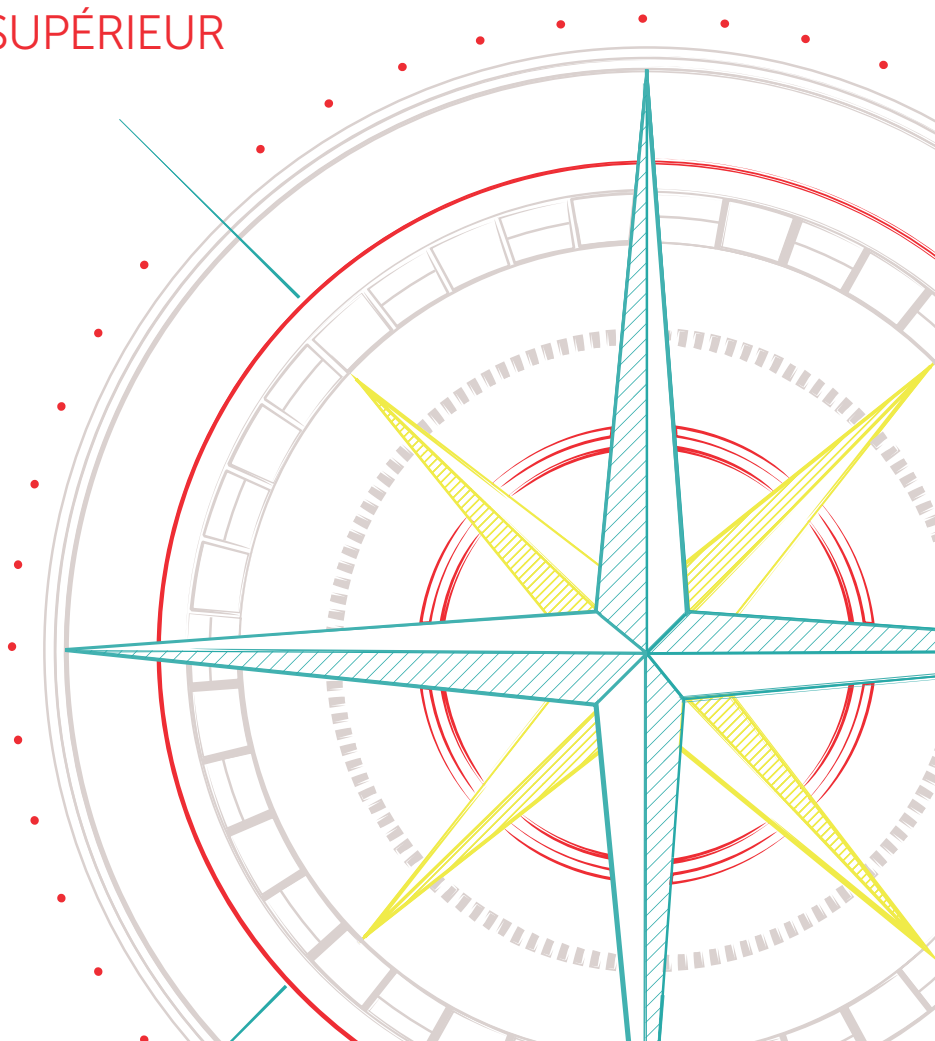


GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT
ET DE PÉDAGOGIE
INNOVANTE
**HANDICAPS COGNITIFS
ET PSYCHIQUES**

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.

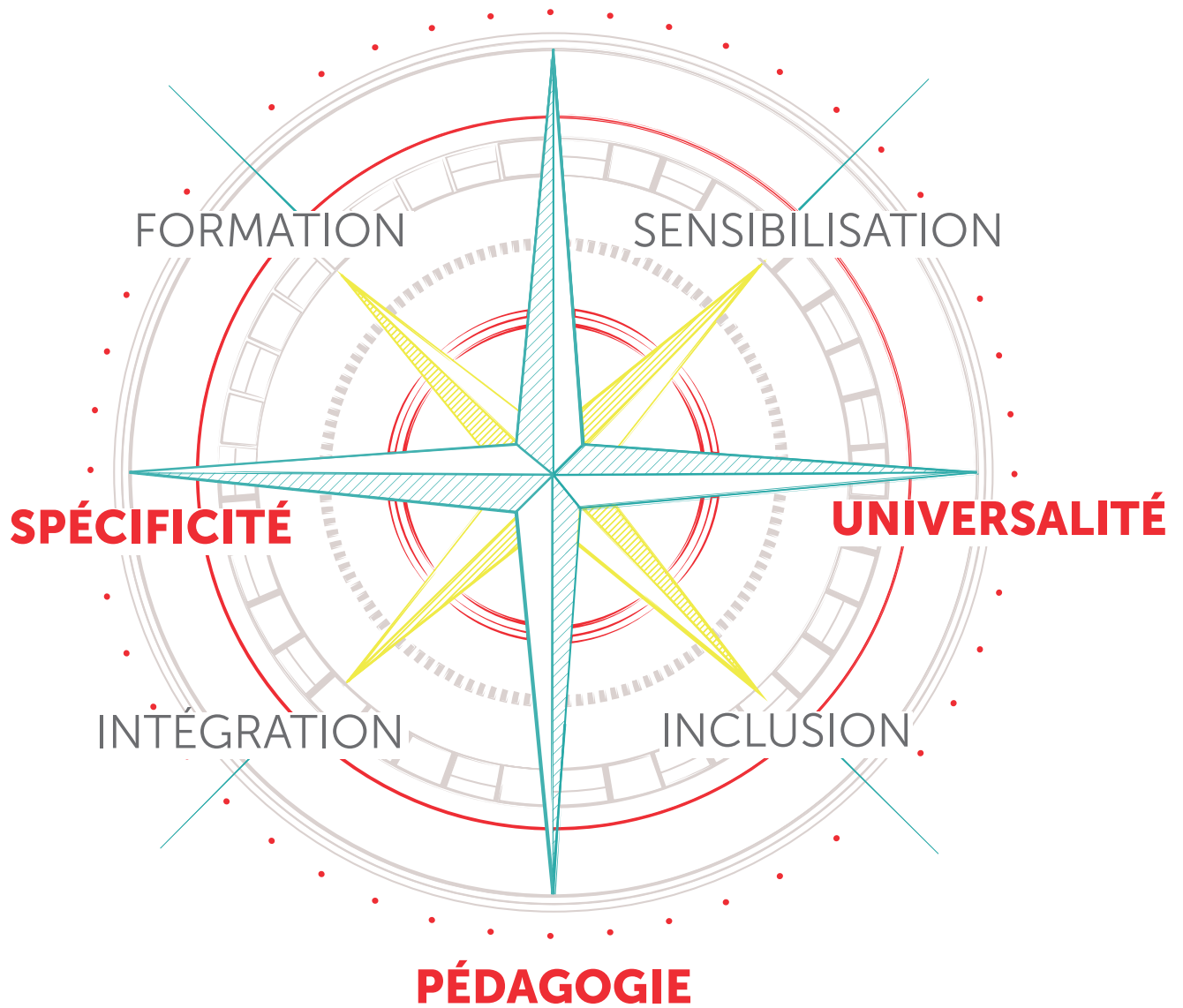
Les éléments médicaux exposés, dont il a été pris soin de ne mentionner que ceux retenus dans les classifications officielles et/ou faisant le plus large consensus, n'abordent pas les questions relatives à la prise en charge thérapeutique. D'une part, elles ne rentrent pas dans le champ du sujet traité. 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.

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

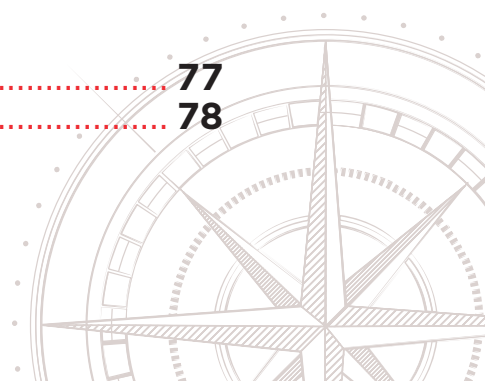
Les axes de vigilance	19
Le cours inclusif idéal	24
L'évaluation	30
La métacognition	35
Orientation et insertion professionnelle	38

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 diffère 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.cnesco.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 impérative 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.

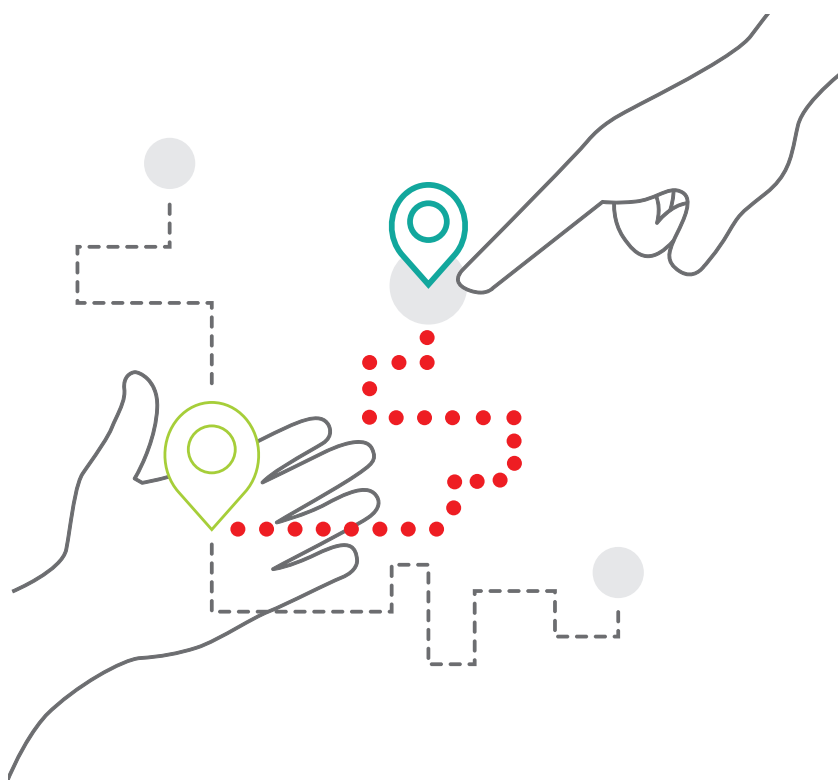
Ainsi, la liberté est laissée aux étudiants d'informer ou non leur établissement de leur situation de handicap ou de leur trouble de santé invalidant.

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'approprier 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 inadéquates.

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 déclarer 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 débriefing ; 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.

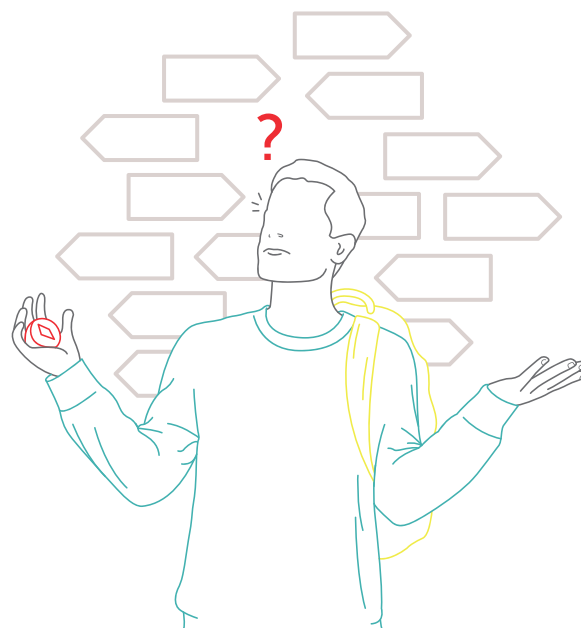
Les gestes acquis par l'apprentissage, appelés praxies, dépendent de plusieurs facultés cognitives : la synchronisation motrice, le traitement de l'information visuelle et la représentation dans l'espace, la capacité d'exécution de mouvements concordants et les processus de mise en œuvre d'une action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

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.

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

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.

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

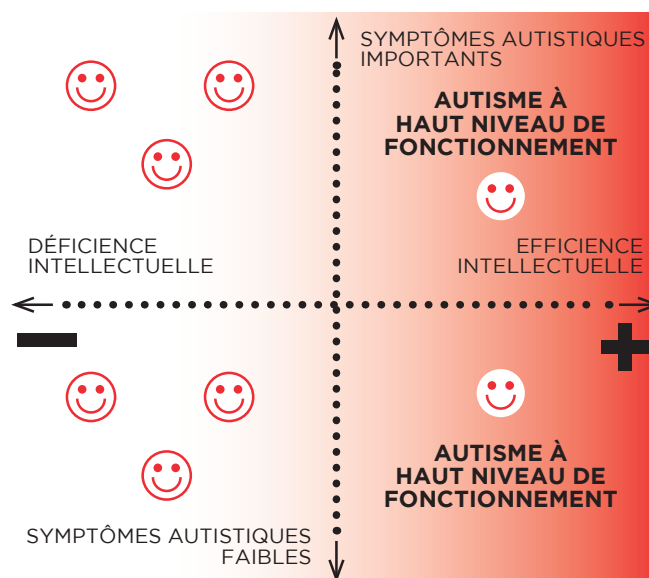
Communément nommés « autisme », les troubles du spectre de l'autisme (TSA) recouvrent une diversité de formes. On y associe par exemple le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance ou encore les troubles envahissants du développement non spécifiés.

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 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 (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 ?

Parrapportà 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 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.** Seuil d'apprentissage peut

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 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.**

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.

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]

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 un moindre relief (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 événement 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.

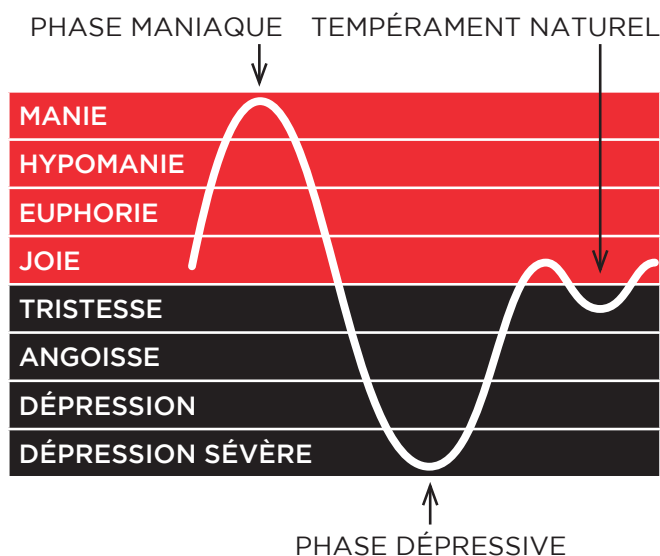
Le trouble bipolaire n'est pas à confondre avec les changements d'humeur que connaît chaque individu en fonction d'une multitude d'éléments (situation pénible, moments de joie, aléas du quotidien). Dans le cas des troubles bipolaires, ces changements sont plus ou moins durables, « déconnectés de la réalité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



Ils 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, événement 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.

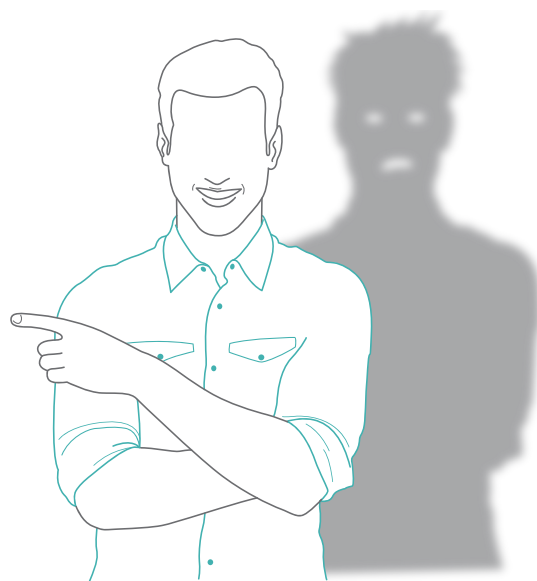
Selon l'OMS, en 2018, plus de 23 millions de personnes étaient atteintes de troubles du spectre schizophrénique dans le monde. En France, la prévalence est estimée à 600 000 personnes.

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 extrême n'est pas systématique.

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 n'en 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.**

