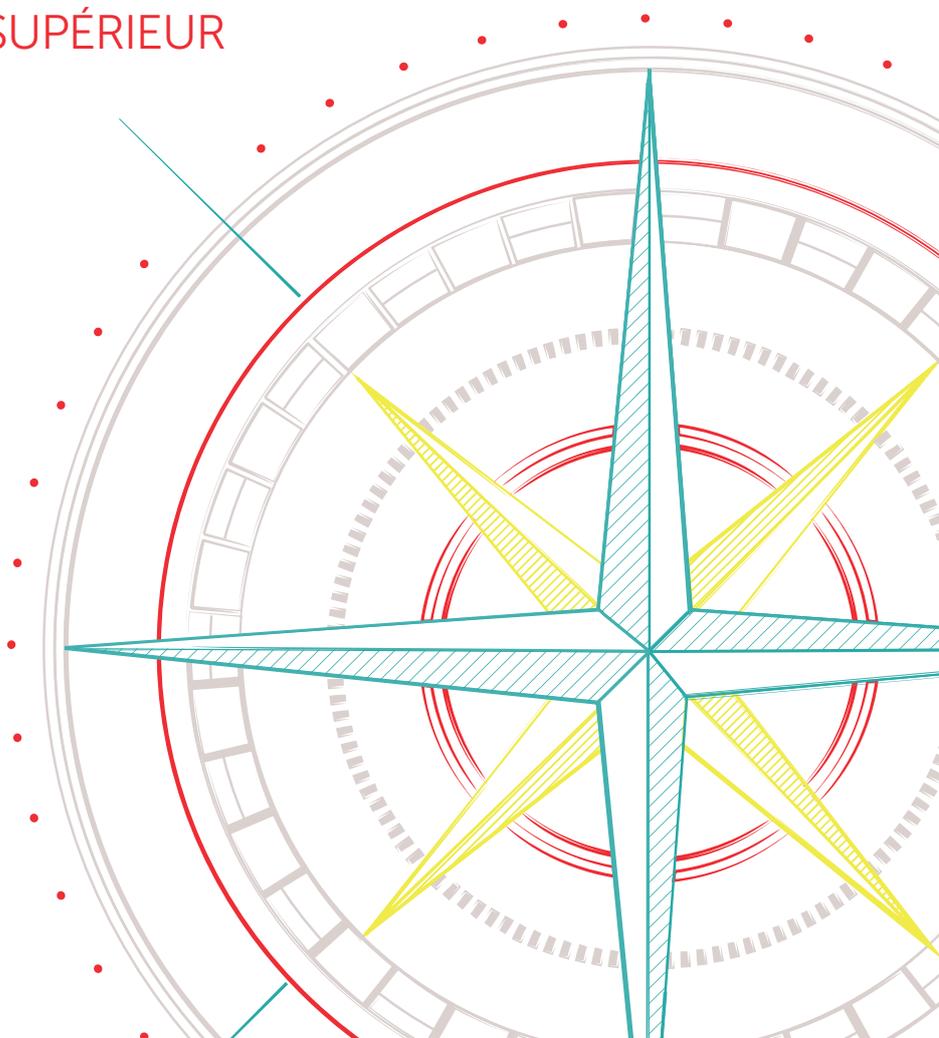


SciencesPo

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

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR



U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

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

VERS UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ
DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

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 à suivre.

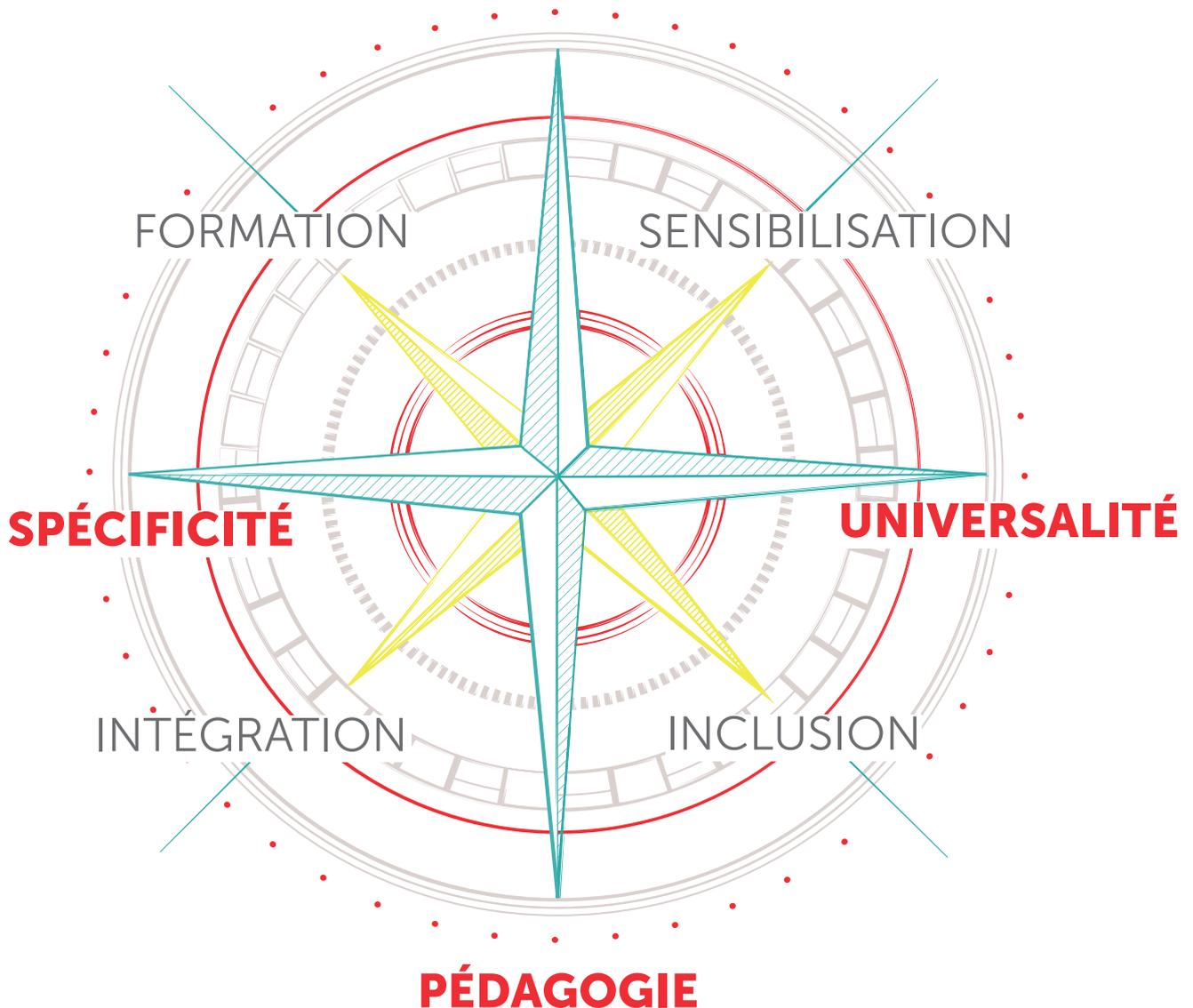
Par exemple, l'emploi de l'expression « étudiant avec autisme », parfois préférée à « étudiant autiste », est compréhensible sur le plan sémantique car elle ne réduit pas l'identité de l'individu à son handicap. Néanmoins, elle suscite des réserves et des oppositions de principe importantes ; idem pour bien d'autres cas.

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

Sciences Po - FNSP

- Appel à projets « Pédagogies Innovantes »
Université Sorbonne Paris Cité (USPC)
- Avec le soutien du programme des Investissements d'Avenir
- Auteurs : David DELFOLIE, Elsa GÉROULT
- Juin 2016

INNOVATION



« L'innovation pédagogique, levier d'une meilleure accessibilité, peut prendre plusieurs directions.

Elles s'offrent comme différentes options pour les enseignants qui occupent un rôle central dans l'évolution des pratiques pédagogiques.

Pour leur permettre d'innover, en prenant en compte la spécificité de chacun, il faut les former (informer) : la pédagogie devient alors un vecteur d'intégration.

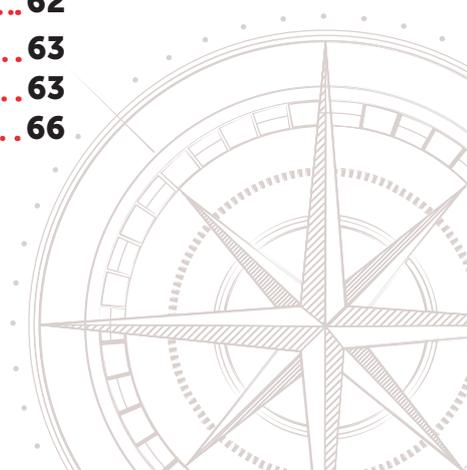
Pour leur permettre d'innover, dans une démarche universelle au bénéfice de tous, il faut les sensibiliser : la pédagogie devient alors un vecteur d'inclusion. »

« 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

PARTIE INTRODUCTIVE	8
Avant-propos	9
Le cadre légal	12
L'innovation pédagogique, un levier d'accessibilité pour tous	15
Questions transversales	16
Les usages et la mise à disposition des supports de cours	22
PARTIE I	24
Information, sensibilisation et recommandations pédagogiques	24
Les troubles cognitifs	25
• La dyslexie	28
• La dyspraxie	32
L'autisme à haut niveau de fonctionnement	35
Les troubles psychiques	41
• L'anorexie	44
• La bipolarité	46
• La schizophrénie	49
PARTIE II	52
Le Dispositif d'Accompagnement Renforcé d'Éducation (DARE)	52
Définition et Principes	53
Exemples	55
PARTIE CONCLUSIVE	62
Perspectives	63
Méthodologie	63
Remerciements	66



PARTIE INTRODUCTIVE

Avant-propos	9
Le cadre légal	12
L'innovation pédagogique, un levier d'accessibilité pour tous	15
Questions transversales	16
Les usages et la mise à disposition des supports de cours	22

AVANT-PROPOS

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.

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 relative « invisibilité » sociale qui caractérise les handicaps cognitifs et psychiques complique en particulier leur bonne prise en charge dans le système éducatif.

Au-delà de la question de l'invisibilité qui rend parfois difficile l'identification des problèmes 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 cognitifs et psychiques, ou de certaines difficultés, sur les modalités de transmission et d'évaluation des savoirs qui font 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 souffrant de troubles cognitifs ou psychiques ne bénéficient pas d'un accueil adéquat ou de réponses adaptées à leur situation dans l'enseignement supérieur, et ceci principalement faute d'une sensibilisation suffisante des équipes pédagogiques. Cette configuration se trouve renforcée par le manque de diffusion et de partage des bonnes pratiques à adopter, même quand elles ne demandent pas de compétences particulières pour être mises en place. Par manque d'information, l'inaction, voire de mauvaises réactions, demeurent courantes.



AVANT-PROPOS (suite)

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

Dès lors, l'innovation pédagogique, parce qu'elle intervient « dans la salle de cours » et amène à une évolution qualitative des pratiques, peut être considérée comme un levier d'accessibilité, avec des effets positifs pour l'ensemble des étudiants dans une approche « inclusive ».

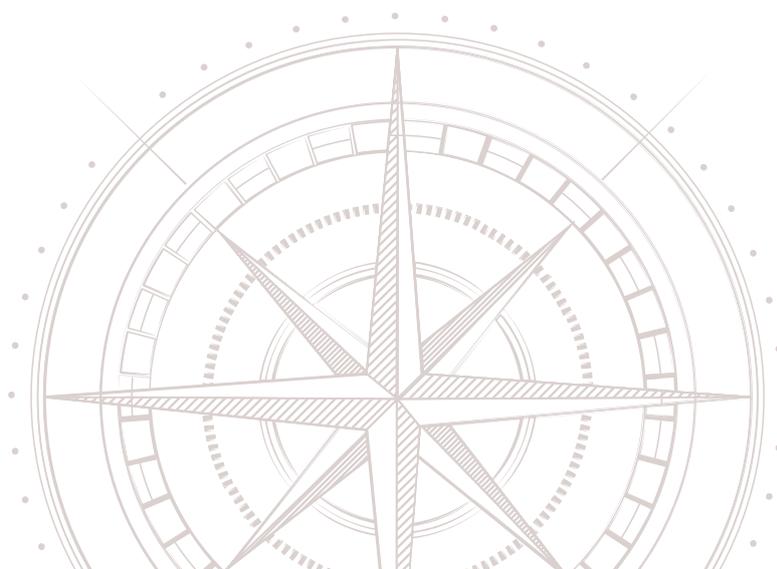
« La notion d'inclusion met en exergue le rapport aux autres : elle affirme que tout individu a sa place dans la vie sociale et que cette place ne doit être ni concédée, ni tolérée ou soumise à conditions /.../.

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 scolaire. »

[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.]

Enfin, ce guide ambitionne d'éclairer la communauté universitaire sur un rapport possible entre les avantages d'un accompagnement spécifique et l'intérêt que pourrait y trouver l'ensemble des étudiants. Sous une certaine forme, les thèmes abordés font écho à l'approche « d'un tout accessible à tous » comme le fixe la loi 2005-102 du 11 février 2005 sur le handicap.



PAROLES D'ENSEIGNANTS

« Je sais aussi, pour en parler avec quelques collègues, que certains professeurs se débrouillent, au cas par cas, sans en référer à qui que ce soit, et cette situation peut être embarrassante, lourde de responsabilités que nous ne devrions pas porter seuls. /.../ J'espère donc, dans le futur, /.../ que nous, les professeurs, seront alertés en amont afin de faciliter les études de ces étudiants, en tout cas, ne pas apporter davantage de difficultés à des jeunes dont le courage est exemplaire. »

« S'agissant des troubles que vous évoquez [cognitifs et psychiques], je n'y avais jamais pensé... De facto, ils sont moins visibles et/ou immédiatement repérables en tant que tels d'autant qu'on voit peu nos étudiants /.../. Sans être informé par l'étudiant, il est plus difficile de porter un regard bienveillant sur des comportements atypiques ou de procéder à des aménagements, ce qui est fort dommage. /.../ J'ai répondu comme si je n'avais jamais eu d'étudiants dans ce type de situations. Mais en réalité, je n'en sais rien du tout. »

« Le métier d'enseignant est finalement très solitaire. On fait son cours, on est seul devant ses étudiants, et souvent aussi face à leurs problèmes. /.../ Beaucoup d'étudiants ne vont pas bien, mais c'est difficile de savoir quoi faire. »

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 en situation de handicap a profondément modifié le cadre légal de la prise en charge du handicap dans le champ public.

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 souligner.

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 seront 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, l'aménagement du cursus, le recours à un interprète français/Langue des Signes Française ou à un codeur Langue française Parlée Complétée pour interpréter ou coder tel ou tel cours, l'aménagement d'un poste de travail pour un personnel relèvent de la compensation. Ce sont des mesures individuelles liées aux besoins spécifiques de la personne.

La définition du handicap que consacre la loi 2005-102 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, chroniques ou temporaires, comme relevant du champ du handicap psychique, ce qui n'était pas le cas auparavant ;
- 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 de sa prise en compte ;
- 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.

« 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 composantes. »

[Le guide de l'accompagnement de l'étudiant handicapé à l'université de la Conférence des présidents d'université (2007, 2012).]

Les divers aménagements possibles de scolarité 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).

En respectant la confidentialité des situations vécues par les étudiants, il est tout à fait réalisable de mettre en place discrètement certains aménagements au titre de la compensation.

Ce qui relève d'une plus grande complexité, c'est précisément l'aménagement des enseignements et de leurs modalités de transmission et d'évaluation des savoirs. Proposées par les équipes de scolarité, ou la mission handicap de l'établissement, les préconisations suggérées sont rarement suivies par les enseignants et donc sans impact sur le parcours de l'étudiant.

La formation par l'expérience des enseignants du supérieur ne permet pas de positionner la prise en charge du handicap comme une compétence à acquérir, et encore moins comme le respect d'une obligation légale. Le sujet est souvent renvoyé aux services de la scolarité, de santé et à la mission handicap pour mettre en place des aménagements, qui restent dès lors « en périphérie » des enseignements.

LE CADRE LÉGAL (suite)

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.

Le cas échéant, l'étudiant concerné doit prendre contact avec la mission 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 de la confidentialité est un droit garanti par la loi et ne peut être contourné.

Cette configuration limite la possibilité de pouvoir proposer des solutions adaptées d'ordre pédagogique si l'étudiant – parfois de manière contradictoire – signale son handicap ou son trouble de santé invalidant 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 comme une option à privilégier.

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 induit 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 scolaire. 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 effets ».

Cette définition ambitieuse présente une lecture dynamique, collaborative et horizontale de l'innovation pédagogique, impliquant chacun des acteurs concernés dans la recherche de progrès.

En ce qui concerne le handicap, l'innovation pédagogique, parce qu'elle intervient directement sur l'environnement des études en s'attachant aux modalités de transmission et d'évaluation des savoirs, entre directement en résonance avec l'approche inclusive consacrée par la loi 2005-102.

Cette convergence a permis de faire émerger une nouvelle manière d'aborder la question de l'accessibilité. Elle est fondée sur l'idée que les besoins des étudiants en situation de handicap peuvent servir de levier pour des innovations pédagogiques bénéficiant à tous.

C'est en particulier le cas pour les handicaps

cognitifs et psychiques qui appellent des adaptations relatives à une multitude de problématiques qui concernent l'ensemble de la population étudiante : rythmes scolaires, répartition de la charge de travail, gestion du stress, concentration en cours, compréhension et assimilation des connaissances, place de l'écran dans les interactions pédagogiques, autonomisation dans l'appropriation des savoirs ou encore apprentissage du travail en groupe.

Les difficultés soulevées par ces différentes dimensions ne sont pas spécifiques aux étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique, mais elles se posent souvent pour eux avec une acuité particulière pour laquelle la recherche impérative de solutions peut être une source d'accessibilité accrue pour le plus grand nombre.

Ainsi, sans faire de différenciation, cette approche remplit les objectifs assignés à l'innovation pédagogique : l'apport de bénéfices qualitatifs en termes de bien-être pour les publics concernés (étudiants, enseignants, personnels de scolarité), de démocratisation des études et d'excellence des savoirs dispensés.

Néanmoins, cette approche de l'innovation pédagogique possède surtout un intérêt important pour les étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique. En leur permettant une meilleure accessibilité globale, dans une démarche inclusive, elle limite pour eux le recours à des compensations individuelles, souvent peu adaptées mais surtout jugées comme un facteur de stigmatisation.

QUESTIONS TRANSVERSALES

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.

LES ENJEUX CENTRAUX DE L'INFORMATION ET DE LA SENSIBILISATION

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

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

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

DES PRÉJUGÉS À COMBATTRE : PAROLES ENTENDUES

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

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

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

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

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

SYMPATHIE VERSUS EMPATHIE

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

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

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

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

SINGULARITÉ VERSUS UNIVERSALITÉ

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

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

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

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

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

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.

QUESTIONS TRANSVERSALES (suite)

LE RÔLE DES ENSEIGNANTS

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 avec 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 universitaires mais aussi sur le plan humain (dans les limites du respect des positions de chacun).

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. Le droit à l'erreur est pardonnable : il vaut mieux trop prévenir, que prendre trop de temps pour essayer de guérir. Et ceci s'avère crucial car plus la prise en charge de certains troubles est précoce, plus l'accompagnement qui peut être proposé est efficace.

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 professionnels, citoyens et semblables.

Par exemple, si un enseignement remarque ou « ressent » qu'un étudiant est sujet à un problème grave, qu'il manifeste de l'anxiété, des troubles peu communs, il n'a pas besoin de « penser à un diagnostic ». Il ne se substitue pas au médecin. Néanmoins, il est de son ressort de lui faire part, avec tact et discernement, de son inquiétude et de sa préoccupation. Le cas échéant, outre un signalement aux services de la scolarité, il peut progressivement sur la base de la relation de confiance établie avec lui, le convaincre de consulter un médecin extérieur ou le service de santé de l'établissement et l'accompagner dans cette démarche.



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 leurs 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 à reprendre un rythme soutenu ou à revenir à des horaires très différents, etc.).

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 et qu'elle suscite des réactions très positives de l'entourage, s'accompagnant d'une grande joie avant le départ. 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.



QUESTIONS TRANSVERSALES (suite)

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.



EXPÉRIMENTATION

DES SÉANCES DE COURS SANS ÉCRAN

Un enseignant a imposé dans quatre de ses groupes à effectifs réduits (deuxième année et master 1) 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.

L'accueil de la règle imposée n'a pas suscité de réactions importantes, à l'exception de quelques protestations de principe, mais les différents effectifs ont fait savoir à l'enseignant leur désapprobation de ce type de pratiques.

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.).

LES USAGES ET LA MISE À DISPOSITION DES SUPPORTS DE COURS

EXPÉRIMENTATIONS

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 effectifs réduits.

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 effectifs réduits.

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 se concentrer sur 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 étaient ensuite en possession du document et des consignes pour réaliser l'exercice d'application proposé.

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

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 effectifs réduits. 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 est 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 quelques questions 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

MOODLE OU GOOGLE DRIVE ?

Plusieurs panels d'étudiants ont été interrogés sur leurs préférences quant aux outils de partage des supports de cours et des documents avec leurs enseignants (essentiellement Moodle et Google Drive) :

- une centaine d'étudiants de première année ;
- un groupe à effectifs réduits de seconde année ;
- un panel d'une dizaine d'étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique de la première année au niveau de master 2.

Dans ces différents groupes, les étudiants étrangers ont été distingués.

Les résultats sont dans l'ensemble très partagés. Les réponses des étudiants de première année montrent une courte tendance préférentielle pour Moodle en ce qui concerne le partage des supports des cours magistraux. Par contre, certains ont précisé qu'ils préféraient Google Drive pour les

enseignements à effectifs réduits. Ce constat s'est confirmé avec le groupe de seconde année, différenciant en majorité ses préférences selon qu'il s'agisse d'un cours magistral (plutôt Moodle) ou d'un enseignement à effectifs réduits (plutôt Google Drive). Les raisons invoquées de cette distinction ne sont pas aisées à interpréter et mériteraient d'être approfondies. Elles touchent à des détails techniques des fonctionnalités des deux outils, en rapport avec la nature des contenus partagés par les enseignants.

Par contre, une tendance plus massive se dégage : les étudiants en situation de handicap interrogés, de même que les étudiants étrangers, privilégient très majoritairement, pour des raisons ergonomiques par rapport à leurs difficultés spécifiques, l'usage de Google Drive dans tous les cas (enseignements magistraux et cours à effectifs réduits).

PARTIE I

INFORMATION, SENSIBILISATION ET RECOMMANDATIONS PÉDAGOGIQUES

Information, sensibilisation et recommandations pédagogiques	24
Les troubles cognitifs	25
L'autisme à haut niveau de fonctionnement	35
Les troubles psychiques	41

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 des conséquences de leurs altérations comme un handicap à part entière.

DÉFINITION DES FONCTIONS COGNITIVES

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

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

Les fonctions cognitives concernent directement :

- 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 ;
- certaines fonctions intellectuelles (raisonnement, abstraction, etc.) ;
- 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) ;
- les gnosies (perception et reconnaissance des objets) ;
- les praxies (exécution des gestes).

Les troubles cognitifs se définissent par une altération d'une ou plusieurs fonctions cognitives. 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 être spécifiques, c'est-à-dire affecter une ou plusieurs fonctions cognitives indépendamment des autres ;
- ils peuvent être isolés, associés à des troubles d'autre nature (psychiques, physiques, sensoriels) ou en être une conséquence.

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 (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 » (dyspraxie, 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 organique. 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 les symptômes acquis de ce trouble.

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

I/ LES TROUBLES COGNITIFS NEURO- DÉVELOPPEMENTAUX

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

La cause des troubles cognitifs neurodéveloppementaux est plurielle. Elle résulte d'une combinaison complexe de facteurs génétiques, congénitaux et néonataux (faible poids à la naissance, hypoxie, 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 spécifiques du développement des processus mnésiques (mémoire) et le trouble des fonctions exécutives.

LES TROUBLES COGNITIFS (suite)

EXEMPLES DE TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES

La dysgraphie (trouble associé à la dyspraxie) :

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

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.

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.

II/ LES TROUBLES COGNITIFS ACQUIS

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

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

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

LE TROUBLE DES FONCTIONS EXÉCUTIVES

Le trouble des fonctions exécutives est une affection sévère.

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

Elles recouvrent l'ensemble des processus cérébraux complexes qui interviennent dans les activités non routinières (adapter ses actions à un contexte nouveau). Elles permettent d'initier, de planifier, d'exécuter et de contrôler une action.

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

Le trouble des fonctions exécutives engendre des difficultés scolaires très importantes, qui limitent le nombre d'étudiants en étant porteurs. Il génère une grande fatigue car chaque action sollicitée demande beaucoup d'efforts pour être accomplie (écouter, comprendre des consignes, s'autocontrôler, prendre des notes, répondre à un problème, etc.).

III/ 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.).

IV/ LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

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

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

Ainsi, il est difficile de rendre compte de la réalité vécue par chacune des personnes atteintes d'un ou plusieurs troubles cognitifs, tant les situations relèvent de nombreux paramètres. L'évaluation de leurs difficultés s'apprécie en fonction de leur environnement, de l'accompagnement et des prises en charge dont elles bénéficient, ainsi que de leur profil (éléments biographiques, traits de personnalité).

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

Dans le milieu universitaire, en dépit de l'augmentation croissante du nombre d'étudiants concernés, les troubles cognitifs demeurent appréhendés avec beaucoup d'indifférence ou d'incompréhension. Cela s'explique notamment par leur relative méconnaissance (symptômes et conséquences), les représentations faussées qu'ils véhiculent, et leur « invisibilité » dans beaucoup de cas.

LA DYSPHASIE

Moins fréquente et connue que la dyslexie, la dysphasie n'en est pas moins invalidante dans le quotidien. Elle 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.

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

Parce qu'elle altère les fonctions de la communication orale, la dysphasie peut avoir des effets importants sur toutes les dimensions

de la vie sociale, et 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 troubles dysphasiques dépend de leur sévérité initiale et de leur prise en charge au cours du développement.

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

Les 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.).

LES TROUBLES **COGNITIFS** (suite)

LA DYSLEXIE

« LE DÉPART » **QUELQUES REPÈRES UTILES**

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

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

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

Une hypothèse est qu'elle résulte d'une défaillance de la migration neuronale lors de la formation du cerveau, occasionnant des connexions perturbées 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 troubles dyslexiques à l'âge adulte dépendent d'une multitude de facteurs :

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

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

De manière générale, la dyslexie se caractérise par un développement contrarié du processus d'autonomisation de la lecture. Les mots sont reconnus et mémorisés avec peine ou imparfaitement, et doivent donc être systématiquement « déchiffrés » au prix d'un effort cognitif plus ou moins important.

Cependant, au-delà de la spécificité de chaque situation individuelle, on peut distinguer trois types de dyslexies en fonction de la nature des troubles considérés.

LA DYSLEXIE PHONOLOGIQUE se fonde sur une faible conscience phonologique (capacité à segmenter un mot en unités sonores) engendrant une maîtrise aléatoire de l'association entre les graphèmes et leurs phonèmes correspondants. Cette étape préliminaire de l'apprentissage de la lecture, appelée « stade alphabétique », est pourtant 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 de surface est une affection dite du « stade orthographique ».

LA DYSLEXIE MIXTE associe les troubles des deux autres types.

Parce qu'elle complique beaucoup 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 des apprentissages, comme la dyspraxie, ou d'un TDA/H, ce qui survient assez souvent.

Les étudiants dyslexiques, à la faveur de leur expérience et de l'accompagnement dont ils ont éventuellement bénéficié, ont souvent appris à s'accommoder de leur handicap. Parallèlement à la correction de certains traits de leurs troubles, 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 lecture et/ou 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 lenteur excessive de la compréhension écrite ;
- une écriture peu fluide ;
- une expression écrite avec de nombreuses fautes d'orthographe, plus ou moins surprenantes sur le plan phonétique ;
- une syntaxe maladroite.

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

LE PROBLÈME MAJEUR DU TRAVAIL EN DOUBLE TÂCHE

Lors de l'apprentissage d'une tâche courante, un niveau important de concentration est requis. Au gré des répétitions, la tâche devient automatisée et ne nécessite plus une attention soutenue pour être effectuée. Tout ce qui concourt à la réaliser est stocké dans la mémoire procédurale et le cas échéant récupéré instantanément de manière inconsciente. Cela concerne l'ensemble des tâches acquises du quotidien.

L'autonomisation des gestes usuels (apprentissage procéduraux) permet ainsi de mobiliser l'attention sur ce qui ne relève pas de la routine.

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

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

LES TROUBLES COGNITIFS / LA DYSLEXIE (suite)

« L'ITINÉRAIRE » SENSIBILISATION ET VIGILANCE

Dans le cadre universitaire, les étudiants dyslexiques peuvent bénéficier d'un temps de composition supplémentaire 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.

En effet, selon la sévérité de leurs troubles, 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 (comprendre et prendre des notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress ;
- ils sont sujets à une fatigue importante en raison des efforts constants et démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage courantes. La difficulté de travailler en double tâche occasionne un investissement conséquent en dehors des cours pour rattraper les notes manquantes et/ou comprendre ce qui a été dit, en s'aidant souvent de manuels. Cela est d'autant plus marqué lorsque des problèmes de concentration se rajoutent ;
- 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 »).

TÉMOIGNAGES D'ÉTUDIANTS

« 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

« 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

« L'ARRIVÉE »

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

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

CONSEIL PRATIQUE

Comment modifier un texte ou un document pour le rendre plus accessible à un étudiant DYS ?

- Utiliser la police Arial 12 ou 14 (selon la nature du document) ;
- interlignes 1,5 ou double (selon la nature du document) ;
- augmenter éventuellement l'espacement par défaut entre les caractères ;
- ne pas surcharger les paragraphes en allant par exemple à la ligne après chaque développement faisant sens ;
- aller à la page pour chaque partie et sous-partie ;
- isoler sur une page un tableau, un graphique
- ou une carte en prenant soin de bien faire apparaître les indications de lecture (légende, etc.) ;
- utiliser des nomenclatures claires pour bien distinguer des parties, des points ou des énumérations ;
- numéroter 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.

LES TROUBLES COGNITIFS (suite)

LA DYSPRAXIE

« LE DÉPART » 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.

Le contrôle et la coordination des gestes acquis n'est pas automatisée, ce qui les rend 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 neurologique et n'est en rien un effet associé d'une déficience intellectuelle, sensorielle, motrice ou d'un trouble psychiatrique.

Elle touche majoritairement les garçons et résulte d'anomalies au niveau du lobe pariétal du cerveau. Elle impacte le fonctionnement moteur en altérant certaines facultés d'exécution et de coordination des gestes, mais elle n'est pas liée à un déficit des capacités motrices. De même, elle ne concerne pas les gestes dits universels (s'asseoir, s'allonger, marcher, etc.). Quant à ses causes, la dyspraxie relève d'une combinaison complexe de facteurs génétiques et environnementaux.

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

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

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

De manière générale, la dyspraxie se caractérise par un développement contrarié du processus d'autonomisation et d'acquisition de la coordination des gestes acquis. Elle s'accompagne aussi fréquemment d'autres troubles, soit de manière associée dans le champ des apprentissages (dyslexie, dyscalculie), soit en raison des effets négatifs sur la vie affective et sociale qu'elle induit (dépression, etc.). Près de la moitié des élèves dyspraxiques présentent par exemple des symptômes du TDA/H.

Cependant, 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 ET/OU VISUO-SPATIALE

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

PARMI CETTE SECONDE CATÉGORIE, ON DISTINGUE SOUVENT :

LA DYSPRAXIE IDÉATOIRE

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

LA DYSPRAXIE IDÉOMOTRICE

- difficultés à reproduire des gestes qui ne font pas appel à des objets ;
- difficultés particulières à effectuer des gestes dits symboliques (qui ont un sens cognitif ou social), 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 de leurs troubles, 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 chacune des tâches impliquant des gestes acquis.

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

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

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

« L'ITINÉRAIRE » 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 en rien les difficultés d'accessibilité dans les apprentissages courants.

En effet, selon la sévérité de leurs troubles, 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 est plus ou moins difficile ;
- la compréhension écrite est peu aisée et nécessite plusieurs lectures, en particulier si le document est dense (mise en page, contenus) ;
- les travaux écrits sont mal présentés (difficultés d'organisation dans l'espace) ;
- l'écriture manuscrite manque de lisibilité et/ou de soin ;
- ils sont souvent très anxieux face aux attentes universitaires et appréhendent les situations de cours. La difficulté de travailler en double tâche (comprendre et prendre des notes) nécessite en permanence des arbitrages qui sont une source importante de stress ;
- ils sont sujets à une fatigue importante en raison des efforts constants et démultipliés à fournir dans les tâches d'apprentissage courantes. La difficulté de travailler en double tâche occasionne un investissement conséquent en dehors des cours pour rattraper les notes manquantes et/ou comprendre ce qui a été dit, en s'aidant souvent de manuels. Cela est d'autant plus marqué lorsque des problèmes de concentration se rajoutent.

LES TROUBLES COGNITIFS / LA DYSPRAXIE (suite)

« L'ARRIVÉE »

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Veiller à un fléchage bien visible et explicite des lieux de cours ;
- 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 (mieux pour l'attention immédiate) et par écrit pour éviter la prise de notes et permettre le cas échéant une consultation en dehors du cours ;
- communiquer les supports ou les documents de cours avant la séance où ils seront utilisés pour réduire l'appréhension de la situation d'apprentissage et limiter autant que possible le travail en double tâche ;
- indiquer les textes à lire pour une séance avec des délais raisonnables ;
- donner des recommandations bibliographiques précises (avec des indications sur les contenus) en pensant au fait qu'elles seront peut-être utiles à l'étudiant pour rattraper des parties de cours mal comprises ou non prises en notes ;
- lors de la restitution de travaux écrits, il est important de ne pas sanctionner outre mesure les erreurs ou les maladresses de forme pour ne pas décourager l'étudiant ;
- en cas de difficultés importantes d'élocution, donner le choix à l'étudiant de réaliser un travail écrit plutôt qu'un exposé, ou l'autoriser à s'aider d'outils de présentation avec un contenu augmenté pour limiter sa prise de parole qui est ralentie ;
- favoriser l'usage de logiciels de synthèse vocale (text-to-speech) ;
- idéalement, adapter les textes à lire et les documents de cours pour les rendre plus accessibles.

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'avait demandé moins de temps de préparation. D'habitude, c'est compliqué avec les textes qui ont une taille de police étroite et des pages très chargées. C'est difficile pour la compréhension, je fais des confusions. Là, ça m'a facilité ma première lecture en diagonale pour me repérer dans le texte et commencer à voir de quoi ça parle. Normalement, il me faut deux lectures pour cela, mais là c'était bon dès la première. Les mots en gras et les séparations claires m'ont bien aidé. Après, aussi, c'était plus simple pour la lecture plus attentive. »

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.

L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

« LE DÉPART »

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 désintégré de l'enfance ou encore les troubles envahissants du développement non spécifiés.

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

Néanmoins, au-delà des différentes formes de TSA qui correspondent à des tableaux cliniques distincts, leurs symptômes sont multiples et se manifestent de manière très spécifique selon les individus. L'âge de leur apparition, la sévérité de leur expression ou les configurations de leur association entre eux - et avec d'autres symptômes éventuels - sont parmi les principales variables qui déterminent le profil de chaque personne autiste. Le recours à la notion de spectre permet d'ailleurs de traduire la grande hétérogénéité des situations relevant des TSA.

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. **Par contre, une chose est désormais acquise : ils ne résultent pas de causes psychologiques ou psychiatriques, comme cela a été envisagé pendant longtemps.** On considérerait en particulier que les TSA étaient pour beaucoup 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. Cette dernière a eu des conséquences dramatiques dans la prise en charge de l'autisme et sur ses représentations collectives. Elle culpabilisait les familles, ce qui était source de souffrances et de nombreux effets pervers dans l'accompagnement des enfants autistes. Mais surtout, elle a induit durablement la prescription à tort de traitements psychanalytiques inappropriés voire régressifs, ou l'internement systématique inadapté en institutions psychiatriques.

En dépit de la singularité des profils des personnes atteintes de TSA, une distinction importante est toutefois établie dans le spectre de l'autisme.

Elle concerne d'une part les individus souffrant de déficience intellectuelle associée, qui peut être parfois sévère, et d'autre part ceux qui sont identifiés sous le vocable générique d'autisme à haut niveau de fonctionnement. Dans la plupart des cas, ces derniers parviennent à mener une vie quotidienne autonome, avec plus ou moins de difficultés.

Les TSA sont irréversibles sur le plan médical, mais l'impact des symptômes est évolutif. Ils s'améliorent généralement avec l'âge, à la faveur de l'expérience (apprentissages compensatoires), d'un accompagnement adéquat et d'une éventuelle prise en charge adaptée (thérapies cognitives et comportementales). Le rôle de l'entourage et de l'environnement de vie (cadres professionnel et personnel) sont également déterminants pour l'épanouissement des personnes autistes, de même que pour leur inclusion sociale et professionnelle.

Dans le champ de l'autisme à haut niveau de fonctionnement, le syndrome d'Asperger est la catégorisation la plus connue. Associé à des profils possédant un grand potentiel intellectuel, il a fait l'objet d'une reconnaissance médicale tardive en raison de son objectivation complexe sur le plan clinique. Des avancées dans le domaine de la recherche ont permis son inscription explicite dans la classification de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) et de l'Association américaine de psychiatrie (DSM), avec certes un changement de sa qualification entre les versions IV et V de cette dernière. Malgré tout, certains professionnels continuent à considérer que l'usage de sa dénomination répond davantage à des attentes sociales distinctives (image positive et valorisante) qu'à des critères médicaux précis. Comme l'ensemble des TSA, le syndrome d'Asperger n'échappe pas à la diversité des profils et des situations qui s'y rattachent.

L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT (suite)

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.

« L'ITINÉRAIRE » 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 à des actions/réactions logiquement escomptées.

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

Tout ce qui relève de l'implicite dans les rapports aux autres (vouvoiement/tutoiement, etc.) ou les situations non routinières n'est pas déchiffré. De même, ils ne maîtrisent pas les codes et les règles invisibles de l'ordinaire – le « mode d'emploi » du quotidien couramment acquis par la socialisation – qui permettent de faire face intuitivement à une multitude de configurations. Seul l'apprentissage peut corriger ces lacunes, avec l'intériorisation progressive de repères ancrés qui arment alors les personnes autistes, souvent par des moyens propres à chacune et détournés, pour repérer les enjeux d'une situation et y répondre par une attitude acquise. Cet apprentissage est d'autant plus efficient que le diagnostic de l'autisme à haut niveau de fonctionnement est établi précocement, ce qui est encore rarement le cas.

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.) ;
- 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 pic », « 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 ;
- 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, gestes étranges ;
- rituels, actions stéréotypées, automatismes ;
- inadéquation de l'expression des émotions avec les caractéristiques de la situation ;
- difficultés à débiter et à terminer une conversation ; tics de langage.

TÉMOIGNAGE DE L'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

Les conséquences liées à l'ensemble de ces traits constituent autant de handicaps pour les étudiants autistes et peuvent être la cause, par un effet cumulatif, d'une grande souffrance dans l'environnement universitaire. Dans les situations de cours, mais également en dehors, il est donc important d'être particulièrement vigilant aux signes de repli sur soi, de mal-être ou de changements de comportements des étudiants concernés. Ils peuvent être notamment victimes de harcèlement ou de propos discriminants. En raison d'une réelle naïveté sociale, ils peuvent aussi être la proie facile de personnes malveillantes. Le cas échéant, un signalement rapide aux services de la scolarité ou au correspondant handicap permet d'apporter une réponse adaptée et de limiter le risque de décrochage scolaire.



L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT (suite)

« L'ARRIVÉE »

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 de cours :

- autoriser les étudiants autistes 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 ;
- si la luminosité naturelle est suffisante au confort de tous, éteindre les sources de lumières qui occasionnent souvent une gêne inutile ;
- 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 d'eux pour les faire participer oralement s'ils ne le souhaitent pas ;
- quand ils prennent la parole, les étudiants autistes n'ont pas toujours la bonne mesure du temps qu'ils ont pour s'exprimer. S'ils débordent ou se perdent dans une réponse trop longue, il est important de veiller à faire preuve de tact ou de subtilité pour les stopper (en les remerciant pour leur intervention et en la valorisant).

Dans les modalités de transmission des savoirs :

- les 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. Ainsi, 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 ;

- 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 chez eux. Il est préférable d'alterner l'abstrait et le concret avec des exemples éclairants ;
- L'usage d'un plan de cours très structuré, et rappelé régulièrement, est une aide précieuse pour ces étudiants qui ont souvent des difficultés à se repérer dans le déroulé logique des points 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 importante. Il est donc important d'en tenir compte.

Pour remédier à cette situation, parfois très pénalisante, plusieurs solutions peuvent être adoptées :

- 1/autoriser les étudiants autistes à enregistrer le cours, ce qui leur permet de le réécouter pour reprendre les passages incompris ou non transcrits en notes (avec parfois une vitesse légèrement accélérée qui lisse les bruits de fond perturbateurs ou les tics de langage) ;
- 2/mettre à disposition un support de cours détaillé (enrichi de définitions, de chiffres clefs, de références bibliographiques) qui facilite leur travail personnel, souvent très conséquent pour compenser les difficultés de compréhension spontanée et compléter les prises de notes incomplètes.



LE DISPOSITIF DE « L'ÉQUIPIER », UNE AIDE PRÉCIEUSE

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

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

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

Outre le fait d'être un facteur d'inclusion, cela fournit une aide précieuse à l'étudiant autiste.

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

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

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

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

On peut insister sur les principaux :

- 1)** mettre à disposition des supports avec des consignes explicites et claires, sans omettre de les construire avec une mise en forme très apparente ;
 - 2)** indiquer le volume attendu dans les réponses ou encore le nombre de pages requises dans le cas d'une dissertation ; un étudiant autiste peut ne pas faire le travail demandé car il est « bloqué » pour le débiter, faute de savoir la taille du texte qu'il doit rédiger ;
 - 3)** éviter les formules abstraites, implicites ou faisant appel à la subjectivité. Par exemple, les questions qui débutent par « comment » sont souvent peu adaptées car elles impliquent d'autres questions sous-jacentes (de quelle manière, par quels moyens) qui rendent difficile la compréhension de ce qui est attendu. Il est donc préférable d'utiliser des indications simples et précises qui ne demandent pas d'interprétations intuitives (« définissez les caractéristiques de... », « donnez la définition de... », « décrivez les conditions d'apparition de... », etc.) ;
- si un étudiant autiste ne souhaite pas faire un exposé, exerce 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 ;
 - ces étudiants 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. Le cas échéant, il est déconseillé d'imposer une modalité par la contrainte, en raison de l'anxiété et de la réaction de défection qu'elle risque d'entraîner. S'ils participent à des travaux en groupe, il est nécessaire de leur donner des éléments contextuels précis (qui, quand, quoi, où, comment, dans quels délais, etc.) ;

- la recherche de références bibliographiques ou d'éléments saillants dans un texte est un problème pour eux. Ils peinent à hiérarchiser les idées et ne savent pas où et comment trouver la bonne information sans être obligés de tout lire ce qu'ils consultent. De plus, ils s'astreignent, par une observance scrupuleuse de la règle, à une lecture entière des sources utilisées. Pour leur faciliter ce travail, qui est un facteur de stress et de fatigue, il est important de leur conseiller une sélection précise de lectures utiles pour les guider.

De manière générale, il est essentiel de comprendre que les 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. Ils ont également des difficultés à hiérarchiser des informations diverses se rapportant à une même idée. Ainsi, tout ce qui ne relève pas d'un automatisme acquis implique un effort conséquent pour être réalisé ; c'est particulièrement le cas pour construire un plan 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.

L'AUTISME À HAUT NIVEAU DE FONCTIONNEMENT (suite)

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

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 d'économie 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, adaptée et normale. 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'était 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 inhiber « 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 et pratiques faciles à mettre en œuvre :

- ne pas « charger » 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 ;
- ne pas hésiter à ajouter un glossaire ;
- redonner une définition quand il semble implicite de la mobiliser pour répondre à une question ;
- ne jamais faire une référence à un texte, à un tableau, à une citation, etc, sans qu'elle ne soit bien identifiée ;
- éviter les phrases avec plusieurs idées liées intuitivement ;
- vérifier que les formulations employées ne comportent pas de sous-entendus à interpréter (« pourquoi » plutôt que « en quoi », etc.).



LES TROUBLES PSYCHIQUES

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-10, 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.

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, 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).

LES TROUBLES PSYCHIQUES (suite)

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 dépendante ;
- 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. 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 quand 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 leur 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.

Dans le milieu universitaire, en dépit de la hausse continue du nombre d'étudiants concernés, les troubles psychiques demeurent pour la plupart d'entre eux largement abordés avec indifférence, incompréhension ou mise à distance.

Cela s'explique notamment par plusieurs raisons :

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

LA DÉPRESSION

La dépression a longtemps été considérée comme un « mal typiquement féminin », le signe d'un « manque de caractère » ou encore « 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 persistants.

Associée à de la tristesse, de la mélancolie, de la morosité – des états que chacun peut connaître dans le quotidien pour une multitude de raisons – elle se distingue néanmoins de la « déprime passagère » ou du « coup de blues » par des signes cliniques bien identifiés. Elle est en effet un trouble sévère de l'humeur qui doit 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, etc.). La dépression se distingue également 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, 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 évènement 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 quinze jours consécutifs :**

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

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

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

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

Comme la propension aux addictions diverses, l'occurrence de la dépression chez les étudiants est en hausse constante, avec un risque suicidaire associé élevé. Le stress lié à la performance scolaire et à la précarité sont des facteurs aggravants, en particulier dans un contexte anxigène de difficultés d'accès à l'emploi.

LES TROUBLES PSYCHIQUES (suite)

L'ANOREXIE

« LE DÉPART »

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) ; et 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 sociopsychologiques, prédispositions génétiques, traumatismes infantiles), rendant impossible la prédiction de son apparition. Celle-ci reste donc dépendante d'une conjonction de déterminants propres à la situation de 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.

« L'ITINÉRAIRE »

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.

« L'ARRIVÉE »

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 ;
- en dehors d'aménagements de scolarité, il est important de 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 ;
- il est important d'apporter des signes de réassurance aux étudiants anorexiques, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants. De même, qu'il est important de dédramatiser les enjeux liés aux attentes du travail demandé ;
- lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux étudiants anorexiques de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive) ;
- 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.

EXPÉRIMENTATION Transmission d'un support de ressources pédagogiques (informations et recommandations) auprès d'un panel d'enseignants ayant dans l'un de leur cours un étudiant anorexique

Le support reprenait la majeure partie des informations présentées ci-dessus, complétées par quelques éléments sur l'attitude générale à tenir avec des étudiants en situation de fragilité (sympathie *versus* empathie).

Les enseignants concernés étaient invités à émettre des critiques éventuelles sur le niveau de renseignement proposé et l'adaptation du support à leurs besoins.

Aucun d'entre eux n'a émis de remarques négatives particulières.

LES TROUBLES PSYCHIQUES (suite)

LA BIPOLARITÉ

« LE DÉPART »

QUELQUES REPÈRES UTILES

La bipolarité est un trouble sévère de l'humeur. Elle était autrefois désignée 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.

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

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

On parle d'épisodes mixtes pour définir une alternance très rapprochée de phases maniaques et dépressives, ou alors des moments où des symptômes de chacune d'entre elles se cumulent. La durée des périodes (un cycle bipolaire) voyant s'alterner ces épisodes, séparés par des stades de stabilisation, est très diverse selon les cas. Ces dernières peuvent survenir alternativement dans une même journée (phases mixtes) ou s'étaler chacune 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 intense des troubles, se traduit par plusieurs symptômes caractéristiques : agitation, excitation pathologique, hyperactivité, euphorie, forte stimulation psychomotrice, désinhibition. Durant une phase maniaque ou hypomaniaque, qui doit s'étaler sur au moins quatre jours consécutifs pour être diagnostiquée comme telle, la personne affectée présente des traits qui diffèrent singulièrement de son état habituel.

Ils sont la conséquence directe des symptômes et peuvent prendre 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 certains cas, la personne affectée se fige complètement (syndrome catatonique) nécessitant une réponse thérapeutique rapide.

Les formes, les manifestations et les modalités d'expression des troubles bipolaires sont très diverses et dépendent beaucoup du profil de chaque personne concernée, de sorte qu'il est particulièrement difficile de dresser des généralités s'y rapportant. C'est la raison pour laquelle il est désormais souvent employé le vocable de troubles du spectre bipolaire pour témoigner de la variété des situations relevant de cette pathologie.

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

- les troubles cyclothymiques (épisodes dépressifs et maniaques modérés, souvent nombreux et de durées très variables, parfois quelques jours) ;
- les troubles bipolaires de type 1 (un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et dépressifs - même si ces derniers peuvent ne pas être présents dans certains cas - d'intensité variable) ;
- les troubles bipolaires de type 2 (une ou plusieurs alternances d'épisodes maniaques et dépressifs sévères).

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

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

Les phases maniaques ou dépressives sont parfois déclenchées ou accentuées par des facteurs exogènes (période difficile, évènement douloureux), mais ils n'en sont pas une cause systématique. C'est la même chose pour les facteurs bio-environnementaux (saisonnalité, influence du rayonnement solaire) : toutefois, les épisodes maniaques sont plus fréquents en été et les épisodes dépressifs en hiver.

Les troubles bipolaires demeurent encore sous-diagnostiqués ou mal identifiés. De même, dans de nombreux cas, ils sont repérés tardivement. Ceci est d'autant plus problématique que la pathologie fait souvent l'objet d'un déni d'acceptation dans les premiers temps suivant la confirmation du diagnostic, entraînant corrélativement une mauvaise observance des traitements.

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

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.

« L'ITINÉRAIRE » **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 de son degré de stabilisation de la maladie en cas de traitement.

On conseillera donc la plus grande vigilance face aux signes évocateurs qui peuvent apparaître durant un semestre : changements flagrants de comportement en cours, baisse inexplicable

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 donc 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 singulières.

Ils sont cependant sujets à une fatigue fluctuante et parfois très importante, à l'égard de laquelle il convient de rester vigilant.

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

LES TROUBLES PSYCHIQUES / LA BIPOLARITÉ (suite)

« L'ARRIVÉE »

INDICATIONS ET PRÉCONISATIONS

- Demeurer attentif aux signes manifestes de « fatigue » de l'étudiant ;
- demeurer attentif aux signes manifestes de comportements anormaux (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 aussi de leur permettre 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 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.

EXPÉRIMENTATION

Transmission de consignes pédagogiques adaptées (recommandations) auprès de quatre enseignants ayant dans l'un de leur cours un étudiant bipolaire

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

Les enseignants concernés étaient invités à solliciter un référent en cas de besoin ou d'interrogations complémentaires (« hotline

pédagogique »). Un l'a fait plusieurs fois et deux d'entre eux une seule fois. Le quatrième enseignant n'a pas sollicité de conseils, ni même répondu à l'information initiale. Cependant, l'étudiant a témoigné du fait qu'il s'était montré plusieurs fois attentif à sa situation.

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

LA SCHIZOPHRÉNIE

« LE DÉPART » QUELQUES REPÈRES UTILES

La schizophrénie est un terme qui regroupe un ensemble de troubles psychiques graves et complexes. Cette pathologie est caractérisée par une évolution chronique et certains symptômes typiques : la discordance, la distorsion de la réalité et le retrait de la vie sociale.

Ces symptômes peuvent révéler leur intensité progressivement ou subitement, par phases, jusqu'à un point critique. 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 schizophrène 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 désagrège les fonctions psychiques normalement équilibrées chez un individu non atteint.

La discordance se manifeste sur le plan moteur par l'apparition :

- de mouvements involontaires ;
- de positions figées, pendant quelques minutes jusqu'à des heures ;
- de limitation de gestes, de postures ou de tics d'un interlocuteur ;
- d'une agitation extrême, pouvant aller jusqu'à de la violence.

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 événement 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. Il concentre les peurs de tous face à un esprit qui n'est plus contrôlé sous l'emprise de la déraison.

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

Les mécanismes de la pensée tels que l'imagination ou l'intuition peuvent se surajouter au délire jusqu'à donner l'impression au sujet que l'on a pris le contrôle de son esprit ou de son corps.

Ce qui peut se révéler perturbant à comprendre est que la participation émotionnelle à ces délires n'est pas systématique. Le sujet atteint de schizophrénie peut rester 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 le schizophrène à l'évitement et à l'isolement. Souvent le recours à la consommation de stupéfiants ou d'alcool est recherché afin de réduire les angoisses et combler les vides psychiques.

LES TROUBLES PSYCHIQUES / LA SCHIZOPHRÉNIE (suite)

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

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 schizophrène 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.

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

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

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

Dans le cadre universitaire, un étudiant schizophrène, 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 qui va 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 (SIUMPS, psychiatre de l'étudiant), ces mesures peuvent être intensifiées ou allégées.

Pour autant, la difficulté principale pour le schizophrène 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.



« L'ITINÉRAIRE » **SENSIBILISATION ET VIGILANCE**

Face à des étudiants atteints de schizophrénie, il n'existe pas de mode d'emploi type, mais des règles générales à adapter en fonction de chaque individu, différent d'un autre. De même, une généralisation des accompagnements est difficile à appliquer, comme les traitements prodigués.

On conseillera donc la plus grande vigilance face aux symptômes qui peuvent apparaître au long d'un semestre. La maladie se manifestant au début de l'âge adulte, l'université est un des lieux d'expression des premiers symptômes et des premières prises en charge.

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

Les préjugés liés à la schizophrénie sont prégnants à tous les niveaux de la société. La désignation de la pathologie est donc rarement

exprimée par souci de protection de l'étudiant, davantage que par une volonté de la cacher.

Cette situation doit inciter à être sensible aux signes de manifestation des symptômes (incohérence des propos, détachement, isolement, violence) et à les déclarer sans délai 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 une situation qu'il ne maîtrise pas, potentiellement dangereuse 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 accepter une démarche de soins dans son intérêt.

« L'ARRIVÉE » **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 ;
- il est important d'apporter des signes de réassurance aux étudiants schizophrènes, en veillant à formuler des commentaires encourageants et bienveillants ;
- en dehors d'aménagements éventuels de scolarité, il est important de veiller autant que possible à étaler la charge de travail des étudiants schizophrènes pour leur éviter des pics de grande activité, facteurs de stress intense, qui s'avèrent peu recommandés dans leur cas. Idéalement, cette préoccupation peut faire l'objet d'une coordination entre les enseignants concernés ;
- lorsque cela est envisageable, il est important de permettre aux étudiants schizophrènes de travailler sur des sujets (exposés, devoirs) qui les valorisent ou les motivent (dynamique positive) ;
- favoriser les activités et les évaluations individuelles plutôt que collectives, ou le cas échéant laisser libre le choix de l'équipe de travail. Les étudiants schizophrènes 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 schizophrènes ont parfois des soucis associés de concentration et de vigilance. De même, ils sont sensibles aux sources de tension. Il est donc important de limiter les facteurs perturbateurs en cours (bruit, interférences, ruptures du déroulé d'une séquence, etc.). En début de séance, il peut être utile de resituer le cours dans son contexte et de rappeler l'objet traité précédemment. De même, il est souhaitable de préciser par écrit les consignes de travail.

Dans les situations critiques :

- éviter l'usage d'un ton de voix sec ou que des reproches ne 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 ;
- en cas de conflit, il est impératif de veiller à stopper toute surenchère ;
- face à un discours incohérent, absurde, « déconnecté de la réalité », ou l'évocation de « pensées bizarres », il est important de rester calme de d'éviter de remettre en cause brutalement les propos tenus.

Lorsqu'un équilibre est établi, notamment en cas de prise en charge thérapeutique, la pratique d'une activité sportive douce, réalisée dans une ambiance calme, peut être proposée à l'étudiant pour renforcer la sérénité de son environnement d'études (pilâtes, yoga, sophrologie).

PARTIE II

LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT **RENFORCÉ** **D'ÉDUCATION (DARE)**

Le Dispositif d'Accompagnement Renforcé d'Éducation (DARE)	52
Définition et principes	53
Exemples	55

DÉFINITION ET PRINCIPES

Le terme « dare » en anglais signifie « oser ».

La mise en place d'un dispositif d'accompagnement renforcé d'éducation (DARE) pour les étudiants fragiles ou en grande difficulté est donc une invitation volontariste à oser des aménagements individuels pour améliorer qualitativement l'accessibilité et la poursuite des études.

Ce type de dispositif individualisé est une réponse pédagogique complémentaire à des aménagements de scolarité (compensations, mesures ponctuelles) qui peut être proposée dans une multitude de situations (non-exhaustives) :

- décrochage scolaire ou risque élevé d'abandon d'études du fait des conséquences d'un handicap cognitif ou psychique, ou d'un trouble de santé invalidant ;
- période de reprise de scolarité après une hospitalisation ;
- soutien transitoire à la suite d'un évènement traumatisant ;
- étudiants étrangers isolés et fragilisés ;
- étudiants en grande détresse (causes multifactorielles).

Sous la responsabilité d'un référent pédagogique unique, le DARE se présente sous la forme d'une offre personnalisée de services d'accompagnement pour limiter ou prévenir les difficultés de scolarité en agissant sur l'environnement des études.

Il vise en premier lieu à sécuriser le parcours de l'étudiant à qui il est proposé à travers une action de réassurance pour limiter le stress de la pression scolaire, une aide ciblée augmentant ses capacités de résilience et une écoute bienveillante. Parallèlement, le référent pédagogique conseille les enseignants sur la prise en charge adaptée des étudiants en situation de handicap cognitif ou psychique.

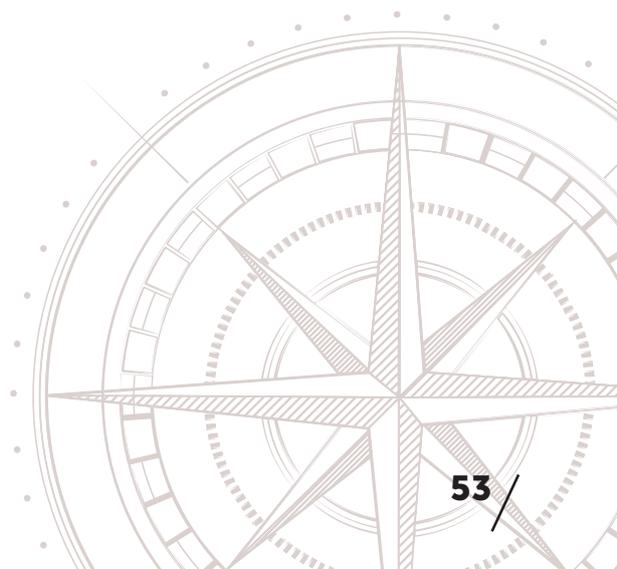
Le DARE se définit par plusieurs caractéristiques :

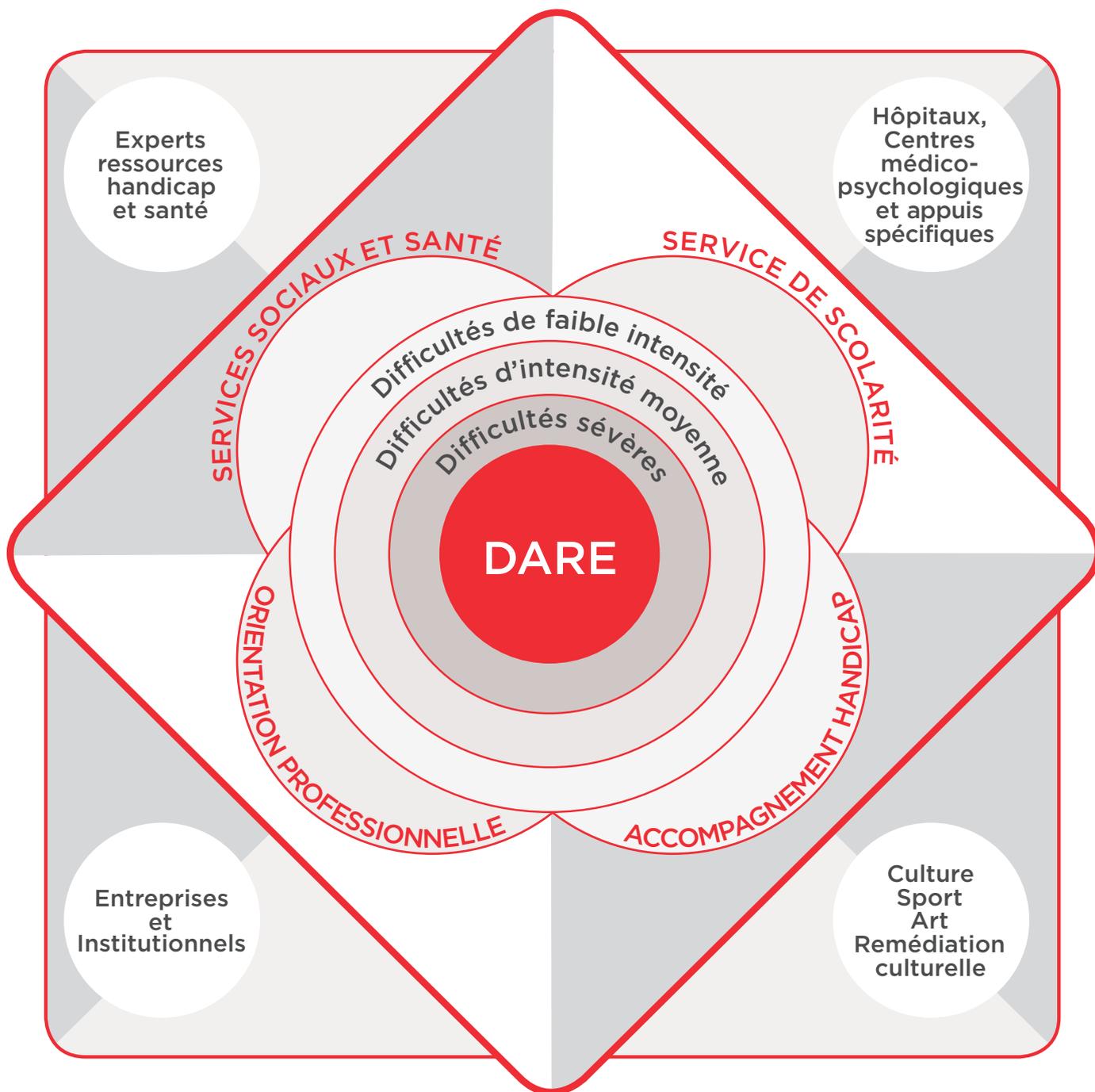
- un interlocuteur de confiance, avec un champ d'action transversal ;
- une adaptation à des besoins spécifiques bien évalués ;
- un niveau d'accompagnement et une modularité dans le temps en fonction des difficultés rencontrées ;
- une durée de mise en œuvre flexible (ponctuelle, semestrielle ou annuelle) ;
- une action subsidiaire, sans interférence, à d'autres modalités de suivi.

Le DARE fait appel aux compétences internes de l'établissement, en coordonnant leurs diverses interventions, mais également aux compétences externes quand cela est nécessaire. Dans ce cas, il joue un rôle d'aiguilleur vers un réseau de partenaires privilégiés ou de relais pour solliciter des ressources et/ou des conseils.

Le DARE se fonde sur quelques principes directeurs :

- le décrochage scolaire d'étudiants en situation de fragilité n'est pas une fatalité ;
- l'exigence de responsabilité collective de la communauté universitaire à l'égard des étudiants en difficulté et/ou en souffrance est une nécessité ;
- au-delà de ses résultats sur le plan de la formation, l'excellence d'un établissement d'enseignement supérieur se mesure également à la qualité de l'épanouissement de toutes ses composantes, qu'elle participe réciproquement à accroître ;
- des solutions parfois très simples peuvent avoir des effets conséquents, alors qu'à l'inverse, l'indifférence et l'inaction aggravent souvent les problèmes.





EXEMPLE 1

DESCRIPTION DE LA SITUATION

Le dispositif mis en place a concerné un étudiant en situation de décrochage et de grande fragilité, en début de traitement pour stabiliser un trouble de l'humeur sévère (bipolarité).

Il est originaire d'une zone d'éducation prioritaire et évolue dans un environnement familial éclaté et modeste.

Le décrochage de l'étudiant a eu lieu au début du premier semestre, alors qu'il était en proie à une alternance de symptômes caractéristiques de son trouble psychique. Accentué par des addictions multiples (tabac, alcool, cannabis) et des fréquentations toxiques, son état s'est dégradé dans les mois suivants, jusqu'à une nouvelle crise de décompensation dont les conséquences l'ont convaincu de la nécessité pour lui de suivre un traitement. Il a donc entamé un processus d'acceptation de la maladie, avec ce que cela implique en termes d'image de soi et de changements d'habitudes acquises pendant les phases de déni.

La maladie s'étant déclarée pendant le début de ses études, le cadre universitaire, marqué de souvenirs douloureux, lui est apparu anxiogène. De plus, il a développé une profonde défiance envers l'environnement scolaire et un sentiment de rejet de son établissement, des personnels de scolarité et du service interne de santé. Il est également entré en rupture avec ses anciens camarades.

CIRCUIT DE LA REMONTÉE DES INFORMATIONS

La famille de l'étudiant, dans le désarroi, a saisi le correspondant handicap avant le début du second semestre pour l'informer de sa décision d'abandonner de manière définitive sa scolarité. Elle voulait également obtenir des conseils sur des solutions possibles de reprise ultérieure d'études dans un autre établissement (règles de transfert, etc.).

Le correspondant handicap a proposé à la famille de soumettre à l'étudiant l'idée de bénéficier d'un dispositif d'accompagnement personnalisé. Cette proposition était destinée à lui permettre, après un essai de reprise d'études et de réinvestissement du cadre universitaire dans des conditions souples et adaptées, de pouvoir prendre une décision éclairée.

Après des hésitations, l'étudiant a accepté la proposition de l'établissement à la condition de n'avoir aucun lien avec le service interne de santé afin de ne pas avoir l'impression d'être traité comme un « malade ».

PROCÉDURES ET ACTEURS IMPLIQUÉS

Référent DARE :

- coordination de l'ensemble des mesures mises en place ;
- interlocuteur direct unique de l'étudiant ;
- tutorat méthodologique individuel (pédagogie adaptée et training) ;
- gestion des démarches administratives de l'étudiant ;
- interventions diverses autour de l'environnement d'études ;
- référent-accompagnateur pour les enseignants concernés (conseils dans la prise en charge) ;
- partage de l'information avec les personnels de scolarité et le correspondant handicap.

Personnels de scolarité (cursus de référence et service des langues) :

- suivi de la situation de l'étudiant et échanges concertés avec le référent DARE.

Correspondant handicap :

- suivi de la situation de l'étudiant et échanges concertés avec le référent DARE.

Service d'orientation :

- mise en place d'un atelier personnalisé pour l'étudiant.

MESURES MISES EN PLACE

- Entretien initial de type compréhensif avec l'étudiant ;
- accompagnement pour la présence en cours ;
- points de contacts réguliers (suivi individuel renforcé) ;
- soutien moral et réassurances permanentes pour circonscrire la phobie scolaire de l'étudiant ;
- construction d'un parcours d'enseignement adapté (« auditeur libre » avec un choix volontaire de cours stimulant l'envie d'apprendre, dont le démarrage d'une nouvelle langue vivante) ;
- inscription à une activité sportive appropriée pour stabiliser l'anxiété de l'étudiant (yoga) ;
- séances de tutorat méthodologique individualisé : training pour la prise de parole (exposés) ; exercices d'identification et de correction de certaines lacunes amplifiées par l'interruption des études ; travaux à partir de problématiques ciblées pour leur intérêt pédagogique (« Le capitalisme est-il une dynamique structurante

EXEMPLE 1 (suite)

des relations internationales ? » et « La musique est-elle un bien culturel comme les autres ? ») ; conseils méthodologiques adaptés (rédaction, construction d'un plan de dissertation, discussion et compréhension d'un énoncé) ; conseils de lecture et en techniques de recherche documentaire ;

- visite accompagnée de deux institutions culturelles, avec une sélection d'œuvres ciblées pour leur intérêt pédagogique et leur résonance avec la situation de l'étudiant. Cela relevait d'une démarche innovante de sensibilisation au savoir par l'art ;
- informations et échanges autour de l'orientation et du devenir professionnel, en complément d'un atelier proposé par le service interne d'orientation ;
- aide pour l'obtention d'un stage.

ÉVALUATION

L'étudiant n'est plus en situation de décrochage scolaire et va reprendre la suite de son cursus. La défiance qu'il nourrissait contre le cadre universitaire a disparu.

Il appréhende le retour à une scolarité normale et reste anxieux à l'idée de ne pas « être à la hauteur » de ce qui lui sera demandé, en particulier en raison de la fatigue chronique liée à son traitement qu'il doit gérer quotidiennement. Cependant, il est impatient de retrouver le chemin des études, dont l'abandon pourtant revendiqué nourrissait de manière paradoxale sa perte d'estime de soi et des velléités de « fuite en avant ».

L'aide apportée dans le cadre du dispositif d'accompagnement pour trouver un stage a permis à l'étudiant de nouer des contacts précieux avec une entreprise. Il est susceptible de pouvoir y effectuer la période de stage obligatoire de la suite de son parcours. Cela lui procure une forme de sérénité pour sa reprise d'études.

Le soutien méthodologique apporté à l'étudiant lui a redonné confiance dans ses capacités, en plus d'avoir ravivé son envie d'apprendre. Il a permis aussi de corriger certaines lacunes amplifiées par sa période d'interruption d'études pour l'armer davantage face aux futures exigences qui seront attendues de lui.

Le DARE a contribué à replacer l'étudiant dans une dynamique vertueuse sur les plans personnel et universitaire.

TÉMOIGNAGE DE L'ÉTUDIANT

(Extraits)

« L'accompagnement qui m'a été fourni durant le semestre de printemps de l'année scolaire 2015/2016 m'a été d'une précieuse aide. Il m'a permis de reprendre confiance en moi avant toute chose. /.../ Aussi, les conseils méthodologiques dont j'ai bénéficié ont été cruciaux. /.../ Les qualités humaines m'ont vraiment aidé, ainsi que la pédagogie. »

[mai 2016]

LE POINT DE VUE DU MÉDECIN-PSYCHIATRE DE L'ÉTUDIANT

Le médecin-psychiatre de l'étudiant a constaté, comme sa famille, une amélioration rapide de son « moral » et surtout un changement de son « discours et de ses attentes » à l'égard des études après la mise en place du DARE.

« Il me semble que le dispositif d'accompagnement est intéressant, ce d'autant qu'il y a une certaine souplesse permettant de s'adapter aux besoins de chacun. Cela peut permettre de reprendre pied avec la scolarité de façon plus ciblée et moins anxiogène (notamment avec les choix de cours à la carte et l'aide à l'orientation).

La poursuite de ce programme m'apparaît utile pour les élèves rencontrant ces problématiques. »

[mai 2016]

EXEMPLE 2

DESCRIPTION DE LA SITUATION

Le dispositif mis en place a concerné un étudiant en reprise de scolarité après une hospitalisation de plusieurs mois pour une anorexie mentale sévère.

CIRCUIT DE LA REMONTÉE DES INFORMATIONS

Malgré un étalement de scolarité proposé par l'établissement pour faciliter la reprise d'études, l'étudiant a saisi son secrétariat pédagogique pour faire part de son anxiété à la veille de son retour en cours.

La peur de ne pas arriver à gérer la charge de travail après une longue interruption de scolarité lui générait beaucoup d'appréhensions. Elles étaient d'autant plus légitimes que sa fatigue liée au traitement suivi, ainsi que la fragilité de son état de santé, pouvait compromettre ses chances de réussite.

Son secrétariat pédagogique lui a proposé de pouvoir bénéficier d'un dispositif d'accompagnement, ce que l'étudiant a accepté avec soulagement.

PROCÉDURES ET ACTEURS IMPLIQUÉS

Référent DARE :

- interventions diverses autour de l'environnement d'études ;
- partage de l'information avec les personnels de scolarité.

Personnels de scolarité :

- gestion de l'aménagement de scolarité de l'étudiant et suivi de la situation de l'étudiant avec le référent DARE.

MESURES MISES EN PLACE

- Entretien initial de type compréhensif avec l'étudiant ;
- points de contacts réguliers (suivi individuel renforcé) ;
- intervention pour obtenir l'accord d'une inscription tardive de l'étudiant à une activité artistique très désirée ;
- aide et conseils aux démarches pour l'obtention d'un stage ;
- conseils pédagogiques à la demande de l'étudiant (réassurance sur des points précis) ;
- gestion des rattrapages des cours manqués lors des visites obligatoires de suivi à l'hôpital.

ÉVALUATION

L'étudiant va reprendre une scolarité normale à la prochaine rentrée.

Le soutien qui lui a été apporté dans le cadre du dispositif d'accompagnement a permis de limiter les éléments anxiogènes de son retour progressif aux études et les efforts à fournir pour y parvenir avec succès. Il en a facilité les modalités, prévenant en cela un éventuel abandon définitif de la scolarité.

Le DARE a contribué à replacer l'étudiant dans une dynamique vertueuse sur les plans personnel et universitaire.

TÉMOIGNAGE DE L'ÉTUDIANT

(Extraits)

« /.../ Après une hospitalisation de cinq mois, j'ai pu reprendre mes études dans des conditions rassurantes en ne suivant qu'une partie des cours au programme. Durant les douze semaines du semestre, grâce à l'aide précieuse reçue, j'ai pu consacrer du temps à mon suivi médical sans entraver le bon déroulement de ma scolarité. /.../ Ainsi, ce dont j'ai bénéficié m'a permis de reprendre mes études avec sérénité, libéré du souci de performance et d'efficacité qui m'a longtemps empêché d'accorder la priorité à mes soins. /.../ Je recommanderais chaudement aux élèves en situation de handicap ou de maladie grave d'oser demander de l'aide. Le soutien et l'accompagnement reçus ont été essentiels au succès de mon retour à la vie étudiante. »

[mai 2016]

EXEMPLE 3

DESCRIPTION DE LA SITUATION

Le dispositif mis en place a concerné un étudiant polyhandicapé, à la fois atteint de problèmes physiques visibles et de troubles psychiques : bien que peu sévères indépendamment les uns des autres, les conséquences des premiers ont renforcé progressivement les seconds.

Ces soucis de santé, par un effet cumulatif, ont beaucoup fragilisé l'étudiant dans son environnement d'études (relations amicales et affectives), sans avoir toutefois un impact conséquent sur ses résultats. Particulièrement brillant, il parvient à satisfaire aux attentes scolaires, en dépit de moments de grande détresse psychologique.

Néanmoins, il a progressivement perdu confiance en lui et nourri une mélancolie profonde. Il s'est réfugié dans une addiction numérique qui a envahi son quotidien et réduit son temps de sommeil.

La fatigue accumulée a fini par lui susciter une forte appréhension des interactions collectives dans le milieu universitaire (regard des autres, etc.) et surtout des idées très sombres.

Malgré ses difficultés, l'étudiant ne bénéficiait d'aucune prise en charge médicale particulière.

CIRCUIT DE LA REMONTÉE DES INFORMATIONS

L'étudiant a confié son mal-être grandissant à l'un de ses enseignants, qui a fait un signalement au correspondant handicap. Contacté pour effectuer un entretien sur sa situation, il n'a pas donné suite à cette demande.

Puis, au cours d'un entretien au service d'orientation de l'établissement, il a évoqué son manque d'espoir en l'avenir, ses difficultés et l'issue probable qui se présenterait sans doute pour lui, celle de mettre fin à ses jours assez rapidement. Un nouveau signalement au correspondant handicap a généré la réitération d'une sollicitation pour un entretien, y compris par téléphone.

L'étudiant a accepté le principe de venir parler avec le correspondant handicap des problèmes auxquels il faisait face, mais il a laissé passer un peu de temps avant de faire la démarche.

Il a refusé en première intention une orientation vers le centre de santé interne de l'établissement. Cependant, il a accepté la proposition de bénéficier d'un dispositif d'accompagnement pour l'aider à retrouver de la sérénité dans son quotidien.

PROCÉDURES ET ACTEURS IMPLIQUÉS

Référent DARE :

- interventions diverses autour de l'environnement d'études ;
- partage de l'information avec le correspondant handicap.

Correspondant handicap :

- suivi de la situation de l'étudiant et échanges concertés avec le référent DARE.

MESURES MISES EN PLACE

- Aiguillage vers une structure médicale partenaire ;
- entretien initial de type compréhensif avec l'étudiant ;
- points de contacts réguliers (suivi individuel renforcé) ;
- aide pour l'obtention d'un stage convoité ;
- informations et échanges autour de l'orientation et du devenir professionnel, à la demande de l'étudiant.

ÉVALUATION

L'étudiant bénéficie désormais d'une prise en charge et d'un suivi par la structure médicale hospitalière partenaire vers laquelle il a été renvoyé. Une évaluation précise de ses besoins a permis de lui proposer un accompagnement adapté afin de stabiliser sa situation.

L'intervention effectuée dans le cadre du dispositif pour l'obtention du stage convoité par l'étudiant a été positive. La bonne nouvelle lui a donné un regain de motivation pour se réinvestir dans ses études et se projeter à nouveau avec espoir dans la suite de son parcours. L'intérêt du stage par rapport à son projet professionnel lui donne l'occasion d'acquérir une expérience enrichissante et ainsi de renforcer ses chances à moyen terme d'insertion dans la vie active. De plus, l'encadrement du stage a fait en sorte de lui fournir un environnement de travail bienveillant, parfaitement cohérent avec ses compétences, et des tâches valorisantes à accomplir.

L'étudiant n'est plus sujet à des « idées noires ». Il a aussi retrouvé de la confiance et de l'estime de soi. Il n'a plus également la sensation d'être seul face à ses problèmes, notamment dans le cadre des études.

Le DARE a contribué à replacer l'étudiant dans une dynamique vertueuse sur les plans personnel et universitaire.



TÉMOIGNAGE DE L'ÉTUDIANT

(Extraits)

« /.../ J'ai trouvé une aide très forte concernant les problèmes psychologiques. En effet, j'ai été orienté vers un service où je commence bientôt un traitement et j'ai pu parler des problèmes qui me travaillaient l'esprit. Dans un contexte difficile pour moi, cela a été une véritable bouée de secours qui m'a aidé et m'aide encore à rester à flot. /... / Enfin, grâce aux conseils reçus, j'ai pu penser à tête reposée ma future orientation universitaire et être mieux informé des différents circuits offerts, ce qui aboutira je l'espère à la meilleure orientation professionnelle pour moi. /.../ Le bilan est extrêmement positif en ce qui me concerne et je ne vois rien à y améliorer. Peut-être que des événements mettant en contact des personnes souffrant des mêmes handicaps pour partager leurs expériences et leurs méthodes pour rendre ceux-ci moins handicapants pourraient être une bonne idée cependant. »

[mai 2016]

EXEMPLE 4

DESCRIPTION DE LA SITUATION

Le dispositif mis en place a concerné un étudiant étranger, originaire d'un pays émergent, maîtrisant de manière aléatoire le français.

L'étudiant est dans une situation de profonde solitude. Il vit en colocation dans un foyer universitaire avec un étudiant français qui est souvent absent et avec lequel il n'a pas noué de liens particuliers, sinon une bienveillante indifférence. Il a un cercle de connaissances restreint et préfère limiter les contacts avec ses concitoyens en France, dont la fréquentation n'est pas nécessairement aisée et source de réconfort pour lui.

Militant engagé dans une association de défense des droits de l'homme dans son pays, il ne conserve avec ce dernier que des liens à distance avec les membres de son réseau associatif. Il n'a plus que des contacts épisodiques avec sa famille. Son père est décédé et sa mère est atteinte de problèmes de santé évolutifs qui rendent les échanges compliqués avec son fils.

Étudiant brillant, bénéficiaire d'une bourse d'études du gouvernement français, il est inscrit dans un double cursus devant l'amener à une poursuite de son parcours dans un établissement américain.

Il a une haute opinion de lui-même et des ambitions correspondantes, qui n'étant pas toujours satisfaites lui causent beaucoup de frustrations.

Au début du second semestre, l'étudiant a « lâché prise », victime d'une grande fatigue et d'angoisses importantes. Il s'est retrouvé dans une position délicate à l'égard des études, prenant le risque de ne pas valider son année et de devoir rester en France, sans solution de logement et sans ressources avec l'arrêt programmé de sa bourse.

CIRCUIT DE LA REMONTÉE DES INFORMATIONS

Dans un premier temps, l'étudiant s'est rapproché d'une consultation psychologique universitaire gratuite. Persuadé d'être atteint d'un trouble psychique grave et de se trouver face à un danger imminent de « faire une bêtise irréversible », il a été pris en charge par une structure hospitalière qui a estimé qu'il ne relevait pas d'une urgence psychiatrique. Il a ensuite été orienté vers un centre médico-psychologique, où un suivi régulier lui a été proposé après deux entretiens d'évaluation.

Parallèlement, il a saisi les personnels de scolarité de sa filière, qui après lui avoir proposé quelques accommodements transitoires, l'ont dirigé vers le correspondant handicap pour envisager des solutions possibles d'aménagement de son cursus en fonction de l'évolution de son état de santé.

Dans son cas, la question déterminante des conditions matérielles posée par un éventuel étalement de scolarité compliquait l'adoption de mesures concertées.

Pour tenter de prévenir son décrochage, le correspondant handicap a proposé à l'étudiant de bénéficier d'un dispositif d'accompagnement, qu'il a accepté, en plus des dispositions prises pour gérer l'urgence de sa situation.

Dans un premier temps, cette dernière a continué à se dégrader. Il a été par deux fois hospitalisé à sa demande, invoquant son épuisement physique et son incapacité à faire face à ses angoisses, avant d'être rapidement renvoyé vers le centre médico-psychologique qui le suit. Les médecins considèrent qu'il n'est pas atteint d'une pathologie sévère nécessitant une hospitalisation, mais plutôt de troubles d'ordre émotionnel, affectif et psychologique accentués par son isolement.

PROCÉDURES ET ACTEURS IMPLIQUÉS

Correspondant handicap :

- coordination des mesures et de la recherche de solutions ;
- centralisation et partage des informations.

Personnels de scolarité :

- en concertation permanente avec le correspondant handicap ;
- relais avec l'équipe enseignante.

Référent DARE :

- interventions en soutien.

Service interne de santé :

- accueil de l'étudiant en consultation psychologique.

Services sociaux de l'établissement :

- accueil de l'étudiant pour évaluer ses besoins matériels et proposer des solutions possibles, notamment de logement en cas de prolongement du séjour en France.

MESURES MISES EN PLACE

- Entretien initial de type compréhensif avec l'étudiant : cet entretien a permis de comprendre qu'il était sous-alimenté. Dans l'impossibilité de cuisiner les plats de son pays dans le foyer universitaire où il vit, et ayant peu d'attrait pour la nourriture française, il s'est peu à peu habitué à sauter des repas ou à se contenter de consommer quelques produits dans sa chambre. Cet élément s'est avéré être une des causes de la fatigue de l'étudiant, dont lui-même n'avait pas pris conscience ;
- conseils pédagogiques ponctuels ;
- réponses aux nombreuses questions d'orientation de l'étudiant, très inquiet pour son avenir ;
- aide pour comprendre, ou confirmer la bonne compréhension, de certaines règles et procédures françaises (« rôle d'interlocuteur de confiance »).

ÉVALUATION

Le dispositif a permis d'isoler le problème de sous-alimentation de l'étudiant pour le sensibiliser sur ce point et lui permettre d'y remédier en grande partie.

Il a aidé à prévenir un éventuel décrochage scolaire de l'étudiant à travers des réponses systématiques à ses demandes diverses de réassurance. Cette relative disponibilité privilégiée était importante pour lutter contre son sentiment d'isolement.

Le DARE a contribué – en soutien aux mesures de scolarité mises en place par l'établissement – à replacer l'étudiant dans une dynamique vertueuse sur les plans personnel et universitaire.

TÉMOIGNAGE DE L'ÉTUDIANT

(Extraits)

« J'étais désolé de déranger avec mes problèmes. Mais j'avais besoin de beaucoup d'aide, je ne savais plus quoi faire avec mes problèmes. Je suis très seul. /.../ Je suis reconnaissant de tout ce qui a été fait pour moi et qui m'aide à aller mieux. »

[mai 2016]

PARTIE CONCLUSIVE

Perspectives	63
Méthodologie	64
Remerciements	66

PERSPECTIVES

La performance collective d'un établissement d'enseignement supérieur 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.

Cependant, une multitude de situations problématiques d'étudiants demeurent encore « invisibles », mal prises en compte ou (volontairement) éludées, en particulier lorsqu'elles relèvent de handicaps cognitifs ou psychiques.

Les signes tangibles de ce constat sont pourtant nombreux : cas de décrochages scolaires temporaires ou définitifs, absences répétées, résultats irréguliers et expressions diverses de mal-être.

Et ils sont en hausse continue selon toutes les enquêtes récentes conduites sur la vie étudiante.

Cette réalité engendre de la souffrance inutile pour les étudiants concernés et des difficultés, autant qu'un sentiment de relative impuissance, pour les personnels enseignants et administratifs, souvent dépourvus face à des cas complexes à prendre en charge. Elle souligne les lacunes d'un système qui parvient avec peine à assurer l'épanouissement de toutes ses composantes en faisant de leur diversité un atout. Et cela ne concerne pas que les étudiants les plus fragiles : chacun est aujourd'hui comptable d'une différence qui ne peut s'affirmer légitimement que dans un environnement ouvert et repoussant les champs des possibles. C'est l'un des sens du progrès humain.

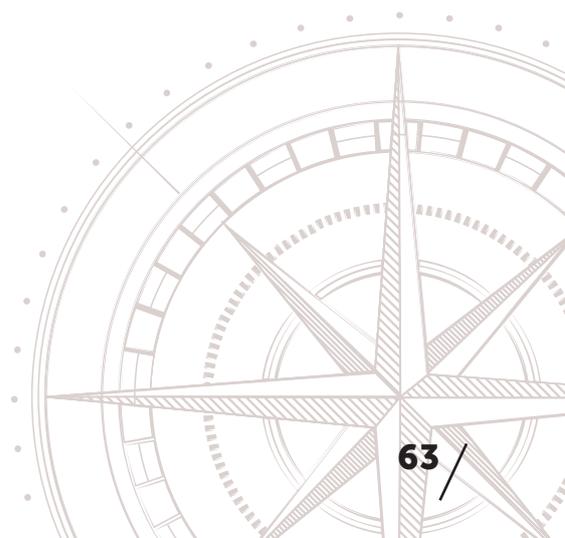
Ainsi, le recours à l'innovation pédagogique pour répondre à des besoins éducatifs bien identifiés n'est pas seulement le fait d'une préoccupation d'ordre éthique ou morale. Il ne relève pas non plus uniquement d'une démarche compassionnelle ou altruiste qui serait appelée à satisfaire une plus grande sensibilité collective 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 est aussi et surtout une solution à l'amélioration de l'excellence de l'enseignement supérieur.

L'innovation pédagogique a beaucoup d'avantages sur le plan qualitatif car elle :

- lutte contre le décrochage ;
- redonne confiance à l'étudiant ;
- favorise le retour à l'université après une hospitalisation ou une interruption involontaire d'études ;
- atténue le sentiment d'isolement culturel ou social ;
- participe à la remédiation sociale de l'étudiant ;
- réduit les effets du stress induit par une scolarité sélective ;
- replace l'étudiant dans une dynamique valorisante d'apprentissage ;
- sécurise les équipes pédagogiques ;
- guide les enseignants vers une pédagogie adaptée de qualité ;
- favorise l'orientation et l'insertion professionnelle...

Néanmoins, sur le plan quantitatif, elle s'avère également un vecteur utile pour doper la créativité collective, resserrer les liens sociaux et donner la possibilité à chacun de donner le meilleur de lui-même.

À cet égard, les enseignants doivent bien comprendre que les étudiants en situation de handicap présentent un potentiel élevé trop souvent négligé. Malgré certaines difficultés, ils parviennent à poursuivre des études supérieures, parfois brillamment, avec un mérite qui ne peut pas être réductible à de simples qualités de ténacité. Ils montrent des talents qui doivent pouvoir trouver une reconnaissance et une traduction à la hauteur de leurs aspirations dans le cadre universitaire.



MÉTHODOLOGIE

Le présent 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.

Le projet visait à concevoir des outils d'information, de sensibilisation, ainsi que des ressources pédagogiques, à destination des équipes enseignantes et de scolarité.

Le projet s'est fondé en premier lieu 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.

Le projet s'est appuyé ensuite sur les conclusions des évaluations d'une série d'expérimentations pédagogiques (décrites précédemment) menées à Sciences Po entre février et mai 2016, avec le concours d'enseignants et d'étudiants volontaires.

Les expérimentations ont été de trois 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.

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

Le projet a bénéficié à tous les moments de ses avancées des conseils d'un panel de praticiens reconnus, d'experts confirmés et secondairement de responsables associatifs.

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

RESSOURCES CITÉES

- *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

- *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

- *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>

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 et leurs précieux conseils :

Jean-Louis **ADRIEN**, Stéphane **AUZANNEAU**, Florence **BAREYT**, Gaston **BRICOUT**, Francesca **BARTOLOMEI**, Simon **BECK**, Camille **BENOIT**, Maurice **CORCOS**, Martial **FOUCAULT**, Aurore **LAMBERT**, Jean-Christophe **MACCOTTA**, Al'Chad **MOOLAND**, Jérôme **PELISSE** et Anne **REVILLARD**.

