

**MODULE DE FORMATION**

**DES ENSEIGNANTS EN PSYCHOLOGIE**

**DANS UNE APPROCHE DE L'EDUCATION**

**INCLUSIVE**

**Par MULUMBA MBANGU Jean Marie**

*Coordonnateur et Psychologue au Centre Scolaire Bon Espoir*

**Kinshasa, 2017**

# TABLE DES MATIERES

## Sommaire

TABLE DES MATIERES .....	2
OBJECTIFS DE LA FORMATION .....	5
PLAN DE LA FORMMATION .....	6
AGENDA DE LA FORMATION .....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
THEME I : LE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT .....	7
ACTIVITE 1 : LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT SUR LE PLAN AFFECTIF.....	7
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
* <b>Développement</b> .....	7
* <b>Affectivité</b> .....	7
ACTIVITE 2 : LE DEVELOPPEMENT MOTEUR CHEZ L'ENFANT .....	10
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 3 : LE DEVELOPPEMENT COGNITIF CHEZ L'ENFANT .....	12
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 4 : LE DEVELOPPEMENT SUR LE PLAN SOCIAL .....	16
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
THEME 2 : LES DIFFERENTES FORMES DE HANDICAP .....	19
ACTIVITE 1 : LES HANDICAPS MENTAUX.....	19
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 2 : LES HANDICAPS PHYSIQUES (MOTEURS).....	23
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 3 : LA DEFICIENCE AUDITIVE .....	28
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 4 : LA DEFICIENCE VISUELLE.....	31
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
THEME 3 : LES TROUBLES DE DEVELOPPEMENT.....	34
ACTIVITE 1 : LES TROUBLES DE SOMMEIL .....	34
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 2 : LES TROUBLES DE CONTROLE SPHINCTERIEEN .....	36
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 3 : LES TROUBLES DE LANGAGE .....	38
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 4 : LES TROUBLES DU COMPORTEMENT .....	40
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 5 : L'AUTISME INFANTILE.....	43
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
<b>THEME 4 : LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DANS UNE ECOLE INCLUSIVE.....</b>	<b>45</b>
ACTIVITE 1 : LE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP .....	45
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 2 : LES DOMAINES DE PRISE EN CHARGE.....	48
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 5 : PROGRAMME EDUCATIF INDIVIDUALISE.....	49
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 5 : LA GESTION DES PROBLEMES DE COMPORTEMENT.....	52
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
ACTIVITE 7 : LE TRAVAIL EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE .....	57
a) Fiche pédagogique .....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
b) Fiche technique.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
<b>PRE-TEST ET POST-TEST .....</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>66</b>
<b>EQUIPE DES REDACTEURS .....</b>	<b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>

# INTRODUCTION

## Pourquoi une formation en psychologie

La psychologie est une science qui a pour but de comprendre la structure et le fonctionnement de l'activité mentale et des comportements associés.

La finalité de toute psychologie est la construction des connaissances des processus propres à prévenir et à diminuer la souffrance et les conflits, à résoudre les problèmes relationnels, à actualiser le potentiel et à développer la significativité de la vie individuelle et collective.

Ainsi, la finalité de l'action du psychologue consiste à faire reconnaître et respecter la personne humaine dans sa dimension psychique.

Le contenu de ce module n'a pas pour objet de faire des participants des futurs psychologues, mais plutôt de leur permettre d'acquérir les rudiments nécessaires pouvant les aider à mieux comprendre les enfants en général, et les enfants en situation de handicap en particulier, en vue de bien assurer leur prise en charge.

Elle leur permet également, de tenir compte des particularités de chaque enfant dans la définition des objectifs de prise en charge, et d'adopter une attitude positive en faveur du développement et de l'épanouissement des enfants en général, et des enfants en situation de handicap en particulier.

Quatre thèmes seront abordés :

1. Le développement psychologique de l'enfant.
2. Les différentes formes de handicap
3. Les troubles de développement
4. La prise en charge des enfants en situation de handicap

# OBJECTIFS DE LA FORMATION

## Objectif général

Permettre aux enseignants d'acquérir les connaissances de base en psychologie pouvant les aider à mieux comprendre le développement de l'enfant en général et celui de l'enfant en SH en particulier, en vue d'assurer leur prise en charge dans une classe inclusive.

Objectif du thème 1 : Rendre les enseignants capables de connaître le processus du développement normal de l'enfant en identifiant les différentes étapes de l'évolution et ses caractéristiques sur le plan affectif, moteur, cognitif et social.

Objectif du thème 2 : fournir aux enseignants des connaissances sur les différentes formes de handicap, leurs caractéristiques, leurs étiologies et leurs conséquences sur les apprentissages ; en vue de pouvoir adapter leur enseignement en fonction des difficultés de chacun.

Objectif du thème 3 : Fournir aux enseignants des connaissances de base sur les différents troubles de développement de l'enfant et déterminer les facteurs aggravants pouvant rendre difficile l'acquisition des compétences dans une classe inclusive

Objectif du thème 4 : renforcer les compétences des enseignants dans la prise en charge des enfants en situation de handicap dans une classe inclusive, en leur fournissant des connaissances de base sur la procédure à suivre, les domaines sur lesquels ils doivent assurer la prise en charge, les outils à utiliser ainsi que les différents spécialistes pouvant intervenir auprès des enfants dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

# PLAN DE LA FORMATION

## **Thème 1 : le développement psychologique de l'enfant**

- Activité 1 : le développement sur le plan affectif
- Activité 2 : le développement sur le plan moteur
- Activité 3 : le développement sur le plan cognitif
- Activité 4 : le développement sur le plan social

## **Thème 2 : les différentes formes de handicap**

- Activité 1 : les handicaps mentaux
- Activité 2 : les handicaps physiques
- Activité 3 : la déficience auditive
- Activité 4 : la déficience visuelle

## **Thème 3 : les troubles de développement**

- Activité 1 : les troubles de sommeil
- Activité 2 : les troubles de contrôle sphinctérien
- Activité 3 : les troubles de langage
- Activité 4 : les troubles de comportement
- Activité 5 : l'autisme infantile

## **Thème 4 : la prise en charge des enfants en situation de handicap dans une classe inclusive.**

- Activité 1 : le processus de prise en charge des ESH.
- Activité 2 : les domaines de prise en charge
- Activité 3 : le suivi de l'enfant en situation de handicap.
- Activité 4 : le programme éducatif individualisé : plan général
- Activité 5 : la gestion des problèmes de comportement
- Activité 6 : le travail en équipe pluridisciplinaire

# THEME I : LE DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

## Activité 1 : Le Développement de l'enfant sur le plan affectif

### *1. Définitions*

#### \* Développement

Le développement désigne l'ensemble des processus de transformation qui affectent soit les organismes vivants, soit les institutions humaines (société, culture, économie, etc.), soit encore leurs différentes propriétés.

Le développement conduit l'organisme vivant concerné d'un état initial réputé simple ou primitif, à un état final considéré comme plus complexe, plus stable, voir comme définitif.

#### \* Affectivité

C'est l'aptitude à éprouver des états d'âme aussi divers que les émotions, les passions, les sentiments, l'anxiété, l'angoisse, la tristesse, la joie, voir les sensations de plaisir et de douleur, etc.

L'affectivité est donc à la base de la vie psychique. Elle constitue le fondement de notre personnalité.

\* Développement affectif : il s'agit des transformations successives qui affectent le développement de l'enfant dans son affectivité.

\* Enfant : un être humain, garçon ou fille, dont l'âge varie entre 0 et 12 ans.

### *2. Importance du développement affectif normal*

Le développement affectif bien réussi chez l'enfant lui permet d'acquérir progressivement les éléments de base lui permettant d'affirmer son identité, à affirmer sa personnalité et d'aller à la rencontre de l'autre.

### *3. Différentes étapes de l'évolution de l'affectivité : il y en a 5 :*

- 1°) Evolution entre 0 et 1 an : stade oral selon Freud
- 2°) Entre 1 et 3 ans : Stade anal
- 3°) Entre 3 et 6 ans : stade phallique.
- 4°) Entre 6 et 12 ans : période de latence.
- 5°) Entre 12 et 18 ans : période de puberté et d'adolescence.

### *4. Caractéristiques de chaque stade*

#### 1) Evolution de 0 à 1 an

- \* A 4 semaines, le bébé réagit positivement au confort et à la satisfaction de ses besoins, négativement à l'inconfort et aux frustrations. Il fixe le visage humain. Petit à petit les pleurs se différencient et s'érigent comme moyen de communication pour exprimer divers types d'inconfort.
- \* A 16 semaines : il sourit au visage humain. Il reconnaît sa mère, anticipe les événements. Il commence à être plus actif, commence à jouer. Son besoin de sociabilité augmente. Il aime qu'on s'occupe de lui.
- \* A 40 semaines, sa discrimination sociale est plus grande et il commence à imiter.
- \* A 1 an, il aime avoir un public, mais il traverse une période de timidité vis-à-vis des étrangers.

## 2) Evolution de 1 à 3 ans

- \* A 15 mois, l'enfant affirme son indépendance par rapport à l'alimentation, mais il est encore maladroit. Le contact de personne à personne s'affirme.
- \* A 18 mois, il aime participer à son habillage-déshabillage. Il vit dans « l'ici et maintenant ». Le sens de la propreté apparaît. Il prend aussi plaisir à participer aux tâches domestiques. Globalement, c'est un âge durant lequel l'enfant est turbulent.
- \* A 2 ans, l'expression « c'est à moi » est fréquente, marquant le besoin de maîtrise de l'enfant pour qu'il ait bien difficile encore de partager.
- \* A 2 ans et demi, l'enfant est indécis et commence à craindre les choses qui lui paraissent très nouvelles. De même, il peut se montrer timide, agressif ; il peut « reculer », « avancer » dans ses attentes et décisions. Il commence également à s'opposer et à se montrer très autoritaire. Il supporte très mal la frustration. Cette phase est couramment appelée « phase de l'égoïsme ».
- \* A 3 ans, la personnalité de l'enfant s'affine de plus en plus. Il prend conscience de sa faculté de « faire plaisir » ou de ne pas « faire plaisir ». Il est capable de choisir entre le « oui » et le « non » et d'affirmer ses choix. Dans ce contexte, son obéissance à l'égard de l'adulte varie selon ses désirs.

### Les carences affectives

Jusqu'à l'âge de 3 ans et surtout durant la première année de la vie, la relation à la mère est essentielle pour le développement harmonieux de l'enfant.

Une séparation précoce entre l'enfant et sa mère, alors qu'il n'est encore qu'un nourrisson, provoque, d'après **SPITZ**, un état dépressif qu'il qualifie de « **hospitalisme** ». Cet hospitalisme se réalise en 3 phases à savoir :

- Phase de pleurnichement ;
- Phase de glissement, de perte de poids et d'arrêt de développement ;
- Phase du retrait et du refus de contact, aboutissant alors à la dépression anaclitique.

Les enfants atteints de dépression anaclitique restent la plus part de temps couchés à plat ventre dans leur berceau. La rigidité faciale et le refus de tout contact les caractérisent. Ils se cognent parfois la tête contre les barreaux de leurs lits, la frappent de leurs poings et s'arrachent les cheveux par poignées.

Avec l'hospitalisme, le quotient de développement diminue, la locomotion, l'alimentation, l'habillement, l'apprentissage de la propreté et le langage sont également affectés, et les taux de mortalité augmentent.

Parmi les répercussions constatées par **BOWLBY**, retenons une grande anxiété, un besoin excessif d'affection, des puissants désirs de vengeance, et à long terme, une instabilité du caractère, des difficultés à établir des contacts affectifs...

## 3) Evolution de 3 à 6 ans

- \* Vers 5 ans, l'enfant distingue nettement chaque membre de son entourage et il sait comment plaire ou déplaire à chacun. Il accepte difficilement que ses parents aient une relation plus intime, car il craint de perdre sa place au sein de la famille.
- A 6 ans, l'enfant se montre hésitant, indécis (incapable de choisir), passe d'un extrême à l'autre (colère-gentillesse) ; peut être impulsif et inconstant ; cherche à être le centre de l'univers.

#### 4) De 6 à 12 ans

- \* A 7 ans, c'est l'âge de l'équilibre entre les dispositions internes et les exigences du milieu. A cet âge, l'enfant peut se montrer introverti, plus rêveur et autocritique.
- \* A 8 ans, c'est l'âge de socialisation, l'enfant est plus extraverti. Il a le sens de lui-même et de ses droits, il est vivant voire euphorique parfois. Il est assoiffé des connaissances.
- \* A 9 ans, il est réaliste et a du bon sens. Il désire améliorer ses capacités, il est moins superficiel qu'avant et préfère converser avec ses pairs (de même sexe), il préfère élaborer des projets que de jouer.
- \* Vers 9-10 ans, il s'identifie au groupe de son âge et commence à se détacher de sa famille.
- \* A 10 ans, l'enfant se trouve un idéal, manifeste un culte pour une personne (star...), il a le sens de solidarité. Il partage des secrets avec ses amis auxquels il accorde beaucoup d'importances. Il est conscient de sa personne, ses vêtements, son look ...
- \* A 11 ans, il est plus concentré, plein d'ardeur et d'enthousiasme. Il est rempli d'émotions. Il interpelle plutôt qu'il ne répond. Cette phase est parfois difficile avec les parents (difficulté de compréhension). Les propos sont souvent exagérés, revendicatifs. Les discussions sont parsemées d'injures, de grossièretés spectaculaires, autant des manifestations d'affirmation et de différenciation, en bref d'individuation. C'est aussi les prémises de l'adolescence. L'enfant aidera quand ça lui plaira, il ne veut pas qu'on crie après lui, il ne veut pas qu'on le dise à son père, il veut qu'on cesse de le critiquer... Il est attentif à ce que l'on dit sur sa personne et peut se montrer susceptible.

Cette période correspond à ce que **Freud** appelle « période de latence où, l'évolution de la sexualité est limitée, voire arrêtée, avant de reprendre toute son importance à la puberté.

#### 5) De 12 ans à 18 ans

C'est la période de la puberté et de l'adolescence)C'est une période où on observe des modifications morphologiques, physiologiques et psychologiques, marquée par l'apparition de certains caractères sexuels secondaires et par l'acquisition de la capacité à procréer. Elle se caractérise :

- Chez la fille : par la poussée des seins et l'apparition des premières règles, la pilosité, la transformation du bassin, etc.
- Chez le garçon : par l'apparition de la pilosité, la mue de la voix, l'apparition des spermatozoïdes...

C'est le moment du stade génital de **Freud** où, la pulsion sexuelle qui jusque là était égocentrique, s'attache à un objet sexuel (un pair). La zone génitale prime sur les autres zones érogènes. Cette phase est liée à la puberté et à la maturation sexuelle de l'adolescence.

L'adolescence correspond aussi à une réactivation de la problématique œdipienne, ce qui contribue à faire apparaître les conflits et leurs impasses. Les fantasmes incestueux qui réapparaissent sont rejetés et dépassés en même temps que l'enfant tente de se soustraire psychologiquement à l'autorité parentale.

## Activité 2 : Le Développement moteur chez l'enfant

### 1. Définitions

- **Moteur** : qui permet le mouvement du corps.
- **Développement moteur** : différentes transformations qui s'exercent sur l'organisme, lui permettant d'évoluer

### 2. Importance du développement moteur

Le développement moteur acquis normalement permet à l'enfant de se mouvoir, d'utiliser ses sens en vue de développer son intelligence, sa communication ainsi que sa sociabilité vis-à-vis du monde qui l'entoure.

### 3. Différentes étapes du développement moteur chez l'enfant

- 1°) Développement moteur de la naissance à l'âge de 2 ans.
- 2°) Développement de 2 à 6 ans
- 3°) développement de 6 à 12 ans

### 4. Caractéristiques du développement moteur

#### 1) Développement moteur de la naissance à l'âge de 2 ans.

Chez le *nourrisson*, on relève au niveau des membres une hypertonie physiologique du tonus musculaire, avec des attitudes en flexion, et une motricité spontanée faite des mouvements diffus et anarchiques. Au niveau du visage, on observe une motilité (moues, grimaces) qui peut avoir valeur de communication pour la mère et préfigure le sourire. Quant aux reflexes archaïques, ils sont des réponses motrices caractéristiques de la période néo-natale qui doivent disparaître avec le temps et témoignent, se faisant, d'une maturation du système nerveux central physiologique essentielle au développement.

Aussi, notons la prédominance de la sensibilité cutanée, gustative et olfactive sur l'auditive et la visuelle.

*Entre 0 et 2 ans*, le tonus musculaire évolue, au niveau des membres, vers une hypotonie et des attitudes en extension.

En outre, le développement postural se perfectionne et vérifie la loi céphalo-caudale. Maintien de la tête vers 5 mois, position assise vers 8 mois et station debout à 1 an. La marche quant à elle, est acquise vers 14-16 mois alors que le contrôle de la station verticale et la coordination des mouvements alternés des membres inférieurs sont acquis. Avant d'être capable de marcher ou de se tenir debout, l'enfant peut se déplacer au sol et deux étapes sont acquises pour lui permettre d'atteindre les objets qu'il désire :

- La reptation (ou creeping) : intervenant à partir du 6<sup>ème</sup> mois et consistant à se tracter en s'appuyant sur les membres supérieurs, sans soulever le corps ni s'aider avec les membres inférieurs (le bébé rampe) ;
- Vers 8 mois, le bébé parvient à la propulsion quadrupédique, c'est-à-dire la marche à 4 pattes.

Il faut noter que tous les enfants n'accèdent pas à ces deux étapes. Il y a ceux qui peuvent faire la première seulement, d'autres la deuxième, rarement aussi certains enfants ne font pas les deux.

La préhension volontaire, importante chez l'enfant pour la reconnaissance des objets et l'exploration de son corps, suit également une évolution par stades :

- Cubito-palmaire vers 5 mois : préhension par les quatre derniers doigts ;
- Digito-palmaire 6 mois : entre la paume et les quatre derniers doigts ;
- Radio-palmaire vers 7-8 mois: entre le bord latéral du pouce et les dernières phalanges de l'index.
- Enfin radio-digitale vers 10 mois : entre le pouce et l'index.

Dans le domaine de la sensorialité, la différenciation de la vision et de l'audition permet au jeune d'investir un environnement plus lointain.

Enfin, la motricité impliquée dans la communication avec autrui s'enrichit. Ainsi, la mimique volontaire apparaît vers 2 mois sous la forme de la réponse par le sourire au visage humain de face ; et les mouvements de l'enfant s'organisent en gestes intentionnels.

A partir de 2 ans, et ensuite, les possibilités perceptivo-motrices de l'enfant se perfectionnent dans le sens d'une plus grande finesse et maîtrise, et d'une plus grande capacité à se représenter son corps et l'espace.

## 2) Développement moteur entre 3 et 6 ans

### ⇒ *L'aisance motrice*

On assiste à l'automatisation progressive des mouvements : pour la marche, ajustements constants des mouvements, de leur vitesse, de leur rythme. Ces gestes peuvent alors remplir une fonction de réalisation (ce sont des gestes utilitaires, mais aussi spécialisés comme l'écriture...)

Les mouvements deviennent de plus en plus coordonnés (du fait de l'imitation, manipulation, préhension...). Cette période est souvent qualifiée « *d'âge de grâce* », en raison de l'aisance, de la liberté des mouvements et de l'harmonie de certains d'eux.

### ⇒ *La latéralisation*

On observe une détermination définitive de la latéralisation, une certaine dominance d'un côté du corps qui soit plus habile et plus utilisé par rapport à l'autre. Cela se fait vers l'âge de 3-4 ans (apparition des gauchers et droitiers).

Il existe plusieurs formes de la latéralité : la latéralité accompagnée de la dominance du pied, la latéralité innée et la latéralité acquise (exemple : utilisation de la main gauche dans les gestes spontanés et de la main droite dans les gestes sociaux)...

Pour se rendre compte de différentes manières dont la latéralité se concrétise, on peut demander à l'enfant de se peigner, de brosser les dents, de tourner les pages d'un livre, de déboucher une bouteille, d'enfiler des perles, de regarder par le trou d'une serrure...

## 3) Développement moteur de 6 à 12 ans

Le progrès moteur de l'enfant à cette période se manifeste de plusieurs façons complémentaires :

- La coordination des mouvements augmente (exemple : maîtrise des mouvements d'écriture, manipulation de certains outils comme les ciseaux, exécution de certains exercices de gymnastique, pratique de la danse...)
- La force s'accroît pendant cette phase de façon considérable (le goût pour les jeux violents en est la meilleure preuve) ;
- La rapidité, la précision et l'endurance se développent d'une manière très marquée (jusqu'à 13-15 ans) et se manifestent dans les jeux de compétition.

La période de 6-12 ans correspond à l'âge scolaire. La vie en groupe y prend une importance croissante. Les possibilités motrices permettent aux enfants de se mettre en valeur, de se mesurer à des rivaux. Courir, sauter et lancer sont trois activités courantes dans les jeux et activités motrices des enfants.

## Activité 3 : Le Développement cognitif chez l'enfant

### Etude de cas : développement de MBUYI et KANKU

Une famille monogamique de 2 enfants, un garçon et une fille, vient de connaître une nouvelle naissance. Cette fois, il s'agit de l'arrivée en vie de deux jumeaux, tous garçons qui se ressemblent de telle sorte qu'on n'arrive pas facilement à les distinguer. L'aîné s'appelle MBUYI et le second s'appelle KANKU. Néanmoins, les parents arrivent à les différencier facilement.

A partir de l'âge de 3 mois les deux enfants commencent à s'asseoir presque simultanément, mais les parents constatent quelques différences dans leurs agissements :

- Lorsqu'une assiette tombe, MBUYI réagit rapidement par localiser la source de bruit, s'agite comme voulant aller chercher l'objet mais ne s'en sort pas, par contre KANKU lui, ne regarde même pas.
- Placés sur une natte, la mère présente deux ballons rouges aux deux enfants : MBUYI tape sa main d'une façon désordonnée sur la balle et observe les mouvements que ça produit, alors que KANKU reste passif.
- C'est vers l'âge de 6 mois que KANKU commence à faire les actions que MBUYI faisait lorsqu'il avait 3 mois.

A l'âge de 18 mois, MBUYI comprend bien certaines consignes et exécute, dit quelques mots autre que papa et maman ; par contre, KANKU n'exécute pas les consignes et ne dit que papa et maman seulement.

### Réponses aux questions

1. L'enfant MBUYI connaît un développement rapide par rapport à KANKU.
2. MBUYI est plus intelligent que KANKU
3. MBUYI réagit facilement aux stimulations du milieu et cherche à s'y adapter, alors que KANKU reste passif.
4. Entre 0 et 1 an et demi, l'intelligence de l'enfant se manifeste par l'utilisation de sa motricité face aux stimulations des organes de sens par l'environnement. Entre 1 an et demi et 3 ans, le développement du langage constitue un élément important qui explique un bon développement de l'intelligence.

#### 1. Définitions

Le terme **cognitif** qualifie dans un premier sens, tout processus de prise ou de traitement de l'information, et s'applique particulièrement à ce qui relève de la perception, de la mémoire, de la pensée, du langage.

Il renvoie aux fonctions psychologiques supérieures, impliquant des élaborations complexes, des représentations, des outils symboliques, voire des prises de conscience, par rapport aux activités automatisées, ou aux régulations purement biologiques, ou encore aux mécanismes caractérisant les récepteurs périphériques.

Il se rapporte au terme « **cognition** » qui lui, désigne l'ensemble des mécanismes par lesquels l'organisme acquiert l'information, la traite, la conserve, l'exploite.

Le terme cognition recouvre, assez logiquement, les grandes fonctions psychologiques traditionnelles consacrées à assurer à l'organisme les gains d'information nécessaires à ses échanges avec le milieu, à savoir la perception, l'apprentissage, l'intelligence, la fonction symbolique et le langage.

Par **développement cognitif** de l'enfant, on désigne ainsi le développement de l'intelligence.

Pour **Piaget**, **l'intelligence** constitue un moyen d'adaptation de l'individu au milieu afin de préserver ses meilleures chances de survie. L'intelligence est appréhendée comme un processus d'organisation résultant d'un équilibre permanent entre deux fonctions-actions complémentaires et réciproques de l'organisme sur le milieu : **l'assimilation et l'accommodation**.

## **2. Importance du développement normal de l'intelligence**

Le développement de l'intelligence acquis normalement, permet à l'enfant de s'adapter à différentes difficultés de la vie, à les affronter, à les analyser et à trouver des solutions appropriées.

A l'école, l'enfant intelligent fera normalement des apprentissages et pourra acquérir des connaissances nouvelles sans grandes difficultés.

## **3. Périodes de développement de l'intelligence (voir étude de cas)**

### **1) Le développement de l'intelligence selon J. Piaget**

**Piaget** décrit trois périodes du développement intellectuel chez l'enfant qui comprennent toutes les différents stades.

Les trois périodes mises en évidence par **J. Piaget** sont les suivantes :

#### **1) La période sensori-motrice** ou stade de l'intelligence préverbales : de 0 à 18 mois

A partir des réflexes innés répétés, intégrés sous forme des schèmes cognitifs, l'enfant va progressivement coordonner les informations venant de ses sens, adapter son comportement vers un but, accéder à la permanence de l'objet.

L'enfant développe au cours de cette période les jeux d'exercice. Ils consistent en des mouvements pour le mouvement, en manipulations pour la manipulation. Leur fonction est d'exercer des conduites pour le seul plaisir fonctionnel ou pour celui de la prise de conscience d'un nouveau pouvoir.

#### **2) La période préopératoire** : de 18 mois-2 ans à 4-5 ans et demi

C'est la période de la pensée symbolique (2 à 4 ans) et de la pensée préopératoire (4 à 5 ans et demi) qui se caractérise par : l'intuition simple, l'accession progressive à l'intelligence représentative, le développement de la fonction symbolique comme le langage, l'imitation différée, l'image mentale, le dessin, le jeu symbolique.

#### **◆ L'accès au symbolisme**

Au terme de la période sensori-motrice, vers 18 mois-2 ans, apparaissent des comportements et des aptitudes (imitation différée, jeu symbolique, dessin, conduites sous tendues par la représentation imagée, mais aussi le langage qui se développe avec une rapidité et efficacité surprenantes) s'affirment et se développent, témoignant de l'émergence et de l'évolution de la **pensée symbolique**.

On peut distinguer au moins 5 conduites relevant de la fonction symbolique :

- L'imitation différée : celle qui débute en l'absence du modèle
- Le jeu symbolique ou le jeu de fiction : l'enfant fait semblant d'exercer une activité ordinaire : semblant de manger, de dormir, de se laver... Ce qu'il cherche c'est simplement utiliser ses pouvoirs individuels et reproduire ses actions pour le plaisir de se les donner en spectacle, à lui-même et aux autres.
- Le dessin ou image graphique est au début un intermédiaire entre le jeu et l'image mentale.
- L'image mentale qui apparaît comme une imitation intériorisée, le langage naissant permet l'évocation verbale d'événement. Il existe deux grandes catégories d'images mentales : les images reproductrices qui se bornent à évoquer des spectacles déjà connus et perçus antérieurement ; les images anticipatrices qui imaginent des mouvements ou des transformations ainsi que leurs résultats, mais sans avoir assisté antérieurement à leur réalisation.
- Le langage : chez l'enfant qui se développe normalement, le langage apparaît à peu près en même temps que les autres formes de la pensée symbolique. Chez le sujet sourd-muet, le

langage articulé n'est acquis que bien après l'imitation différée, le jeu symbolique et l'image mentale.

### 3) La période opératoire (6 à 14-16 ans) :

Elle se subdivise en deux stades :

➤ Le stade des opérations concrètes : 7-8 ans à 11-12 ans.

On parle des opérations concrètes dans ce sens qu'elles **portent directement sur les objets** et non pas encore sur des hypothèses énoncées verbalement.

Les opérations concrètes font la transition entre l'action et les structures logiques plus générales impliquant une combinatoire. Ces structures sont par exemple, des classifications, des sériations... le propre de ces structures ou groupements est de constituer des enchaînements progressifs (sériation, classification, le nombre, l'espace, temps et vitesse).

Le jeu de règles apparaît à cette période : l'enfant est capable d'organiser ou de participer à des jeux où les règles sont définies à l'avance, où les rôles sont attribués à chacun des personnes faisant parties du jeu.

➤ Le stade des opérations formelles : 11-12 ans à 14-16 ans.

Le sujet parvient à se dégager du concret et à situer le réel dans un ensemble de transformations possibles. C'est l'âge des grands idéaux et du début des théories.

Il y a donc une transformation de la pensée qui rend possible le maniement des hypothèses et le raisonnement sur des propositions détachées de la constatation concrète et actuelle.

A cette phase du développement cognitif, le sujet devient capable de tirer des conséquences nécessaires de vérités simplement possibles, ce qui constitue le début de la pensée **hypothético-déductive ou formelle**.

#### \* **La mémoire**

Il existe deux types de mémoire :

- Celle de la **recognition** qui joue seulement en présence d'un objet déjà rencontré et qui consiste à le reconnaître. Cette mémoire est très précoce.
- La mémoire d'**évocation** qui consiste à l'évoquer en son absence par le moyen d'un souvenir-image. Elle n'apparaît pas avant l'image mentale, le langage

## 2) Développement des compétences en fonction des stades

### ◆ A la période préopératoire (2-6 ans)

Le début est caractérisé par la capacité d'utilisation des symboles. L'enfant peut être capable de manipuler mentalement ces symboles (ex. un balai peut se transformer en cheval, un cube peut devenir un train). Lorsque l'enfant apprend à manipuler les symboles, on observe aussi que sa mémoire s'améliore et qu'il cherche de façon plus systématique des objets perdus ou cachés.

- Prise de conscience de point de vue des autres : l'égoïsme. A cette période les enfants n'abordent les choses que de leur point de vue, à partir de leur propre gamme de références (tout le monde pense comme lui).
- Classement : classer différents objets (par catégories, couleur, forme, étiquette linguistique...) Les enfants de 2 à 3 ans alignent généralement des formes ou des dessins sur une rangée sans lien apparent. A 4 ans, il commence à trier et à regrouper de façon plus systématique les objets (d'abord par leur nature, puis par leur taille et leur forme).

### ◆ A la période des opérations concrètes (6 à 12 ans)

- C'est la période au cours de laquelle sont acquises les opérations mentales comme l'addition, la soustraction, la réversibilité et la classification. Il comprend la règle qui veut que l'addition entraîne une augmentation et la soustraction, une diminution.

- Conservation : Vers l'âge de 6 ans, les enfants comprennent le concept de conservation de la substance, du liquide et du nombre. Le concept de la conservation du poids est acquis vers 7-8 ans, et celui du volume vers 10 ou 11 ans. Différentes stratégies peuvent permettre à l'enfant d'arriver à ce type de compréhension : la réversibilité (si je le remets dans sa forme initiale, ce sera le même objet), l'addition ou la soustraction (on n'a rien ajouté ni rien enlevé, donc c'est la même chose), ou la compensation (c'est plus gros, mais plus mince ; c'est donc la même chose).
- Classement : les enfants saisissent le principe d'inclusion des classes vers 7 ou 8 ans
- Résolution des problèmes : le sujet dispose de plusieurs moyens pour résoudre un problème. Il procède par la stratégie de deviner, la recherche par élimination, etc.
- Logique : l'enfant développe sa capacité d'utiliser la logique inductive (forme de raisonnement qui consiste à passer du particulier au général, de l'expérience à des règles générales, caractéristique de la pensée opératoire concrète). Il est encore lié aux faits concrets, à ses propres observations et à ses expériences personnelles. Les enfants apprennent mieux si la matière est présentée d'une façon concrète, avec beaucoup d'expériences pratiques et d'expérimentations inductives.

❖ ***L'adolescence : période des opérations formelles***

L'enfant devient capable de manipuler et d'organiser tant les idées que les objets. Elle se caractérise par la capacité d'appliquer des opérations à des idées et aux hypothèses. L'enfant peut donc envisager les conséquences futures d'actes présents, ce qui autorise la planification à long terme.

Résolution des problèmes : L'enfant développe la capacité de recherche systématique et méthodique qui permet de trouver une solution à un problème.

Logique : l'apparition de la logique déductive dans le répertoire des capacités de l'enfant.

## Activité 4 : Le Développement sur le plan social

### 1. Définition des concepts

- **Social** : capacité à créer et à entretenir des rapports avec les autres.
- **Développement social** : il s'agit des étapes par lesquelles l'enfant arrive à développer les contacts avec la famille d'abord et le monde extérieur à celle-ci.

### 2. L'importance du développement social

Un développement social acquis normalement permet à l'enfant de s'ouvrir au monde extérieur et d'entretenir des relations et des interactions avec les membres de sa famille, les autres enfants, etc. Il permet à l'enseignant de se rendre compte des problèmes de sociabilité qui peuvent se poser entre les enfants de sa classe, de repérer ce qui est anormal et de monter des stratégies pour améliorer la sociabilité des enfants.

### 3. Les étapes de développement

#### a) Le développement de la communication sociale

Le langage est l'instrument d'une relation entre plusieurs individus, tour à tour locuteurs et auditeurs-récepteurs. Il est l'outil principal de la communication mais n'est pas le seul. Plusieurs théories tentent d'explicitier les mécanismes en jeu dans le développement du langage :

- Les théories de l'imitation et du renforcement ;
- Les théories environnementales, plus complexes, qui mettent l'accent sur le rôle de la richesse de l'environnement ou de la langue maternelle ;
- Enfin, les théories de l'innéité du langage qui prônent les principes d'exploitation innés ou des règles d'écoute.

#### ⇒ Développement du langage

Si les premiers mots apparaissent vers 12 mois, ils sont précédés de nombreuses étapes :

- Perception des sons articulés :

Dès l'âge de 1 mois, l'enfant peut distinguer les syllabes comme *pa* et *ba*.

Vers l'âge de 6 mois environ, il peut reconnaître des mots de 2 syllabes comme *baba* et *baga*.

- Phase prélinguistique :

Les pleurs sont les premiers sons émis par le bébé.

De 1 à 4 mois, il gazouille (répétition des voyelles : ex. le son *eueueu*) et vers 6 mois, il babille (répétition des syllabes : ex. *bababababa*, *dededede*). A 9 mois, les bébés utilisent généralement le langage gestuel et comprennent quelques mots. Vers 10 mois, ils apprennent des mouvements gestuels, comme faire au revoir ou taper des mains. Vers 9 ou 10 mois, les enfants commencent aussi à comprendre le sens des mots (langage réceptif). Des études ont démontré que les bébés comprennent 17 mots à 10 mois et 50 mots à 13 mois. Le langage réceptif se développe donc avant le langage expressif (production du langage).

- Phase linguistique :

C'est entre 12 et 13 mois, qu'apparaissent les premiers mots. Après le premier mot, le vocabulaire de l'enfant s'enrichit lentement pendant quelques mois, puis de façon plus rapide. A 18 mois, la plupart des enfants possèdent un vocabulaire d'environ 50 mots.

- Formation des phrases :

L'enfant se met rapidement à formuler des phrases simples, puis complexes. D'abord des phrases de deux mots sans verbe ; puis de 3 mots avec sujet-verbe-complément.

Vers l'âge de 3 ans, la plupart des enfants ont acquis tous les outils de base pour construire des phrases et converser. Il s'agit de comprendre la syntaxe (grammaire) et la sémantique (le sens des mots).

- Développement de la grammaire :

Les enfants passent rapidement (dès l'âge de 2 ou 3 ans) à la formation des phrases complexes grâce à l'ajout de diverses flexions grammaticales (ex. poser des questions, phrases négatives, utilisation du mot *que*).

- Développement de la compréhension des mots :

L'enfant semble utiliser des prépositions, comme *dans*, *entre* ou *en face de*, dans le langage seulement après avoir compris le concept. Le langage de l'enfant semble influencer sur ses concepts. L'enfant découvre que les objets ont un nom vers l'âge de 2 ans. Les enfants confèrent alors différents sens à leur phrase. Dès les premières phrases, le langage de l'enfant est créatif ; il comprend des formes et des combinaisons que l'enfant n'a sûrement jamais entendues, mais qui semblent obéir à des règles précises de la compréhension.

b) Le développement social de l'enfant entre 0 et 3 ans.

Comme nous venons de le voir, l'enfant établit sa première relation à autrui avec sa mère. Rappelons le sourire du 3<sup>ème</sup> mois, puis l'angoisse du 8<sup>ème</sup> mois où tout inconnu effraye l'enfant.

- A partir de 6 mois, chaque bébé fait la connaissance avec ses voisins immédiats : placés ensemble sur un tapis, les enfants se recherchent, s'étreignent, s'accrochent, sans s'en rendre compte.
- Vers 8-9 mois, la découverte de l'autre se développe avec la locomotion : les enfants commencent à s'observer, se toucher, se sourire, s'imiter, se tendre des objets, se livrer à toutes sortes de manœuvres d'approche. Les jeux à deux à cet âge consistent surtout en des manifestations affectueuses ou agressives : se caresser, s'embrasser, se mordre, se tirer les cheveux...
- Vers 9 mois, apparaît la jalousie : l'enfant crie, pleure quand une grande personne s'occupe d'un autre enfant. Les premiers conflits au sujet des objets naissent aussi bientôt.
- A 18 mois, l'enfant ne pleure plus lorsqu'un pair est en train de pleurer mais il essaie plutôt de le consoler : il éprouve de la compassion, le désir d'aider et de soulager. La sympathie devient possible, l'enfant faisant la différence entre soi et autrui.
- Le développement social, comme le développement affectif, se constitue en grande partie de la naissance à 3 ans et cela, à partir de la relation aux parents.
- Jusqu'à 3 ans, l'enfant découvre l'autre comme il découvre son propre corps et l'ensemble de son environnement : ses pairs sont des stimuli qui lui permettent d'exercer sa motricité, son intelligence, son langage et de commencer à s'affirmer en tant que personne. De même, le développement de l'enfant sur les plans affectif et cognitif va participer à l'établissement d'une socialisation de plus en plus réelle et riche.

c) Développement social de l'enfant entre 3 et 6 an

➤ L'âge de la pré socialisation : de 2-3 ans à 7-8 ans

L'enfant désire être avec les autres. Il s'intéresse à ce que font les autres.

Jusqu'à 4 ans, les échanges restent très limités et les rares actions communes sont commandées par le matériel.

Il y a le plus souvent juxtaposition d'enfants, indépendants les uns des autres : l'activité est solitaire ou parallèle ; on assiste également à des monologues collectifs.

Par ailleurs, les premières tentatives de socialisation se manifestent fréquemment par un comportement agressif : agressivité manuelle ou parlée, exhibitionnisme, taquinerie. La première prise de contact consiste souvent en des batailles qui cessent aussi brusquement qu'elles ont commencées.

➤ Le développement du jugement moral

Le réalisme moral de l'enfant de moins de 6 ans est aussi la conséquence de la contrainte de l'adulte et du respect unilatéral (avec ses pairs, camarades, frères...).

La période de 3 à 6 ans illustre bien les interactions existant entre développement affectif et social.

La sociabilité est marquée par le sceau de la phase d'égoïsme que vit l'enfant, de la même façon que le jugement moral est influencé, à cet âge, par le réalisme, l'animisme, l'artificialisme et l'omnipotence que l'enfant accorde encore à l'adulte.

Ainsi, jusqu' à 9-10 ans, l'enfant considère la règle (la règle du jeu par exemple) comme sacrée, intangible, d'origine adulte et d'essence éternelle.

#### d) Le Développement Social de L'enfant entre 6 et 12 ans

##### ➤ La sociabilité

Elle désigne l'ensemble des capacités psychologiques permettant de vivre avec les autres.

Dès 6 ans, l'enfant présente des comportements tels que le respect des autres, la conscience de leurs qualités, la collaboration, la préoccupation pour autrui, la responsabilité à son égard.

Vers 8 ans, il passe de la phase d'égoïsme à celle d'empathie, il se met à la place de l'autre.

A 10 ans, la coopération et l'autonomie existent : l'enfant condamne la tricherie, le soufflage, le mensonge. Il a le sens de la justice, l'esprit d'équipe, des talents d'organisateur.

##### ➤ L'âge de la « bande »

Selon **Cousinet**, l'enfant mène, entre 10 et 12-13 ans, une vie sociale intense. C'est l'âge où chacun donne au groupe tout ce que le groupe attend de lui, où le développement de l'individu est entièrement conditionné par son intégration dans le groupe.

Ainsi, la vie sociale s'organise, les groupes se forment et s'établissent. La fidélité, la loyauté au groupe apparaissent. Les individus qui ne respectent pas les règles sont mis en quarantaine, expulsés du groupe.

##### ➤ Le développement du jugement moral

La morale autonome se développe avec le respect mutuel et la coopération entre enfants, entre enfant et adultes.

A partir de 9-10 ans, l'enfant considère la règle comme due au consentement mutuel et comme condition nécessaire de l'entente. L'obéissance cède le pas à la notion de service mutuel. L'enfant respecte alors davantage les règles décidées en groupe que celles imposées par l'adulte.

A 11-12 ans, l'enfant fait même preuve d'équité, en tenant compte des circonstances de chacun

La période 6-12 ans constitue donc « l'âge social par excellence », tant dans la rue (bande) qu'à l'école où les travaux en équipes deviennent possibles.

La pratique d'autogestion et de conseil de classe, permises par l'apparition de la morale autonome, contribuent en même temps à renforcer cette morale autonome.

#### e) L'adolescence

L'adolescence est généralement située entre l'enfance et l'âge adulte. Elle peut se manifester entre 12 et 18 ans pour les filles et entre 12 et 18-20 ans pour les garçons.

A l'adolescence on assiste donc à deux aspects importants :

- La croissance physique : elle est très spectaculaire entre 12 et 16 ans, le corps se développe par la poussée brusque et saccadée, avant de prendre vers 18 ans sa stature définitive.
- La transformation physiologique : Ces transformations marquent le réveil des besoins sexuels qui, pour la première fois, sont ressentis comme tels. Cela peut bouleverser tout l'organisme et déclencher un choc psychologique plus grave et plus durable.

La façon dont les adultes considèrent les adolescents va donc conditionner l'image qu'ils se font d'eux-mêmes.

## THEME 2 : LES DIFFERENTES FORMES DE HANDICAP

### Activité 1 : Les handicaps mentaux

#### 1. Définition des concepts

- **Le handicap mental** : est une incapacité à produire, chez une personne, les résultats attendus dans différents domaines du développement, cela par rapport à son âge.
- **Le Retard Mental** : il s'agit d'une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, qui se manifeste dans les habilités conceptuelles, sociales et pratiques.
- **La trisomie 21** résulte d'un **accident génétique** subi par les chromosomes lors de la division cellulaire ; c'est-à-dire au moment de la formation des ovules ou des spermatozoïdes, donc bien avant la fécondation. Cet accident génétique est responsable dans 95% des cas de la trisomie 21.

Dans la normale, chaque homme et chaque femme ont 23 paires de chromosomes chacun, soit au total 46 chromosomes, XX chez la femme, et XY chez l'homme.

Au moment de la fécondation, chaque parent transmet 23 chromosomes. Mais les personnes porteuses de la trisomie 21 reçoivent, par l'un des parents, 24 chromosomes au lieu de 23, dont 2 chromosomes 21 au lieu d'un seul ; ce qui ramène le nombre total à 47 chromosomes au lieu de 46.

#### 2. Le retard mental

##### 1) Critères d'évaluation du retard mental

Pour qu'une personne soit considérée comme présentant un retard mental, deux grandes catégories de critères sont utilisées soit isolément, soit conjointement :

- le niveau intellectuel
- Le comportement adaptatif

❖ En ce qui concerne le **niveau intellectuel**, il existe des épreuves standardisées mises au point pour différencier le niveau intellectuel des enfants.

Les premières datent de 1905, mises au point par BINET et SIMON, pour différencier les écoliers de la région parisienne selon l'intelligence. Ces épreuves ont été révisées en 1916 par TERMAN qui, par la même occasion, a introduit la notion de quotient intellectuel (Q.I.).

Il s'agit d'un rapport entre l'âge mental obtenu par un individu à un test standardisé et l'âge chronologique de cet individu

$$Q.I. = \frac{\text{Age mental}}{\text{Age chronologique}} \times 100$$

❖ Le **comportement adaptatif** est défini par l'efficacité avec laquelle un individu rencontre les normes de l'autonomie personnelle et de responsabilité sociales attendues pour son âge et son groupe culturel. Ce qui implique l'évaluation des déficits du comportement adaptatif.

##### 2) Approches étiologiques

- la cause du handicap est souvent inconnue ;
- Anomalie chromosomiques (trisomie 21) ;
- Causes prénatales : toxicité médicamenteuses chez la mère, alcoolisme, rubéole, syphilis, manque d'absorption de certains aliments ou minéraux en quantité suffisante durant la grossesse, la prématurité, la souffrance fœtale pouvant occasionner une lésion au niveau du cerveau, les grossesses à haut risque...
- Les causes périnatales : souffrance fœtale pendant l'accouchement ou l'accouchement dystocique, traumatismes obstétricaux ...

- Causes post-natales : la méningite dans la petite enfance ; l'hydrocéphalie ; les blessures de la tête ; d'autres lésions provoquées par des tumeurs au cerveau, par un empoisonnement par le plomb ou des pesticides, par certains aliments et médicaments, etc. ; ictère nucléaire ; les encéphalites...
- Certains enfants naissent avec un cerveau très petit (microcéphalie), ou qui ne grandit pas, ou qui ne fonctionne pas normalement.

### ☞ Remarques

- Le retard mental peut être léger ou sévère ;
- Il ne se guérit pas ;
- Tous les enfants atteints de retard mental peuvent progresser plus rapidement si on les aide, si on les stimule et si on s'en occupe beaucoup dès le départ.
- Le développement de l'enfant dépend, non seulement de son niveau mental, mais aussi des occasions qui lui sont offertes d'utiliser ses sens, ses capacités intellectuelles, son corps, pour mieux connaître son environnement.

### 3) Diagnostic

#### ➤ Signes cliniques (dépistage)

- Limitation dans la vie quotidienne ;
- Le fonctionnement intellectuel est significativement inférieur à la normale ;
- On trouve une inadaptation dans au moins deux des domaines suivants : communication, soins personnels, vie à la maison, vie communautaire, conduite, santé sécurité, notions de base loisirs, travail...
- Ces signes mentaux et adaptatifs apparaissent avant 18 ans ;
- Présence des signes associés : troubles de langage, crises convulsives, troubles du comportement, syndrome d'inattention et d'hyperactivité
  - Diagnostic différentiel (ce qu'il faut différencier) :
    - Manque de stimulation du milieu ;
    - Infirmité motricité cérébrale ;
    - Autisme ;
    - Tumeur ou épanchement cérébral ;
    - Déficience auditive.
  - Diagnostic spécifique
    - Utilisation des instruments standardisés pour déterminer le degré du niveau intellectuel (âge mental, quotient intellectuel) et du comportement adaptatif (autonomie, communication, socialisation et occupation ou motricité).

### 4) Classification du retard mental :

deux exigences sont à la base du souci de classification des arrières mentaux :

- Sur le plan administratif, la présence des « arrières mentaux » dans une société entraîne une série de dispositions légales concernant leurs besoins et les dimensions de l'aide à pourvoir.
- Sur le plan scientifique, cela entraîne à la fois des considérations de diagnostics différentiels et de pronostic.
- Divers systèmes de classifications ont été proposés.

Termes descriptifs	Systèmes de classification	
	DSM – IV (APA, 1994)	CIM – 10 (OMS, 1993)
Retard mental léger	QI : 50 – 55 à 70	QI : 50 – 69
Retard mental moyen (modéré)	QI : 35 – 40 à 50 – 55	QI : 35 – 49
Retard mental grave (sévére)	QI : 20 – 25 à 35 – 40	QI : 20 – 34
Retard mental profond	QI < 20 – 25	QI : < 20

NB. : Ce qui est important à retenir est que **la notion de degré** de déficience mentale devrait être remplacée par la **notion de soutien**.

Il s'agit de savoir quel type de soutien à apporter pour chaque degré.

Les quatre intensités de besoins de soutien sont les suivantes :

<i>Degré de sévérité de la déficience mentale</i>	<i>Intensités de Besoins de Soutien</i>
Léger	Besoin intermittent
Moyen	Besoin limité
Sévère	Besoin important
Profond	Besoin intense

### ***3. La Trisomie 21 ou le Mongolisme***

#### **1) Signes caractéristiques de la trisomie 21**

- A la naissance, le bébé paraît flasque et faible ;
- Le bébé ne pleure pas beaucoup ;
- Il est plus lent que les autres bébés de son âge pour se tourner, saisir les objets, s'asseoir, parler, marcher...
- Quand on fait semblant de le laisser tomber, il ne réagit pas en ouvrant les bras, comme le ferait un bébé normal (reflexe de Moro) ;
- Un pli de peau recouvre le coin intérieur de la paupière ;
- Les paupières sont parfois enflées et rouges ;
- L'iris de l'œil a des nombreuses petites tâches blanches ressemblant à des grains de sable. Elles disparaissent généralement vers 12 mois ;
- La tête courte ou petite est large et plate à l'arrière ;
- Visage aplati, nez petit et aplati entre les yeux ;
- Les yeux sont parfois bridés, l'enfant louche ou à une mauvaise vue ;
- Implantation basse des oreilles ;
- Bouche petite qui reste souvent ouverte, la voûte du palais est haute, la langue pend ;
- Mains larges et courtes, et doigts courts ; le petit doigt peut être recourbé ou n'avoir qu'une articulation ;
- Un pli profond traverse la paume de la main ;
- Cou petit, épaules arrondies, bras et jambes courts, rotule sur un côté ;
- Pieds plats, orteils en dedans, gros orteils très séparé des autres doigts du pied ;
- Parfois luxation de la hanche.

#### **2) Approches étiologiques**

Les facteurs étiologiques qui déterminent la trisomie 21 sont variés et peuvent être en interaction. Il existe des facteurs intrinsèques (héréditaires et liés à l'âge de la mère) et des facteurs extrinsèques.

##### **◆ *Facteurs intrinsèques :***

- 3 à 5 % des cas de trisomie sont d'origine héréditaire, cela concerne d'abord les enfants trisomiques nés des mères trisomiques (probabilité 50%) ;
- Il existe aussi des familles dans lesquelles on retrouve plusieurs enfants trisomiques (peu fréquent) ;
- La survenue d'un enfant trisomique est plus fréquente après les 35 ans de la mère. Probabilité de donner naissance à un enfant trisomique :
  - 1 pour 1500 avant 30 ans ;
  - 1 pour 900 entre 30 et 35 ans ;
  - 1 pour 300 entre 35 et 38 ans
  - 1 pour 60 après 40 ans

- Les études récentes montrent aussi que l'âge du père est un facteur de risque. Le risque pour l'enfant conçu à partir d'un sperme d'un homme de 45 ans est identique à celui d'un enfant conçu par une femme à l'approche de la quarantaine.
  - ◊ **Facteurs extrinsèques** : sont moins fréquents et peuvent se combiner aux facteurs intrinsèques
- Les radiations ;
- L'effet génétique des virus (hépatite, rougeole) ;
- Agents chimiques mutagènes ;
- Divers facteurs immunobiologiques, certaines déficiences en vitamines.

### ☞ Quelques remarques

- Le **retard mental** des enfants ayant une trisomie 21 peut être **léger, moyen ou grave** ; la « trisomie type » n'existe pas.
- Certains parlent, beaucoup peuvent apprendre à lire et à écrire
- Les enfants trisomiques sont, pour la plupart, plus **sociaux et affectueux**, se conduisent bien avec ceux qui les traitent bien.
- Ils peuvent **apprendre à se débrouiller** dans la vie quotidienne et peuvent accomplir des tâches simples si on les encourage et si on leur montre l'exemple.
- Ils peuvent mener une vie relativement normale dans leurs familles et leurs communautés.
- Il existe d'autres aberrations chromosomiques qui se présentent sous la forme de la trisomie 13 et 18, qui sont rarement compatibles d'une survie prolongée.
- En France, on considère actuellement qu'un trisomique 21 sur deux atteint l'âge de 60 ans.
- Il y a davantage de trisomiques dans nos sociétés qu'il y a 20 ans ou 30 ans.

### 3) Prévention et dépistage

Jusqu'à l'heure actuelle, la trisomie 21 est incurable.

Pour la dépister en vue d'éviter l'arrivée au monde d'un enfant trisomique, il n'y a qu'un seul moyen : **l'amniocentèse**. Il s'agit d'une analyse des cellules contenues dans le liquide amniotique et qui permet d'établir le caryotype (la carte des chromosomes) de l'enfant qui va naître.

L'amniocentèse est pratiquée entre la quatorzième et la seizième semaine après les dernières règles. Elle consiste en une ponction du liquide amniotique sous anesthésie locale et sous contrôle échographique, à partir de laquelle est réalisée une culture des cellules du fœtus permettant d'établir son caryotype.

Mais cet examen, l'amniocentèse, comporte des risques de fausse couche dont le pourcentage peut varier entre 0, 5 à 1.5%. Aussi est-il pratiqué en fonction des facteurs de risque présentés par une grossesse.

Parmi les « situations à risque » : le fait d'avoir déjà un enfant trisomique dans la famille proche ou dans celle du conjoint ; ou encore un parent présente une translocation, ce qui n'est pas souvent détecté qu'après la naissance d'un premier enfant, l'âge « avancé » des parents...

## Activité 2 : les handicaps physiques (moteurs)

### 1. Les grandes catégories de handicap moteur :

2. Les handicaps moteurs d'origine cérébrale :
  - 1) L'infirmité motrice cérébrale : IMC
  - 2) L'infirmité motrice d'origine cérébrale : IMOC
3. Les handicaps moteurs d'origine non cérébrale :
  - 1) Les handicaps moteurs temporaires :
    - Survenant par accident : la pronation douloureuse (différentes sortes de luxation), le traumatisme crânien.
    - D'origine non traumatique : les handicaps concernant la colonne vertébrale (scoliose...), les handicaps concernant la hanche (ostéochondrite...), les handicaps moteurs concernant les pieds (pieds bots...)
  - 2) Les handicaps moteurs définitifs :
    - Les amputations
    - Les paraplégies : le spina bifida...
    - La poliomyélite
  - 3) Les handicaps moteurs évolutifs
    - Les myopathies : dystrophie musculaire de Duchenne de BOULOGNE

### 2. Les handicaps moteurs d'origine cérébrale

#### 1) L'infirmité Motrice Cérébrale

##### *a) Définition*

D'une manière générale, on désigne sous le terme de l'infirmité motrice cérébrale, IMC, certaines formes de troubles moteurs où l'on constate une déficience ou une absence du contrôle musculaire.

D'après Michèle GUIDETTI & Catherine TOURRETTE (2006, p.29), le terme d'infirmité motrice cérébrale a été proposé pour la première fois en 1954 par G. Tardieu pour distinguer les sujets porteurs des séquelles motrices de lésions cérébrales infantiles, des sujets encéphalopathes atteints de déficience mentale profonde et de troubles associés.

Il s'agit en fait **d'une lésion, d'une paralysie, d'origine cérébrale, affectant les mouvements et les positions du corps**. Cette lésion n'est pas évolutive, c'est-à-dire qu'elle ne s'aggrave pas avec le temps.

Le cerveau, n'est pas atteint dans son ensemble. Ce sont certaines zones, particulièrement celles qui commandent le mouvement, qui sont affectées.

Les enfants IMC se caractérisent par **d'importantes difficultés motrices** qui peuvent altérer **le maintien, la marche, les gestes de la vie quotidienne ou la parole**, dans des proportions variables. (op cit. p.39).

Les mouvements, les positions du corps, et les problèmes qui découlent peuvent s'améliorer ou s'aggraver selon la manière dont on soigne l'enfant et suivant la gravité de son état.

Plus tôt on commence, plus grande est l'amélioration.

#### 2) L'infirmité motrice d'origine cérébrale, IMOC

L'infirmité motrice d'origine cérébrale, IMOC se caractérise par des troubles sensoriels (visuels, associés à des atteintes (lésions) des fonctions supérieures telles que le langage, la spatialisation, les gnosies, etc...

Chez les IMOC, la débilité existe et complique encore plus la rééducation.

#### 3) Comment reconnaître un infirme moteur cérébral ?

- Il se peut qu'à la naissance le bébé ne respire pas tout de suite et devienne bleu et flasque.

- A sa naissance, un bébé IMC est souvent mou et flasque (manque de tonus ou de force) ; mais il peut aussi être « normal ».
- Le bébé peut être si mou qu'on dirait que sa tête peut tomber ; ou bien il peut devenir brusquement raide comme un morceau de bois, et il semble alors difficile de le soulever ou de le prendre dans les bras.
- Le bébé crie beaucoup et semble énervé ou irritable ; ou bien il est très tranquille (passif) ne sourit pas ou ne pleure pas.
- L'ouïe et la vue sont souvent atteintes
- Les crises (épilepsie, convulsions) se produisent souvent chez les IMC
- Rapidement des difficultés apparaissent pour s'occuper du bébé : son corps se raidit quand on le porte, l'habille, le lave ou encore lorsqu'on joue avec lui.
- On relève aussi des problèmes de nutrition : l'enfant IMC a des difficultés pour téter, avaler et mâcher : s'étrangle et fait souvent des renvois.
- Son développement est lent : retard de contrôle de la tête, pour s'asseoir et pour se déplacer. Il ne se sert pas de ses mains, ou n'utilise qu'une main et non les deux.
- Difficultés de communication s'observent aussi : l'enfant ne réagit pas ou ne répond pas comme les autres. C'est en partie à cause de sa flaccidité, de sa raideur, du manque de mobilité de ses bras ou du mauvais contrôle des muscles de son visage. L'enfant peut également être lent pour apprendre à parler.
- Le comportement de l'enfant IMC peut être agité : on constate des brusques changements d'humeurs (des rires aux larmes), des frayeurs, des crises de colère ou d'autres troubles de comportements. Cela s'explique en partie par le sentiment de frustration vécu par l'enfant qui ne peut pas faire ce qu'il veut de et dans son corps.

#### **4) Approches étiologiques**

Les causes de l'infirmité motrice cérébrale peuvent être multiples car, tout ce qui détermine une anomalie dans le développement des aires motrices peut entraîner l'IMC :

- **Avant la naissance** : une maladie infectieuse contractée par la future maman, une carence ou un apport insuffisant d'oxygène de la mère à l'enfant (souffrance fœtale), une grossesse de durée anormale (prématurité ou post maturité), une incompatibilité sanguine de facteur Rhésus. Donc, l'infirmité motrice cérébrale est congénitale (0.15% à 0.18 % de cas).

**Pendant la naissance** : traumatismes obstétricaux, accouchement anormal qui prive d'oxygène le système nerveux central de l'enfant.

- **Après la naissance** : les maladies infectieuses de l'enfant : la rougeole, la coqueluche, l'ictère du nouveau-né (jaunisse), les encéphalopathies aiguës : les traumatismes crâniens et éventuellement les accidents anesthésiques, peuvent provoquer l'IMC.
- **NB.** : L'infirmité motrice cérébrale n'est jamais héréditaire.

La topographie des paralysies permet de **classer l'infirmité motrice cérébrale en 5 types** :

- \* La monoplégie : atteinte d'un seul membre
- \* L'hémiplégie : atteinte des membres supérieurs et inférieurs d'un même côté.
- \* La tétraplégie ou quadriplégie : atteinte de quatre membres
- \* La triplégie : atteinte de trois membres
- \* La diplégie : atteinte des membres inférieurs avec souvent une légère atteinte des membres supérieurs.

#### **5) Conséquences sur les apprentissages**

- **Autonomie** :
  - ces enfants sont souvent lents et maladroits. ce qui crée dans leur entourage familial ou scolaire, le réflexe de trop vite chercher à les aider dès lors, de leur donner moins d'occasions et moins de raison de se débrouiller et de développer leurs compétences.

- un juste milieu doit être trouvé entre solidarité et surprotection, rythme des enfants IMC et rythme des autres élèves.
- **Les apprentissages scolaires :**
  - même en présence d'une intelligence de bon niveau, des troubles cognitifs sont fréquents et influencent les apprentissages
  - les enfants IMC sont souvent désordonnés et manquent de rigueur ; cela est dû à leur handicap, et non à un manque de volonté ou de l'intelligence.
  - on constate souvent une certaine inconstance dans leurs résultats : ils sont bons aujourd'hui et très faibles demain, ainsi de suite.
  - Des aides techniques peuvent les aider à surmonter les problèmes au niveau de la lecture, de l'écriture, de la manipulation des objets.

## 6) Traitement

La structure motrice et cognitive d'un enfant IMC est très spécifique et hétérogène, et nécessite des thérapies appropriées.

Ces thérapies visent à **développer les compétences motrices et instrumentales**, souvent plus défaillantes que les aspects verbaux, chez ces enfants.

Selon les types d'atteintes motrices et cognitives, différents traitements peuvent être préconisés :

- Kinésithérapie
- Ergothérapie
- Logopédie
- Psychomotricité

Ces enfants suivent, souvent depuis leur plus jeune âge, un traitement de Kinésithérapie. Ce traitement est indispensable dans la plupart des cas, à raison d'une ou de plusieurs séances hebdomadaires. La kinésithérapie est parfois complétée par d'autres thérapies.

Conjointement à leurs objectifs thérapeutiques, ces traitements présentent aussi pour ces enfants l'opportunité de poser des questions sur leur handicap, d'apprendre à le connaître et, par – là, d'apprendre à l'expliquer.

L'acquisition de cette compétence, bien plus difficile qu'on ne pourrait le croire, est à soutenir car elle favorise de manière importante leur autonomie et leur intégration sociale.

### ***3. les handicaps moteurs d'origine non cérébrale***

#### **1) Les Handicaps moteurs temporaires**

Nous parlerons ici des handicaps moteurs survenant par accident et de ceux d'origine non traumatique.

#### *Les handicaps survenant par accidents*

Les plus fréquents sont les suivants :

- ❖ **La pronation douloureuse**(luxation du coude douloureuse où la paume de la main va rester tournée vers le sol) ; la luxation de l'épaule et les fractures, la luxation de la clavicule et du coude. Ces handicaps sont facilement remédiables en milieu chirurgical à condition d'agir rapidement.
- ❖ **Le traumatisme crânien** : c'est le plus grave et le seul capable d'entraîner des handicaps neurologiques. Il faut donc veiller à la perte de connaissance immédiatement ou dans les heures qui suivent la chute, aux maux de tête, aux vomissements, aux troubles de la vue, de la somnolence, ou encore de la désorientation qui peuvent être consécutifs à la chute. Les séquelles neuro-motrices peuvent conduire aux mêmes troubles que les I.M.C. ou à des formes plus modérées où l'enfant va rester plus lent et maladroit dans ses gestes et avoir des pertes de mémoire qui peuvent entraîner des difficultés scolaires.

### *Les handicaps d'origine non traumatique*

Ces handicaps concernent essentiellement 3 régions corporelles :

- ❖ **Les handicaps concernant la colonne vertébrale** : il s'agit des problèmes orthopédiques de gravité inégale : la scoliose pouvant être soignée par une gymnastique ou une rééducation appropriée. Elle présente des risques de déformation thoracique évoluant vers une restriction de la capacité respiratoire
- ❖ **Les handicaps concernant la hanche** : l'ostéochondrite de la hanche, une déformation passagère de la tête fémorale dont le mécanisme n'est pas totalement élucidé. Elle limite les mouvements de la hanche et peut présenter des douleurs au niveau du genou. *La luxation de la hanche* : l'enfant présente une hanche luxée.
- ❖ Les handicaps moteurs concernant les pieds : le pied bot où le pied est tourné vers l'extérieur ou l'intérieur. Ici les os ne sont pas touchés. Le traitement du nouveau-né consiste à corriger la déformation par des manœuvres kinésithérapiques où on stimule tactiquement le côté opposé à la déformation de façon à ce que le pied se tourne dans le bon sens.

## **2) Les Handicaps moteurs définitifs**

### *i. Les amputations*

On distingue des amputations congénitales de membres (s) *amputations acquises*.

### *ii. Les paraplégies*

Il s'agit d'une paralysie des deux jambes dont l'origine est médullaire et non cérébrale. C'est un handicap compatible, si des aménagements sont proposés, avec une fréquentation scolaire en milieu ordinaire.

L'étiologie est variable : congénitale ou acquise. La forme congénitale la plus fréquente c'est le spina bifida. La paraplégie peut également être acquise par compression de la moelle, par traumatisme ou rupture vasculaire.

### ❖ **Le spina bifida**

Du latin « Spina » qui signifie « épine » et « bifida » qui signifie « fendue », désigne une malformation de la moelle et des arcs postérieurs des vertèbres lombaires.

Dans le spina bifida, la malformation acquise à la fin du premier mois embryonnaire par fermeture incomplète du tube neural, donne lieu à une protubérance (le myéломéningocèle) pouvant siéger à n'importe quel endroit du dos, de la région cervicale à la région lombaire.

Selon la taille et l'emplacement de la malformation, les conséquences seront d'ordre neurologique, orthopédique et urinaire. Les troubles peuvent être importants : hydrocéphalie, incontinence sphinctérienne, paraplégie et insensibilité des membres inférieurs.

L'étiologie n'est pas totalement élucidée ; on fait actuellement l'hypothèse d'un manque de vitamines (acide folique) dans les trois mois qui précèdent la grossesse chez la mère. Une prévention peut être assurée par prise de vitamine B9 en cas de carence.

Cette malformation peut être dépistée en cours de grossesse par un dosage sanguin et est parfois repérable par examen échographique au cours de la grossesse.

Le traitement va consister à refermer chirurgicalement l'ouverture afin d'empêcher l'infection et l'endommagement des nerfs encore fonctionnels.

### *La poliomyélite*

Il s'agit d'une paralysie musculaire d'intensité variable consécutive à la pénétration par les voies digestives d'un virus présent dans les eaux souillées qui va détruire les cellules motrices de la moelle épinière.

## **3) Les Handicaps moteurs évolutifs**

Il existe plus d'une quarantaine de maladies neuromusculaires que l'on désigne par le terme de « myopathies ».

Nous allons nous occuper de l'une d'entre elles qui apparaît comme l'une des plus graves, des plus fréquentes et des plus étudiées.

#### ☞ Dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne : DMD

C'est une dystrophie musculaire qui apparaît entre 4 et 10 ans et qui se caractérise par une perte progressive de la force musculaire et qui évolue vers la mort par une atteinte ascendante des muscles sur une durée de cinq à quinze ans. Elle n'atteint que les garçons.

La perte de la marche se produit aux environs de 10 ans et le décès vers 20 ans par insuffisance respiratoire ou cardiaque majeure.

##### ❖ **Les signes cliniques**

- Le garçon naît en bonne santé. Il se développe normalement (premiers pas vers 18 mois)
- Les premiers signes apparaissent vers l'âge de 3 ans (chutes, faiblesses lors des activités physiques) ;
- L'atteinte musculaire prédomine au niveau des racines des membres (ceinture pelvienne et scapulaire) et évolue inexorablement. On constate : perte de la montée des escaliers vers 8 ans, perte de la possibilité de se lever vers 9 ans, perte des possibilités de marche vers 10 ans, puis la perte musculaire continue avec un retentissement sur la fonction des membres supérieurs (Alimentation, écriture).
- A l'examen clinique on observe : hypertrophie des mollets, une macroglossie, une macrocéphalie.
- Dans tous les cas, après la perte de la marche, il existe une déformation du tronc progressive vers une scoliose évolutive que seule la chirurgie d'arthrodèse pourra stabiliser.
- Peu à peu va s'installer une insuffisance respiratoire chronique (syndrome restrictif), associée à une insuffisance cardiaque ;
- Les mouvements étant pauvres, les articulations se rétractent dans la position la plus souvent adoptée par le patient (Flexum de hanches, de genoux et de coudes, déformation des poignets et des doigts sur la position de commande du fauteuil roulant électrique, pieds varus équin) ;
- En ce qui concerne l'état général on constate une prise de poids au moment de la perte de marche puis une perte de poids due à l'insuffisance respiratoire et aux troubles de la déglutition. Mais certains enfants peuvent rester maigres tout au long de leur évolution.

##### ❖ **Thérapeutique**

Actuellement malgré tous les efforts de la recherche dans ce domaine, il n'existe pas de thérapeutique curative. La prise en charge consiste à la prévention des complications :

- Prévention des déformations articulaires
- Prévention respiratoire
- Prévention cardiaque

## Activité 3 : la déficience auditive

### 1. Définition des concepts

- **Un sourd** : est une personne qui n'entend pas ou qui entend des sons très forts se rapprochant du seuil de la douleur (de 90 à 120 dB)
- **Une surdité** : est une perte plus au moins grande du sens de l'ouïe. C'est donc l'absence ou la diminution de perception par l'individu des sons produits par le monde ambiant.
- **La mutité** : est une incapacité ou une impossibilité pathologique de parler. Elle est souvent la conséquence de la surdité
- **L'hypoacousie** : est une diminution de l'acuité auditive.

### 2. Sortes des surdités

On distingue trois sortes de surdité selon la partie de l'oreille qui est atteinte :

- **La surdité de transmission** : c'est lorsque l'oreille externe ou moyenne (caisse du tympan) est atteinte. Ici la conduction aérienne est abolie alors que la transmission osseuse est conservée. Donc, le problème se situe dans le réseau de transport du son. Elles sont les plus fréquentes chez l'enfant où elles représentent près de 90% des déficiences auditives (Andrieu – Guitrannat, 1991). Elle est appareillable.
- **La surdité de perception** : lorsque la surdité atteint l'oreille interne. Le récepteur est atteint. Difficilement appareillable.  
En général, la surdité de transmission est toujours légère ou moyenne, elle retentit de ce fait peu sur le langage.  
Par contre, pour la surdité de perception, c'est la cochlée qui est mal formée ou atteinte et exceptionnellement les voies auditives. C'est un trouble souvent congénital et la gêne pour l'acquisition du langage peut être considérable.
- **Surdité mixte** : atteinte de l'oreille externe, moyenne et interne.

### 3. Classement des surdités

On classe les hypoacousies et les surdités sur base de leur intensité, appréciée par l'audiomètre, ceci permet d'envisager le retentissement de la surdité sur le plan linguistique.

- On considère qu'entre **0 à 25 décibels** de perte auditive au-dessus du seuil normal, *l'audition est intacte*
- De **25 à 90 décibels** de perte, on parle alors *d'hypoacousie*.
- De **26 à 40 décibels** de perte, la *déficience auditive est dite légère*, et n'entraîne pas de retentissements sur le plan linguistique chez un enfant normalement intelligent.
- De **41 à 55 décibels** de perte, la *déficience auditive est dite moyenne*, l'articulation sera altérée et le retard de langage constant.
- **Au-delà de 56 décibels** de perte, la *déficience auditive est dite sévère*,
- **Entre 71 et 91 décibels** de perte, la *déficience auditive est très sévère* : il faut crier pour provoquer une sensation auditive.
- A partir de **91 décibels** ou plus de perte, on parlera de *déficience auditive profonde* : il n'y a pas de développement de langage, la surdi-mutité est spontanée.

### 4. Etiologies

**Les étiologiques anténatales** sont essentiellement à l'origine des **surdités de perception** alors que les **affections contractées après la naissance** seront en règle générale à l'origine des **surdités de transmission**.

- **Etiologie génétique** : il s'agit des surdités familiales, soit transmises par un seul des parents ou par l'adolescence, et entraîne une surdité de transmission.

Les agénésies et les malformations de l'oreille externe et moyenne s'accompagnent d'une surdité de transmission et parfois de troubles perceptifs.

- Etiologie prénatale : il s'agit des embryofetopathies et en particulier de la rubéole maternelle contractée pendant la grossesse.
- Etiologie néonatale : on peut citer plusieurs facteurs : l'anoxie néonatale à l'origine d'environ 5% des surdités de perception, l'ictère néonatal dans 1,5 % des cas, la prématurité pour environ 5% des cas de surdité de perception.
- Etiologie postnatale : des surdités acquises qui peuvent être les séquelles de la méningite, d'oreillons, qui peuvent résulter aussi de l'action de certains antibiotiques néfastes pour l'oreille interne. Les otites restent l'étiologie la plus fréquente des surdités de transmission de l'enfance.
- L'étiologie de la surdité n'est pas élucidée dans 1/3 des cas environ.

Le traumatisme acoustique est une étiologie récente chez les adolescents ; environ 20% des adolescents ont des pertes auditives pouvant dépasser 20 décibels et portant particulièrement sur les fréquences aiguës. Ces troubles sont essentiellement dus aux loisirs bruyants (discothèques, baladeurs). La détérioration de l'audition est liée en fait à la combinaison entre l'intensité du son et la durée d'exposition.

### **5. Dépistage et ses techniques**

Il est essentiel d'effectuer un **diagnostic précoce**.

Une surveillance attentive du comportement de l'enfant peut attirer l'attention sur une éventuelle déficience auditive. Les enfants à risque (voir étiologie) doivent effectivement bénéficier d'examen plus attentifs de l'audition.

L'incidence de la surdité **sur le développement du langage** s'observe en fait relativement tard **aux environs de 6 mois**, l'enfant sourd vocalise et gazouille comme un enfant normal.

Les vocalisations de l'enfant sourd ne vont donc pas se modifier dans le second semestre de la première année. Elles vont diminuer puis disparaître vers l'âge de 1 an.

Les techniques de dépistage sont variées, nous pouvons citer l'**audiomètre tonale** où l'on utilise des sons purs d'intensité et de fréquence variable ; et l'**audiométrie vocale** où l'on utilise des sons complexes (voix, bruits familiers) dont on fait varier l'intensité.

De façon complémentaire à l'examen audiométrique, il convient de procéder le cas échéant à un **examen du langage** (en compréhension et en production), **de la voix** (intensité, auteur, timbre) et **de la parole** (articulation, intonation, débit).

### **6. Conséquences sur les apprentissages**

Pour ces enfants sourds ayant les deux parents sourds, le langage gestuel va être appris comme une langue maternelle, la communication parents – enfants va s'établir probablement plus vite et avec moins d'anxiété qu'avec des parents entendants. Le langage oral pourra ensuite être appris comme deuxième langue.

Par contre, dans le cas de parents entendants, l'ignorance sur la surdité s'accompagne d'un ensemble de préjugés à l'égard de l'enfant et de la langue gestuelle.

Cette surdité va modifier la vie de la famille, le temps à consacrer à l'enfant sera plus long, l'adaptation au handicap doit se faire avec risque d'entraîner rejet ou surprotection.

L'éducation de l'enfant sourd doit se faire d'abord sur le plan auditif par la pose d'un appareillage pouvant permettre à l'enfant d'entendre en utilisant au mieux ses restes auditifs. Ensuite il faut apprendre à l'enfant à communiquer, à traduire sa pensée et à accéder à l'abstraction.

Les problèmes éducatifs de l'enfant déficient sont fonction du type et du degré de déficience auditive.

Certaines surdités de transmission peuvent ne poser que des problèmes d'appareillage. Dans ce cas, l'appareillage permettra à l'enfant d'être scolarisé sans spécificité dans les classes ordinaires.

En effet, l'appareil va corriger l'audition déficiente et compenser les pertes auditives de manière à procurer une intelligibilité du langage aussi élevée que possible. Il doit restituer les sons de manière adaptée à la surdité.

La prothèse va rendre perceptible l'environnement sonore du déficient auditif et lui permette d'établir une communication avec lui.

Tout appareillage s'accompagne d'une prise en charge éducative (orthographe) pour que l'enfant apprenne à utiliser ses restes auditifs.

Enfin, des vérifications périodiques doivent être effectuées pour s'assurer de son efficacité.

## Activité 4 : La déficience visuelle

### 1. Définitions

- La **cécité** est définie comme une acuité visuelle de loin de 1/20, du meilleur œil et après correction ;
- L'**amblyopie** (baisse de l'acuité visuelle), c'est quand l'acuité visuelle est comprise entre 0,5/10 et 3/10. Elle est dite fonctionnelle si elle porte sur un œil anatomiquement sain (alors, elle est curable si le traitement est entrepris précocement), elle est dite *organique* s'il existe une atteinte pathologique des globes oculaires. Il existe également une amblyopie bilatérale.

### 2. Différents troubles visuels

#### a) Les déficiences de l'acuité visuelle :

- **La myopie** : c'est lorsque le globe oculaire est très long et que l'image se forme en avant de la rétine. Le sujet a tendance à se pencher sur son cahier afin d'agrandir les images rétinienne et de renforcer l'accommodation. Elle se corrige par des verres concaves.
- **L'hypermétropie** : si le globe oculaire est court, l'image se forme en arrière de la rétine. Le sujet doit faire un effort d'accommodation qui lui permet de s'éloigner de l'objet pour voir nettement. Elle se corrige par les verres convexes.
- **L'astigmatisme** : une troisième sorte de trouble de réfraction, elle se corrige par des verres cylindriques.+
- **Les déficiences de la vision des couleurs** : la cécité totale des couleurs (archromatopsie) est rare ; l'altération partielle du sens des couleurs (dyschromatopsie) est fréquente, en particulier le **daltonisme** (confusion du rouge et du vert). C'est un trouble héréditaire qui se transmet de façon récessive liée au sexe.

#### b) Les déficiences du champ visuel :

- **Le strabisme** : il s'agit d'un trouble de la motricité oculaire qui consiste en une non – convergence des axes visuels vers l'objet fixe. Il peut être divergent ou convergent. Le traitement consiste dans l'occlusion des yeux ou du bon œil de façon à ce que l'enfant se serve de l'œil dévié ; sinon, une intervention chirurgicale réparatrice peut être proposée.
- **Le nystagmus** : est une déficience de la motricité oculaire qui se caractérise par des secousses rythmiques du globe oculaire ; il peut être secondaire à une amblyopie, à un strabisme ou amènent une diminution des secousses et une amélioration de la vision.

#### c) Les autres déficiences visuelles :

- La déficience de la vision nocturne.
- La sensibilité à la lumière : la photophobie est une crainte de la lumière consécutive à la gêne ou à la douleur que celle-ci provoque. Elle peut s'accompagner de larmoiement et est souvent due à une lésion de la cornée ou à une conjonctivite.

NB. La myopie, l'hypermétropie et l'astigmatisme sont nommés troubles de la réfraction ; le strabisme et le nystagmus sont les troubles de la motricité des globes oculaires.

### 3. Les affections entraînant un handicap visuel

- **La cataracte** : consiste en l'opacité du cristallin. Les causes peuvent être diverses : la rubéole maternelle ; la trisomie 21 ou le mongolisme (1 enfant trisomique sur 20 est en effet atteint de cataracte) ; certaines maladies chroniques comme le diabète ; d'autres cataractes sont héréditaires.
- **Le glaucome** : pathologie créée par l'augmentation de la pression à l'intérieur du globe oculaire.

- *Autres affections* : dégénérescences rétiniennes (maladie congénitale), la fibroplastie rétrolentale (due à une opacification du vitré, conséquence d'une suroxygénation des prématurés en couveuses), le rétinoblastome (cancer oculaire de l'enfant jeune), les traumatismes oculaires (plaies pénétrantes, corps étrangers intra-oculaire), la chorioretinite toxoplasmique (inflammation de la rétine).

GRIFFON (1995) distingue quatre types d'atteintes en associant le critère de l'acuité visuelle et celui des conditions de vision :

- L'atteinte de la vision centrale : le sujet ne voit pas de près mais peut avoir une perception correcte de l'espace ;
- L'atteinte de la vision périphérique : l'acuité est correcte mais le sujet n'a pas de perception visuelle autour du point de fixation, il ne voit donc que ce qu'il fixe ;
- La vision floue : due à l'opacité des milieux que traverse la lumière pour atteindre la rétine, l'acuité visuelle est réduite ;
- Les atteintes visuelles d'origine cérébrale.

#### **4. Conséquences sur les apprentissages**

Les problèmes éducatifs posés par les déficients visuels dépendent du type d'altération de la vue. Il n'y a en effet rien de commun entre un aveugle complet et un enfant ayant 4/10 de vision.

Nous pouvons citer quelques caractéristiques d'une éducation adaptée à trois types de déficience visuelle :

- Les aveugles de naissance : l'enfant aveugle va utiliser intensément tous ses sens à titre compensatoire. Tous les apprentissages de la vie quotidienne devront se mettre sans le concours de l'imitation qui joue un rôle important dans le développement de l'enfant voyant. Dans l'entourage de l'enfant, une place importante devrait être accordée au langage qui permet de garder le contact avec l'enfant à distance, c'est par lui que vont passer la plupart des stimulations. Il est souhaitable que se mettent une prise en charge précoce et une attitude parentale adaptée.
- Les amblyopes pouvant utiliser une vision résiduelle : si faible soit-elle, la vision résiduelle devrait être utilisée au maximum dans l'éducation en respectant les possibilités de l'enfant qui pour certaines activités pourront se conduire comme les voyants, alors que d'autres activités nécessitent des aménagements comme, des conditions de fort éclairage pour la lecture et pour l'écriture, le grossissement des textes, l'utilisation des loupes... Il paraît important pour ces enfants de multiplier les expériences bimodales qui permettront la coordination de la vision et du toucher, modalité principale de leur connaissance du monde extérieur.
- Les aveugles tardifs : il s'agit de ceux dont la cécité ne survient qu'au-delà des premières années, ce sont donc des enfants ou des adultes ayant déjà reçu une éducation intégrant le sens de la vue, qui se sont constitué un ensemble de connaissances et de souvenirs visuels. Ces enfants sont beaucoup moins handicapés dans la construction de l'espace que les aveugles de naissance ; ils ont pu se constituer des représentations mentales et un espace multimodal qui leur permettront une fois devenus aveugle, d'utiliser un système tactile déjà coordonné à la vision.

Chez tout déficient visuel, les possibilités de l'écriture sont altérées ; c'est la qualité de la lecture qui va en grande partie déterminer l'orientation scolaire et professionnelle.

Pour faciliter les apprentissages, différentes techniques palliatives sont utilisées :

- **Le braille** : une écriture en relief accessible par le toucher. Cette technique peut être utilisée à partir de 7 ans pour que l'apprentissage se fasse dans de bonnes conditions, il est souhaitable de procéder antérieurement à une éducation du toucher à partir d'activités manuelles diverses.

- **Le magnétophone** : vient en complément du braille, mais toutes les activités ne sont pas toujours auditives.
- **La dactylographie** : vient en complément du braille et du magnétophone et permet d'échanger une correspondance avec des voyants ignorant le braille. Un des problèmes dans l'utilisation de cette technique vient de la non-visualisation des fautes de frappe.
- **L'informatique** : des ordinateurs équipés de synthèse vocale ou de barrettes braille peuvent être mis à la disposition des aveugles.

# THEME 3 : LES TROUBLES DE DEVELOPPEMENT

## Activité 1 : Les troubles de sommeil

### Etude de cas : YUMA en sommeil

Lors de la leçon de français/ éloquence en 6<sup>ème</sup> année, l'enseignant BOLA de l'E.P. KASONGO demande à l'élève YUMA de raconter une histoire de son choix pour dégager sa diction et sa cohésion d'idées dans son discours. Ce dernier se met à raconter son rêve qu'il a fait la veille : « hier la nuit, étant endormi, je me suis vu en train de voler avec mon cerf-volant, pourchassé par un serpent. Je traversais en toute vitesse des vallées et montagnes et soudain, je me suis retrouvé dans un grand ravin où se cachait un lion ; le voyant, j'ai lancé un grand cri et le rêve s'arrêta ».

### Réponses aux questions

- Les personnages du texte : BOLA (l'enseignant), YUMA (l'élève), le lion et le serpent.
- La cause du rêve de YUMA : les causes peuvent être diverses, soit il avait beaucoup mangé, il avait regardé un film d'actions, ... Dans le cas d'espèce il s'agit d'un cauchemar.
- L'enseignant BOLA devait adopter une attitude sereine. Après, montrer à l'élève YUMA qu'il ne s'agit que d'un cauchemar.

### 1. Définition

#### a) Troubles :

Etat d'inquiétude, d'agitation, de confusion ou d'émotion dans lequel se trouve quelqu'un.

#### b) Troubles de sommeil

Le sommeil est l'élément essentiel à la réparation et à la restauration du corps qui correspond à un état physiologique normal et périodique caractérisé essentiellement par la suspension de la vigilance, la résolution (relâchements) musculaire, le ralentissement de la circulation et de la respiration, et par l'activité onirique (de la nature de rêve).

Dans cette perspective, les troubles de sommeil représentent un mode privilégié d'expression des difficultés psychologiques de la mère, de son enfant comme de l'interaction ; ils constituent l'un des motifs de consultation les plus fréquentes en pédopsychiatrie qu'ils soient isolés ou associés à d'autres troubles.

### 2. Différents types de troubles du sommeil chez l'enfant

#### a) Le cauchemar

Il s'agit d'un rêve d'angoisse ou un rêve pénible auquel s'associe une sensation d'étouffement et d'oppression qui se termine par un réveil en sursaut après une anxiété intense ; il peut être raconté au réveil ou le lendemain par l'enfant. Si le rêve est l'expression d'un désir, et plus spécifiquement d'un désir refoulé, cette fonction onirique échoue dans le cauchemar.

Dans la terreur nocturne, l'origine psychologique est souvent la même que pour le cauchemar –une angoisse intense chez l'enfant- mais le tableau clinique est différent. En pleine nuit, l'enfant se dresse sur son lit et, sans être réveillé totalement, hurle de peur : il est alors en proie à un onirisme terrifiant dont la présence des parents, qu'il ne reconnaît pas au départ et qu'il intègre dans ses hallucinations, ne peut le faire sortir. L'enfant est couvert de sueurs et, dans certains cas, se met à vomir ou uriner dans son lit. Il se rendort sans avoir repris totalement conscience et ne se souvient de rien le matin, au réveil.

#### b) Les troubles quantitatifs du sommeil

En dehors de l'existence des causes organiques, les insomnies du premier semestre de la vie sont appelées *insomnies fonctionnelles précoces*. Elles sont soit des insomnies dites « communes » où la brièveté des périodes de sommeil alterne avec des réveils associant

pleurs et cris fréquents, soit des insomnies « tapageuses » pendant lesquelles l'enfant, qui ne dort quasiment pas, crie et pleure beaucoup entraînant un climat d'exaspération et d'épuisement du foyer familial.

La **somnolence diurne ou hypersomnie** (non organique et non traumatique, est peu fréquente mais inquiétante lorsqu'elle rime, au niveau comportemental, avec une faiblesse des interactions et des réactions et un silence et un calme excessif de l'enfant ; ce trouble peut en effet inaugurer une déficience mentale ou un retrait de type autistique précoce. Il faut savoir que les périodes d'hypersomnie surviennent brutalement vers 8-9 mois ; elles sont généralement secondaires à des frustrations (séparations, séjours loin des parents, etc.) ou parfois sans cause apparente. Ces phases d'hypersomnie surviennent volontiers, chez le jeune, dans le contexte de dépression, de tristesse et de repli sur soi.

c) ***Les troubles qualitatifs du sommeil***

L'enfant grandissant, d'autres types de troubles apparaissent altérant la qualité du sommeil, touchant aussi bien le coucher que le sommeil lui-même.

Dès la deuxième année, l'enfant est souvent ambivalent par rapport au coucher car il se sent partagé entre ses envies d'autonomie et ses besoins de dépendance encore très intenses. L'angoisse de séparation est inhérente à cette phase du développement pour laquelle s'endormir c'est se séparer, être dans le noir et en proie à une vie fantasmatique composée des rêves mais aussi des cauchemars.

L'enfant a alors besoin de se créer un espace transitionnel à lui, espace protecteur et intense relié au monde extérieur par un objet symbolique (le pouce, la peluche mais aussi une chanson, une musique, un enregistrement de voix, une histoire, la lumière, etc.). Ces objets, pas nécessairement concrets permettent à l'enfant d'envisager la séparation d'avec sa mère avec plus de quiétude et de sécurité.

## Activité 2 : Les troubles de contrôle sphinctérien

### Etude de cas : la frustration de DJEMA

L'élève DJEMA, de sexe masculin, âgé de 8 ans, est second d'une famille monogamique de trois enfants dont deux garçons et une fille. A 5 ans d'âge, DJEMA avait cessé de faire pipi et caca dans ses habits. Une année après, sa mère LOLA est tombée enceinte et la grossesse a évolué, mais avec beaucoup de complications, menaces d'avortement spontanées... L'attention des parents a été plus orientée sur l'évolution de cette grossesse plutôt que sur DJEMA.

LOLA, mère de DJEMA a finalement accouché normalement d'une fille du nom de IDIA. Quelques jours après, les parents de DJEMA ont constaté que ce dernier a recommencé à faire pipi et caca dans ses habits. Ils ne savent quoi faire !

### Réponses aux questions

- les personnages du texte : - l'élève DJEMA et sa sœur IDIA ; - les parents
- le changement de comportement de DJEMA est dû à la frustration : son isolement par ses parents.
- Les parents devraient lui témoigner beaucoup d'amour et d'affection malgré les complications de la grossesse et la naissance de sa sœur.

#### 1. Enurésie

##### Définition

L'énurésie consiste en des mictions répétées dans les vêtements ou dans le lit, pour lesquelles aucune cause organique ou effet physiologique direct d'une substance n'a été repéré, à un âge où la propreté devait être acquise. On a tendance à considérer l'énurésie diurne (de jour) lorsque l'enfant a au moins 3 ans, et l'énurésie nocturne lorsqu'il a au moins 4 ans. Le DSM IV retient néanmoins l'âge de 5 ans pour établir un diagnostic d'énurésie.

##### La prévalence de l'énurésie

Est différente selon le sexe de l'enfant : à l'âge de 5 ans, 7 % des garçons et 3 % des filles sont énurétiques ; à 10 ans les proportions descendent respectivement à 3 % et 2 % ; à 18 ans, elle concerne 1 % des garçons et un peu moins les filles.

##### Types d'énurésie

On distingue deux types d'énurésie : l'énurésie primaire, qui concerne les enfants qui n'ont jamais acquis la propreté (80 % des cas d'énurésie) et l'énurésie secondaire, relative aux enfants qui, à un moment donné, ont été propres, puis à nouveau incontinents ; on considère que la propreté a été acquise lorsqu'elle a duré plus de 4 mois.

L'énurésie est véritablement considérée comme un symptôme lorsqu'elle est fréquente et régulière (au moins deux fois par semaine) et s'étend sur une période d'au moins 3 mois ou bien lorsqu'il y a une altération du fonctionnement social et/ou scolaire.

Certains troubles associés peuvent être repérés avec l'énurésie : une encoprésie (5 à 15 % des enfants), des troubles de sommeil (terreurs nocturnes, somnambulisme) ou une instabilité motrice.

#### 2. Encoprésie

##### 1) Définition

D'une manière générale, le contrôle des sphincters anaux s'acquiert dès l'âge de 3 ans. Au-delà de 3 ans, et pour des raisons autres qu'organiques, **on définit l'encoprésie par des défécations répétées, produites au moins une fois par mois, volontaires ou non, dans des endroits inappropriés (vêtements ou lieux habités)**. Là encore, on distingue l'encoprésie primaire de l'encoprésie secondaire ; la prévalence étant de 1 % chez les enfants de cinq ans.

Soulignons enfin que Kreisler, Fain & Soulé (1974) ont décrit deux types d'enfants encoprétiqes : le type « délinquant » marqué par un comportement affranchi des règles sociales au détriment d'une vie fantasmatique pauvre et le type « clochard » caractérisé par une grande passivité et un fond abandonnique.

## **2) Etiologie de l'encoprésie**

Concernant l'étiologie de l'encoprésie, les facteurs relationnels sont très proches de ceux rencontrés dans l'énurésie ; d'ailleurs, la nature des bénéfices tant primaires que secondaires est également similaire.

Au niveau affectif, l'encoprésie, malgré le sentiment de honte qu'elle peut entraîner, peut représenter pour l'enfant une manière de s'en prendre à son entourage et provoquer chez lui une réaction. De plus, les enfants encoprétiqes ont souvent une tendance à la résistance passive ; ils adoptent en même temps une attitude de soumission et d'opposition, et paraissent à la fois passifs et agressifs.

## **Activité 3 : Les troubles de langage**

### **Jeu de rôle sur les troubles de langage**

A l'occasion de la journée internationale de l'enfant africain fêtée chaque 22 juin, un enseignant organise une saynète à jouer par trois élèves chacun jouant le rôle différent de l'autre : dysphasique – bègue – écholalique.

Le dysphasique se caractérise par la mauvaise articulation et l'étirement de certains sons.

Le bègue manifeste des arrêts et répétitions dans son discours avec temps de latence.

L'écholalique au lieu de réciter son discours, répète le même discours de son interlocuteur.

NB. Demander aux participants volontaires de jouer le jeu : un enseignant, un élève, un inspecteur ... souffrant de troubles de langage (dans une situation réelle ou simulée).

### **1. Troubles de langage et leurs caractéristiques**

#### **a) Retard de langage :**

Il correspond à des variations dans le temps de l'acquisition du langage et à une mauvaise intégration des phonèmes constitutifs d'un mot. S'ils persistent au moment de la période de latence, ces troubles d'élocution témoignent d'une perturbation de l'intégration de la parole et du langage et doivent faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique.

#### **b) Les troubles de l'articulation**

Encore appelés dysarthrie, ils correspondent à une déformation de la parole dans son timbre, sa tonalité, son débit, mais surtout dans son articulation. Il s'agit en fait d'une perturbation de la réalisation motrice des phonèmes.

#### **c) Les dysphasies**

Les dysphasies fonctionnelles correspondent à une déformation des mots, l'enfant étant incapable de répéter les syllabes sans erreur. Le retard de langage est inhérent à ce trouble de la structure syntaxique des phrases.

Lorsque la dysphasie persiste, il y a un risque d'aggravation des troubles du langage et de l'orthographe avec une forte probabilité de voir s'intensifier des difficultés de compréhension, etc. les répercussions cognitives plus globales et les troubles de l'affectivité tels l'impulsivité, l'hypersensibilité aux frustrations, etc., sont alors fréquents.

#### **d) Le bégaiement**

Le bégaiement de la petite enfance (vers 3-4 ou 5 ans) est une anomalie de l'émission de la parole dans laquelle prédomine un trouble de rythme ; le trouble est fréquent (1 % de la population) et prédomine chez les garçons. Le bégaiement physiologique transitoire qui disparaît vers 3 ans est à différencier du bégaiement pathologique qui peut s'installer vers 4 ou 5 ans. Ce trouble est fréquent en cas d'antécédents de retard de langage. Le pronostic est favorable si le trouble disparaît avant 7 ans de façon naturelle ou par une rééducation orthophonique et/ou prise en charge psychologique. Nous devons souligner néanmoins l'existence d'un bégaiement de pronostic moins favorable s'il apparaît lors de la période de latence et/ou à l'adolescence ; celui-ci est alors souvent associé à des tics, des contractures de la face et à diverses manifestations d'hyperémotivité.

Généralement, le bégaiement survient chez les sujets introvertis, anxieux et inhibés adoptant des attitudes de passivité teintée d'agressivité projetée sur autrui ; ce symptôme peut être un indice d'un trouble de la communication d'avec l'un des membres de la famille, notamment la mère. La discussion sur l'étiopathogénie du bégaiement après la période œdipienne est plurifactorielle et associe des facteurs héréditaires, physiologiques, neurologiques, psychologiques, traumatiques.

Quatre types de bégaiement :

- 1°) Le bégaiement clonique : répétition involontaire et saccadée de la 1<sup>ère</sup> syllabe avec contraction des muscles de face.
- 2°) Bégaiement tonique : l'émission de certaines syllabes est bloquée.
- 3°) le bégaiement toniclonique : répétitions et blocages se succèdent de manière incontrôlée ;
- 4°) le bégaiement par inhibition : au moment de parler, la personne est physiquement immobilisée quelques instants, puis peut s'exprimer normalement.

Le bégaiement peut se rééduquer et disparaître surtout chez les jeunes enfants. Mais le plus souvent, il est lié à la personnalité de l'individu. Certaines pratiques phonatoires peuvent le diminuer.

#### ***e) L'écholalie***

L'écholalie est une tendance spontanée à répéter systématiquement tout ou partie des phrases de l'interlocuteur en guise de réponses verbales.

Ex. L'éducateur dit : « Montre-moi le canard », le enfant répond « Montre -moi le canard ».

L'écholalie est une répétition « en écho » de mots ou de phrases prononcés par une autre personne soit en soliloque (écholalie différée) soit en présence de cette personne dans une apparence de dialogue.

Il n'y a pas de dialogue car le contenu du message envoyé par l'interlocuteur n'est pas réceptionné par l'enfant. Seule la forme verbale est captée et reproduite mécaniquement par l'enfant.

Tout enfant passe par un stade écholalique vers l'âge de 20 mois quand il commence à parler. C'est une forme d'auto apprentissage. Il s'exerce à répéter ce qu'il entend. C'est un stade temporaire du développement du langage. Quand l'écholalie persiste, elle est pathologique.

L'écholalie est une forme de langage peu communicante. C'est un langage composé de mots vides de sens, inutilisables puisque chaque mot n'acquiert pas une valeur de communication. Elle est fréquente chez les enfants porteurs de trisomie 21 ou avec autisme.

#### ***f) Le mutisme***

Le mutisme correspond à l'absence de production verbale sans déficit d'acquisition et sans troubles organiques. Cette incapacité à parler peut traduire différentes attitudes mentales chez l'enfant (consciente ou inconsciente) comme une opposition, un état dépressif, une conversion somatique de type hystérique, etc.

## **Activité 4 : Les troubles du comportement**

### **1. Définition**

Par **trouble de comportement** on entend un ensemble de signes qui dérangent l'enfant et son entourage ; c'est un symptôme révélateur d'angoisse, de tension psychique. Le symptôme c'est l'expression visible de tension psychique chez l'enfant. Il peut prendre différentes formes allant de l'agitation incontrôlée au mutisme, à l'inhibition. Ainsi, le trouble de comportement dépend de la tolérance du milieu et répond à certains critères notamment :

- Le comportement présente un danger pour la personne elle-même et pour les autres,
- il risque de devenir plus grave si on intervient,
- il rend l'intégration sociale difficile,
- interfère réellement avec les apprentissages.

### **2. Types de troubles de comportement**

#### **a) Les conduites agressives**

Les manifestations infantiles des pulsions agressives sont plutôt habituelles et contribuent à l'élaboration de la personnalité. Très tôt en effet, l'enfant, confronté à une frustration et donc au déplaisir, peut manifester une réaction de rage (avec cris et agitation, par exemple). Plus tardivement, durant la phase d'acquisition du sens de la négation, l'enfant se situe davantage dans une opposition active (opposant, agressif, coléreux, etc.). A la période scolaire, l'agressivité s'exprime de diverses manières : dans les jeux ou les rêves à thématique aggressive, dans les comportements agressifs avec les pairs ou encore sous une forme socialement acceptable dans les compétitions sportives ou scolaires, par exemple.

En dépit de ces aspects « normaux », les comportements agressifs de l'enfant peuvent parfois, par leur intensité, leur forme ou leur persistance, prendre un caractère pathologique. Au niveau clinique les conduites agressives infantiles se différencient en hétéro -agressive (orientées vers les autres), ou auto - agressives (orientées vers soi-même : cas d'un élève en colère qui se cogne la tête contre le mur).

#### **b) Les vols**

Le vol est le délit de mineurs, augmentant d'ailleurs avec l'âge de l'enfant, le plus fréquent (70%), notamment chez les garçons ; la nature et les lieux du vol évoluent également avec l'âge (des friandises du petit à la maison aux vols caractérisés des adolescents dans les supermarchés).

On ne peut parler de « vols » chez l'enfant avant que celui-ci n'accède au concept de propriété (« à moi ») et de limite de soi et d'autrui (« à lui ») mais aussi au concept moral de bien et de mal, en somme vers 6 - 7 ans.

Au niveau psychopathologique, l'environnement des enfants voleurs est souvent décrit comme carenciel (carences affectives, abandon, séparation familiale, etc.). La plupart des auteurs, notamment Winnicott (1940), parlent du vol comme d'une revendication d'une affection - satisfaire un manque - ou d'une autorité - satisfaire le besoin de punition à l'égard de l'objet ; la mère est en général d'ailleurs la première personne volée. Ainsi, Winnicott écrit : « l'enfant qui vole un objet ne cherche pas l'objet volé, mais cherche la mère sur laquelle il a des droits.

#### **c) Les mensonges**

Le mensonge, défini comme une altération de la réalité, est chez l'enfant très fréquent et quasi vital : « *il ment comme il respire !* », nous dit le dicton. En fait, mentir est une façon pour l'enfant d'expérimenter que son monde interne et son imaginaire ne sont pas transparents et visibles par ses parents, notamment sa mère, et lui sont et restent propres et personnels ; le mensonge constitue ainsi un aménagement protecteur et témoigne de la non-confusion des espaces psychiques entre chaque individu. Dire la vérité, en revanche, représente la valeur sociale et morale par excellence renforçant l'estime de soi et la reconnaissance d'autrui, en particulier des adultes.

La discrimination vrai/faux et vérité/ mensonge évolue progressivement au cours du développement de l'enfant. Avant 6 ans, mensonge, jeu, fantasme et fabulation sont confondus ; après 8 ans, le mensonge est véritablement intentionnel ; dans l'intervalle, le vrai et le faux sont distincts mais le mensonge confondu avec erreur (Piaget, 1947).

#### ***d) Les fugues***

La fugue, pour un enfant, est définie par l'abandon du lieu où il doit normalement séjourner pour errer pendant des heures (voire des jours) sans rentrer à son domicile ; la durée de la fugue varie d'ailleurs en fonction de l'âge de l'enfant. Comme pour le vol, notamment, la fugue varie et ne peut être évoquée comme telle avant que l'enfant n'ait acquis une claire conscience de son lieu de résidence, c'est-à-dire en général vers 6 – 7 ans.

Lorsqu'il fugue, et souvent avant 11 – 12 ans, l'enfant n'a aucun but : il déambule, indécis et désœuvré, autour de son domicile, se cache aux alentours, etc., comme s'il cherchait finalement à se faire récupérer par ses parents.

Compte tenu de leur fréquence et de leur spécificité, une place particulière peut être faite aux fugues de l'école. Lorsqu'elles sont ponctuelles, il s'agit souvent d'enfants qui sont dans des situations d'échec scolaire et leur fugue ressemble au départ à l'école buissonnière (l'enfant traînant dans la rue et attendant l'heure habituelle du retour à la maison) ; répétés et longtemps ignorés des familles, les fugues scolaires sont souvent sous-tendues par l'anxiété et peuvent donner naissance « à une véritable phobie scolaire qui s'intègre alors dans une organisation névrotique infantile (Marcilli, 1982).

#### ***e) Les troubles psychomoteurs***

L'apraxie est le terme générique utilisé pour désigner les différents troubles psychomoteurs. L'apraxie correspond au trouble de l'activité gestuelle apparaissant chez un sujet dont les organes d'exécution sont intacts (absence d'atteinte paralytique motrice et coordinatrice) et qui possède la pleine connaissance de l'acte à accomplir (sans atteinte ou déficit intellectuel). L'apraxie peut renvoyer à des difficultés d'ordre représentationnel (spatiale, gestuelle, etc.) ou moteur (cf ci-dessous). Dans le cadre des troubles psychomoteurs, il est nécessaire de distinguer les troubles réactionnels qui surviennent suite à certaines situations anxigènes (changement du mode de garde, entrée à l'école, naissance d'un puîné, difficultés passagères, etc.) et qui régressent avec la cessation ou la modification du contexte déclenchant, des troubles plus gênants pour le développement de l'enfant et pour l'entourage.

Dans ce chapitre, nous avons choisi, compte tenu de leur fréquence en pédopsychiatrie, de présenter quatre grandes catégories de troubles psychomoteurs de l'enfant : l'inhibition psychomotrice, les tics et l'instabilité psychomotrice ; cette dernière fera l'objet d'un développement plus conséquent.

#### ***f) L'inhibition psychomotrice***

L'inhibition psychomotrice, associant généralement la maladresse et la lenteur, concerne les gestes et les postures qui pourraient s'exercer mais sont freinés dans leur évolution ; elle est souvent accompagnée de raideur de la posture et parfois de paratonie. Isolée, inhibition psychomotrice constitue rarement le motif d'une consultation ; la consultation est demandée en médecine ou pédopsychiatrie lorsqu'elle entraîne, chez l'enfant, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (s'habiller, courir, se déplacer, manger, etc.), l'adaptation scolaire ou l'accès aux apprentissages (gêne pour la lecture, l'écriture, la concentration, etc.).

L'étiopathogénie est, comme toujours, complexe et diverse. L'inhibition psychomotrice peut être révélatrice d'un retard mental global ou d'une psychose précoce ; le plus souvent, néanmoins, il s'agit d'une conduite de nature anxieuse ou dépressive relevant alors d'une psychothérapie appropriée. Si le trouble est isolé, on peut conseiller une prise en charge psychomotrice unique.

### ***g) Les tics***

Les tics correspondent, d'un point de vue sémiologique, à l'un des deux types de mouvements psychomoteurs dits « anormaux » ; l'autre étant le syndrome de Gilles de la Tourette ou « maladie des tics ».

Les tics sont des contractions répétées, soudaines, brusques et brèves, involontaires mais conscientes, sans finalité, d'un muscle ou d'un groupe musculaire. Parfois, le sujet peut empêcher la survenue d'un tic mais pour un temps très limité seulement ; leur fréquence est extrêmement variable d'un sujet et d'un moment à l'autre. Les tics surviennent plutôt entre 5 et 7 ans ; si une situation anxiogène ou une perturbation émotionnelle, par exemple, peuvent les faire apparaître, le sommeil les supprime. Au niveau du diagnostic différentiel, il faut les distinguer des rythmiques motrices (balancements, etc.) et des stéréotypies psychotiques (Marcelli, 1982).

### ***h) L'instabilité psychomotrice, l'hyperkinésie ou hyperactivité***

En préambule, nous insistons sur le fait que l'instabilité psychomotrice est différemment considérée selon les auteurs et les paradigmes théoriques, cognitivo-comportemental ou psychanalytique, auxquels ils se rapportent.

L'instabilité psychomotrice (ou syndrome d') est l'un des noms donnés au syndrome hyperkinétique ; sa prévalence est estimée à 3 ou 5 % des enfants d'âge scolaire. Celui-ci survient habituellement, et de plus en plus fréquemment, après l'âge de 4 ans chez un enfant qui ne parvient pas à conserver une attitude donnée, à poursuivre une action, à fixer son attention et à soutenir un rythme régulier d'activité. Le développement psychomoteur et l'acquisition de la latéralité sont alors généralement retardés.

### **Etude de cas sur le comportement de MANO**

MANO, fille âgée de 11 ans, est troisième d'une famille monogamique de six enfants dont 3 garçons et trois filles. Son père MBILA est directeur à la banque centrale du Congo et sa mère est comptable à l'OFIDA.

Malgré le standing social de ses parents, MANO n'a pas réussi en deuxième primaire (40%), en troisième même (38%) et elle est actuellement en quatrième, toujours par favoritisme. Déjà en troisième primaire, elle est devenue nerveuse et agressive. En classe, elle ne répond pas aux questions de l'enseignant ; soit elle ne fait que dormir, soit elle est boudeuse pour éviter qu'elle soit de nouveau interrogée par l'enseignant.

#### **Réponses aux questions**

- ce qui est à la base du comportement troublant de MANO, c'est l'échec, l'insuccès scolaire.
- Les parents sont les premiers responsables de la situation, car au lieu de demander à ce que leur fille reprenne l'année, ils se mettent à corrompre l'enseignant de MANO pour que cette dernière passe de classe.

### ***3. Causes des troubles de comportement***

- Les variables éducatives : l'horaire, la prévisibilité des événements, les activités, les possibilités de choix, le plaisir, l'échec...
- Les variables biologiques : les médicaments, les facteurs organiques, les déficits sensoriels, le sommeil, l'alimentation...
- Les variables sociales : les relations avec l'entourage, changement des personnes, les événements inhabituels...
- Les variables psychoaffectives : les carences affectives, la surprotection affective...

## Activité 5 : L'autisme infantile

### Etude de cas sur WETU, enfant autiste

WETU, garçon de 5 ans, est aîné d'une famille monogamique de 2 enfants dont un garçon et une fille. A 3 ans, ses parents constatent que l'enfant chante en mélodie, ne communique pas et ne réagit pas quand on l'appelle. Les parents soupçonnent une surdité.

WETU ne joue pas avec les enfants des voisins, il est toujours seul dans son coin, balance à tout moment sa tête. Lorsque son père revient du travail ou sa mère du marché, il ne court jamais pour embrasser l'un ou l'autre comme fait sa sœur BUMBA. Même si on lui apporte un bonbon ou un gâteau, il donne l'impression d'un désintérêt, comme qui dirait : est-ce que j'en ai besoin ?

Depuis, les parents l'ont inscrit à l'école, en maternelle où il ne réalise aucune activité, parfois il se met debout, sort de la classe, balance sa tête, ne joue pas avec les autres enfants. La maîtresse s'en inquiète !

### Réponses aux questions

- C'est l'un des signes de l'enfant qui souffre de l'autisme
- Parce qu'il ne partage pas les plaisirs, et a des intérêts limités.
- Entrer en contact avec les spécialistes pour une prise en charge.

### 1. Définition

**L'autisme** est un « trouble et une incapacité innée à constituer une relation affective et à répondre aux stimuli provenant de l'environnement » (Kanner 1943, 1949).

« ...l'autisme apparaît comme une forme sévère de désordre de la personnalité altérant très précocement – parfois dès la naissance – l'organisation de la vie intérieure de l'enfant et de sa relation au monde extérieur ». Ferrai (1999).

En définitive, **l'autisme** est un trouble envahissant du développement qui affecte les 3 domaines de la vie de l'enfant, notamment, « la communication », « la socialisation » et « le comportement, les intérêts et les habitudes » ; et qui apparaît avant l'âge de 3 ans.

### 2. Caractéristiques de l'autisme

En 1994, le DSM IV, insiste sur la nécessaire apparition des symptômes de l'autisme avant l'âge de 3 ans, et souligne :

- l'altération qualitative des interactions sociales,
- l'altération qualitative de la communication,
- et le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, intérêts et activités.

### 3. Critères de diagnostic du trouble autistique (DSM IV)

Les éléments suivants sont à prendre en compte lors du diagnostic de l'autisme :

#### **A. Présence de différents symptômes :**

##### **A.1. Altération qualitative des interactions sociales :**

- a) Altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes.
- b) Incapacité à établir des relations avec des pairs correspondant au niveau de développement.
- c) Le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (ex : il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent).
- d) Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

### ***A.2. Altération qualitative de la communication :***

- a) Retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)
- b) Chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui.
- c) Usage stéréotypé et répétitif du langage ou langage idiosyncratique.
- d) Absence d'un jeu de faire semblant varié et spontané ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.

### ***A.3. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités :***

- a) Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation.
- b) Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels.
- c) Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (ex : battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps).
- d) Préoccupations persistantes pour certaines parties d'objets.

## **4. Complexité de la prise en charge**

S'il apparaît aujourd'hui évident qu'une prise en charge pluridisciplinaire semble nécessaire, il n'en reste pas moins que l'approche thérapeutique dépend étroitement des conceptions et perspectives théoriques du clinicien (Marcelli, 1982).

Avec des jeunes enfants autistes, l'objectif thérapeutique est double. D'une part, permettre à l'enfant d'advenir en tant que « sujet », c'est-à-dire personne humaine, vivante et autonome ; et d'autre part, lui donner les moyens nécessaires d'une communication authentique tant avec lui-même qu'avec autrui.

Les actions et stratégies thérapeutiques sont très diversifiées mais, néanmoins, doivent se caractériser par la cohérence, le maintien, la fiabilité et la stabilité du cadre. Précisément et dans tous les cas, les prises en charge sont de longue durée : elles peuvent, par exemple, débuter pendant l'enfance et s'achever durant l'adolescence.

Ainsi, les traitements peuvent prendre différentes formes :

- La chimiothérapie : l'utilité ponctuelle des neuroleptiques et/ou sédatifs est réelle mais aucun traitement médicamenteux spécifique de la psychose infantile n'existe ;
- Le traitement institutionnel : les indications en hôpital de jour avec le maintien de l'enfant dans sa famille sont fréquentes ;
- Le traitement (ré) éducatif : dans certains cas, une (ré) éducation de type orthophonique et/ ou psychomotrice est nécessaire ;
- L'action auprès du groupe familial et des parents : l'intérêt de la guidance parentale, du soutien psychologique, de la thérapie familiale, des groupes de parents, d'une psychothérapie individuelle, est indéniable ;
- La thérapie comportementale : dans certaines situations, la méthode comportementale visant par des pratiques éducatives et pédagogiques à renforcer les comportements positifs (notamment du domaine de la psychomotricité et de la cognition) et à faire disparaître les comportements négatifs de l'enfant peut être importante.

## THEME 4 : LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DANS UNE ECOLE INCLUSIVE

### Activité 1 : Le processus de prise en charge des enfants en situation de handicap

#### Jeu : " retrouvons le ballon"

Le formateur demande 3 volontaires pour participer au jeu.

- le premier a des yeux bandés sans guide.
- le 2<sup>ème</sup> a des yeux bandés avec un guide à côté
- le 3<sup>e</sup> a des yeux ouverts.

A une certaine distance, il y a des ballons mis sur des tables et des obstacles sont érigés entre les 3 personnes et les ballons.

Consignes du jeu : - suivre les bruits de mains frappées par quelqu'un d'autre pour atteindre le ballon.

A tour de rôle, chacune de ces 3 personnes ira à la recherche du ballon. Considérer le temps mis par chacune des personnes pour atteindre le ballon ; et faire l'évaluation.

#### Réponses aux questions posées

- il y a 4 personnes c'est-à-dire 3 d'un côté et 1 qui frappe les mains
- tous les 3 n'ont pas les mêmes capacités pour atteindre le ballon.
- parce que cette 2<sup>e</sup> personne bandée a un guide, un accompagnateur
- l'enseignant doit s'intéresser à chaque élève individuellement

#### ***1. Définitions***

- **Handicap** : c'est un **désavantage** « qui, pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit un accomplissement du rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels ».
- **La prise en charge** : c'est l'apport de l'aide nécessaire pour s'occuper de quelqu'un sur un certain plan.  
Il s'agit donc, d'un processus comprenant un ensemble d'action à mener dans différents domaines de la vie de l'enfant, en vue d'obtenir son évolution.

#### ***2. Différentes étapes de la prise en charge.***

La prise en charge des enfants en situation de handicap devra suivre un certain processus partant de l'évaluation de l'enfant, en passant par l'orientation, la détermination des objectifs jusqu'à l'élaboration d'un programme de prise en charge. Ce dernier tiendra compte non seulement des matières scolaires, mais aussi des différents aspects de la vie de l'enfant et des attentes de sa famille.

##### **1) Evaluation de l'enfant.**

L'évaluation de l'enfant va consister à déterminer son niveau sur différents plans notamment psychologique, physique, sensoriel, scolaire, etc.

##### ***1. L'évaluation psychologique***

Le dépistage systématique des handicaps doit être prévu **dès la naissance et à différents moments de la vie de l'enfant** ; ce dépistage s'intégrant dans une **démarche de prévention** pensée et organisée au niveau de la santé.

A ces mesures systématiques, peut s'ajouter un dépistage effectué à la demande des parents ou des structures d'accueil de l'enfance dès que ceux - ci doutent quant à l'intégralité des potentialités de l'enfant.

Une fois le handicap reconnu, l'évaluation psychologique va s'intégrer dans **un bilan pluridisciplinaire** qui doit être axé non seulement sur les carences et les déficits mais surtout sur les possibilités de l'enfant, base d'appui de la prise en charge éducative et thérapeutique.

L'évaluation psychologique portera sur les aspects techniques du traitement mais aussi sur **les problèmes concrets de la vie quotidienne et de la scolarisation.**

## ***2. Evaluation scolaire de l'enfant***

Elle consiste en la détermination des acquis de l'enfant en rapport avec les matières scolaires, les connaissances générales, ainsi que d'autres caractéristiques en rapport avec l'adaptation scolaire de l'enfant. L'évaluation portera sur :

- Les capacités graphiques : seront évaluées les aptitudes à tenir le crayon ; à faire du coloriage (gribouillage ou coloriage élaboré, avec ou sans débordement...) ; à faire la peinture ; à écrire (les voyelles, les syllabes, les mots, les phrases, etc.).
- Les capacités en français : les aptitudes en lecture (les voyelles, les consonnes, les syllabes, les mots, les phrases...) ; en orthographe ; en grammaire ; en langage (expression par des mots-phrases, des phrases de deux mots, des phrases simples de trois mots, et des phrases complexes avec plus de trois mots, la connaissance en français et dans d'autres langues nationales, etc.).
- Les capacités en calcul : les aptitudes en numération (comptage, connaissance en nombres et en chiffres, graphisme des chiffres, etc.) ; les aptitudes à faire les opérations...
- D'autres éléments en rapport avec les possibilités d'adaptation de l'enfant : lenteur dans le travail, concentration et capacité à développer des stratégies pour la résolution des problèmes, capacité pour la compréhension des consignes...

L'évaluation scolaire doit aboutir à situer le niveau de l'enfant en rapport avec la classe en vue de faciliter son orientation. Ainsi, la synthèse de l'évaluation scolaire doit arriver à démontrer que l'enfant présente le niveau de maternelle ou d'une classe donnée du primaire en fonction des objectifs assignés à chaque classe par le programme national de l'enseignement maternelle, primaire et secondaire, etc.

Cette évaluation devrait être faite par le Directeur de l'école primaire, ou par le conseiller pédagogique avant toute orientation ou affectation de l'enfant dans une classe donnée.

## ***3. Autres évaluations***

Suivant les cas, d'autres évaluations peuvent être envisagées en vue de faciliter l'établissement d'un programme individuel de prise en charge pour chaque enfant :

- Bilan logopédique : établi par un logopède en vue de ressortir les limitations de l'enfant sur le plan du langage (trouble de langage, niveau de langage par rapport à l'âge de l'enfant).
- Bilan de Kinésithérapie : établi par un kinésithérapeute dans le cas où l'enfant présenterait des problèmes de motricité grossière pouvant interférer avec les apprentissages.
- Bilan médical : établi par différents autres spécialistes selon le cas, pour apporter une lumière sur certains éléments de la santé de l'enfant. c'est le cas du médecin ORL pour élucider sur les problèmes d'audition ; du neuropsychiatre pour éclairer sur la santé mentale de l'enfant (cas de crise épileptique, de troubles de comportements, etc.).

### **2) L'orientation de l'enfant.**

L'orientation scolaire de l'enfant tiendra compte de résultats de différentes évaluations effectuées sur lui :

- ▶ L'évaluation psychologique : on prendra en compte le niveau d'intelligence de l'enfant, le niveau du comportement adaptatif, le type de comportement, les autres facteurs en rapport avec la vie cognitive de l'enfant (capacité mnésique, de concentration, etc.), le type de personnalité, particulièrement sa vie relationnelle, les différents traumatismes connus selon le cas...

- ▶ L'évaluation scolaire : les niveaux de l'enfant dans différentes matières scolaires devront être mis en liaison en vue de déterminer la classe correspondante et se fixer sur l'orientation à faire...
- ▶ Les résultats des autres évaluations devront être pris en compte selon la particularité de chaque cas.
- ▶ L'orientation tiendra enfin compte des attentes des parents et familles, des limitations de l'enfant par rapport à son handicap, de l'âge de l'enfant...

### **3) La prise en charge proprement dite de l'enfant**

Le travail de prise en charge des enfants en situation de handicap devra suivre un certain cheminement :

1°) la détermination des points forts et des points faibles de l'enfant : les points forts représentent les potentialités de l'enfant, les éléments pour lui permettre d'émerger, qui peuvent faciliter les apprentissages dans des domaines spécifiques. Les points faibles sont par contre les déficits, les éléments sur lesquels on n'obtiendra pas tellement grand-chose mais qu'on ne va négliger.

2°) La détermination des objectifs individuels pour chaque enfant, à atteindre dans différents secteurs de la vie : autonomie, socialisation, communication, motricité, matières scolaires, etc. Il faudra également voir à ce niveau ce qui prioritaire et cela au premier plan.

3°) La mise en place de toute la procédure pédagogique qui s'impose pour l'atteinte des objectifs individuels fixés.

4°) Pour des cas plus spécifiques nécessitant une prise en charge multidisciplinaire, un programme éducatif individualisé (P.E.I.) devra être élaboré. Il permettra de mettre en exergue le niveau de l'enfant et le type de comportement, les objectifs généraux, les objectifs spécifiques, les actions à mener, les différents intervenants, l'horaire des interventions, etc.

5°) Il faudra prévoir les périodes de réévaluation de l'enfant en vue de se rendre compte de l'évolution de l'enfant et se remettre en cause pour l'amélioration de la prise en charge.

6°) Tout au long de la prise en charge des ESH, la procédure d'observation devra être active : l'observation servira à enrichir notre connaissance sur l'enfant, à compléter les informations recueillies lors de différentes évaluations.

Après les premières évaluations à l'arrivée de l'enfant, une fiche de suivi devra être mise en place pour chaque enfant individuellement et gardée à la direction, dans laquelle les enseignants puiseront des renseignements sur le niveau de l'enfant.

## **Activité 2 : Les domaines de prise en charge**

### **1. Définition**

Domaines de prise en charge : il s'agit des champs d'apprentissage pour lesquels on vise des nouvelles acquisitions des compétences.

### **2. Quelques domaines de prise en charge de l'ESH**

La prise en charge des enfants en situation de handicap est globale et totale ; elle doit porter sur différents domaines de la vie de l'enfant :

- a) Le domaine scolaire : concerne tout ce qui a trait aux apprentissages scolaires notamment le français, les mathématiques, le graphisme, les autres branches.
- b) Le domaine de l'autonomie : un apprentissage pour permettre à l'enfant d'être autonome sur le plan de l'alimentation, de la toilette, de l'habillement et de la mobilité.
- c) Le domaine de la communication : concerne les aspects réceptif et expressif de la communication. L'aspect réceptif est en rapport avec la compréhension des consignes et l'exécution des ordres. L'aspect expressif touche au langage lui-même utilisé par l'enfant pour manifester ou exprimer ses besoins, ses sentiments, ses émotions, etc. le langage peut être verbal, gestuel, émotionnel, etc.
- d) Le domaine de socialisation : La socialisation est le processus d'apprentissage des comportements socialement acceptables et des comportements répréhensibles ou interdits. Selon certaines théories, la socialisation se produirait seulement par imitation ou par un cycle de punitions et de récompenses. Les théories actuelles insistent plutôt sur le rôle de la cognition, notamment la perception, la réflexion et la connaissance ; pour être réellement socialisé, l'individu doit comprendre implicitement ou explicitement les règles de comportement social qui fonctionnent dans toutes les situations. La socialisation recouvre aussi la compréhension des concepts de la morale sociale.
- e) Le domaine moteur : il concerne bien la motricité fine, la motricité bucco-faciale et la motricité grossière.
- f) Le domaine le comportement : la gestion de tous les comportements problématiques constituant un danger pour l'enfant lui-même et pour les autres, gênant l'enseignant, perturbant les apprentissages, etc.

## **Activité 5 : Programme éducatif individualisé**

### **1. Définition et importance**

Le programme éducatif individualisé est un outil de prise en charge des enfants présentant des besoins éducatifs particuliers. Il consiste à mettre en évidence les secteurs du développement de l'enfant à accompagner de façon individualisée.

Il fera ainsi apparaître ce qu'il en est :

- des connaissances scolaires
- du niveau de langage et de communication
- du niveau de socialisation
- du niveau de développement psychomoteur et de l'autonomie
- du type de comportement

Dans chacun de ces domaines, des objectifs généraux et spécifiques seront fixés pour une durée définie à l'issue de laquelle une réévaluation aura lieu. De même, les moyens utilisés et les actions à mettre en place pour l'atteinte des objectifs seront précisés.

Ainsi, le programme éducatif individualisé permet :

- d'avoir une évaluation pluridisciplinaire à un moment donné du développement de l'enfant
- d'organiser des activités individualisées pour les enfants en vue d'adapter les programmes à leurs niveaux et à leurs besoins spécifiques
- de veiller à la cohérence des actions mises en œuvre par les différents intervenants.
- d'impliquer les parents dans la prise en charge de leur enfant.

Le PEI doit être régulièrement révisé et actualisé. De nouvelles évaluations et l'actualisation des objectifs et des moyens à disposer pour les atteindre doivent être prévues.

### **2. Etapes d'élaboration de PEI**

#### **1) Evaluation du niveau de l'enfant**

C'est le temps de la mise en évidence des potentiels de l'enfant, de ses acquis et de ses limites actuelles. Chaque intervenant auprès de l'enfant fait donc son évaluation dans son domaine de compétence.

◆ **Le pédagogue déterminera le niveau sur le plan scolaire** et devra préciser les éléments ci – après :

- Le graphisme : ce que l'enfant est capable de faire en coloriage, en peinture, en préécriture et en écriture ;
- Le français : niveau en lecture, en orthographe, en grammaire, en langage ;
- Les mathématiques : la reconnaissance des chiffres, la reconnaissance des nombres, le graphisme des chiffres, les opérations simples et complexes, etc ;
- Les capacités d'attention, de concentration de l'enfant, sa fatigabilité
- Autres données de l'observation de l'enfant en classe

◆ **Le psychologue évaluera le niveau du comportement adaptatif :**

Directement auprès de l'enfant mais aussi indirectement, à l'aide d'entretiens avec la famille, les enseignants ... Pour cela, il portera son attention sur :

- l'autonomie (les actes de la vie quotidienne) : toilette, hygiène, habillage, alimentation
- La socialisation et modalités relationnelles
- Il évaluera également le développement de l'enfant au niveau cognitif (imitation, attention, mémoire, niveau intellectuel, « potentiel limite », processus cognitifs...) et **au niveau affectif** (angoisses, mécanismes de défense, dynamisme interne, comportements...)

◆ **Le logopède** examinera tous les éléments liés aux problèmes ou aux troubles du langage (problème d'articulation...) et de la communication.

◆ **Le kinésithérapeute** examinera ce qui relève de la motricité de l'enfant, etc.

N.B. Au moment de la réunion de PEI, chaque intervenant amène la synthèse de l'évaluation de l'enfant dans son domaine respectif pour la mise en place d'une synthèse générale de toutes les évaluations, reflétant le niveau de l'enfant.

## 2) La détermination des objectifs

A ce niveau l'équipe doit partir du niveau établi de l'enfant après évaluation, pour arrêter un certain nombre d'objectifs à atteindre pour développement l'enfant dans différents domaines évalués. Les objectifs définis doivent répondre aux critères suivants :

- ▶ Ils doivent être clairs et précis ;
- ▶ Doivent être décrits en termes positifs ;
- ▶ Doivent viser les comportements ciblés ou le résultat attendu ;
- ▶ Doivent être mesurables ; doivent préciser la durée accordée

## 3) La détermination des activités ou des actions à mettre en place.

A ce niveau, l'équipe d'élaboration du P.E.I. va choisir les activités à mettre en œuvre auprès de l'enfant pour atteindre les objectifs fixés. Ces activités devront tenir compte d'adaptation du sujet et doivent partir du niveau actuel de l'enfant établi après différentes évaluations.

Chaque activité donnera lieu à diverses tâches c'est-à-dire des éléments plus précis que le professionnel réalisera dans le cadre des activités.

En plus, les moyens et actions à mettre en place, c'est-à-dire les activités, doivent concerner différents domaines : scolaire, psychologique, logopédique, kinésithérapiques, autonomie de base, etc. pour lesquels les objectifs spécifiques ont été définis.

## 4) La détermination des intervenants.

Les intervenants sont des personnes qui sont appelées auprès de l'enfant, chacune dans son domaine respectif.

Ainsi le logopède interviendra auprès de l'enfant pour des activités de rééducation de langage ou de démutisation pour les enfants atteints de surdité.

Le pédagogue mènera des activités en lien avec les apprentissages scolaires dont l'enfant est en mesure de faire.

Le psychologue, à l'écoute de la dynamique interne de l'enfant, accompagnera l'enfant dans les différents états qu'il traverse, servira de traducteur, de médiateur, de décodeur pour l'enfant, mais auprès de différents intervenants et de la famille. Il veillera ainsi à apaiser les tensions, les conflits, les angoisses, les comportements pouvant altérer le fonctionnement cognitif de l'enfant, sa communication, ses relations sociales, son autonomie, son développement psychoaffectif...

Le kinésithérapeute s'occupera de la motricité et du développement psychomoteur de l'enfant.

Les agents d'entretien accompagneront aussi l'enfant pour certaines activités d'autonomisation.

Les parents sont aussi des acteurs du P.E.I. ; ils seront impliqués dans diverses activités mais à réaliser à domicile pour faire rapport à l'équipe au moment de la réunion d'évaluation. Ces activités concernent l'autonomie dans la vie quotidienne, suivi scolaire de l'enfant...

Pour que le PEI soit opérant, chaque intervenant est responsable de son champ d'action et des activités qu'il met en place. Pour cela, il doit :

- \* Il doit avoir une compréhension de la problématique de l'enfant.
- \* Avoir une bonne compréhension de son champ d'action
- \* Avoir la maîtrise des activités qu'il propose à l'enfant et en assurer le suivi.
- \* Etre consciencieux, à savoir respecter les activités programmées dans le PEI et faire un suivi individualisé de la progression de l'enfant.
- \* Chercher à respecter le délai prévu pour les différentes activités.
- \* Se mettre en question et adapter les moyens en fonction des réalités de l'enfant.
- \* Relever les difficultés rencontrées dans l'application du PEI et échanger avec le responsable du PEI, qui peut convoquer une réunion pluridisciplinaire si nécessaire.

## 5) Fixation de la date de mise à jour.

Il s'agit de la date de réévaluation des objectifs fixés et voir ceux qui sont atteints, ceux en cours de réalisation et ceux à reprogrammer et repenser.

**Fiche de Programme Educatif Individualisé. (éléments de base)**

1. CONNAISSANCE DE L'ENFANT

- Nom et postnom :
  
- Handicap :
- Antécédents scolaires :

2. CONNAISSANCE DE LA FAMILLE

- Niveau socioculturel :
- Disponibilité et collaboration :
- Attentes de la famille :

3. NIVEAU SCOLAIRE ET TYPE DE COMPORTEMENT

4. ELABORATION DES OBJECTIFS

5. DETERMINATION DU PROGRAMME D'INTERVENTION

6. DETERMINATION DES INTERVENANTS

**Fait à ....., le / /20....**

## Activité 5 : La gestion des problèmes de comportement

### 1. ETAPES DE GESTION DE COMPORTEMENT

#### 1) Observation du comportement

##### Observer en classe

L'observation à l'école vise quatre buts principaux :

- objectiver le jugement
- donner des pistes pour l'intervention
- préciser une demande de services adaptés
- évaluer l'intervention

L'observation doit faciliter la définition du comportement ainsi que le relevé du comportement problème

##### a) Définition du comportement

La première étape consiste à définir de façon opérationnelle le comportement, c'est-à-dire le rendre observable et mesurable.

Il s'agit de s'assurer que tout le monde parle de la même réalité. Plus la description est précise, plus l'accord entre différents observateurs a des chances d'être entier. Par exemple :

<b>Jugement de valeur</b>	<b>► Définition opérationnelle</b>
Paresseux	Ne termine pas son travail dans le temps donné
Agressif	Donne des coups, pousse ses camarades, crie des injures
Manque de motivation	N'exécute pas le travail demandé par l'enseignant
Bavardage	Parle aux amis
Activités motrices	Tourne la tête, se berce, joue avec son matériel.

##### b) Le relevé des comportements problèmes (voir fiche dans les annexes)

A l'aide d'une grille hebdomadaire de relevé de comportements à problème, l'enseignant note les comportements présentés par les enfants au cours de la semaine, pendant les enseignements, pendant les jeux au moment de la récréation, dans les activités d'autonomie, etc. Il notera à côté de chaque comportement à problème, le nombre de fois auxquels il a été observé.

Avant d'arriver à la grille de relevé de comportements à problème, l'enseignant notera chaque jour dans son journal de classe, dans la rubrique « observation » les comportements qui ont apparu au cours de la journée comme étant dérangeant.

#### 2) L'analyse du comportement

Elle consiste à reconnaître ce qui précède immédiatement un comportement, c'est-à-dire les *antécédents*, et ce qui le suit, c'est-à-dire les *conséquences*. Elle permet également de voir la fréquence de son apparition, sa durée et son intensité.

Les antécédents prennent différentes formes et sont parfois difficiles à repérer (voir les causes des troubles de comportement dans le thème 3), ou ils peuvent être directement liés au comportement. Les conséquences ont souvent une influence sur la fréquence, la durée et l'intensité d'un comportement.

Ainsi, l'analyse s'intéresse à la fois au **comportement à modifier et à l'environnement dans lequel il prend place**. Elle permet de mettre le doigt sur des **indices contextuels** qui aident à mieux comprendre **les motifs d'apparition et de maintien d'un comportement**.

L'analyse du comportement doit se faire au cours d'une observation systématique, c'est-à-dire, en fonction des objectifs bien définis au départ, en suivant une certaine démarche ou certaines étapes. Cette observation doit être continue et devra se faire à différents moments.

N.B. La démarche de l'observation systématique doit se faire pour un seul enfant et non pour les groupe.

En dehors de l'observation systématique qui nous permet de ressortir les antécédents immédiats qui sont à l'origine des comportements inadéquats, l'analyse du comportement peut aussi recourir à la technique d'entretien avec l'enfant lui-même ou avec ses parents. Il s'agit d'un entretien semi-dirigé qui donne à l'examineur le moyen d'explorer la vie de l'enfant en vue de ressortir les antécédents cachés qui seraient à l'origine du comportement déploré. C'est le cas des variables biologiques, des variables psychoaffectives, etc.

A ce niveau, la démarche d'analyse est exclusivement assurée par le psychologue détenant des moyens et techniques appropriés pour la récolte de ces données. Cela n'empêche pas à l'enseignant de s'entretenir avec l'enfant ou ses parents, mais le résultat de son entretien devra être présenté au psychologue pour un suivi harmonieux du dossier.

### **3) La gestion proprement dite du comportement**

A partir d'une série d'hypothèses, l'observateur recherche les causes probables des comportements inadéquats, qu'il structure dans quatre registres ci-après :

- Le registre psychoaffectif : fait allusion aux carences affectives et à la surprotection.
- Le registre biologique : tout ce qui concerne la santé de l'enfant : l'alimentation, la maladie ou la prise des médicaments, les sensibilités, le sommeil, etc.
- Le registre social : relation avec l'entourage, etc.
- Le registre éducatif : tout ce qui lié à la situation d'apprentissage.

Ensuite, ils propose des aménagements sous formes des mesures d'encadrement, des stratégies à mettre en place soit par l'enfant lui-même, soit par ses parents, soit par l'enseignant, en vue d'obtenir un changement du comportement décrié.



GRILLE D'ANALYSE DES COMPORTEMENTS

Nom :  
Classe :

Date	Élément déclencheur	Comportement	Heure	Activité en cours	Conséquences sur : 1. L'enfant lui-même 2. Les autres enfants 3. Sur l'enseignant

**Fiche-synthèse de gestion des problèmes de comportement**

Comportement problème :	
Circonstance dans lequel le comportement problème n'est pas observé :	
1. Hypothèses biologiques (maladie, médication, règles, etc.)	<b><u>Examens à demander</u></b>
2. Hypothèses sensorielles (bruit, chaleur, lumière...)	<b><u>Aménagements adoptés</u></b>
3. alimentations, sommeil.	<b><u>Aménagements adoptés</u></b>
4. Hypothèses relatives à la structure éducative.	<b><u>Aménagements adoptés</u></b>
5. Hypothèses relatives à la vie sociale (relation avec les membres de la famille, l'accompagnateur, avec les autres élèves, avec l'enseignant...)	<b><u>Aménagements adoptés</u></b>
6. Hypothèses relatives à la vie psychoaffective (séparation des parents, décès, adoption, conflits parentaux...)	<b><u>Aménagements adoptés</u></b>
7. Autres hypothèses	<b><u>Aménagements adoptés</u></b>

## Activité 7 : Le travail en équipe pluridisciplinaire

### 1. Définition des concepts

- **La socialisation** : est l'ensemble des mécanismes par lesquels l'individu s'intègre pendant l'enfance, dans la société ; apprentissage de la vie de groupe par l'enfant.
- **Une action** : ce que fait une personne qui réalise une volonté, une pulsion.
- **Une pulsion** : manifestation de l'inconscient qui pousse un individu à agir pour réduire un état de tension.
- **Une action sociale** : celle qui concerne la vie sociale, il s'agit de l'intégration sociale des personnes en situation de handicap.
- **Une action médico-sociale** : une action visant à prévenir, à combattre ou à inhiber les effets nocifs à la santé tant physique que mentale.
- **La pluridisciplinarité** : caractère de ce qui est pluridisciplinaire.
- **Pluridisciplinaire** : qui réunit, porte sur plusieurs disciplines, plusieurs sciences (on dit aussi interdisciplinaire)
- **Equipe pluridisciplinaire** : utilisé pour qualifier la **coopération entretenue entre les acteurs**, au-delà de l'implication et de la compétence individuelle. L'équipe est le point de rencontre de la communication interne, du dialogue et des échanges interprofessionnels. Elle marque le passage de la compétence individuelle à la compétence collective.
- **Rôle** : emploi, fonction, influence exercée par quelqu'un ; ensemble de comportements associés à une place, à un statut social.
- **Fonction** : rôle, utilité d'un élément dans un ensemble ; activité professionnelle ; exercice d'une charge, d'un emploi. ex. : la fonction de l'enseignant

### 2. Rôles et fonctions des membres de l'équipe pluridisciplinaire

#### 1) La Direction et le Directeur

##### ■ **La direction et les directeurs d'établissement :**

- sont **responsables du projet d'école** dans lequel la prise en charge et l'articulation entre les différents professionnels auprès des élèves à besoins éducatifs particuliers sont définies ;
- sont **responsables de la mise en œuvre de la prise en charge** des élèves à besoins éducatifs particuliers à l'école ;
- sont **garants de la collaboration au sein de l'équipe des enseignants de l'école et de celle des intervenants extérieurs**
- **organisent les temps de synthèse et les réunions d'équipes éducatives**, avec les différents partenaires, consacrés aux décisions de prise en charge.
- veillent à disposer auprès des divers intervenants **les moyens nécessaires** à la réalisation des activités et objectifs définis dans le P.E.I.
- *(Cette liste n'est pas exhaustive. Elle met l'accent sur des aspects fondamentaux)*

#### a) Auprès des enseignants

Selon DOYLE (« Leadership an inclusion : reculturing for reform », 2001), les directeurs conçoivent plutôt leur rôle comme celui d'observateur, d'évaluateur et de soutien auprès des enseignants alors qu'ils doivent aussi être des « **motivateurs** » auprès d'eux.

Par ailleurs, la direction d'école, par son rôle de leader et d'animateur pédagogique, doit **développer des compétences pour assumer de façon adéquate son rôle de soutien aux enseignants.**

#### 2) Les Enseignants

L'enseignant est un **agent de changement** dans son milieu. Ce rôle exige du professionnel qu'il soit actif dans le processus de développement et de **promotion de nouvelles pratiques pédagogiques** visant l'inclusion des personnes dans leur milieu.

#### ◆ Les Relations enseignants – élèves

L'attitude des enseignants a un impact significatif sur les apprentissages, l'estime de soi, la motivation et la réussite scolaire des élèves. La relation affective pédagogue – élève peut donc favoriser la réussite ou l'échec. D'où l'importance chez l'enseignant de procéder à une autoanalyse de ses attitudes...

Une attitude positive peut par ailleurs contribuer à diminuer les problèmes de comportements en classe et peut changer la perception des élèves à l'égard des pairs qui ont des besoins particuliers.

CLOUTIER RENAUD (« la psychologie de l'enfant », 1990, p.435) insistent d'ailleurs sur ce point : « *la personnalité de l'enseignant marque définitivement celle de l'enfant ; la marque est parfois profonde, parfois superficielle, parfois blessante, et parfois réparatrice, selon la qualité de la relation établie.* »

Au même titre, les attitudes des enseignants à l'égard de l'inclusion scolaire jouent un rôle primordial dans la réussite ou non de son implantation.

#### ◆ Pour une approche individualisée de l'enfant

L'enseignant dans sa classe :

- **apporte aux élèves en difficultés une aide** dans le cadre d'une pédagogie différenciée en ayant un regard, une relation particulière et privilégiée avec ces élèves. Il veille ainsi à donner du sens aux apprentissages et se donne aussi des temps d'observation afin d'identifier les difficultés et de proposer un travail spécifique dans le cadre du travail individualisé ;
- **crée des liens** avec les familles (si possible) en les invitant et non les convoquant, en mettent en avant les points positifs, autrement dit en donnant une place et un rôle à la famille ;
- **prend en charge** collectivement la difficulté, invente collectivement des solutions (conseil de cycle ou des maîtres), instaure le tutorat dans la classe e crée un partage de compétences avec les autres enseignants (décloisonnements, ateliers, ...)
- **utilise les outils** institutionnalisés, les évaluations nationales pour identifier les difficultés et proposer des remèdes ;
- peut **créer ce qu'on appelle « un contrat individuel »** avec l'élève, c'est-à-dire un contrat de comportements et un contrat d'apprentissages dans des termes et des objectifs adaptés à l'enfant ;
- L'enseignant **participe activement à l'élaboration du Programme Educatif Individualisé (PEI)** de l'enfant (Cf. Module IV sur le PEI et les différents outils).

#### ◆ « Le maître d'adaptation ou maître soutien »

- Il **favorise** (par ses suggestions ou la prise en charge) **l'inclusion scolaire** des enfants en situation de handicap ou ayant des besoins spécifiques.
- Il **agit en relation et en cohérence avec les enseignants** de l'école et avec les autres membres de l'équipe pédagogique.
- Il **participe**, dans la mesure du possible, **à l'évaluation des élèves** de l'école : passation et analyse des évaluations ; passation de tests spécifiques, planification des actions de remèdes.
- Il **présente des suggestions et des propositions d'aide**, et **participe à l'élaboration de projets pédagogiques** (PEI ou projets d'aide individualisée)
- Il **observe les élèves** individuellement ou dans la classe, selon la demande et/ ou la nécessité
- Il **rencontre les parents**, si possible
- Il **conduit des actions pédagogiques** en petits groupes ou individuellement, toujours **en lien avec la classe, et organise leur évaluation**
- Il **évalue l'impact de son aide dans les activités d'apprentissages dans la classe**
- Il **participe aux réunions d'équipes éducatives et de synthèses**, dans le respect de la confidentialité

### 3) Les Familles

Comme le développement de l'enfant est influencé par l'environnement familial, il devient impératif de considérer autant l'enfant que sa famille.

Selon COLEMAN (Parent, Student, and Teacher collaboration, 1998), l'influence des parents est omniprésente en classe : l'élève arrive en classe avec bagage familial et les interactions indirectes des parents avec leur enfant continuent à influencer son rendement.

Par ailleurs, parents et les professionnels ont un certain nombre **d'objectifs communs** : notamment celui d'apprendre à l'enfant à s'occuper de lui-même et à devenir indépendant de l'entourage, en particulier pour se nourrir, s'habiller et faire sa toilette.

Ils cherchent à aider l'enfant à apprendre à la fois à communiquer et à comprendre les autres et, en définitive, à s'adapter aux modalités d'existence de la communauté dans laquelle il vit.

**Intégrer la famille** (grands-parents, frères et sœurs, oncles, tantes...) à la vie de l'école contribue à assurer la continuité entre la famille et l'école.

Lorsque les parents partagent les valeurs de l'école et renforcent les activités scolaires favorisant le développement d'habiletés et un meilleur apprentissage, on observe habituellement une amélioration dans les résultats scolaires

Par ailleurs, plus les difficultés de l'enfant seront grandes, plus il sera nécessaire que les parents et les professionnels adoptent une démarche raisonnablement cohérente pour atteindre des buts déterminés. Il s'agit alors de discuter et de décider des méthodes à employer afin qu'au strict minimum, chacun soit au courant de la démarche de l'autre.

Les familles ont **besoin d'être informées et de pouvoir discuter de leurs problèmes** pour être mieux à même de choisir, raisonnablement et en connaissance de cause, les moyens d'utiliser au mieux les services existants ou d'agir en vue d'obtenir des services qui ne sont pas disponibles, ou qui fonctionnent d'une manière qui ne les satisfait pas entièrement.

Les parents sont moins motivés à participer quand les rencontres avec les enseignants leur apportent peu d'information réelle et que les derniers utilisent un langage avec lequel ils ne sont pas familiers. Ils se sentent plus à l'aise quand les enseignants emploient un ton personnel. Ils désirent **une relation à la fois collaboration et soutenante**, autrement dit qui offre un soutien émotif, des services spécifiques et qui est caractérisée par une communication bidirectionnelle.

**La confiance est nécessaire à la collaboration et à la participation.** Mais la confiance « se gagne », les enseignants doivent alors prendre le temps qu'il faut pour favoriser cette confiance qui ne vient pas automatiquement.

#### 4) Le Psychologue

##### ♦ Définition et Spécificités

Le psychologue est un professionnel, spécialiste dans le domaine de la psychologie, formé à la **compréhension et à l'étude du fonctionnement psychique humain.**

Il exerce son métier après avoir acquis un **savoir et des compétences spécifiques** à travers une formation universitaire dont la durée dépend d'un pays à l'autre (en France, DESS - Bac + 5 ans - ou Master/ en RDC, licence, 2 ans après graduat).

##### **Ces aptitudes lui permettent :**

- d'évaluer et d'intervenir auprès d'individus, de groupes ou d'organisations
- d'établir des relations de travail, de conceptualiser des problèmes, d'analyser les risques ou effets iatrogènes (se dit des troubles provoqués par un traitement)
- de rechercher et de construire le travail du sens en tant que voie d'accès aux expériences individuelles et groupales.
- de mettre en application des théories et de modéliser des pratiques
- d'initier et de conduire des recherches sur l'ensemble des expériences humaines
- de transmettre les données issues de ces recherches à la communauté de ses pairs ou à un large public
- d'intégrer les principes fondateurs des pratiques professionnelles et d'agir en accord avec le « Code de déontologie de la profession » (26 juin 1996) [ en France]

Sur le terrain, le psychologue est membre à part entière d'équipes pluridisciplinaires, avec comme tâche essentielle celle de **communiquer** et avec comme objectif spécifique, celui de **contribuer à la modification des comportements individuels et collectifs**

Il **s'adapte à des situations nouvelles**, voire inattendues et **met en œuvre des moyens pour répondre aux besoins particuliers des contextes sociaux et humains**

Il est **responsable de sa méthode de travail** et du choix de ses modalités d'applications.

**La confidentialité** est une caractéristique essentielle : le psychologue a à garder pour lui ce qui lui est dit, car il n'est en aucun cas propriétaire de la parole d'autrui. Il ne doit déroger à cette règle que dans les cas légaux : lorsqu'un crime ou un délit atteignant un mineur ou une personne en grande vulnérabilité vient à sa connaissance ou lorsqu'il a un devoir d'assistance à personne en péril.

Enfin, rappelons que le psychologue n'est pas un médecin et ne peut donc prescrire de médicaments. Son travail consiste avant tout en **travail d'écoute**. Il accompagne le sujet dans l'interrogation qui l'anime.

#### ► Le psychologue auprès des enfants

La relation avec chaque enfant est spécifique et individualisée en ce sens que le psychologue s'intéresse à la **subjectivité** de tout sujet.

Après avoir identifié les blocages et les « nœuds », il cherche à cerner **autour de quel noyau s'organisent les difficultés spécifiques de l'enfant**.

Le psychologue laisse donc toujours **l'espace de la rencontre ouvert** et est prêt à se laisser surprendre.

Après de l'enfant, il occupe **diverses fonctions** :

- *fonction d'accueil et d'écoute* : il est le réceptacle d'une plainte, d'une demande, d'une difficulté à dire ou à montrer, d'un conflit...
- *fonction d'évaluation* : au travers de divers outils (allant de l'observation au recours aux tests, l'entretien tenant une place prépondérante dans la rencontre du sujet), le psychologue identifie la problématique du sujet et émet des hypothèses à partir desquelles il fait des propositions d'accompagnement de l'enfant et de sa famille.
- *fonction d'orientation et d'indication de prise en charge*
- *fonction de suivi* : le psychologue suit l'évolution de l'enfant dans les différentes sphères de sa vie et en considérant son environnement.
- *fonction d'apaisement* : en mettant des mots sur ce qui agite l'enfant, il lui permet une certaine mise à distance des angoisses, des conflits, des pulsions..., autrement dit des éléments intrapsychiques sources d'inconfort.
- *fonction de médiateur et de traducteur* : le psychologue est un tiers entre l'enfant et ses enseignants ou ses parents. Il permet que ses interlocuteurs aient une compréhension plus poche de ce que l'enfant vit intérieurement.

#### ► Le psychologue auprès des familles

L'accompagnement des familles est incontournable si l'on souhaite que l'enfant bénéficie pleinement d'une prise en charge individualisée (Cf. le PEI, Module IV).

Dans le cadre de l'école à visée inclusive, le psychologue qui suit l'enfant dans ses différents espaces de développement aura **diverses fonctions auprès des familles** :

- *une fonction d'accueil et d'écoute* : il est à l'écoute des préoccupations des parents, de leurs angoisses, de leurs questions, de leurs attentes... il met à leur disposition un espace de verbalisation.
- *une fonction de « traducteur »* : il propose aux parents des moyens de décrypter et de comprendre les conditions des enfants
- *une fonction d'élaboration* : il accompagne les parents pour les questions qui les animent autour du handicap dont leur enfant est porteur. Il soutient ainsi les parents dans leur travail de construction des sens et favorise ainsi leur évolution et cheminement.

- *une fonction de « soutien des fonctions parentales »* : en se disposant auprès de l'enfant et de sa famille, il propose un travail sur le lien parents-enfant qui soutien les parents dans l'exercice de leurs rôle et fonctions parentales.
- *une fonction de suivi* : le psychologue accompagne l'évolution du vécu familial
- une fonction de lien entre l'école et la famille* : en se situant à l'interface, il permet ainsi une meilleure communication et compréhension des enjeux : de chacune des instances. Il mène ce travail d'harmonisation au service de l'enfant.

#### Le psychologue auprès des équipes

A l'école, le psychologue occupe ainsi :

- *une fonction de soutien technique auprès de ses collègues* : dans les espaces d'échanges pluridisciplinaires, il écoute les préoccupations de ses collègues et il apporte son éclairage par l'identification et sa compréhension de la problématique du sujet. Il partage ainsi son analyse de ses évaluations en les rendant accessibles et en échangeant sur les aspects intéressants ses interlocutions (RQ : il ne dit pas tout, il est soumis à la contrainte de la confidentialité).
- *une fonction d'élaboration et de mise en sens* : il accompagne la réflexion des professionnels et la recherche de situations d'apprentissage adaptées à l'enfant.
- *une fonction de lien* entre les différents services et les différents interlocuteurs
- *une fonction d'articulation* dans le cadre du « travail en réseau »

### **5) Les Partenaires de l'école**

Le partenariat est un moyen de réunir des individus animés des mêmes idées pour favoriser la coopération, appréhender les questions et les problèmes de la collectivité (ex : l'éducation), améliorer la sensibilisation et les connaissances de la collectivité, relativement à un certain projet.

Le partenariat permet également d'amasser des fonds pour la mise en œuvre d'un projet, de fournir des informations et des suggestions aux décideurs de la collectivité, de promouvoir le changement de politiques et de règlements communautaires et gouvernementaux, d'accroître la participation des bénévoles et des professionnels aux activités communautaires, d'augmenter l'accès aux services de prévention et de soutien pour les individus et les groupes.

Ainsi, le partenariat permettra d'offrir des occasions de perfectionnement des compétences aux membres du partenariat et de doter l'ensemble de la collectivité des compétences voulues pour appuyer efficacement les changements continus.

Ce partenariat doit se matérialiser à travers des accords avec :

- Les institutions éducatives et de santé (EPSP, MSP), au niveau central et provincial
- Les institutions spécialisées
- Les associations de personnes handicapées
- Les écoles ordinaires environnantes au niveau de la commune
- Les ONG et autres organisations
- Les associations de parents
- L'université et les écoles de formation des enseignants
- La communauté

Ce partenariat aura pour mission de mettre en œuvres des actions favorisant le changement de comportements et des structures, l'adaptation des contenus, des approches et des stratégies en s'appuyant sur une vision commune qui englobe tous les enfants du groupe d'âge visé, avec la conviction que le système éducatif au Congo a le devoir d'éduquer tous les enfants quel que soient leurs besoins éducatifs.

#### ◆ **Les lieux de soins**

Les écoles devraient conserver une liste des personnels de santé et des adresses où l'on peut les contacter.

- ◆ **Les comités de parents et Organisations de personnes en situation de handicap**

Il existe deux sortes d'organisations de personnes en situation de handicap.

Il y a celles qui sont *dirigées principalement par des personnes non handicapées* et destinées aux personnes en situation de handicap. Habituellement, elles trouvent des fonds, font des dons à des particuliers ou fournissent des services aux enfants et aux adultes.

Le second type d'organisation est *composé de personnes en situation de handicap*. Et ce sont elles qui dirigent l'association. Elles cherchent à promouvoir les droits des personnes en situation de handicap plutôt qu'à trouver des fonds ou à fournir des services. Cependant, nombreuses sont celles qui proposent aussi une formation et un soutien à leurs membres.

### **3. Travail pluridisciplinaire au service de l'enfant**

L'accueil et l'accompagnement de l'enfant fait appel à des professionnels de plusieurs formations, de plusieurs disciplines ou de plusieurs spécialités à l'intérieur d'une même discipline.

Pour cela, des **espaces de rencontre** vont être nécessaires :

#### **1) Les réunions autour de l'enfant et de son accompagnement**

Pour donner toute sa valeur à l'approche pluridisciplinaire, des rencontres organisées et formelles doivent avoir lieu et faire systématiquement l'objet d'une trace écrite (compte-rendu écrit) ; cela en dehors des rencontres informelles qui surviennent chez les intervenants entre eux.

##### **a) Les rencontres informelles**

Notre secteur professionnel privilégie les échanges oraux et informels. La plupart du temps, on se parle dans un couloir, au hasard des rencontres. Et, on note peu, on élabore peu en privilégiant la réactivité à la situation immédiate la réponse à l'urgence.

A ce niveau de collaboration, les membres de l'équipe se rencontrent et discutent de temps en temps sur la pratique de l'enseignement inclusif, sur les difficultés particulières rencontrées dans le travail avec les enfants, dans l'organisation de sa classe. Il ne s'agit pas uniquement de partager les difficultés et les échecs, mais aussi les joies d'avoir réussi à avancer un enfant, d'avoir atteint certains objectifs.

Néanmoins, tout à ce niveau est surtout verbal, rien d'écrit sur l'échange entre les membres de l'équipe.

##### **b) Les rencontres formelles**

La professionnalisation passe donc par l'organisation du travail et l'usage obligatoire de méthodes et d'outils. Le passage de l'oral à l'écrit en fait partie. Et, tout sujet pris en charge doit avoir son dossier dans lequel figurent les résultats des évaluations successives, les plans d'intervention, les mises à jour...

#### **☞ Réunion de synthèse d'évaluation**

Pour chaque enfant, **une réunion de synthèse d'évaluation** permettant d'organiser le plan d'intervention (et les prises en charge) devrait être réalisée dans les mois qui suivent son accueil.

Une synthèse est une réunion de plusieurs heures, permettant d'étudier la situation de plusieurs enfants. Habituellement, pour chaque situation, on consacre 45min/1h.

Il ne s'agit pas ici des évaluations dans le cadre de PEI, ce sont des rencontres organisées en vue d'échanger sur les enfants présentant des difficultés particulières aux moments des apprentissages ; des difficultés sur le plan des matières scolaires, de l'autonomie et des problèmes de comportement.

Dès le premier mois de la reprise des enseignements, l'enseignant a besoin d'au moins deux semaines d'observation pour relever les difficultés particulières de chaque

enfant dans les apprentissages, dans le comportement. A partir de ces difficultés, il se voit appelé à évaluer les enfants pour ressortir leur niveau en vue d'en discuter avec les membres de l'équipe au cours de la réunion de synthèse d'évaluation. Au cours de la réunion, il bénéficiera des conseils pratiques et techniques (psychologue, logopède, conseiller pédagogique et autres enseignants) de différents autres intervenants en vue d'améliorer sa prise en charge.

Cette réunion peut déboucher sur la demande d'autres évaluations (autres intervenants) ou sur la décision d'établissement d'un programme éducatif individualisé. Un document général rendra compte finalement des décisions prises au cours de cette réunion collective.

### ☞ réunions de synthèses d'évolution

Il est nécessaire d'envisager deux ou trois réunions de synthèse d'évolution par an en raison d'une réunion par trimestre. Il est nécessaire de prendre un temps en équipe pour étudier ce qu'il en est de l'évolution (progression, stagnation, régression) de l'enfant, pour adopter de nouveaux objectifs et envisager les méthodes et outils adéquats.

Ces réunions en équipe pluridisciplinaire sont des lieux d'apprentissage des approches spécifiques et de la terminologie des autres intervenants. Elles permettent de créer un langage commun, une approche multiforme qui maintient, pour l'enfant à accompagner, sa dimension globale bio-psycho-sociale et ne le réduit pas à un statut de malade, d'handicapé, d'élève...

L'enfant reste ainsi **une personne complète** avec de zones de difficultés, de fragilités, d'handicap, des limitations.... qu'il faudra à compenser...

Quel que soit le cadre de travail proposé par l'institution, ces échanges auront toujours lieu. Mais, ils ne doivent pas être les seuls moments de rencontre et d'échanges entre les professionnels. Les institutions ont le devoir d'organiser des temps consacrés à l'élaboration en équipe des projets des enfants.

## 2) Les lieux d'expression et de résolution des conflits internes

Tout groupe humain, toute équipe vit des conflits.

En grec, le mot « **krisis** » signifie « *changement, décision* ».

Le conflit n'est donc pas un problème en soi mais il en devient un lorsque l'on ne parvient pas à le dépasser.

Ainsi, toute institution évolue à travers des crises. Si elles sont difficiles à vivre elles sont aussi essentielles à l'évolution.

Une équipe « mono professionnelle » (regroupant des personnes d'un même domaine de compétence) va rechercher une homéostasie (équilibre, harmonie) en maintenant les relations internes en situation stable. Cela va créer des routines, permettre l'évitement des conflits mais va aussi manquer de dynamisme.

L'équipe pluridisciplinaire ne permet quasiment pas cette tendance homéostatique. En effet, elle oblige à la confrontation, au « frottement » des différences.

Elle est donc beaucoup plus dynamique mais aux prix de conflits et de crises dont on a compris qu'il fallait les dépasser pour évoluer plus sereinement jusqu'à la crise suivante.

Or, **le seul moyen de dépasser le conflit est de le parler**. Si on l'évite, il devient latent mais restent présent et pèse lourdement sur les relations interpersonnelles dans l'équipe.

On rentre alors dans le « **non - dit** » **systématique** qui crée cette **atmosphère lourde** que l'on ressent nettement quand on rencontre certaines équipes

Il faudrait donc prévoir des **réunions d'équipes régulières où la parole est libre**, où l'on met de côté provisoirement la dimension hiérarchique pour donner à chacun le

même droit d'expression spontanée sans crainte de jugement, de sanction, de contrecoup ultérieur.

Ces contenus doivent porter sur la **démarche professionnelle collective**, sur le projet collectif, sur le fonctionnement institutionnel et non sur les rapports interindividuels dus aux différences de caractère et de personnalité.

C'est pourquoi les responsables d'institutions et de services doivent être formés à la gestion des crises et devraient pouvoir accepter cette expression libre qui n'est pas une remise en cause de leur positionnement hiérarchique mais plutôt un effet naturel de la dynamique d'une équipe.

En revanche, lorsque la crise dure et s'aggrave, il devient alors nécessaire de faire appel, momentanément, à un intervenant extérieur. Les psychosociologues et les psychanalystes sont souvent les mieux préparés à cette fonction de résolutions des conflits institutionnels.

## Pré-test et post-test

**Consigne** : cochez dans la case devant la bonne réponse

1. La phase de la préhension volontaire où l'enfant tient l'objet entre le pouce et l'index s'appelle :
  - Stade cubito-palmaire
  - 
  - 
  -

Stade radio-digital  
Stade radio-palmaire  
Stade digito-palmaire

2. La fonction symbolique dans le développement de l'intelligence intervient au cours de la période suivante :
- Sensori-motrice
  - Des opérations formelles
  - Des opérations concrètes
  - Pré-opératoire.
3. Dans le développement social de l'enfant, « l'âge de la bande » intervient :
- Entre 3 et 5 ans
  - Entre 15 et 17 ans
  - Entre 10 et 12-13 ans
  - Entre 12 et 15 ans
4. Parmi les éléments ci-après, deux seulement sont utilisés comme critères pour l'évaluation du retard mental :
- Le niveau socio-culturel de la famille
  - Le niveau intellectuel
  - Le niveau du comportement adaptatif
  - La présence de la surdité.
5. L'accident génétique à la base de la trisomie 21 affecte :
- Le chromosome sexuel au niveau de la paire 23
  - La paire de chromosomes 21
  - La paire de chromosomes 11
  - Tous les chromosomes de l'enfant
6. Dans l'infirmité motrice cérébrale :
- La lésion atteint tout le cerveau de l'enfant
  - La lésion atteint certaines zones du centre moteur au niveau du cerveau
  - La lésion est évolutive
  - Il n'y a pas de lésion au niveau du cerveau
7. La dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne est une sorte de handicap moteur :
- Temporaire
  - Définitif
  - Evolutif
  - D'origine cérébrale.
8. La surdité de perception intervient lorsque :
- L'oreille interne est atteinte
  - L'oreille externe ou moyenne est atteinte
  - Les trois parties de l'oreille (interne, externe et moyenne) sont atteinte
  - Le tympan de l'enfant est perforé.
9. Lorsque la vision de loin est altérée, on parle de :
- La myopie
  - L'hypermétropie
  - L'astigmatisme
  - Daltonisme
10. Le cauchemar fait partie des troubles quantitatifs du sommeil chez l'enfant
- Vrai
  - Faux
11. On parle de l'énurésie lorsque :
- L'enfant continue à faire caca dans les habits
  - L'enfant fait pipi dans les habits après l'âge de 5 ans
  - L'enfant fait pipi dans la couche à l'âge de 1 an.
  - L'enfant fait caca et pipi dans la couche quel que soit l'âge.
12. Lorsque l'enfant répète tout ou une partie des phrases de l'interlocuteur en guise de réponse verbale, on parle de :
- - 
  - 
  -

Dysphasie  
Bégaiement  
Dyslexie  
Echolalie

13. Un des éléments ci-après n'explique pas le trouble de comportement :
- Le comportement constitue un danger pour la personne elle-même ou pour son entourage
  - Le comportement interfère avec les apprentissages
  - Le comportement facilite l'intégration sociale de l'enfant
  - Le comportement risque de devenir grave si on n'intervient pas.
14. Un des éléments ci-après n'explique pas le trouble autistique :
- L'altération qualitative des interactions sociales,
  - L'altération qualitative de la communication,
  - Le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, intérêts et activités.
  - Apparaît à l'âge de 5 ans.
15. Les domaines de prise en charge des ESH dans une école inclusive sont les suivantes :
- Le domaine scolaire seulement
  - Les domaines de la communication et de la socialisation seulement
  - Tous les domaines de la vie de l'enfant : scolaire, moteur, de la communication, de la socialisation, de l'autonomie, du comportement.
  - Le domaine médical seulement
16. Les parents de l'enfant peuvent aussi partir de l'équipe pluridisciplinaire :
- Faux
  - Vrai

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Karine Gueniche**, Psychopathologie de l'enfant, 2<sup>ème</sup> édition Armand Colin, Paris, 2007.
2. **Rosine DEBRAY**, L'examen clinique de l'enfant à la période de latence (6-12 ans), édition DUNOD, Paris, 2000.
3. **DORON R. et PAROT F.**, Dictionnaire de psychologie, édition PUF, Paris 2007.
4. **LAZARTIGUES A. et LEMONNIER E.**, Vivre et comprendre les troubles autistiques, du repérage précoce à la prise en charge, édition ellipses, Paris, 2005.

5. **Liliane MAURY**, Le développement de l'enfant, 2<sup>e</sup> édition corrigée, PUF, Paris, France.
6. **LAURIER M.D., TOUSIGNANT R., MORISSETTE D.**,Les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, 3<sup>e</sup> édition, gaëtan morin, Montréal, 2005.
7. **GUIDETTI M. et TOURRETTE C.**,Handicaps et développement psychologique de l'enfant, 2<sup>e</sup> édition, Armand Colin, Paris, 2002.
8. **Jacqueline ROYER**,La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme, Editest, Bruxelles, 1997.
9. **HURTIG M. et RONDAL J.A.**,Introduction à la psychologie de l'enfant, TOME 1, édition Pierre Mardaga, Bruxelles, 1986.
10. **HURTIG M. et RONDAL J.A.**,Introduction à la psychologie de l'enfant, TOME 2, édition Pierre Mardaga, Bruxelles, 1986.
11. **HURTIG M. et RONDAL J.A.**,Introduction à la psychologie de l'enfant, TOME 3, édition Pierre Mardaga, Bruxelles, 1986.
12. **Microsoft encarta 2009.**
13. Déclaration de Salamanque.

Sous la supervision de **MULUMBA MBANGU Jean Marie**, Consultant auprès de Handicap International, Administrateur et Psychologue au Centre Pour l'Enfance « Bon Départ ».