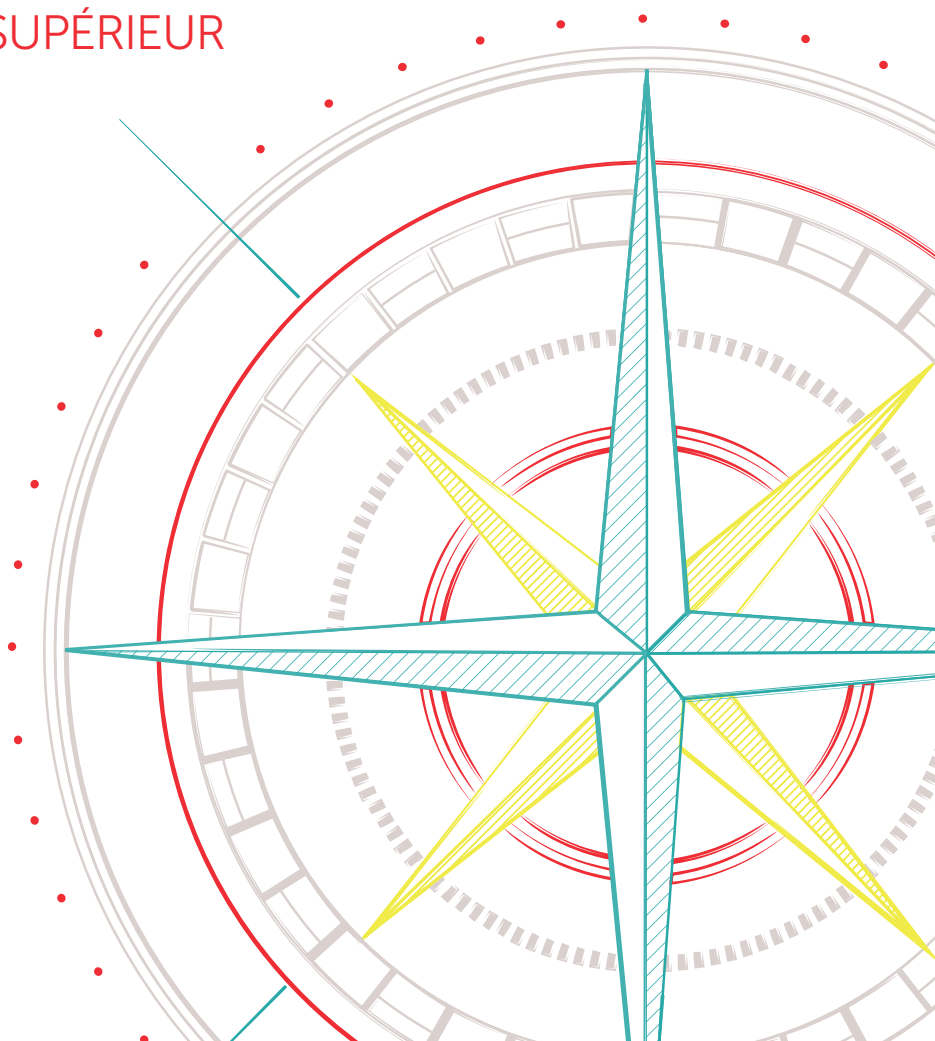


SciencesPo

FICHE
D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE
**LE TROUBLE DÉFICIT
DE L'ATTENTION
AVEC OU SANS
HYPERACTIVITÉ (TDA/H)**

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

2^e ÉDITION



AVERTISSEMENTS

Dans le présent document, tous les termes employés sont entendus de manière générique, sans distinction particulière en termes de genre.

Les témoignages cités, de même que les situations particulières décrites, ont été neutralisés pour garantir le respect de l'anonymat des personnes concernées.

Certaines données ont été volontairement présentées avec des précisions limitées pour éviter l'identification des cas particuliers.

Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. D'autre part, il a été considéré que la réponse médicale à toute pathologie, propre à chaque patient, ne relevait que de la relation de confiance que ce dernier entretient avec son médecin, librement choisi et responsable des traitements proposés dans les limites fixées par le Code de déontologie médicale.

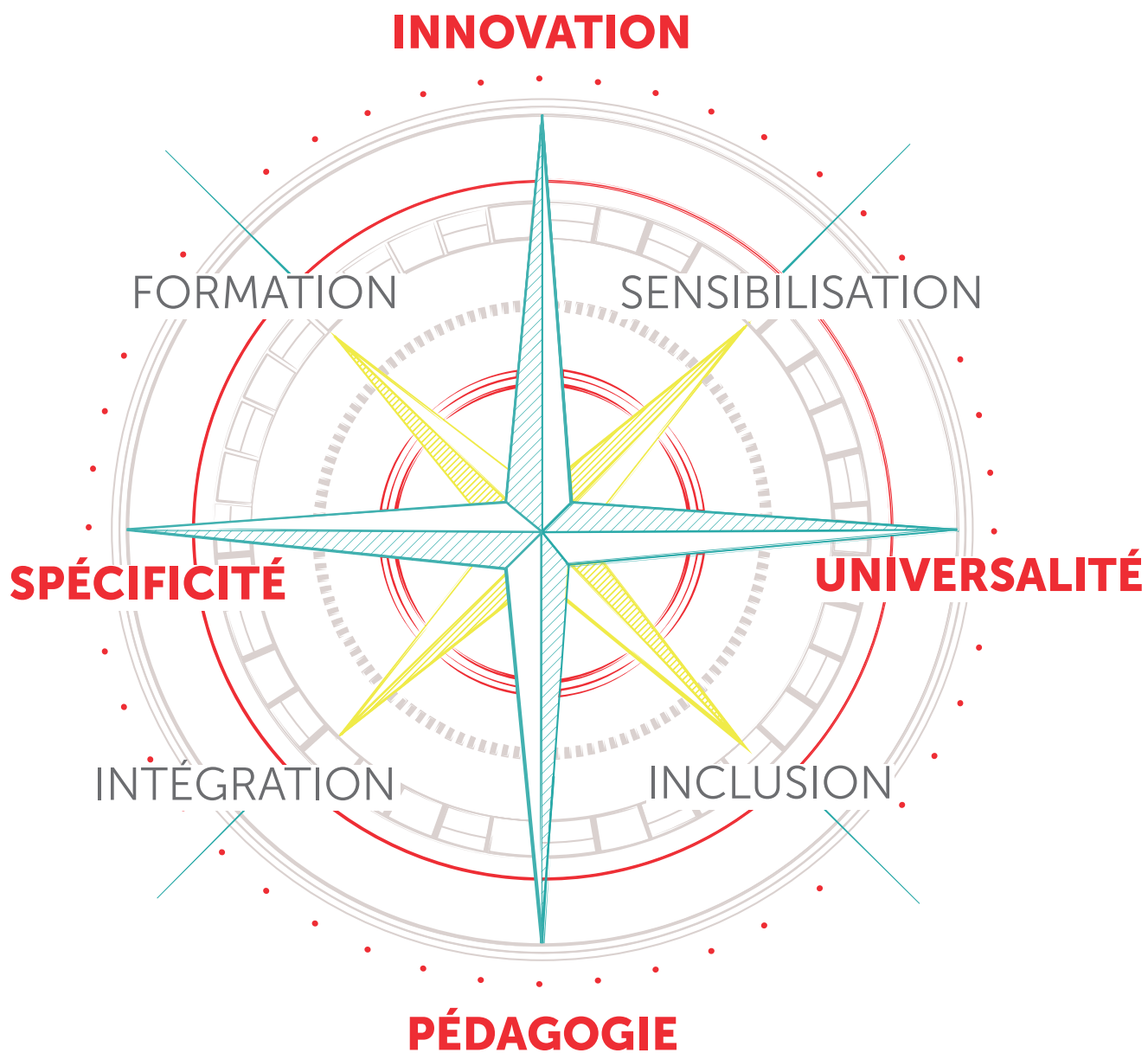
L'usage de certaines dénominations fait l'objet de controverses récurrentes entre praticiens, experts, associatifs et publics concernés. Elles ne sont pas tranchées dans les pages suivantes.

Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap ; *idem* pour « étudiant vivant avec un trouble autistique » qui tend désormais à s'imposer. Néanmoins, ces expressions suscitent des réserves et des oppositions de principe importantes.

Au-delà de toute considération polémique, le choix a été fait par convention d'utiliser les termes les plus couramment employés, de manière entièrement neutre. Pour plusieurs d'entre eux, c'est le vocabulaire retenu par la Haute autorité de santé qui a été privilégié.

Sciences Po

- Avec le soutien de l'Agefiph et du FIPHFP
- Auteurs : David Delfolie, Elsa Gérault
- Juin 2018



«LES ÉTUDIANTS EN SITUATION DE
HANDICAP N'ONT PAS BESOIN QU'ON
LEUR TIENNE LA MAIN POUR AVANCER,
**MAIS C'EST ESSENTIEL POUR EUX DE
SAVOIR QU'ILS PEUVENT EN SAISIR UNE
EN CAS DE BESOIN SUR LEUR CHEMIN.»**

Étudiant autiste, novembre 2015

LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDA/H)

QUELQUES REPÈRES UTILES

Comme les troubles spécifiques des apprentissages, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est d'origine neurodéveloppementale. Il n'est donc en rien la manifestation d'une déficience intellectuelle, d'une pathologie psychique ou de problèmes affectifs. Il n'est pas non plus la simple conséquence de carences éducatives ou de manquements de l'autorité parentale dans la prime enfance, comme cela est couramment exprimé par le sens commun.

À l'image de l'ensemble des troubles neurodéveloppementaux, les causes de la survenue du TDA/H relèvent d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, congénitaux, neurobiologiques et environnementaux.

Néanmoins, à la faveur des avancées réalisées par les neurosciences, les raisons des dysfonctionnements constatés sont désormais identifiées. Ils sont notamment le fait d'un retard de maturation du cortex préfrontal, région du cerveau impliquée dans des processus fondamentaux des situations d'apprentissage (attention, inhibition des impulsions, planification, régulation des émotions).

De plus, un facteur biochimique est également engagé dans les mécanismes du trouble, à savoir une perturbation de l'action de la dopamine et de la noradrénaline, deux neurotransmetteurs importants.

Le TDA/H se manifeste au travers d'une association de trois traits caractéristiques :

- une altération du contrôle attentionnel ;
- une forte impulsivité ;
- une hyperactivité motrice.

L'entrave des facultés de contrôle attentionnel est commune à tous les porteurs du trouble à des degrés divers. Elle se manifeste par une difficulté à rester attentif sur une période continue plus ou moins longue (variable selon les cas) et à mobiliser son attention sur une tâche. **Elle se caractérise aussi par une forte distractibilité, par ses propres pensées ou par toutes les formes de stimulations extérieures (bruits, mouvements, etc.).**



En conséquence, le maintien de la concentration sur une tâche ou un objet est court et peu aisé à déployer. De plus, il nécessite un réel effort qui est coûteux sur le plan cognitif et engendre une fatigue rapide. En revanche, les personnes atteintes par un TDA/H montrent parfois des aptitudes remarquables de focalisation et d'hyperagilité intellectuelle sur des laps de temps restreints.

Elles peuvent demeurer attentives, surtout pour des sujets qui les intéressent, mais sur des durées plus courtes que la moyenne et préférentiellement à la dernière minute, ce qui induit un léger stress favorisant la mobilisation de l'attention. Ainsi, l'image du « sprinter », par opposition à celle du « coureur de fond », est souvent évoquée pour décrire leur fonctionnement. Cependant, le stress excessif et l'angoisse ont tendance à majorer les difficultés de contrôle attentionnel.

L'impulsivité n'est pas systématique chez les porteurs du trouble. Néanmoins, elle est fréquente, avec des différences marquées selon les profils et les âges. Elle induit des attitudes et des comportements comme une propension élevée aux bavardages intempestifs, de l'impatience, une spontanéité excessive (mots et gestes), une précipitation récurrente dans l'erreur (faire les choses sans réfléchir) ou encore une faible tolérance à la frustration.

Enfin, l'hyperactivité motrice se traduit par un besoin irrépressible de bouger, voire par de l'agitation. C'est souvent la manifestation du trouble qui amène en premier lieu vers le diagnostic. Cependant, elle n'est pas présente ou très prégnante chez de nombreuses personnes, soulignant pourquoi on parle de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Des sujets qui passent pour être toujours « distraits » et/ou « rêveurs » sont ainsi possiblement porteurs d'un TDA/H.

En France, le TDA/H concernerait environ 5 % des élèves du primaire (4 % à 8 % selon les études) et persisterait à l'âge adulte dans un peu plus d'un cas sur deux, avec une sévérité de l'expression symptomatique assez variable⁸.

L'évolution et l'importance des troubles dépendent d'une multitude de facteurs :

- la sévérité des dysfonctionnements ;
- 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 prévalence du TDA/H est nettement plus importante dans la population masculine que féminine, au regard de ce qui est aujourd'hui dénombré sur le plan clinique. Toutefois, selon de nombreux spécialistes, l'ampleur de la

différence constatée serait la conséquence d'un sous-diagnostic des filles du fait d'une moindre récurrence de la présence d'une hyperactivité repérable dans leur cas.

La précocité du diagnostic du TDA/H permet d'apporter des réponses médicales, parfois par la prise d'un traitement, et surtout psychopédagogiques, qui sont des facteurs déterminants pour limiter durablement ses conséquences. En effet, on estime que les enfants avec un TDA/H ont trois fois plus de chances de se trouver en échec scolaire que les autres. De même, près de la moitié d'entre eux présenteraient des difficultés d'apprentissage notables, fortement corrélées avec l'absence de repérage.

Les étudiants porteurs d'un TDA/H, en particulier s'ils ont bénéficié plus jeunes d'un accompagnement adapté, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap ou à mieux gérer ses conséquences. Parallèlement à l'atténuation avec l'âge de certains traits du trouble, beaucoup d'entre eux parviennent à développer des stratégies de compensation ou de contournement des obstacles (« trucs et astuces » personnels).

Cependant, cette réalité ne rend pas moins compliqué le parcours de la plupart des étudiants concernés car ils sont contraints à des efforts conséquents pour satisfaire aux exigences académiques, indépendamment de leur niveau ou de leurs aptitudes.

8. <http://www2.cnrs.fr/presse/communique/3507.htm>

QUE RECOUVRENT LES CAPACITÉS ATTENTIONNELLES ?

L'attention, soit la capacité à pouvoir se concentrer pour opérer correctement une action, est le produit de processus neurologiques complexes, notamment en lien avec les facultés d'inhibition (bloquer ou activer un automatisme ; bloquer ou activer certaines fonctions nécessaires à la réalisation d'autres). Elles permettent de filtrer les sources de stimulation et de maintenir l'attention mobilisée sur la tâche.

Au quotidien, plusieurs types de modalités attentionnelles permettent d'effectuer un large éventail de tâches dans des configurations diverses :

- l'attention soutenue (lire un livre sans décrocher) ;
- l'attention divisée (avoir une conversation au téléphone tout en conduisant) ;
- l'attention sélective (corriger des copies dans un endroit animé).

Les personnes avec un TDA/H ont des difficultés à mobiliser leur attention sous ces différentes formes.

Selon la sévérité de la persistance de ses troubles, le TDA/H peut entraîner à l'âge des études supérieures :

- **des difficultés attentionnelles conséquentes ;**
- **des difficultés d'organisation ;**
- **des difficultés de mise en œuvre des tâches à effectuer ;**
- **des difficultés à respecter certaines contraintes (horaires, délais, attendus, etc.) ;**
- **des difficultés à respecter les échéances pour des tâches laborieuses, notamment administratives ;**
- **une gestion du temps aléatoire ;**
- **une forte anxiété ;**
- **des comportements de repli sur soi ou de défection face à des exigences.**

Avec des variations dans l'intensité de la difficulté, le travail en double tâche est également un problème auquel sont confrontés les étudiants avec un TDA/H, surtout dans les moments de grande fatigue cognitive.

Par ailleurs, le TDA/H est fréquemment associé à d'autres troubles spécifiques des apprentissages et au trouble du spectre autistique. De même, l'association à des troubles psychiatriques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, trouble oppositionnel avec provocation, troubles des conduites) est très courante et constitue un facteur pronostique majeur.

SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Dans le cadre universitaire, les étudiants avec un TDA/H peuvent bénéficier d'un temps de composition supplémentaire lors des évaluations écrites ou des examens. Toutefois, la pertinence de ces aménagements est évaluée au cas par cas. En effet, l'octroi de temps supplémentaire n'est pas adapté à l'impulsivité et à l'hyperactivité de certains. Les « hyperactifs » cherchent plutôt à partir avant la fin des épreuves du fait de leur difficulté à « tenir en place ».

En revanche, l'organisation d'une pause pendant les examens, leur permettant de se « dégourdir » peut s'avérer utile. Pour ceux ayant une forte distractibilité, passer les épreuves dans une salle à part est une solution possible.

De plus, il leur est souvent accordé une extension des délais de restitution de leurs travaux individuels à faire en dehors des cours.

Néanmoins, ces mesures de compensation, certes utiles, ne sont qu'une aide limitée par rapport aux difficultés récurrentes qu'ils peuvent rencontrer.

Ainsi, avec des différences selon les cas, les étudiants porteurs d'un TDA/H sont susceptibles de cumuler un certain nombre de traits qui compliquent leur scolarité :

- **ils sont coutumiers d'oublis divers et variés, y compris de choses importantes ou perçues comme évidentes ;**
- **ils présentent fréquemment des difficultés à réguler leurs émotions ;**
- ils ont souvent des résultats très inégaux, donnant l'impression d'être capables du pire ou du meilleur, en fonction de l'attention et du travail d'investissement qu'ils sont parvenus à mobiliser pour dépasser un obstacle ;
- **ils sont parfois très anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours.** Pour ceux ayant de faibles capacités d'attention divisée (écouter et comprendre, prendre des notes), la nécessité d'effectuer des arbitrages constants est une source de stress récurrente ;
- **ils sont sujets à une forte fatigue en raison des efforts constants et démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage courantes ;**
- **ils ont régulièrement des difficultés à démarrer les devoirs à faire (mise en œuvre) ou à les terminer, avec des répercussions sur les délais à tenir ;**
- **ils peuvent témoigner de soucis de planification et d'organisation de leur travail ;**

Les incidences du déficit attentionnel occasionnent 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 ou de ressources sur Internet.

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Être attentif à bien répartir la charge de travail.
- Être tolérant avec certaines attitudes hyperactives (mouvements, agitation des jambes, jeux manuels avec un stylo ou un autre objet, etc.). Il est également possible d'autoriser une sortie discrète pendant les séances, qui permet de favoriser la remobilisation de l'attention.
- Veiller à permettre un placement systématique au premier rang, moins propice à la distractibilité, pour faciliter la concentration.
- **Privilégier une double transmission des consignes de travail : oralement (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes.**
- **Communiquer les supports ou les documents de cours avant la séance où ils seront utilisés pour réduire l'appréhension de la situation d'apprentissage.**
- Donner des recommandations bibliographiques précises en pensant au fait qu'elles seront utiles pour rattraper des parties de cours manquées, mal comprises ou non prises en notes.
- **Apporter des signes de réassurance aux étudiants porteurs d'un TDA/H, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, il est important de dédramatiser auprès d'eux les enjeux liés aux attentes du travail demandé.**
- Permettre aux étudiants porteurs d'un TDA/H de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive).

TÉMOIGNAGE D'ÉTUDIANT

« C'est déprimant à dire, mais je n'arrive jamais à rester concentré un cours entier. Au bout d'un moment, je décroche complètement. Je ne peux plus écouter et encore moins prendre des notes. J'attends que ça se passe, en essayant tant que bien que mal de capter quand même deux ou trois mots au passage. Entre deux, je pense à autre chose, des fois je griffonne ou je vais sur Internet si j'ai mon ordinateur. Et encore, ça c'est si je ne suis pas trop fatigué et que le sujet m'intéresse. Sinon, pratiquement dès le début du cours, j'ai des difficultés pour être dedans. J'écoute par moment, en fonction des trucs qui me parlent. Résultat, je ne retiens que des bribes de cours. La plupart du temps, c'est en relisant des notes que je récupère que je découvre des parties qui me disent vaguement quelque chose. Du coup, c'est assez frustrant parce que je m'ennuie beaucoup en cours, même si j'essaie de participer pour me motiver. J'ai l'impression de tout survoler. Mais c'est plus fort que moi, je n'arrive pas à me faire violence pour me concentrer. »

[Étudiant avec un TDA/H, février 2018].

À RETENIR

- Le TDA/H est un trouble cognitif neurodéveloppemental qui n'est en rien l'expression d'une déficience des capacités intellectuelles.
- Le TDA/H affecte plus ou moins fortement le contrôle attentionnel, en association non systématique avec une forte impulsivité et/ou une hyperactivité motrice.
- Le TDA/H entraîne une fatigue cognitive importante et, par voie de conséquence, une forte anxiété à l'endroit des exigences universitaires. Il induit également des difficultés de mise en œuvre des tâches à effectuer et d'organisation du travail.
- Une double transmission des consignes de travail, oralement (attention captive) et par écrit pour éviter la prise de notes, est à privilégier.
- La transmission des supports de cours avant les séances et l'octroi de délais raisonnables pour effectuer les tâches demandées sont à recommander.

CETTE FICHE EST EXTRAITE DU GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE - TROUBLES COGNITIFS ET
PSYCHIQUES (2^e ÉDITION).

**IL COMPORTE DES INFORMATIONS
COMPLÉMENTAIRES, D'AUTRES CONTENUS UTILES
ET DES RESSOURCES PÉDAGOGIQUES PRATIQUES.
IL EST DISPONIBLE EN LIBRE ACCÈS.**

