

INSTITUT SUPERIEUR DE L'EDUCATION SPECIALISEE
Et le Laboratoire de Recherche « Handicap et Inadaptation Sociale »
« LR13AS01 »

HANDICAP ET PREVENTION

Revue Scientifique N°35

—— **Edition** ——

Institut Supérieur de l'Education Spécialisée
Et le Laboratoire de Recherche
« Handicap et Inadaptation Sociale »
LR13AS01

—— **Visa** ——

N°2716 du 13 Novembre 1993

—— **Directeur de la publication
et rédacteur en chef** ——

Pr. Mohamed Lamine
BEN ABDERRAHMAN

—— **Secrétaire de Rédaction** ——

Mme Hana ROUAHI TRIAA

—— **Comité de Rédaction** ——

Mme Hana ROUAHI TRIAA
Dr Faouzia Maghazoua

—— **Comité Scientifique** ——

Pr. Mohamed Lamine BEN ABDERRAHMAN
(Tunisie)

Pr. Salem ABBES (Tunisie)

Pr. Mohamed Najib JAZIRI (Tunisie)

M.A. Mohamed AMMAR (Tunisie)

Pr. Mme Fatma Zohra BEN SALAH (Tunisie)

Pr. Mme Catherine DZIRI (Tunisie)

Pr. Zineb RACHEDI (France)

Pr. Frédéric REICHHART (France)

Pr. Mourad BAHLOUL (Tunisie)

Pr. Monia LECHHEB (Tunisie)

Pr. Taoufik GRIRA (Tunisie)

Pr. Michel MERCIER (Belgique)

—— **Comité Technique** ——

Mme Nada ZAABI BEN NASR

—— **Contact** ——

Adresse : 2, Rue Jabran Khalil Jabran
2010 Manouba

Tél : 70 604 091/ 70 604 044 /70 604 124

Fax : 70604 071

E-mail : benlamine@ises.rnu.tn

Site web : www.ises.rnu.tn

—— **Conception et Impression** ——

L'Imprimerie Officielle

—— **Tirage** ——

1000 copies

SOMMAIRE

Mohamed Lamine Ben Abderrahman : <i>Le parcours de vie d'une personne en situation de handicap suite à un fatal accident</i>	7
Catherine Dziri , Sophie Dziri , Fatma Zohra Ben Salah : <i>Handicap Acquis et Prise en Charge Précoce en Médecine Physique Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle</i>	13
Habiba Jemmali-Fellah : <i>Le pouvoir des mots sur les maux</i>	21
Dr Mejda Hamadi : <i>La réadaptation pilier de l'insertion socio-professionnelle des personnes handicapées : Expérience du Centre de Réadaptation Professionnelle des Handicapés Moteurs et des Accidentés de la Vie (CRPHMAV)</i>	29
Olfa Oueslati : <i>Habitudes de vie, environnement et vécu dans le handicap acquis</i>	39
Khouloud Ben Mohamed Gherbi : <i>Contribution à l'étude clinique des conséquences ultérieures des accidents de la voie publique sur des enfants)</i>	43
Mounira Ilahi Amri : <i>L'accessibilité numérique pour tous : Où en est-on ?</i>	49
S. Tounekti, L. Chemli : <i>Handicap acquis et milieu professionnel</i>	57

Souad Touzri Takari :

*Approche méta-éthique du handicap acquis :
Cas de la commotion cérébrale* 61

Kaouthar Lamouchi Chebbi Marwa Dridi :

*Qu'est-ce que la dyslexie ?
Conceptions d'enseignants du primaire tunisien* 73

Rim Lajimi :

Représentations de l'enfant porteur de handicap chez
des étudiants (licence éducation de l'enfant de l'institut supérieur
des cadres de l'enfance, Carthage, Tunisie) 83

LE PARCOURS DE VIE D'UNE PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP SUITE À UN FATAL ACCIDENT

Mohamed Lamine BEN ABDERRAHMAN

E-Mail : benlamine@ises.rnu.tn

Université de la Manouba

Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

Introduction

L'homme par nature construit et se construit, fait des projets, mène une vie affective avec ses moments de plaisir et de déplaisir et assume une vie professionnelle avec ses hauts et ses bas. Il trouve du plaisir à découvrir et à créer, acquiert de nouvelles connaissances, transmet son savoir et ses valeurs, etc. Les projets et les choses qu'il réalise et accomplit petit à petit, sont autant d'éléments qui donnent du sens à sa vie. Il ne conçoit et n' imagine son futur qu'au travers de cette perspective qu'il projette et élabore minutieusement et quant aux *"accidents, ça n'arrive qu'aux autres !"*.

Mais cette vie *"paisible"* peut être singulièrement contrariée, voire bloquée par la survenue d'un fatal accident qui le confine soudainement dans le monde des handicapés. Cet accident peut avoir un impact majeur sur la sociabilité de la personne accidentée, sur le regard qu'elle pose sur soi, et que pose la société sur elle. Aussi la personne accidentée se voit-elle imposé un nouveau parcours de vie à plusieurs étapes. De l'annonce du handicap et du choc qui s'ensuit, à l'initiation au deuil d'un corps perdu, ce parcours pourra emprunter le chemin du déni, de la révolte, de l'acceptation avant d'envisager celui de la réparation médicale, de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle. Face à ce choc, à ce traumatisme psychique, la personne va traverser cinq phases clés et subir trois types d'intervention.

1. Phase De L'annonce Du Handicap

L'annonce du handicap crée souvent un véritable traumatisme plongeant l'accidenté dans une situation de *déséquilibre* aussi bien physique que psychologique car il s'agit d'un événement et d'un choc totalement inattendus. Cette annonce parle de ce qui est perdu mais aussi de ce qui est préservé, de ce qui appartient encore au domaine du possible. Elle vise à permettre à la personne accidentée de s'inscrire dans sa nouvelle vie en évoquant d'emblée les possibles à côté des pertes. Désormais, il y a un avant et un après, l'impossibilité d'un retour en arrière, le constat d'une innocence perdue.

Tout se passe alors comme si une personne était partagée entre illusion et désillusion : une partie qui admet la réalité, l'autre qui la nie, une partie qui garde l'espoir, etc. Aussi l'annonce du handicap est un traumatisme, une violence psychique qui *remanie* l'identité que l'on s'était jusqu'alors construite.

Selon la psychologue Isabelle Ansieau, les phases du deuil sont :

- Le choc se traduit par une phase de stupeur lorsque l'on découvre que des séquelles pourraient persister après l'accident.
- Le clivage et le déni : c'est le temps où le patient refuse de reconnaître la réalité. Cette réaction est alors une réaction de défense normale, face à une réalité *insupportable*. En effet, pour éviter un effondrement psychique, les accidentés ont recours à un certain nombre de mécanismes de défense, en particulier le clivage et le déni.
- La colère peut être dirigée contre l'entourage, les soignants, les proches, soi-même.
- La dépression peut apparaître en réaction à l'annonce du handicap.
- L'acceptation : « *Dans le handicap, il ne s'agit pas d'accepter l'inacceptable mais de l'intégrer dans sa vie, d'apprendre à faire avec* ». Le déni et la colère s'avèrent inefficaces pour faire revenir l'objet perdu, alors la souffrance est profonde», insiste la psychologue Isabelle Ansieau.

A ce sujet, Robert Murphy (1987) parle de situation de “*liminalité*” qui signifie que les personnes handicapées, suite à un accident, ont perdu un premier statut et n'ont pas encore accédé à un second statut; elles sont dans une situation intermédiaire et flottent entre deux états ; deux statuts de validité, celui d'avant, celui des autres et celui qu'on devrait retrouver, qui est soi-disant souhaité par les autres. Et même lorsqu'elles reviennent prendre une nouvelle place, ou la leur antérieure, elles continuent à être vues et traitées comme demeurant dans une situation d'entre-deux. Ainsi elles ne sont ni rejetée, ni pleinement acceptées ; ni mises à l'écart, ni intégrées. Cependant, quand la personne accidentée saisit qu'il n'y a plus retour en arrière possible ; elle prend pleine conscience de la perte et accepte sa nouvelle réalité. A ce moment-ci, la guérison commence.

2. Phase De L'intervention Médicalisante

Accepter la perte (perte physique, perte d'un statut social, etc.), c'est commencer à accepter son nouveau corps. La survenue d'un handicap en cours de vie est souvent suivie, du moins dans l'immédiat de l'hospitalisation. Cette phase correspond donc à la “*réparation*” de ce qui a été endommagé et/ou abîmé. C'est la médecine spécialisée qui va s'occuper de l'accidenté. Son intervention consiste à réparer les dysfonctionnements fonctionnels de la personne accidentée.

C'est durant cette période que la personne prend conscience de l'étendue de son handicap et de la réalité de son nouveau corps, lorsque ses dysfonctionnements fonctionnels la laissent dans une relation de grande dépendance pour la satisfaction des besoins

quotidiens les plus élémentaires. Cette relation, ramène souvent le patient, à un sentiment d'infantilisation ou de dé-responsabilisation.

3. Phase De L'intervention Para-Médicalisante

Cette phase correspond au premier type d'*autonomisation* à faire acquérir à la personne accidenté. Il s'agit ici de '*L'autonomisation fonctionnelle*' qui se résume à la rééducation et à la réadaptation fonctionnelles de la personne accidenté et vise la récupération maximale de son potentiel corporel et/ou psychique. Ce travail de rééducation repose sur l'apprentissage par étapes des différentes techniques du corps, en fonction de l'évolution physique de l'accidenté. Il s'agit de lui faire apprendre à effectuer les gestes qui lui permettront d'être la plus autonome et indépendante possible. Les phases de rééducation et de réadaptation vont être des étapes importantes au cours desquelles les travaux de reconstruction identitaire et de deuil d'une partie de "soi" vont pouvoir s'effectuer.

4. Phase De L'intervention Éducative

Cette phase correspond au second type d'autonomie à faire acquérir à la personne accidenté. Il s'agit ici de '*finaliser les capacités fonctionnelles réparées*', c'est-à-dire, aider la personne accidentée à être plus performante dans ce qu'elle entreprend et à acquérir les apprentissages utiles à sa ré-inclusion sociale et professionnelle. Ces apprentissages doivent satisfaire des besoins immédiats, prioritaires, urgents (sociaux, cognitifs, psychologiques, moteurs, etc.). C'est la période de traiter les maladroises gestuelles, les tendances de repli sur soi, de honte ou de culpabilité ; période durant laquelle la personne a besoin d'être soutenue pour contrer le repli, la rage et le désespoir dans les quels elle s'installe.

Grâce à ces trois types d'interventions (médicale, paramédicale et éducative), la personne accidentée accède à une nouvelle étape d'*autonomie* et conséquemment à un nouveau palier d'*équilibre*. Les personnes accidentées ont besoin de ces trois types d'intervention et de ces deux types d'autonomisation, qui, ensemble, produisent une dynamique féconde. Toutefois, les résultats gagneraient en fécondité et en efficacité si l'intervention para-médicale et l'intervention éducative étaient assurées par des intervenants particuliers (*les pair-émulateurs*)¹.

Les trois interventions exigent par ailleurs une posture, une manière d'être aux personnes accidentées. À ce titre, la prise en charge de ces derniers ne saurait être confinée à une intention d'opérationnalisation de ses visées : elle requiert un travail de l'intervenant, quel que soit son statut, sur son rapport à lui-même, à ses semblables et au monde. En effet, comment amener la personne accidentée à évoluer sans une dimension d'utopie, sans un

1- Les pair-émulateurs sont des personnes handicapées ayant une formation adéquate et jouissant d'une inclusion dans la société et qui peuvent soutenir le parcours de prise de conscience, de développement personnel et de renforcement de capacités d'autres personnes en situation de handicap.

horizon imaginaire ? Imaginer que quelque chose est possible pour le rendre possible. Il en est ainsi de tout projet d'émancipation et d'autonomisation de l'autre.

Il importe, à cet égard, d'être conscient qu'une personne accidentée puisse ne pas accepter *a priori* le changement ou l'amélioration voulue et imposée de l'extérieur; il peut faire preuve de refus, de rejet, d'opposition, de résistance, de mécanismes de défense, d'abandon, etc.

Il ne s'agit donc pas de nier l'existence d'un rapport de pouvoir dans toute intervention, mais de mettre en évidence l'indispensable nécessité pour tout intervenant d'en user prudemment, de façon réfléchie et critique, dans le sens de bienveillance et avec la conscience claire des enjeux sociaux et culturels que portent les différents types d'interventions précitées. Dans cette perspective, quelle posture devrait adopter l'éducateur spécialisé pour optimiser son intervention éducative ?

Cette posture repose sur 3 principes :

1- Principe de l'éducabilité

En paraphrasant Philippe Meirieu, (2013) l'éducateur spécialisé :

- ne peut éduquer sans supposer la personne en situation de handicap "*éducable*". Ce postulat est une exigence éthique et professionnelle,
- L'intervention éducative n'est réussie que quand la personne en situation de handicap décide elle-même, en toute autonomie et liberté, de son destin.

L'éducateur spécialisé peut construire des dispositifs et préparer des situations pour l'aider à prendre son autonomie mais, seule, la personne en situation de handicap peut accéder à sa liberté. D'où la double nécessité pour l'éducateur spécialisé :

- d'exercer son pouvoir
- de se séparer de celui-ci pour que la personne en situation de handicap le prenne.

En effet, '*pouvoir utiliser seul et à sa propre initiative ce que l'on a appris, c'est s'émanciper de celui qui vous l'a appris*'. En éducation spécialisée, le rôle de l'éducateur consiste à articuler "Éducabilité/Liberté"

- L'éducabilité sans respect de la liberté est dressage.
- Le respect de la liberté sans éducabilité est abstention éducative.

Cette autonomie est, en réalité, un gage de prudence et une exigence éthique pour permettre de faire échapper l'intervention éducative au dressage et éviter les dangers du principe d'éducabilité (violence, manipulation, volonté de briser la résistance de l'autre). Le même auteur souligne que :

- À vouloir éduquer à tout prix la personne en situation de handicap, on risque de basculer dans la violence ;
- À vouloir éduquer à tout prix la personne en situation de handicap, on risque de basculer dans la folie ;

- À vouloir éduquer à tout prix la personne en situation de handicap, on risque de vouloir briser la liberté de l'autre... Et nier ainsi toute éducation.

2- Le principe de l'action adaptée

Agir selon le principe : « *de chacun selon ses capacités à chacun selon ses besoins* », c'est-à-dire, tenir compte des capacités réelles de la personne en situation de handicap et de la priorité d'un besoin éducatif sur un autre.

3- Le principe de non-réciprocité

L'éducateur doit tout mettre en œuvre pour que la personne en situation de handicap réussisse... Mais il ne peut exiger d'elle :

- Ni la reconnaissance,
- Ni l'affection,
- Ni même la réussite...

L'éducateur spécialisé doit exiger le meilleur... Et accepter le pire... Et, surtout, continuer d'exiger le meilleur après avoir accepté le pire !

En guise de conclusion, toute personne en situation de handicap est d'abord dépendante et hétéronome ; elle a besoin d'interventions/médiations nécessaires mais provisoires pour devenir autonome. La fin de l'éducation spécialisée est bien l'autonomie de la personne en situation de handicap.

Bibliographie

- ANSIEAU Isabelle, psychologue Handicap suite à un accident : quelles conséquences ... (Unité de médecine physique et réadaptation) à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, <http://www.vivreenaidant.fr/psycho/parler-et>.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2010). Evaluation du projet : *intégration scolaire des enfants handicapés tunisiens en milieu scolaire ordinaire*. Publication du Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2011). Le rapport des professionnels de l'enseignement au projet d'intégration scolaire des enfants handicapés en Tunisie. In *Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 53 1^{er} trimestre 2011, pp 167-186.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2011). Accueil des enfants handicapés : le métier enseignant bousculé In *Revue Cahiers Pédagogiques* n° 490, juin 2011 pp 64-65.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2011). Tunisie : Rejet et intégration scolaire des enfants porteurs de handicap. *Revue Diversité : Ville Ecole Intégration* n° 166, octobre 2011 pp 166-171.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2012). Sens et valeur de la scolarisation des handicapés chez les professionnels de l'enseignement. *Psychologie et Education* n° 2012-1, pp. 43-56.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2013). Quelques idées pour la réussite de l'inclusion scolaire des enfants en situation de handicap. In *Revue de l'adaptation et de la scolarisation*, n° 60.

- B. ABDERRAHMAN M-L. (2014). Penser Transdisciplinarité, une perspective nouvelle pour la recherche et l'éducation dans le domaine du handicap. In Revue *Handicap et prévention*, n°33, pp.15-20, Edition : Institut Supérieur de l'Education Spécialisée.
- B. ABDERRAHMAN M-L. (2015). Les compétences professionnelles de l'Educateur Spécialisé du 21^{ème} siècle en charge des personnes âgées. In Revue *Handicap et prévention*, n°34, pp. 19-25, Edition : Institut Supérieur de l'Education Spécialisée.
- BLAISE J.-L. (2002) *Liminalités et limbes sociaux : une approche anthropologique du handicap*, thèse pour le doctorat d'anthropologie historique, université Paris 7 Denis Diderot, 30 avril.
- Esprit, (1999). Quelle place pour les personnes handicapées ? (coordination H.J. Stiker), n°12.
- FREUD S. (1985). *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Gallimard,
- GARDOU C. (1997). *Les personnes handicapées exilées sur le seuil. revue européenne du handicap mental*, Vol. 4, N°14.
- GOFFMAN E. (1995) *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit.
- KORFF-SAUSSE S. (1996). Le handicap : figure de l'étrangeté, dans *Trauma et devenir psychique*, sous la direction de Maurice Dayan, Paris, P.U. F., *Le miroir brisé, l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy,.
- MEIRIEU Ph. (2013). Pédagogie. Des lieux communs aux concepts clés, ESF éditeur - Café pédagogique.
- MEIRIEU Ph. (2013). *Le choix d'éduquer - éthique et pédagogie*, Paris, ESF éditeur, 1991.
- MURPHY R. (1987). *Vivre à corps perdu*, Paris, Plon, Col. terre Humaine, 1990 (texte anglais *The body silent*).
- TURNER V. W. (1990). *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris, P.U. F.
- VAN GENNEP A. (1969). *Les rites de passages*, 1ère éd. 1909, Paris, Picard.

HANDICAP ACQUIS ET PRISE EN CHARGE PRÉCOCE EN MÉDECINE PHYSIQUE RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

*Catherine Dziri , Sophie Dziri, Fatma Zohra Ben Salah
Service de Médecine Physique Réadaptation Fonctionnelle
Institut National d'Orthopédie M. Kassab
Faculté de Médecine de Tunis*

Les déficiences motrices sources de handicap peuvent être **d'origine congénitale ou héréditaire** (correspondant à un groupe de pathologies secondaires à une perturbation survenue dans la formation de l'individu in utero) ; l'enfant naît avec sa pathologie, même si elle n'est pas toujours patente dès la naissance, **ou d'origine acquise** : suite à un accident (accident domestique, de travail, de sport, de la voie publique), une maladie ou le simple vieillissement.

C'est ce deuxième groupe « handicap acquis » qui va être exposé, en mettant en relief l'intérêt de la prise en charge précoce en Médecine Physique Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle.

La Médecine Physique - Réadaptation Fonctionnelle (MPRF) est une spécialité médicale qui assure la coordination et l'application des mesures pour prévenir, réduire les conséquences depuis le début de l'affection jusqu'à la réinsertion (à domicile / familiale et si possible professionnelle), et même surveiller la qualité de la réinsertion. De nombreux moyens de rééducation existent et doivent être utilisés à bon escient selon l'approche globaliste de la personne présentant un handicap acquis en tenant compte du maximum de bénéfices avec le minimum de contraintes et en cherchant toujours l'amélioration du confort et de la qualité de vie.

Après une évaluation détaillée, la prise en charge en MPRF comporte plusieurs moyens, chacun ayant un but bien défini : massages (massothérapie), postures et mobilisations passives, kinésithérapie active, kinébalnéothérapie, physiothérapie (agents physiques : thermothérapie, cryothérapie, électrothérapie, vibrothérapie), ergothérapie, orthophonie, appareillage (orthèses, prothèses, aides techniques). Les objectifs principaux sont l'antalgie, le gain articulaire, la rééquilibration musculaire, la proprioception/posture/équilibre, l'équilibre vésicosphinctérien et anorectal, l'aspect fonctionnel (marche, préhension, ...) et donc l'autonomie.

Il existe aussi des actions à visée sociale : comportant éventuellement un accompagnement pour la scolarité, un reclassement / aménagement professionnel, une mise en invalidité / retraite anticipée, l'obtention d'une carte de handicap moteur ; ainsi que des actions à visée psychologiques : avec un accompagnement psychologique, une prise de conscience corporelle, un meilleur contrôle de la douleur et des stratégies de coping.

La personne handicapée est avant tout un sujet

Enfant ou adulte, porteur d'un handicap moteur avec ou sans troubles associés la personne handicapée est un sujet qui partage notre humanité et s'insère dans la société où nous vivons. On distingue 2 cas selon la période à laquelle est survenue la déficience motrice : à la naissance, petite enfance ou à l'âge adulte.

Déficience motrice survenue dans la petite enfance / enfance

Il faut en plus tenir compte de l'influence de la cause de la déficience motrice sur le développement psychomoteur de l'enfant et tenir compte de la croissance (surtout en phase pré et per pubertaire).

Cas de l'adulte

Si le handicap provient à la suite d'un accident ou d'une maladie, alors que la personne est adolescente ou adulte, l'abord psychologique sera celui du traumatisme et du deuil. Deux éléments sont à prendre en compte : d'une part, les forces et les faiblesses du sujet blessé, quand il doit se confronter à la réalité traumatiques. Où en était-il dans son projet de vie ? Comment vivait-il ? Qu'est ce qui importait pour lui ? Chaque cas est différent et il va falloir composer avec l'histoire individuelle de chacun. D'autre part, face à ce qui lui arrive, le sujet, dans cette confrontation, va traverser différents stades qui sont des défenses psychologiques.

1°- Le refus : « non, ce ne peut être vrai »

Ne plus marcher, ne plus sentir certaines parties de son corps, on ne peut y croire. Le refus est la première technique utilisée par tous. La dénégation est un amortisseur après le choc de nouvelles brutales, qui permet au malade de se recueillir, puis, avec le temps, de mettre en œuvre d'autres systèmes de défense moins exclusifs. Il s'agit d'une défense temporaire, suivie d'une acceptation partielle. Les soignants ne contrediront pas ce refus. C'est leur présence professionnelle qui va aider malade et famille à surmonter cette première étape nécessaire.

2°- L'irritation : « pourquoi moi ? »

L'irritation va être projetée dans toutes les directions sur l'entourage, les soignants, bien souvent au hasard. A cette période, de quelque côté que se tourne le malade, il n'a y a que des injustices. Or un patient qu'on respecte, qu'on comprend, auquel on accorde de l'attention et un peu de temps ne tardera pas à baisser le ton et à atténuer ses exigences agressives. Suit une phase de marchandage.

3°- La dépression

Mais le temps passe, rien ne change. Le sujet sait qu'il a perdu quelque chose d'essentiel. Il entre dans la dépression. Les pertes peuvent être multiples : atteintes physiques, mais aussi atteintes dans le projet de vie (problèmes financiers, nécessité de déménager, astreinte des soins, ..) et atteintes narcissiques dans l'image et l'amour qu'on a de soi-même. Tant que la personne est hospitalisée ou dans une phase de récupération – réadaptation, on reste souvent dans les premières étapes. Les tétraplégiques/paraplégiques présentent souvent à 3 ans d'évolution de profondes dépressions, avec des renoncements douloureux. Mais c'est parce qu'ils auront pu exprimer leur tristesse et leur chagrin qu'ils pourront aborder la dernière phase qui est celle de l'acceptation et de la reconstruction.

4°- Le deuil

Il y a eu perte. Cependant, le sujet reste entier dans ses capacités d'aimer et d'être en relation. Des réaménagements et investissements nouveaux vont alors être possibles. L'enjeu de cette longue période de deuil est de permettre au sujet des renoncements extrêmement douloureux, sans que se surajoutent des incapacités à la relation qui sont mutilantes humainement.

Cette prise en charge centrée sur la personne handicapée et sa famille est donc interdisciplinaire, faisant intervenir les médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, appareilleurs, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, ... Elle sera adaptée au patient, selon la pathologie principale/pathologies associées, en fonction des bilans, dans une démarche commune, en évitant de mettre la personne handicapée en situation d'échec. Cette prise en charge évolutive comportera chronologiquement : l'installation, positionnement, prévention des complications de décubitus (attitudes vicieuses, escarres, ...) (Figure 1); la rééducation ; la réadaptation et enfin le projet de vie.



Figure 1 : Bonne installation au lit d'un patient paralysé

La prise en charge précoce s'applique dans divers cadres de déficiences motrices acquises ; elle optimise l'évolution fonctionnelle et évite les « surhandicaps »

Les déficiences motrices acquises par accidents :

La prévention primaire des accidents, qu'il s'agisse d'accidents du travail – de la voie publique – de sport – domestique - agression reste essentielle.

La prise en charge secondaire en MPRF doit débiter précocement dans les services de réanimation/unités de soins intensifs, chirurgie pour éviter les complications de décubitus (escarres, raideurs articulaires, rétractions musculotendineuses,...) risquant d'aggraver le pronostic fonctionnel ; puis le programme de MPRF sera adapté selon l'évolution du patient.

Le traumatisme crânien : associe des déficiences motrices variables (tétraparésie, hémiplégie,...) à des troubles neuropsychologiques le plus souvent méconnus. La récupération motrice (moyennant rééducation spécifique précoce et bien conduite) est souvent favorable ; mais la qualité de la réinsertion scolaire et professionnelle dépend des troubles des fonctions supérieures et du comportement associés.

Les traumatismes vertébro-médullaires avec signes neurologiques présentent des déficiences sensitivo-motrices bien systématisées selon le niveau du traumatisme, donnant des tableaux de tétraplégie / paraplégie, avec des troubles vésico sphinctériens et anorectaux. La prise en charge en MPRF cherche à favoriser la meilleure autonomie fonctionnelle selon la récupération neurologique, en évitant les complications de décubitus et en assurant un équilibre de la neurovieillesse. Des appareillages sont souvent nécessaires : matelas anti escarres, lit médicalisé, fauteuil roulant paraplégique avec coussin en gel en insistant sur l'athlétisation des membres supérieurs et le soulèvement régulier (Figure 2), verticalisateur, grands appareils de marche.



Figure 2 : Athlétisation des membres supérieurs chez un jeune tétraplégique

Les fractures complexes de membres après traitement orthopédique ou chirurgical justifient d'une prise en charge précoce en MPRF pour éviter les troubles circulatoires, les phénomènes douloureux, l'amyotrophie, les troubles proprioceptifs.

Les amputations de membre représentent une importante atteinte de l'intégrité corporelle. Il convient d'assurer parallèlement aux soins de cicatrisation du moignon, des soins de MPRF précoces reposant sur la contention du moignon avec bandage en huit, un bon positionnement du membre amputé (pour éviter les déformations

articulaires sus jacentes), un travail spécifique musculaire et articulaire du membre amputé – sans oublier l’entretien articulaire et musculaire des autres membres pour empêcher la survenue de désadaptation à l’effort. La prothèse sur mesure doit rapidement être confectionnée, avec programme kinésithérapique et ergothérapique, pour remplacer le membre amputé et retrouver une meilleure autonomie.

Les polytraumatismes associent à des degrés divers des traumatismes de divers appareils (crâne, musculosquelettique, abdominal, respiratoire, urinaire). En situation d’urgence, un traumatisme peut être méconnu. La prise en charge multidisciplinaire précoce et poursuivie s’impose. La guidance parentale est essentielle (Figure 3).



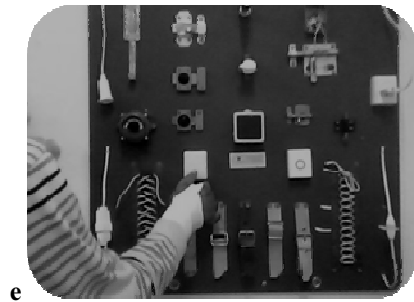
Figure 3 : guidance parentale supervisée par un orthophoniste pour les troubles de la déglutition et des praxies bucofaciales chez un

Les brûlures et les plaies : Certaines brûlures ou plaies complexes peuvent être à l’origine de déficience motrice par les limitations articulaires qu’elles peuvent provoquer. La prise en charge précoce en MPRF se fait parallèlement à la cicatrisation, pour mieux la diriger, en luttant contre les adhérences cutanées, la formation de brides, ainsi que les phénomènes douloureux.

Les déficiences motrices acquises par maladies

De nombreuses affections neurologiques peuvent être à l’origine de déficience motrice acquise.

L’accident vasculaire cérébral causant une hémiplégie représente la première cause de handicap chronique chez le sujet âgé. Il peut s’agir d’un accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique. Le tableau varie selon la localisation et l’importance de l’atteinte vasculaire. La bonne installation initiale, les techniques de neuroréadaptation (kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie) permettront d’améliorer l’évolution fonctionnelle (Figures 4). Des appareillages peuvent être nécessaires dans les mauvaises évolutions (écharpe de soutien du membre supérieur, orthèse de repos poignet main, orthèse releveur de marche, canne, fauteuil roulant).



Figures 4 : Prise en charge d'un patient hémiplegique droit

- a. positionnement du membre supérieur paralysé au lit
- b. thérapie par miroir
- c. travail de récupération du membre supérieur droit
- d. travail de préhension de la main
- e. mise en situations quotidiennes sur tableau d'ergothérapie

La sclérose en plaques : première cause de handicap non traumatique du sujet jeune. Cette maladie inflammatoire chronique du système nerveux central comporte des lésions démyélinisantes et axonales de la substance blanche, disséminées dans le temps et l'espace (poussées lésionnelles), à l'origine d'un polymorphisme clinique.

La maladie de Parkinson est une maladie dégénérative affectant surtout l'adulte vers 55 ans - mais avec une forme de l'adulte jeune en Tunisie, d'installation insidieuse, progressive, avec hypertonie, akinésie, tremblement (lent, de repos, s'atténuant au mouvement) et des troubles de l'adaptation posturale.

Les neuropathies constituent un vaste groupe d'atteinte périphérique, d'étiologie variable, avec des tableaux sensitivomoteurs plus ou moins étendus et handicapants.

Les rhumatismes inflammatoires sont d'autres causes de déficiences motrices.

La spondylarthrite ankylosante, plus fréquente chez l'homme jeune, se caractérise par une atteinte axiale (rachis, bassin) avec des atteintes périphériques source de retentissement fonctionnel important et des atteintes cardiaques/oculaires graves.

La polyarthrite rhumatoïde intéresse plus la femme jeune, avec une atteinte bilatérale et symétrique de plusieurs articulations, avec évolutions vers la destruction articulaire et les déformations.

L'arthrite idiopathique juvénile survient dans l'enfance.

Quant aux rhumatismes dégénératifs comme l'arthrose, l'atteinte progressive du cartilage, intéresse l'adulte et la personne âgée, avec des localisations variables selon le morphotype, les activités.

Dans tous les cas, en association au traitement médicamenteux, la prise en charge précoce en MPRF limite les destructions articulaires avec déformations ostéo articulaires (appareillage) et améliore la fonction. Des protocoles d'éducation thérapeutique et d'autorééducation sont essentiels. La prise en charge rééducative se conçoit aussi en péri opératoire (prothèse de hanche, prothèse de genou) (Figures 5).



Figures 5 :

- a) rééducation proprioceptive du membre inférieur post opératoire (prothèse totale de genou)
- b) rééducation à la marche avec obstacles

D'autres maladies peuvent aussi entraîner une déficience motrice par la désadaptation globale et l'amyotrophie, comme le diabète (source de déficience motrice par le biais des neuropathies diabétiques, artériopathies diabétiques, pied diabétique), les affections cardio-vasculaires, les affections pulmonaires, l'insuffisance rénale chronique.

Les déficiences motrices acquises par vieillissement

Le simple vieillissement des divers appareils (squelette, muscles, tendons, cœur, poumons, nerfs, systèmes sensoriels...) est source de diminution des performances globales, troubles de la posture, troubles de l'équilibre,...Parfois, il s'agit d'aggravation de troubles statiques des pieds préexistant lors de l'avancée en âge.

Les déficiences motrices acquises idiopathiques

Ces déficiences sans cause identifiée sont de plus en plus rares avec le développement des moyens modernes d'évaluation (biologique, d'imagerie médicale, d'électrophysiologie,...).

En conclusion :

La médecine physique réadaptation fonctionnelle est une spécialité médicale transversale, interdisciplinaire, devant être mise en place précocement quelle que soit la cause de la déficience motrice acquise, afin d'éviter toute complication et de favoriser l'autonomie. La guidance parentale/familiale et l'éducation thérapeutique du patient doivent être correctement initiées et contrôlées.

Références :

- Delcey M. Introduction aux causes de handicap moteur. In Déficiences motrices et situations de handicaps, aspects sociaux, psychologiques, techniques, sociaux et législatifs - Ed. APF – 2002, p.143-151
- White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med. 2007 Jan ; (45 Suppl) : 6-47.
- Médecine Physique et de réadaptation. Référentiels des Collèges. Elsevier Masson 5^e édition (2015)

LE POUVOIR DES MOTS SUR LES MAUX

Habiba Jemmali-Fellah

E-mail : simhib@yahoo.fr

Université de la Manouba

Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

Introduction :

Nous avons envie de commencer par dire que les mots s'épuisent souvent lorsqu'il s'agit d'exprimer ses supplices, ses amertumes, ses angoisses et ses crève-cœurs. Mais faut-il se résigner à se taire ? Faut-il attendre que quelqu'un d'autre décide de notre destin à notre place ? Ou faut-il se redresser pour se réaffirmer et convertir le destin ? Autant de questions nous taraudent l'esprit en prélude à ce projet qui traite essentiellement de la valeur des mots dans la prise en charge de la douleur morale des individus particulièrement ceux qui sont en proie au désarroi.

Le rôle d'un enseignant est avant tout de partager son savoir mais aussi d'observer, d'écouter et de réagir aux réflexions et aux interférences ou encore interdépendances des apprenants. Au fil du temps, se crée alors inéluctablement un lien relationnel très emblématique entre les deux. A cet endroit, nous tenons à souligner toute la portée symbolique de l'approche interactive qui s'impose progressivement au sein des structures pédagogiques modernes. La pratique de la langue est conçue à partir de là comme un outil de communication et de prise en charge de l'apprenant rencontrant des difficultés de compréhension, d'expression ou même d'handicap psychologique. Au même égard les mots acquièrent toute leur importance significative à la fois éthique et thérapeutique. En effet, la langue est un moyen voire un espace cathartique pour les apprenants et les enseignants aussi. Dans le présent travail, il est un peu difficile de nous attarder sur toutes les facettes de la vertu allégorique des mots d'une manière générale, c'est pourquoi nous avons choisi de nous focaliser plutôt sur quelques témoignages littéraires de certains auteurs qui ont été eux-mêmes victimes d'accidents de la vie courante et qui ont opté pour l'illustration de leurs handicaps acquis à travers l'écriture. Ainsi, l'art de l'expression traite et intervient directement sur la difficulté de dire les choses et il importe donc beaucoup d'avoir des connaissances tant en art de la parole, qu'en sciences humaines et sociales car ce genre de stratégie communicative vise principalement l'acquisition de compétences relationnelles, de connaissances en psychologie et de connaissances pratiques dans la discipline linguistique.

En revanche, il est expédient de préciser que les auteurs n'accordent plus autant d'importance à la dimension éthique qui se veut de plus en plus occultée de nos jours, et ce, sous le prétexte de l'évidence et du concept de priorité qui la détermine comme facultative face aux impératifs universels d'actualité. En outre, la notion de l'humain est relativement peu revisitée par rapport à tous les autres concepts qui pèsent sur la langue et implicitement sur son rôle thérapeutique. Toutefois, pour ceux qui vivent cette désillusion du monde moderne croulant sous le poids de l'indifférence et du dégageant de la cause humaine, il demeure indispensable d'évoquer tour à tour le besoin de s'exprimer pour dire à quel point leur expérience est *suis generis* et de préciser à quel point leur interlocuteur est appelé à être humain dans son écoute, sa communication, sa reconsidération des faits et même ses actes.

A cet effet, notre étude portera sur deux axes principaux, celui des témoignages vifs de certaines victimes d'accidents de la vie qui se sont livrées à bon escient à l'exercice de s'exprimer dans l'espace littéraire pour traduire et partager leurs affections et le deuxième axe tournera autour de la dimension éthique de l'art de la parole en tant que moyen thérapeutique infaillible.

I- L'art de traduire ses douleurs dans le texte littéraire :

Des témoignages vifs et poignants des accidentés de la vie

Il est important de souligner que notre choix de retenir quelques exemples d'expériences humaines à même, en notre sens, de relater le passage de la relation orageuse de la personne présentant un handicap avec le monde extérieur vers une délivrance partielle ou parfois même totale, et ce, par le moyen de l'expression orale ou écrite, n'a pas été une mission facile. En outre, la détermination de cet éventail de supports en tant que données illustratives a été opérée dans une visée éclectique et non pas exhaustive, vu la matière dense de ce grand chantier qui réfère à toute la charge émotionnelle transcendant la quête du public concerné à partager des affres profonds dans le but d'immortaliser des vécus exclusifs, d'atteindre une certaine autonomie morale, ou peut-être physique si possible. Ainsi, il est loisible de mettre l'accent sur tout le pan humain qui se dégage de cette perspective de stimuler le pathos du lectorat ou de l'auditoire universel. Tel est à nos yeux le rôle de la langue qui permet à l'être humain de dire son mal être, ses émois mais aussi ses espoirs. Il nous semble, inéluctable de revenir sur les supplices intarissables des personnes portant un handicap physique ou encore intellectuel, notamment celui survenu suite à un accident dramatique, surtout lorsque ces mêmes personnes n'ont aucun moyen, ni prérequis pour pouvoir prendre le train de la vie en marche, c'est-à-dire s'adapter à leurs nouveaux manques et s'en accommoder, tout en mesurant que selon nous, l'expression s'avère peu idoine par rapport à l'importance du contexte.

Au demeurant, nous tenons à dire aussi à quel point nous demeurons admiratifs face au courage de tous ceux qui refusent d'avorter leur projet de dépasser le handicap, d'aller

vers l'autre, de se libérer, en racontant avec leurs propres mots, leurs corps et leurs âmes une histoire qui est la leur et qui leur permet une meilleure socialisation ou encore communication avec l'autre. Nous pensons qu'il s'agit là d'un grand pas vers l'autonomie et de démontrer encore une fois la part ubuesque des préjugés normatifs préétablis par la société. En réalité, ce genre d'initiative révèle que les critères de normalité sont surannées voire sclérosées car ils se fondent sur des idées reçues qui relèguent les victimes des accidents de la vie courante à un rang de subordination préjudiciable, alors que ces dernières sont des êtres humains dotés de facultés qui ne sont pas données à d'autres personnes dites valides. Par voie de conséquence, cette idée permet de prendre conscience que dans la vie, les hommes ont le droit à la différence et le droit à s'affirmer dans cette différence, en usant de leurs propres moyens pour partager leurs émotions, et ce, dans un élan de complémentarité et de compassion louable. Une résolution en voie de perdition de plus en plus face à la poussée moderniste qui pourfend ou plutôt entrave la bonne marche des processus humanitaires et des développements culturels en gestation. Cependant, les tentatives de subvertir l'ordre des faits et d'apporter du changement au niveau de la vision de la société vis-à-vis des personnes ayant un handicap, sont conséquentes en termes d'abondance et de talent.

A vrai dire, nombreux sont les témoignages vibrants qui vont dans ce sens et qui nous transportent à travers la magie des mots à vivre les maux de tous ceux qui ont mené un combat vaillant contre les accidents de la vie. Nous les avons lus, observés, ressentis et parfois même vécus l'intervalle d'un livre ou d'un film où le handicap devient porteur d'une valeur morale absolument positive.

Pourtant, pendant longtemps le handicap s'est limité à une définition convenue comme suit : *«Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant»*¹

Il est vrai que le handicap signifie tout ce qui a été détaillé dans la loi sus-indiquée, mais ce n'est pas uniquement cela, car il regroupe également un champ beaucoup plus large qui évolue à travers l'espace temps, celui de l'humain qui aspire à l'autonomie malgré l'obstacle organique. A cet endroit, il serait intéressant de revisiter la précédente loi tenue de s'ouvrir sur toutes les questions qui résultent du postulat initial portant sur l'handicap, et ce, en vue de souligner la corrélation viscérale qui existe entre la dépendance et l'autonomie.

En littérature, l'histoire de l'handicap regorge de grandes commémorations de récits de vie qui ont basculé du jour au lendemain suite un accident ou une maladie. Au début du

1- Loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

vingtième siècle, les personnes souffrant d'un handicap étaient souvent décrites comme des membres passifs et assistés socialement, mais le public s'est rapidement rendu compte de ce grand délit commis en toute impunité à l'encontre de ces mêmes personnes.

Il faut attendre la fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt pour voir naître des œuvres très engagées comme *L'homme qui marchait dans sa tête*² de Patrick Ségol qui, pour sa part, prône clairement les nouvelles valeurs de l'intégration et de l'autonomie sociale voire scripturale. Au même égard, nous relevons tout un arsenal d'œuvres militantes qui proposent de véritables leçons de vie visant à prouver que le handicap est une épreuve surmontable tout à fait comme les autres épreuves de la vie humaine.

Les années qui vont suivre seront aussi déterminantes car propices à la création littéraire sur la question du handicap acquis et elles verront ainsi se cristalliser de nouvelles histoires à l'image de celle relatée par François Dolsky dans son livre *Comme un pingouin sur la banquise*³. Mais nous citerons surtout la grande œuvre de Jean-Dominique Bauby, *Le scaphandre et le papillon*⁴ qui nous plonge au cœur d'une aventure incroyable, en défiant les lois aliénantes de l'handicap survenu suite à une attaque cérébrale et en racontant sa vie à travers un simple clignement de l'œil gauche. L'œuvre *Cavalcade*⁵ de Bruno de Stabenrath célèbre également la lutte pour exister loin de l'entrave du corps, démontrant encore une fois les possibilités de concrétiser le rêve qui porte en lui-même la cause de l'handicap de révolutionner la réalité.

De fait, la plupart de ce genre de production littéraire feront l'objet de grandes adaptations cinématographiques qui auront un franc succès à l'époque et fort heureusement, elles ne seront pas des projets militants uniques, ni rares car ils seront suivis de plusieurs autres travaux particulièrement remarquables.

Au cinéma, les personnages handicapés jouaient souvent le rôle de personnages seconds et qui au service des protagonistes vedettes, mais les choses ont commencé vraiment à changer les deux dernières décennies et nous avons vu apparaître de grands chefs-d'œuvre comme *Les intouchables*, un film français réalisé en 2011 par Olivier Nakache et Eric Toledano.

Le héros de cette fiction dramatique est un homme victime d'un accident de parapente qui se lie d'une amitié très symbolique avec son auxiliaire de vie, et à partir de là émerge toute la portée non verbale de la communication. Nous sommes face à une fonction très importante du langage, celle du non-dit, de la gestuelle et de l'expression émotionnelle.

2- Patrick Ségol, *L'homme qui marchait dans sa tête*, Paris, éditions Flammarion, 1977.

3- François Dolsky, *Comme un pingouin sur la banquise*, Paris, éditions Broché, 1990.

4- Jean Dominique BAUBY, *Le Scaphandre et le Papillon*, Paris, éditions Robert Laffont, 1997.

5- Bruno de Stabenrath, *Cavalcade*, Paris, éditions Robert Laffont, 2001.

Il faut dire que les exemples ne manquent pas du tout, ni en littérature, ni au cinéma, mais il est très difficile de les recenser tous, en raison des impératifs limitant les spectres de la recherche à une matière raisonnable en terme de production. C'est qu'il est impossible d'aborder une panoplie de témoignages plus large, mais l'essentiel c'est de retenir la convergence de la plupart de ces derniers vers une visée humaniste, en proposant un renouvellement de la lecture du volet éthique en rapport avec la polémique épineuse à propos de la question de l'handicap acquis et en levant le voile sur toutes les zones d'ombre qui planent sur les nouvelles formes de discriminations latentes.

II- La dimension humaine de l'expression verbale :

Sur le plan pratique, la parole qu'elle soit écrite ou orale offre un véritable lieu de communication qui a une ascendance conséquente sur le plan psychologique ou encore social des individus, notamment sur les accidentés de la vie qui prennent constamment conscience de cet enjeu. Les études consacrées à ce domaine ont élargi leurs champs d'investigation, en impliquant plusieurs nouveaux paramètres de l'environnement des actes de langage. Dès lors, sous l'égide de l'art thérapeutique de la parole, l'écriture a endossé l'habit d'un médiateur voire d'un vecteur efficient dans le processus de la réinsertion sociale des personnes qui ont eu un handicap par accident. Ces dernières ne sont plus en état d'aphasie expressive ou communicative, au contraire elles contribuent, par des actions en amont, à la reconnaissance de l'handicap acquis par accident afin d'inciter, en aval, c'est-à-dire sur le terrain, à reconsidérer les difficultés endurées par les patients et à permettre par la même à une meilleure prise en charge sociale voire médicale. Au même titre, ils cherchent à sensibiliser le lectorat universel au sens de l'humain et à l'importance de la question éthique qui doit sciemment se dégager de l'espace littéraire. A leurs yeux, cette même portée doit primer au sein de tous les domaines de la vie, notamment au sein du milieu médical et académique en vue de garantir une promotion prolifique et efficace de toutes les vertus de ces métiers tenus d'être nobles avant tout. Dans ces perspectives, les chercheurs se sont appliqués à démontrer comment les relations entre l'enseignant et l'apprenant portant un handicap ou encore entre le médecin et le patient doivent accorder une part césarienne au mode d'expression qui aide les personnes aux besoins spécifiques à formuler et à conjurer leurs hantises, à se redécouvrir, à identifier leurs besoins et à être en contact direct avec leurs penchants et résistances et enfin à communiquer avec le monde subjectif de soi et de l'autre.

Le livre, le cours et les séances de traitement deviennent tous au même titre un endroit de confession où la personne peut faire part de son vécu percutant, libérer ses angoisses, traduire ses émotions et faire un travail fondamental et souvent de longue haleine sur soi en vue justement de retrouver confiance en soi. Les auteurs de ces expériences affirment que ce genre d'aventure n'est pas vécu sans souffrances mais qu'elles sont souvent nécessaires pour avancer sur la voie de la réaffirmation de son entité humaine.

Il s'agit de prévenir le danger de la solitude et de l'introversion qui épie les accidentés de la vie, en avouant que la communication verbale est une arme de guérison

infaillible, un endroit où cultiver sa créativité et à inviter les êtres humains à être plus humains. Ainsi, la parole contribue à optimiser les chances d'avoir une image positive chez les personnes aux besoins spécifiques qui tendent à contrôler leurs émotions. Dans le même ordre d'idées, l'approche psychanalytique dans la littérature considère que les mots permettent de passer de la conscience de soi à celle de l'autre, selon Charles Baudelaire qui dit que : « *l'autre est à la fois proche et lointain* ». ⁶

Il s'agit ici d'un moyen d'accéder à sa propre conscience pour la libérer de ses mortifications, panser ses maux et ses plaies et surtout d'expliquer la rencontre voire la réconciliation entre soi et l'autre, entre le monde et l'humain.

Par ailleurs, la langue devient un instrument de communication avec les êtres humains et avec les objets car elle nous permet de comprendre comment se comporte l'individu avec son environnement, en encourageant son autonomie.

Le thème de la communication a longtemps été attribué à l'art thérapeutique, tout comme la langue qui a toujours été associée à la psychanalyse dans la littérature car ses marques son multiples, selon la critique moderne. En ce qui concerne les personnes souffrant d'un handicap survenu suite à un accident, les exemples sont infinis, comme nous avons tentés de le démontrer au niveau de la première partie de notre étude. Dans ce cadre, l'emphasis porte sur les douleurs physiques et morales et se focalise très peu sur les causes qui participent à les renforcer, tels que l'absence de compassion, le rejet, la négligence voire l'indifférence de certains vis-à-vis des personnes aux besoins spécifiques et il faut souligner à cet endroit que ces pratiques sont répandues sur tous les plans, notamment au niveau des structures académiques et médicales aussi, c'est-à-dire respectivement les secteurs de l'enseignement et de la santé, où il s'avère de plus en plus urgent de revisiter et d'insister sur l'importance des valeurs humaines ou encore sur la priorité de la dimension éthique dans ces métiers très sensibles, qui sont censés dispenser des formations psychologiques conséquentes en matière de communication verbale et de prise en charge émotionnelle.

Conclusion :

A vrai dire, les mots peuvent guérir mais peuvent tuer aussi s'ils sont utilisés à mauvais escient, c'est pourquoi une alliance thérapeutique consistant à revaloriser la place du traitement humain dans la vie professionnelle et courante. Mesurant le fait que la thérapie de la parole et par la parole n'a pas de limite en termes d'âge ou de difficultés car tout individu a le droit de s'exprimer librement dans l'espace et le temps qui lui convient le plus en vue de revaloriser toutes les nouvelles pistes de possibilités pour explorer les talents de soi et de vivre décemment malgré les accidents qui font partie de la vie et qui finalement font de cette dernière ce qu'elle est.

6- Charles Baudelaire, *Mon cœur mis à nu*, Édition La Cause Des Livres, 2008.

Au terme de la présente étude, nous tenons à noter qu'en littérature le sujet de l'Handicap a toujours été traité à travers le rapport étroit qu'il entretient avec les valeurs humaines qui en découlent et qui permettent de sustenter la volonté de contrer l'anéantissement face à la dépendance. La littérature et la langue, tout comme le cinéma, deviennent un lieu de communication qui offre un destin incroyable à toutes les personnes ayant été frappées par les malheurs de l'existence. Ils se transforment en moyens de révélations, en laissant entendre les voix opprimées par les sociétés qui sont en train de perdre de vue les qualités morales et par là même les valeurs humaines faisant rayonner la beauté intérieure des hommes. A cet effet toutes pirouettes verbales sont prononcées par ces figures fortes auxquelles la parole libre est accordée pour canaliser l'émotion et exister d'une manière différente de celle longtemps assignée par le corps social.

Bibliographie sélective

- Bruno de Stabenrath, *Cavalcade*, Paris, éditions Robert Laffont, 2001.
- Charles Baudelaire, *Mon cœur mis à nu*, Paris, éditions La Cause Des Livres, 2008.
- François Dolsky, *comme un pingouin sur la banquise*, Paris, éditions Broché, 1990.
- Jean Dominique BAUBY, *Le Scaphandre et le Papillon*, Paris, éditions Robert Laffont, 1997.
- Loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Patrick Ségal, *L'homme qui marchait dans sa tête*, Paris, éditions Flammarion, 1977.

Autonomie/Dépendance, un marché en développement Autonome :

Articles

- Frédéric Blin, « Handicap : savoir répondre à la demande d'autonomie », *Défis*, octobre 2003, n°212, p. 66.
- Nadège Joyaux, « Les handicapés trouvent leur place dans la distribution ». *LSA le journal du grand commerce*, 27 novembre 2003, n°1838, p. 30-33.
- Sandrine Lemoine, « Dépendance, à la recherche d'un second souffle », *L'Argus de l'assurance*, 12 mars 2004, n°6872, p. 34-37.
- Alice Orgeval, « Les personnes handicapées, oubliées du tourisme ». *L'Echo touristique*, 23-29 mai 2003, n°2637, p. 18-21.
- Dominique Petit, « L'édition pour malvoyants », *Caractère*, février 2004, n° 595, p. 78-81.

Documents de référence

NATIONS UNIES

- Déclaration des droits des personnes handicapées, proclamée par l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies le 9 décembre 1975 [résolution 3447] [en ligne]. Disponible sur http://www.unhcr.ch/french/html/menu3/b/72_fr.htm (consulté le 15.11.2004).

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

Convention sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, n° C159 [en ligne]. 1983. Disponible sur <http://www.ilo.org/ilolex/cgi/lex/convdf.pl?C159>(consulté le 17.11.2004)

UNION EUROPEENNE

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, article 21 : non discrimination et article 26 : intégration des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel des communautés européennes, n°C364, 18 décembre 2000, p. 1-22. Disponible sur http://europa.eu.int/eur-lex/pri/fr/oj/dat/2000/c_364/c_36420001218fr00010022.pdf(consulté le 15.11.2004).

**LA RÉADAPTATION PILIER DE L'INSERTION SOCIO-
PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES :
EXPÉRIENCE DU CENTRE DE RÉADAPTATION
PROFESSIONNELLE DES HANDICAPÉS MOTEURS ET DES
ACCIDENTÉS DE LA VIE (CRPHMAV)**

Dr Mejda HAMADI
E-Mail : mejdahamadi@yahoo.fr

Définition de la READAPTATION

Il existe de nombreuses définitions de la réadaptation variable selon les pays et les organisations internationales. Nous retenons celle de l'OMS *selon laquelle la réadaptation est un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement.* Elle nécessite l'intervention et la mobilisation de différentes ressources (connaissances, compétences, installations, équipements..) assurant des interventions :

- *non spécialisées de premier recours (réadaptation communautaire),*
- *spécialisées, médicalisée et pluri-disciplinaire (gradation des niveaux de soins).*

PRESENTATION DU CRPHMAV :

Le Centre de Réadaptation Professionnelle des Handicapés Moteurs et des Accidentés de la vie est un établissement public placé sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales. Sa mission générale consiste à assurer la réadaptation professionnelle des handicapés moteurs accidentés de la vie afin de faciliter leur réinsertion dans la vie active. Le CRPHMAV a accueilli depuis sa création près de 1500 personnes.

Bénéficiaires :

Le centre accueille des personnes des deux sexes, provenant de toutes les régions du pays, âgées de quinze ans et plus, ayant subi un accident de la vie (accident de travail, accident de la voie publique, accident domestique ou de sport, maladie acquise non évolutive) qui leur a occasionné un handicap moteur. Le niveau d'instruction ne constitue pas une condition à l'admission.

Nature du handicap :

- paraplégie,
- tétraplégie,
- amputation des membres inférieurs ou supérieurs,
- séquelles à prédominance neuro-motrice de polytraumatisme, de traumatisme crânien ou de maladie neurologique acquise non évolutive.

Ressources :

Ressources humaines :

Le Centre est doté d'un personnel administratif et d'une équipe technique multidisciplinaire : médecin spécialiste en médecine physique (01), psychologues (02), travailleurs sociaux (02), kinésithérapeutes (03), ergothérapeute (01), éducateurs spécialisés (04), formateurs(07), infirmières (02).

Ressources matérielles :

Les espaces de travail du centre sont composés :

- ✓ D'ateliers de formation équipés en matériel, outils et instruments modernes.
- ✓ D'une salle de kinésithérapie et d'une piscine couverte.
- ✓ D'une salle d'éducation spécialisée.
- ✓ D'une salle dédiée à un centre de ressources.
- ✓ D'une salle de loisirs, d'un dortoir et d'un réfectoire

Le centre dispose de moyens de transport aménagés pour sujets handicapés.





Prise en charge

Le CRPHMAV applique une approche pluridisciplinaire pour répondre aux besoins de la personne handicapée à travers 3 axes :

- ❖ Une évaluation des capacités du candidat en vue d'une orientation
- ❖ Une formation professionnelle adaptée et individualisée.
- ❖ Une réinsertion professionnelle et sociale.

1- Une évaluation des capacités

Il s'agit d'une évaluation des capacités physiques, fonctionnelles, psychologiques, sociales et éducatives avec des examens et de bilans assurés par tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cette évaluation peut s'étaler jusqu'à 3 mois et les bilans contribuent à une meilleure orientation du stagiaire soit vers une formation professionnelle au centre soit vers une autre structure plus appropriée.

2- Une formation professionnelle adaptée et individualisée.

Cette formation est précédée par une phase d'observation dans les différents ateliers suivie d'une phase d'orientation préliminaire vers un atelier selon le choix du stagiaire, son niveau d'instruction et ses compétences. Le stagiaire est soumis à une évaluation des aptitudes professionnelles par le formateur et une commission se prononce sur l'orientation définitive du stagiaire dans la spécialité appropriée.

Différentes spécialités sont disponibles au centre et sont revisitées selon les besoins. C'est ainsi que le CRPHMAV dispense actuellement 7 formations :

- Ateliers à vocation technique : Informatique, Electronique
- Ateliers à vocation artisanale : Couture, maroquinerie, bijouterie et ciselage d'argent et de cuivre, bois et jardinage depuis 2014



Le tableau ci-dessous montre que 416 stagiaires ont été orientés vers une formation professionnelle dont 66% ont passé l'examen de fin de formation et obtenus le certificat de formation professionnelle

Statistiques du Centre (1994-2015)

Spécialité	Stagiaires orientés	Stagiaires diplômés
Informatique	116	75
Electronique	27	20
Réparation et maintenance de matériel informatique (2001-2014)	14	08
Maroquinerie	64	57
Bijouterie et ciselage d'argent et de cuivre	72	47
Couture	53	33
Bois	36	16
Broderie (1997-2012)	24	11
Mosaïque (2001-2006)	08	05
Arabesque (2000-2001)	02	02
Total	416	274 (66%)

3- Une réinsertion professionnelle et sociale

Selon les cas différents niveaux d'intervention se font et se poursuivent tout au long du processus de réadaptation professionnelle au CRPHMAV pour assurer la réinsertion professionnelle et sociale des bénéficiaires des prestations du centre. Le taux d'insertion socioprofessionnelle des stagiaires du CRPHMAV est de 68%.

Aide au choix de la profession :

Avant de passer à une éventuelle évaluation professionnelle, l'intéressé est envoyé dans sa région pour une étude socio-économique afin d'y explorer le marché de l'emploi

avec l'aide des structures régionales (bureaux d'emploi, divisions de la promotion sociale). A la fin de cette période, le sujet est soumis à une évaluation des aptitudes professionnelles par le formateur dans la spécialité appropriée en se référant au rapport de l'étude socio-économique.

Formation dans la création des microprojets ou CEFE

Cette formation est indiquée pour les sujets handicapés qui ne peuvent poursuivre un programme de réadaptation professionnelle sur une longue période pour des raisons médicales, familiales, personnelles ou autres. Plusieurs intervenants et experts apportent leurs contributions à cette formation dans diverses spécialités dont 3 facilitateurs formés au CRPHMAV :

- * Opérations bancaires
- * Fiscalité et impôts
- * Gestion des ressources humaines
- * Législation du travail
- * Santé et sécurité au travail
- * Marketing ...

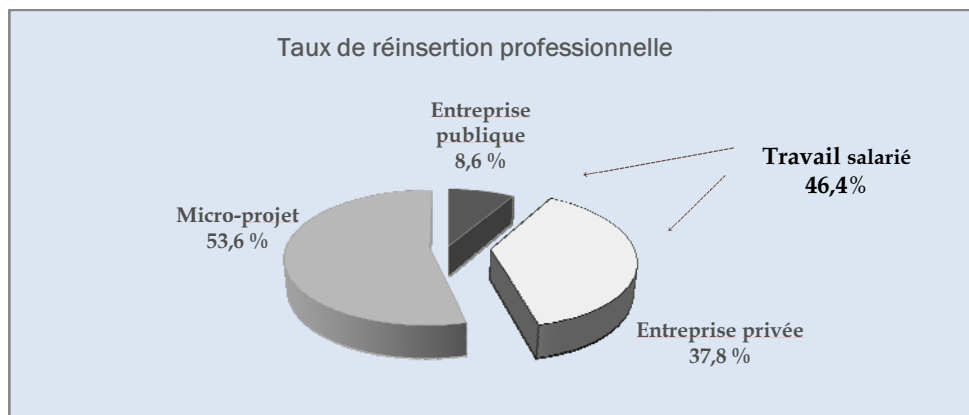
Jusqu'à ce jour 361 stagiaires ont bénéficié de cette formation. Tous les sujets ayant créé un projet, bénéficient de l'assistance d'une équipe du centre durant au minimum une année afin de garantir le bon démarrage et le succès du projet.



Insertion professionnelle

L'insertion professionnelle des ressortissants du CRPHMAV est de 51,5% avec trois orientations possibles :

- Maintien dans l'entreprise avec aménagement du poste de travail si nécessaire.
- Reclassement professionnel.
- Changement d'activité professionnelle.



Insertion sociale :

Cette insertion est assurée à travers plusieurs activités : sportives, récréatives, éducatives, ...

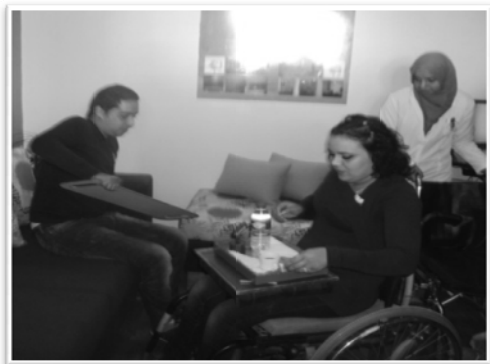
Le 08 décembre 2015, un nouvel espace dédié aux personnes handicapées a été inauguré au CRPHMAV, il s'agit d'un ***Appartement thérapeutique***. C'est un logement aménagé et accessible aux personnes ayant un handicap moteur qui a une double vocation :

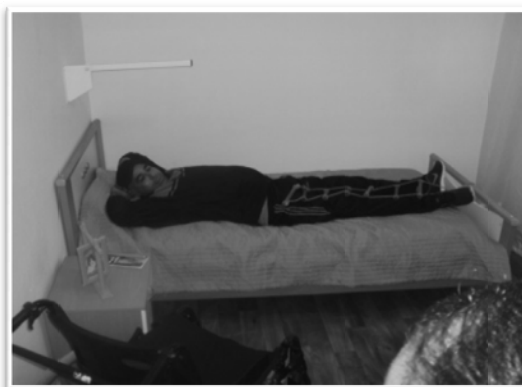
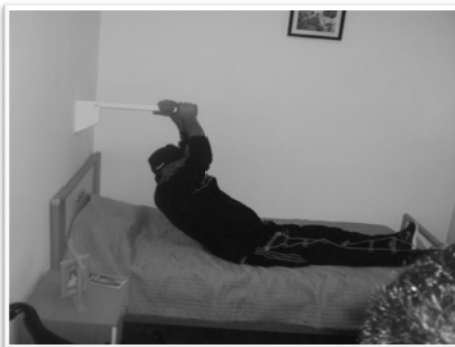
- **Thérapeutique** : les personnes handicapées peuvent tester leur capacité à vivre de façon autonome en vue de leur retour à domicile. Il s'agit en effet d'une mise en situation proche du «réel».
- **Pédagogique** : les personnes handicapées concernées et leurs familles découvrent les adaptations possibles. L'ergothérapeute du centre peut aussi proposer des aménagements simples d'usage et des solutions pratiques dans leurs vies quotidiennes.

Les objectifs spécifiques visés par la prise en charge dans cet espace sont multiples pour le bénéficiaire et son entourage

- Améliorer et maintenir les capacités d'autonomie par la mise en place de projets thérapeutiques personnalisés.
- Faciliter une prise de part active dans les activités de la vie quotidienne.
- Soutenir la capacité d'autonomie du sujet, l'accompagner mais en aucun cas l'assister
- Assurer un lieu de vie et des conditions leur permettant de s'extérioriser pleinement et de favoriser ainsi leur vie relationnelle et sociale.
- Développer et favoriser les relations sociales à l'extérieur de la structure.
- Favoriser les projets de réadaptation professionnelle et sociale.

Exercice de transfert :





Conclusion

L'objectif de toute réadaptation est étroitement lié à l'autonomie. Cet objectif ne peut être atteint qu'à travers la complémentarité et la coordination des actions entre les différents acteurs qui interviennent dans le parcours de toute personne ayant présenté un accident de la vie.

Toutes les mesures de réadaptation prises au CRPHMAU visent une meilleure autonomie des stagiaires aussi bien dans leur vie quotidienne, sociale et professionnelle.

Bibliographie :

OMS : Rapport mondial sur le handicap, 2011.

Handicap international. Guide du citoyen pour l'accessibilité. Présentations des normes d'accessibilité, 2014.

Zmantar B, Bina S. Guide pour la gestion de la diversité dans le marché du travail, 2014.

Ezzaier k, Zouari N, Hamadi M, Smida S. Prise en charge psychologique individuelle d'un paraplégique récemment accidenté : cas du CRPHMAV. Mémoire de Master en psychologie clinique et psychopathologie. 2015.

Handicap International. Mise en pratique de l'accompagnement social personnalisé, 2015.

Hnaïen S : Quel logement accessible pour une société inclusive : cas de l'appartement thérapeutique du CRPHMAV. Revue Réadaptation et Insertion. CRPHMAV, Juin 2016.

HABITUDES DE VIE, ENVIRONNEMENT ET VÉCU DANS LE HANDICAP ACQUIS

Olfa Oueslati

E-Mail : ouslati-olfa@yahoo.fr

Université de la Manouba

Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

Dans le cadre d'entretiens cliniques psychologiques, nous allons vous parler de Wael, un adolescent âgé de 17 ans. Lorsque nous nous rencontrons pour la première fois, Wael se présente à moi accompagné par sa mère - qui l'aide à accéder à mon bureau en conduisant son fauteuil roulant - et qui nous laissera seuls par la suite. Durant ce premier entretien clinique, dès que nous nous installons, Wael me relate ce qui s'est passé pour lui trois mois auparavant. Le discours demeure rattaché à la réalité externe - la réalité des faits - laissant peu de place à l'expression des affects. Il se décrit comme étant « *un grand sportif* », pratiquant différents sports permettant de « *maintenir son corps en forme* » et « *lui procurant des sensations fortes* ». Il se dépeint, par ailleurs, comme « *un fou de jeux vidéos* » soulignant qu'ils lui permettent d'évoluer dans « *un univers virtuel parallèle* » avec ses amis et « *lui procurent un certain pouvoir* ». Il explique que, trois mois auparavant, il avait eu un accident de la route en conduisant un motorcycle en état d'ébriété et dépassant la limite de vitesse autorisée. Il me révèle qu'il aimait conduire de cette façon, cela lui procurait des sensations qui lui donnaient l'impression de vivre et de s'évader de l'ennui qu'il ressentait souvent. Il relate avec précision comment s'est passé l'accident, comment, après le choc, il a rapidement compris que sa jambe « *était en mauvais état* ». Transporté d'urgence à l'hôpital, on lui annonce la nécessité de lui amputer sa jambe atteinte. Il m'apprend qu'il a dû « *raconter cette histoire* » à différentes personnes, qu'il n'aimait pas ce qu'il était devenu, qu'il ne reconnaissait pas sa « *nouvelle* » jambe - faisant référence à sa prothèse- qu'il ne voulait plus voir ses « *anciens* » amis. Il aurait souhaité « *carrément mourir* » et il ne « *voyait* » pas en quoi « *répéter [son] histoire pour la énième fois* » allait l'aider, sachant que c'était son médecin qui l'aurait « *poussé à aller voir* » un psychologue.

A ce stade, nous pouvons d'ores et déjà mettre l'accent sur certains processus psychiques se reflétant dans le discours et l'attitude de Wael.

Même si, durant ce premier entretien, Wael semble rencontrer des difficultés à mettre en mots ses ressentis, il émane de ses dires une colère en lien avec ce qui s'est passé,

avec l'attitude de son environnement proche, avec l'impression d'être « *incompris* » et « *l'obligation de voir un psychologue* ».

Nous ne pourrions rappeler ici tout ce que la recherche et la pratique cliniques nous ont appris sur les changements et les transformations endogènes physiques que l'adolescent connaît et leurs répercussions sur tout son développement psychologique : identitaire, moral, social, sexuel, etc. A l'époque où le virtuel, la cyber-image prennent une place de plus en plus prépondérante pour l'adolescent, où la cyber-image lui permet de se dire et d'échanger avec ses pairs à un moment où l'image de soi subit de profonds remaniements (Tisseron, 1995 ; 1997 ; 2008), à un âge où « *l'apparence physique joue un rôle de premier plan dans le parcours de la valorisation sociale et de l'élaboration de l'image personnelle* » (Cloutier et Drapeau, 2008, p. 49), qu'en est-il de toutes ces répercussions et de cette image chez cet adolescent s'inscrivant dans ce que certains nommeront *les conduites à risque* (Bonnet, Pedinielli, 2013) et *la recherche de sensations* (Zuckerman, 1994) et en quête d'une certaine image de lui à travers des *avatars* ? Qu'en est-il de toutes ces répercussions et de cette image corporelle chez ce même adolescent amené à perdre une partie de son corps ? En quoi cette perte physique implique-t-elle des remaniements psychiques autour du traumatisme et du *travail de deuil* (Freud, 1917/2013) ?

Durant d'autres entretiens, Wael parvient à s'exprimer autour du moment où on lui annonce qu'on doit lui amputer sa jambe. Il est alors en présence de ses parents et l'annonce est effectuée par le médecin, accompagné d'une infirmière, décrits comme « *très pressés* » étant donnée l'urgence de la situation. Wael en parle comme « *un choc* ». Il explique qu'il n'a « *même pas pensé à poser des questions* », puisqu'il n'arrivait « *pas à réfléchir normalement* », décrivant là un moment de sidération psychique. Devant une nouvelle aussi difficile à annoncer, tout le savoir-être et le savoir-faire des soignants doit être au cœur de ce moment. Il est nécessaire alors de garder une juste distance émotionnelle et avoir une posture de *contenance psychique* (Ciccone, 2001). Quelque soit notre façon de l'annoncer aux personnes concernées et à leurs familles, l'impact de la révélation va dépendre de la personnalité de celui qui annonce et de celui qui reçoit et doit se faire avec un discours clair et réfléchi intellectuellement et psychiquement (APHP, 2008).

Afin d'apporter une aide psychologique à Wael, nous allons procéder de deux manières complémentaires et parallèles : un travail sur les processus psychiques, visant, entre autres, un travail d'historisation et d'intégration de ce traumatisme dans son histoire de vie personnelle et familiale et, par ailleurs, un travail d'évaluation de ses difficultés quotidiennes concrètes, en termes d' *Habitudes de vie*, m'inspirant ainsi d'une partie de l'échelle de Mesure des Habitudes de Vie (MHAVIE), élaborée par Patrick de Fougeyrollas (2014).

Le discours de Wael reflète certains éléments de son fonctionnement psychique, notamment, un défaut de la *fonction réflexive* (Fonagy, 2004), de difficulté de mise en mots et en sens de ses affects, d'où le rôle psychique de l'alcool et le recours à des conduites à risque, comme moyens de recherche de sensations.

Ces difficultés de prise de conscience et d'expression des ressentis se sont également manifestées après l'accident, autour du deuil de ce corps sportif qui lui procurait toutes ces « *sensations fortes* » en réponse à ses éprouvés subjectifs qui ne pouvaient être élaborés, ni verbalement, ni psychiquement. Cette « nécessité » de deuil est exprimée par Wael avec colère - et on ressent là l'émergence d'émotions- contre le discours environnant, familial ou soignant soit-il, répétant l'idée qu'il faudrait qu'il « *fasse le deuil* » de sa jambe, de son « *ancienne vie* », de son « *ancien corps* ». Ce corps « multiple » et ses images : corps vu dans le miroir, corps vu dans le regard des autres, corps imaginaire, corps idéalisé ; ce corps que Wael parvient à associer à une source de *honte* (Tisseron, 2007) pour lui, depuis l'accident.

Comment faire donc, face à ces changements de ce corps réel engendrant tant de changements, plus concrètement au niveau des habitudes de vie ?

Pour répondre à cette question, nous nous inscrivons dans une approche visant à renforcer la participation sociale de la personne, en agissant sur les habitudes de vie et en nous inspirant, pour cela, de la MHAVIE (Fougeyrollas, 2014), particulièrement, la catégorie « *condition physique et bien-être psychologique* » pour les « *activités courantes* » et la catégorie « *relations interpersonnelles* » faisant partie des « *rôles sociaux* » ; les habitudes de vie étant des activités courantes ou des rôles sociaux qui vont assurer la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence.

Il ressort de cette évaluation faite avec Wael des éléments importants, en lien, entre autres, avec ses relations affectives avec son entourage familial et amical et la réalisation d'activités physiques et sportives. En effet, Wael exprime, son manque de satisfaction quant à la continuation d'activités sportives qui lui procuraient un moyen de canaliser son énergie musculaire et sa nervosité, se retrouvant ainsi « *emprisonné sur ce fauteuil* ». Par ailleurs, il exprime un sentiment de douleur et de fatigue quant à l'incompréhension de sa famille et sa difficulté à aborder son « *handicap* » avec eux. Il leur reproche leurs non-dits et leur attitude de « *déni* », voulant ainsi, selon ses dires, « *ne pas le faire plus souffrir* ».

A la suite, donc, de quelques entretiens cliniques et avec l'accord de Wael, de sa sœur de deux ans sa cadette et de leurs parents, nous proposons la mise en place d'un dispositif de soutien psychologique regroupant les membres de la famille, leur offrant ainsi un espace de parole, d'écoute et d'accompagnement dans la mise en mots du vécu de chacun par rapport à l'accident de Wael, dans l'objectif de remettre en place une communication entre eux et de diminuer leur souffrance face à ce traumatisme familial. Durant ces séances, les parents parviennent à exprimer un sentiment de culpabilité et de honte, vivant le comportement risqué de leur fils comme une tentative de sa part d'attirer leur attention ; une culpabilité de ne pas avoir « *su mettre plus de limites et d'interdits* » à Wael. Ils reconnaissent leur difficulté à aborder ouvertement le sujet avec lui au quotidien dans une sorte de « *tabou* », dans la crainte de provoquer sa colère à une période où ils le sentent « *fragile* ». Sa sœur, quant à elle, semble avoir plus de difficultés à prendre la parole dans ce groupe familial, mais finit par exprimer une ambivalence de ses ressentis, oscillant

entre sa souffrance et sa compassion pour son frère d'un côté et de l'autre, son hostilité et sa colère de sentir que leurs parents s'occupaient et se préoccupaient dorénavant plus de Wael que d'elle, réactivant ainsi une rivalité fraternelle la fragilisant narcissiquement.

Ainsi, la mise en place en parallèle d'entretiens cliniques individuels avec Wael et le groupe de soutien de la famille offre des éléments de compréhension de la dynamique familiale et de communication autour des changements survenus chez les uns et les autres suite à l'accident de Wael.

C'est l'occasion ici de rappeler l'importance de prise en compte de la réalité psychique du sujet mais également celle de son environnement familial proche suite à un drame familial, afin de créer un espace où la détresse psychique et la souffrance de chacun peuvent être dites et entendues par les autres, voire, soulagées.

Références bibliographiques

- Bonnet, A. et Pedinielli, J.-L. (2013). *Les conduites à risque*. Paris : Armand Colin.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenant : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17 (2), 81-102.
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescent*. Canada : Gaëtan Morin.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Paris : Érès.
- Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Freud, S. (1917/2013). *Deuil et mélancolie*. Paris : Payot.
- Tisseron, S. (1995). *Psychanalyse de l'image : de l'imaginaire aux images virtuelles*. Paris : Dunod.
- Tisseron, S. (1997). *Psychanalyse de l'image : des premiers traits au virtuel*. Paris : Fayard.
- Tisseron, S. (2007). *La résilience*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Tisseron S. (2008). *Virtuel, mon amour*. Lyon : Bibliothèque municipale de Lyon.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Assistance Publique Hôpitaux de Paris. (2008). Handicap visuel de l'enfant et de l'adolescent. Repéré à www.aphp.fr/contenu/guide-du-handicap-visuel-de-lenfant-et-de-ladolescent

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE CLINIQUE DES CONSÉQUENCES ULTÉRIEURES DES ACCIDENTS DE LA VOIE PUBLIQUE SUR DES ENFANTS

Khouloud BEN MOHAMED GHERBI¹

E-mail : Khouloud_coco@yahoo.fr

Université de Carthage

Institut Supérieur des Cadres de l'Enfance Carthage Dermech

Les plus grands pourvoyeurs de poly-traumatismes sévères sont les accidents de la voie publique, en effet chaque accident est un drame qui met en jeu la vie des hommes, des femmes et des enfants. La connaissance statistique du phénomène dépend de la qualité des procédures de l'information relatives aux accidents corporels et de leur traitement. Chaque pays est doté d'un fichier qui décrit individuellement ces accidents. Les accidents de la voie publique constituent en Tunisie un véritable fléau social : 7225 accidents de la circulation se sont produits en 2015, et ils ont fait environ 1407 morts et 10882 blessés, relèvent des statistiques publiées par la direction générale de la garde nationale.

Avec une moyenne de plus de 20 accidents par jour causant plus de 30 blessés et plus de 4 morts, on est bien loin du compte en matière de sécurité routière. D'ailleurs l'anarchie qui règne sur nos routes confirme ce constat alarmant.

Le non-respect du Code de la route, le non respect entre les concitoyens et l'inconscience globale des conducteurs tunisiens font en sorte que tous les jours plus d'une vingtaine de familles vient une tragédie. En effet, **une moyenne de plus de 20 accidents par jour causant plus de 30 blessés et plus de 4 morts**. Nous avons essayé de pénétrer dans le monde étrange de l'accidenté et nous avons compris à quel point l'événement traumatique qu'est l'accident entraîne un bouleversement au plus profond de son être.

La relation de l'événement dit traumatique et les conséquences sur l'état mental d'un sujet a été postulée depuis la constatation de ses troubles psychologiques. Comme le relève très justement L. Bailly (1995), alors que la fréquence des événements susceptibles de provoquer ces

1- Docteur en psychologie clinique et pathologique, maître assistante en psychologie à l'institut supérieur des cadres de l'enfance - Carthage Dermech- et Chercheure associée à l'INSERM U1178 Méthodes et culture à Paris 5.

khouloudbenmedgherbi@gmail.com

troubles est très élevée, le nombre des travaux consacrés à leur étude était, jusqu'à un passé récent, très peu important. En ce qui concerne l'enfant et l'adolescent, la tâche est encore plus ardue et la majorité des ouvrages ne leur accorde pas une grande importance.

Certes, les syndromes psychotraumatiques ne représentent qu'une partie des conséquences psychiques des événements traumatiques chez l'enfant ou l'adolescent, ils en constituent néanmoins la manifestation la plus bruyante, puisque leur existence apparentée à la névrose traumatique de l'adulte fut longtemps mise en doute. Lors des accidents traumatiques, l'individu est surpris par un événement auquel il n'est ni préparé, ni prédisposé. Le sujet vit alors dans le plus exemplaire isolement et se trouve confronté au non-sens. Cette rencontre va être celle du sujet avec la mort, l'inattendu et va engendrer des effets destructeurs qui remettront en cause les assises mêmes de son narcissisme, qui s'en trouvera à tout jamais transformé. L'événement va attaquer son illusion d'immortalité garante de sa vie psychique.

Peu d'études concernant les accidents de la voie publique ont été publiées, certaines ont proposé des symptômes spécifiques comme la revisualisation, signe tout de même assez commun aux états de stress post-traumatiques. C'est sur le problème de l'état des enfants accidentés et sur celui des conséquences psychologiques ultérieures après une année ou plus de la date de leur accident, que nous avons effectué notre recherche. La particularité de certaines observations d'adolescents accidentés, polytraumatisés consultant à l'hôpital d'orthopédie El Kassab à Ksar Essaïd – Tunis, nous a amenés à nous interroger quant au cadre nosographique auquel les rattacher après avoir été confrontés, dans leur enfance, à un accident de la voie publique.

La population de notre étude est composée d'adolescents âgés entre 12 et 17 ans qui semblent fixés sur un événement traumatique qu'est l'accident de la voie publique d'autant que le cours de leur existence en a été radicalement changé. Leur vie est brisée puisque passé, présent et futur ne sont plus liés dans une continuité logique. Enfants en plein développement psychique, ils ont été brutalement perturbés dans leur développement suite à un événement traumatique : l'accident de la voie publique. Ils ont tous été confrontés de façon directe avec la mort, ce qui a provoqué le bouleversement du psychisme de chacun.

L'échec de symbolisation du traumatisme se manifeste par un syndrome de répétition (cauchemars, sursauts) qui concerne la rencontre traumatique. Les statuts de psychose, de névrose grave (hystérique, phobique ou obsessionnelle) de perversion ou d'enfant abandonnique, se sont avérés insuffisants car ils ne prenaient pas en compte le traumatisme psychique. Insuffisants car ils mettent dans l'incapacité de donner un sens de traiter les productions oniroïdes ou mises en acte répétitives.

A travers l'analyse de quelques cas, nous avons tenté de dégager les conséquences ultérieures du traumatisme psychique pour tous, en envisageant sous un angle dynamique, leur manifestation clinique, cherchant à leur épargner ainsi le poids de certains

diagnostics structuraux. Le but essentiel est donc d'essayer de contribuer à l'étude clinique des conséquences ultérieures des accidents de la voie publique sur des enfants.

En effet, la persistance de symptômes typiques de stress post-traumatique (DSM IV) après l'exposition d'un enfant à un événement traumatique : accident de la voie publique, entraîne une modification durable de sa personnalité (CIM 10). Nous nous trouvons alors face à une personnalité traumatique-névrotique (L. Crocq, 1992) qui engage le sujet sur le chemin d'une évolution névrotique.

Nous essaierons donc de les rattacher à un même cadre nosographique à partir du syndrome de répétition, dit typique de la névrose traumatique, avec les symptômes régressifs et de super structure. Les réactions au traumatisme seront décrites comme spécifiques à chacun, à chaque histoire et à chaque événement traumatique.

Dans les cas qui nous ont intéressés, il nous est apparu combien, hors la répétition traumatique, l'accident peut porter la marque de la pulsion de mort en tant que concept renvoyant ici à l'abandon et au désinvestissement intolérable que l'enfant peut ressentir après l'accident.

Les supports théoriques et notre stage effectué au service de chirurgie infantile à l'hôpital d'orthopédie de Tunis – El Kassab, sont à la base de nos hypothèses de travail. Ces constatations ont été relevées à partir des entretiens avec les sujets et leurs parents. Notre démarche dans la construction des hypothèses repose sur l'intégration d'indices reconnus par la littérature.

Notre hypothèse principale était la suivante : La persistance des symptômes de l'état de stress post-traumatique chez des enfants accidentés de la voie publique, aboutit à l'évolution d'une personnalité traumatique-névrotique.

De notre hypothèse générale découle deux hypothèses secondaires :

Au Thématique Appreciation Test (T.A.T), les procédés défensifs reflétant la nature névrotique du traumatisme sont plus fréquents dans les protocoles de nos sujets.

A la figure de Rey, les reproductions copiées et de mémoire de la figure de Rey, associées aux impressions tirées du T.A.T. de nos sujets, apportent un éclairage sur leur fonctionnement névrotique.

Ces hypothèses ont été opérationnalisées ainsi :

a. Au T.A.T. :

- a1. Les procédés défensifs des deux séries A (rigide) et B (labile) avec les procédés de la série C (évitement du conflit) signent la nature névrotique du conflit (conflit œdipien).
- a2. L'angoisse de castration s'exprime par la reconnaissance de l'immaturité fonctionnelle à la planche 1 et l'acceptation du contraste entre position active et passive des protagonistes et l'intégration de l'agressivité à la planche 8.

b. A la figure de Rey :

b1. Nous nous attendons à ce qu'il y ait des résultats moyens ou bons à l'épreuve copie associés à la pauvreté de l'épreuve mémoire.

b2. Nous nous attendons à ce qu'il y ait dissolution des contenants.

Après la vérification des hypothèses, nous pouvons avancer les résultats suivants :

a1. Les procédés défensifs des deux séries A et B associés aux procédés défensifs de la série C, signent la nature névrotique du conflit (Schentoub, 1998). Notre première hypothèse opérationnelle a été vérifiée. Nos sujets ont eu un recours massif à ces procédés.

a2. L'angoisse de castration s'exprime par la reconnaissance de l'immaturité fonctionnelle à la planche 1, et l'acceptation du contraste entre position active et passive des protagonistes et l'interprétation de l'agressivité à la planche 8 BM (Anzieu et Chabert, 1999). Notre deuxième hypothèse opérationnelle a été vérifiée dans les protocoles de nos sujets.

b. A la figure de Rey :

b1. La première hypothèse opérationnelle qu'est la présentation de résultats moyens ou bons à l'épreuve de copie et une pauvreté de reproduction de mémoire signe l'existence d'un refoulement, a été vérifiée dans l'analyse qualitative et quantitative de nos sujets.

b2. La deuxième hypothèse opérationnelle selon laquelle la dissolution des contenants témoigne de la fragilité de l'organisation névrotique et a été vérifiée avec nos sujets

Dans notre recherche, nous nous sommes attachée à démontrer, en marge des situations de grandes catastrophes (accidents de la voie publique), que la confrontation soudaine avec le réel, avec la mort dans toute son intimité, peut bouleverser l'équilibre psychique de chacun et combien l'événement tire son efficacité traumatique du moment particulier où il atteint un sujet dans son histoire, touchant à un point de rupture de son organisation psychique.

Les moments privilégiés d'efficacité traumatique se situent, à priori, dans ces observations, dans les phases œdipiennes. C'est à partir de cette hypothèse que nous avons postulée que chacun des traumatismes décrits étant structuré sur le mode de l'après coup, nous servant de l'idée qu'il n'y a pas de trauma absolu.

C'est vers la régression narcissique infantile que dégénère le moi de l'adulte traumatisé. L'intérêt principal qui découle de ce constat concerne les aménagements de la relation entre ces enfants et leurs parents quand ils sont institutionnalisés, relativement au risque « traumatique » d'une nouvelle séparation ou rencontre. Outre le syndrome de répétition particulièrement agi chez nos sujets (actes-Symptômes ou somatisations), un syndrome dépressif majeur les caractérise : dépression quasi-mélancolique ou détresse de l'adolescent devant l'expérience de solitude absolue qu'il semble revivre à nouveau à travers un effroi.

L'impact du réel, le trauma, ne peut s'effacer mais c'est l'événement qui peut authentiquement s'effacer. Cela implique une proposition thérapeutique le plus rapidement possible après l'événement traumatique. Or nous savons que cela est souvent difficile. D'une part, parce qu'il faut reconnaître le syndrome psychotraumatique de l'enfant, encore peu individualisé et souvent masqué par d'autres symptômes non spécifiques. Favoriser la symbolisation de l'événement, c'est d'abord réparer le préjudice de la symbolisation de l'événement en cas d'accident ou d'attentat sur un enfant, c'est à dire signifier qui est l'agresseur et qui est l'agressé. Ceci est le rôle du Tribunal de Justice qui permet de replacer le traumatisme dans la réalité.

La prise en compte « psychique » de ces patients évite à priori le maintien ou l'effet renforceur de l'intrication entre le fait traumatogène et l'histoire du sujet. Le travail de liaison et l'abréaction devrait concerner le noyau traumatique ou les conflits infantiles ainsi réactivés et qui bouleversent l'économie libidinale ainsi que la personnalité de l'enfant. C'est ainsi qu'une psychothérapie soutenue (voire une cure analytique dans un second temps) est indiquée dans une double visée. Aider à la suppression du syndrome de répétition qui est lié à l'effet pathogène propre du traumatisme, ceci à travers la remémoration du traumatisme (vertu cathartique). Puis, l'élaboration psychique dans le transfert se poursuit dans un second temps, advenu après une période souvent longue et pénible, quand les cauchemars commencent à se symboliser. Le travail peut alors concerner les conflits intrapsychiques du sujet « débloqué » et tenter alors une symbolisation du trauma psychique. De la suppression du syndrome de répétition dépend la reprise du développement de nos sujets.

Il semble qu'afin d'éviter le risque d'accentuer le caractère traumatogène d'un événement, et pour jouer au mieux le rôle de pare-excitation nécessaire à ces enfants, en assumant les contradictions et les ambivalences entre s'identifier et comprendre et interdire ou punir, une institution spécialisée psycho ou socio-éducative soit indiquée. Ceci pour accompagner la lente élaboration et symbolisation du traumatisme, c'est-à-dire permettre à Eros de dominer Thanatos.

Au terme de ce travail, notre sentiment est que, bien plus que de se référer à un cadre diagnostique ou structural, il s'agit, en termes de traumatisme psychique, de l'aborder sous un angle très dynamique. L'observation clinique et anamnétique ainsi que les questionnaires et les tests projectifs adressés à ces adolescents nous ont permis d'entrevoir les enjeux relationnels et familiaux impliqués dans leur pathologie traumatique. Ainsi, si ce sujet traumatisé ne ressemble pas au « névrosé classique », ni réellement au psychotique, c'est parce que son incapacité à investir toute relation est liée à la relation narcissique dans laquelle l'a laissé le traumatisme. Et c'est ce traumatisme qu'il va compulsivement chercher à rencontrer puisque c'est lui qui est lié à la perte de l'objet

Nous reconnaissons l'aspect très complexe de cette démarche qui est certainement loin d'être suffisante en ce qui concerne l'étude psychopathologique clinique. Ceci est lié au fait d'une part qu'il y'a peu d'ouvrages concernant la névrose traumatique surtout chez

l'enfant et l'adolescent et d'autre part, à la complexité propre de chaque cas présenté où la névrose traumatique est loin d'être « pure » ou isolée. Notre objectif était de mettre en évidence que les enfants exposés à un accident de la voie publique, développent dans leur adolescence, des éléments de la névrose traumatique et utilisent des mécanismes de défense du moi névrotique.

La validité de ce travail pour les accidentés de la voie publique restera à étudier dans une recherche ultérieure.

Références bibliographiques

- American psychiatric Association, DSM IV, Manuel diagnostique des troubles mentaux*, traduction française, Paris, Masson, 1996.
- ANZIEU (D.) et CHABERT (C.), *Les méthodes projectives*, Paris, Puf, 1999.
- BAILLY (L.), GOLSE (B.), SOULE (M.), *Conséquences des crises graves et des traumatismes chez l'enfant, traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Puf, 1995.
- BAILLY (L.), Séquelles psychiatriques des psychotraumatismes chez l'enfant, *Psychologie Médicale*, 24, (5) :453-454, 1992.
- BEN MOHAMED (K.), *Contribution à l'étude clinique des conséquences ultérieures des accidents de la voie publique sur des enfants*, Mémoire du diplôme des études approfondies en psychologie spécialité : psychologie clinique et pathologique sous la direction du Prof Riadh BEN REJEB. 2001-2002.
- CROCQ, (L.), Paniques collectives et peurs immémoriales, *Psychologie médicale*, 24, 4 : 395-401, 1992.
- CROCQ, (L.), Panorama des séquelles des traumatismes psychiques, névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles, *Psychologie Médicale*, 24,5 : 427-432, 1992.
- REY (A.), *Manuel test de copie de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes*, Paris, ECPA, 1959.
- SHENTOUB (V.) et Coll., *Manuel d'utilisation du TAT, approche psychanalytique*, Paris, Dunod, 1998.

L'ACCESSIBILITÉ NUMÉRIQUE POUR TOUS : OÙ EN EST-ON ?

Mounira ILAHI AMRI

E-Mail : ilahi mounira@yahoo.fr

Université de la Manouba

Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

**« Ce qui constitue une vraie démocratie,
Ce n'est pas de reconnaître des égaux, mais d'en faire »**
(Léon Gambetta)

1. Introduction

La Société de l'Information et du Savoir n'a de sens que si elle implique le plus grand nombre de personnes et donne une chance égale à tous de s'informer, d'apprendre, de communiquer, de s'exprimer et donc de maximaliser leurs potentiels en vue de leur aider à s'insérer dans la vie professionnelle et sociale. Pour que ces principes de base de la Société de l'Information ne restent pas de l'ordre du discours, il est primordial, d'une part, de cerner les besoins divers des différentes catégories d'individus - en l'occurrence les personnes à besoins spécifiques- au vu de différents types d'usages (vie quotidienne, professionnelle, etc...) et d'autre part, d'explorer profondément les possibilités offertes par les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Ces exigences sont, actuellement, d'une nécessité pour l'intégration de cette catégorie sociale. Cet article discutera des aspects liés à l'accessibilité numérique tant au plan conceptuel que pratique tout en ayant un regard sur les expériences menées dans le monde.



2. Définition & considérations préliminaires

« Mettre le Web et ses services à la disposition de tous les individus, quels que soient leur matériel ou logiciel, leur infrastructure réseau, leur langue maternelle, leur culture, leur localisation géographique ou leurs aptitudes physiques ou mentales ».

Tim Berners-Lee, co-fondateur du W3C.

L'accessibilité numérique consiste à permettre à tous, particulièrement les personnes souffrant de handicap, d'utiliser des ordinateurs et leurs logiciels, et de consulter ou créer des ressources numériques, sur tout type de support (ordinateur, téléphone portable, tablette...). L'accessibilité numérique considère tous les types de handicap : visuel, auditif, moteur, cognitif, technique...

Plutôt que d'adapter des produits aux handicaps, on préférera l'idée de conception universelle, qui vise à réaliser des produits pouvant être utilisés par tous, sans discrimination de sexe, d'âge, de situation ou de handicap. On retiendra pareillement que l'accessibilité numérique favorise tous les types de handicap, y compris ceux dus au vieillissement. Et que bien des améliorations sont en réalité des bonnes pratiques (éditoriales, ergonomiques...) qui servent l'accès de tous aux sites ou applications numériques.

Le numérique, omniprésent dans notre société, offre désormais aux personnes en situation de handicap l'opportunité de réaliser des tâches courantes, à l'instar de la population générale : accomplir des démarches administratives, effectuer ses courses en ligne, consulter sa messagerie, suivre les étapes d'une recette de cuisine ou d'une notice de médicament, organiser un voyage ou solliciter des ressources documentaires en ligne.

Un produit ou service est dit accessible si la plupart des personnes à besoins spécifiques peuvent y avoir accès. Un site web, internet ou intranet, est accessible si une personne handicapée peut avoir accès aux informations et aux services proposés par ce site. Une personne aveugle peut naviguer sur le web à deux conditions :

- Avoir une interface qui traduise l'information graphique en un message soit tactile (plage braille), soit auditif (synthèse vocale).

- Le site web sollicité doit être architecturé de telle manière que l'information soit susceptible d'être restituée par l'interface et que cette restitution soit signifiante.

L'accessibilité numérique recouvre ainsi, en particulier :

- la télévision numérique et la radio numérique, par exemple en ce qui concerne les normes et la compatibilité ainsi que la conception des services et du matériel ;
- les téléphones mobiles de troisième génération, par exemple en ce qui concerne la conception du matériel, des logiciels et des services ;
- les communications à large bande, par exemple en faisant appel aux possibilités des présentations multimodales de manière à renforcer l'accessibilité plutôt que de la réduire ;
- les usages privés et professionnels des systèmes et réseaux informatiques.

Comme le souligne Tim Berners-Lee¹, *"La richesse d'internet réside dans son universalité. Il est essentiel que chacun, handicapé ou non, puisse y avoir accès"*

1- Bio Tim Berners-Lee : <http://www.w3.org/People/Berners-Lee>.

3. Cadre de référence international

L'initiative pour l'accessibilité du Web du consortium W3C pose les bases d'une standardisation de l'accessibilité numérique avec une série de recommandations publiées sur son site à la page WAI GUIDELINES AND TECHNIQUES².

Les WCAG 1.0

Parmi ces publications, se trouve la version 1.0 des directives pour l'accessibilité aux contenus Web publiée le 5 mai 1999 : les Web Content Accessibility Guidelines (en abrégé WCAG)³. D'autres publications s'intéressent à des directives :

- à destination des outils et solutions de création et de gestion de contenus : les Authoring Tool Accessibility Guidelines (en abrégé ATAG)⁴ ;
- à destination des agents utilisateurs qu'il s'agisse des butineurs, lecteurs multimédias et technologies d'assistance : les User Agent Accessibility Guidelines (en abrégé UAAG)⁵ ;
- etc.

De façon à percevoir son chemin dans toutes ces directives, l'initiative pour l'accessibilité du Web propose un accompagnement des premiers pas du lecteur avec la page WAI RESOURCES ON INTRODUCING WEB ACCESSIBILITY⁶.

Si, d'une façon générale, les recommandations de l'initiative pour l'accessibilité du Web constituent les « textes de loi », les WCAG 1.0 en sont pour ainsi dire les « décrets d'application ». Les WCAG 1.0 comportent un ensemble de 14 directives qui définissent des principes stables pour rendre les contenus Web accessibles.

Chaque directive s'accompagne de points de contrôle qui lui sont propres. Ainsi, ce sont 65 points de contrôle qui sont décrits avec des exemples détaillés et des explications quant à la manière de mettre en œuvre les instructions pour l'accessibilité du contenu Web dans le document annexe TECHNIQUES FOR WEB CONTENT ACCESSIBILITY GUIDELINES 1.0⁷.

Les WCAG 1.0 distinguent trois niveaux de priorité correspondant à trois niveaux de conformité vis-à-vis de ces directives :

2- Page WAI GUIDELINES AND TECHNIQUES : <http://www.w3.org/WAI/guid-tech.html>.

3- WCAG 1.0 : <http://www.w3.org/TR/WCAG10>. Une traduction en langue française de ces directives est disponible à l'adresse Internet <http://www.la-grange.net/w3c/wcag1/wai-pageauth.html>.

4- ATAG 1.0 : <http://www.w3.org/TR/ATAG10>.



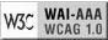
5- UAAG 1.0 : <http://www.w3.org/TR/UAAG10>.

6- Page WAI RESOURCES ON INTRODUCING WEB ACCESSIBILITY : <http://www.w3.org/WAI/gettingstarted>.

7- TECHNIQUES FOR WEB CONTENT ACCESSIBILITY GUIDELINES 1.0 : <http://www.w3.org/TR/WAI-WEBCONTENT-TECHS>.

- **Priorité 1** - Les points de contrôle que doivent impérativement respecter les sites. Dans le cas contraire, un ou plusieurs groupes d'utilisateurs seront dans l'impossibilité d'accéder aux contenus et informations proposés par le site. Le respect de ces points de contrôle constitue une condition préalable fondamentale pour rendre les informations Web accessibles à certains groupes d'utilisateurs ;
- **Priorité 2** - Les points de contrôle recommandés pour réduire les obstacles dans l'accès aux sites Web. Dans le cas contraire, un ou plusieurs groupes d'utilisateurs seront dans l'impossibilité d'accéder aux contenus et informations proposés par le site. Le respect de ces points de contrôle permet de supprimer certains obstacles significatifs dans l'accès aux contenus Web ;
- **Priorité 3** - Les points de contrôle qui améliorent le confort d'utilisation. Dans le cas contraire, un ou plusieurs groupes d'utilisateurs seront dans l'impossibilité d'accéder aux informations contenues dans le document. Le respect de ces points de contrôle permettra d'améliorer l'accès aux documents Web ;

Les directives définissent également trois niveaux de conformité afin de simplifier les comparaisons :

-  Niveau de conformité « A »⁸ - Un site Web est au niveau A de conformité s'il respecte tous les points de contrôle de priorité 1 ;
-  Niveau de conformité « Double-A »⁹ - Un site Web est au niveau AA s'il respecte tous les points de contrôle de priorité 1 et 2 ;
-  Niveau de conformité « Triple-A »¹⁰ - Un site Web est au niveau AAA s'il respecte tous les points de contrôle de priorité 1, 2 et 3 ;

Les WCAG 2.0

Le 8 janvier 2003, l'initiative pour l'accessibilité du Web du consortium W3C a publié un projet de révision des WCAG sous la forme d'une version 2.0 des WCAG.

Cette version 2.0¹¹ constitue depuis le 11 décembre 2008 dernier la nouvelle recommandation en date. (Une traduction française agréée¹² est disponible depuis le 25 juin 2009 sous la coordination de l'Association BrailleNet.)

Cette dernière vise le même objectif que les WCAG 1.0 et: expliquer comment rendre le contenu Web accessible aux personnes présentant un handicap et définir des seuils cibles d'accessibilité.

8- WCAG-A : <http://www.w3.org/WAI/WCAG1A-Conformance>

9- WCAG-AA : <http://www.w3.org/WAI/WCAG1AA-Conformance>

10- WCAG-AAA: <http://www.w3.org/WAI/WCAG1AAA-Conformance>

11- WEB CONTENT ACCESSIBILITY GUIDELINES 2.0 : <http://www.w3.org/TR/WCAG20>

12- Traduction française agréée des WCAG 2.0 : <http://www.w3.org/Translations/WCAG20-fr/>

Cette version 2.0 intègre, par contre, l'ensemble des retours d'information et d'expérience vis-à-vis des WCAG 1.0 et s'intéresse tout particulièrement aux points à contrôler. Pour cela, les WCAG 2.0 sont structurées sur la base de critères de succès testables définis au niveau de grands principes et règles générales pour lesquels sont documentés des techniques suffisantes et/ou recommandées. Les WCAG 2.0 s'efforcent de considérer un plus large éventail de technologies et d'utiliser un langage qui soit compréhensible pour un public plus hétérogène.

La transition vers les WCAG 2.0 étant désormais engagée, l'initiative pour l'accessibilité du Web du consortium W3C travaille de manière attentive afin de s'assurer que les organisations et les personnes qui utilisent actuellement les WCAG 1.0 soient en mesure d'évoluer effectivement vers cette version 2.0.

La méthodologie européenne UWEM

De nombreux projets européens sur l'accessibilité ont été financés par la Commission Européenne dont notamment 3 principaux :

- Projet European Internet Accessibility Observatory (en abrégé EIAO)¹³ pour la création d'un observatoire européen de l'accessibilité du Web,
- Projet Supporting the creation of an eAccessibility Mark (en abrégé Support-EAM)¹⁴ abordé au chapitre précédent pour l'harmonisation de l'accessibilité du Web en Europe,
- Projet Benchmarking Tools for the Web (en abrégé BenToWeb)¹⁵ pour la création de modules de tests de l'accessibilité du Web.

Ils travaillent ensemble au sein du groupe appelé Web Accessibility Benchmarking (en abrégé WAB) Cluster¹⁶ pour développer une méthodologie européenne unifiée et harmonisée afin d'évaluer l'accessibilité des sites Web, en l'occurrence la méthodologie d'évaluation unifiée du Web : Unified Web Evaluation Methodology ou UWEM en abrégé.

Au niveau européen, cette méthodologie vise à faire en sorte que les outils d'évaluation et les méthodes adoptés par les différents états soient compatibles et cohérents entre eux et avec le W3C/WAI.

Dans plusieurs pays, elles sont aujourd'hui intégrées comme référence à la législation rendant obligatoire l'accessibilité des sites Web du secteur public. De façon à préparer l'arrivée des WCAG 2.0 (désormais la nouvelle référence pour le contenu accessible depuis leur publication en tant que recommandation en date du 11 décembre 2008), la version 1.2 d'UWEM dissocie désormais la méthodologie au strict des tests avec deux documents. Le premier document, UWEM 1.2 CORE, se concentre sur la description

13- Projet EIAO : <http://www.eiao.net/>

14- Projet Support-EAM : <http://www.support-eam.org/>

15- Projet BenToWeb : <http://www.bentoweb.org/>

16- Groupe WAB : <http://www.wabcluster.org/>

des procédures d'évaluation, les recommandations en termes de notation et/ou de rapports d'évaluation, sur les modèles et les données, etc. Le second, UWEM 1.2 TESTS, décrit les tests UWEM 1.2 en tant que tels qui se déclinent en deux niveaux de conformité : priorités 1 et 2 des WCAG 1.0. Par ailleurs, dans ce contexte de transition anticipée des WCAG 1.0 vers les WCAG 2.0, un plan de migration présente l'approche de migration proposée pour répondre aux challenges de l'incorporation des WCAG 2.0 dans la méthodologie (tout en maintenant le Framework de testabilité pour les WCAG 1.0).

L'objectif d'UWEM consiste essentiellement à fournir une base unique permettant à la fois l'évaluation de l'accessibilité du Web par un expert humain et de manière automatique par des machines.

4. L'accessibilité numérique pour compenser les situations de handicap

Procurer en « ligne » un billet de train pour attraper les siens ou d'avion pour organiser ses vacances ; se mettre le matin devant son ordinateur pour consulter les journaux en ligne et connaître les derniers événements passés, lorsqu'on est sourd ; communiquer avec sa famille éloignée en voyant s'animer sur son écran le visage de son interlocuteur ; poster un texte à un collègue non voyant qui lit le langage braille ; lire un journalier absent de sa ville ce matin ; révéler une information impérative à une personne sourde ; entendre la dernière version de telle ou telle chanson et la télécharger ; pour une personne handicapée mentale vivant en foyer, réserver le lien avec sa famille par courrier et lui expédier les photos de sa dernière balade ; fréquenter la ville et voir quels sont les lieux où l'on peut se déplacer en fauteuil roulant sur le site web mis à disposition ; profiter de la diffusion des livres sur le web ; s'assurer que la ligne d'autobus ou de train est bien accessible aux personnes à mobilité restreinte ; faire ses achats « en ligne » quand on ne peut pas se déplacer ; se renseigner sur la dernière exposition artistique et acheter son billet en ligne ; commander un nouveau matériel... autant d'opérations rendues désormais possibles par les technologies de l'information et de la communication (TIC). Encore faut-il se procurer ou pouvoir utiliser un ordinateur, disposer d'une caméra, avoir un accès « à haut débit » (ligne téléphonique, câble, Adsl, etc.).

Mais encore faut-il aussi apprendre et pouvoir s'en soutenir ; notamment quand on se trouve en situation de handicap auditif, mental, moteur, psychique, visuel. Tout bouge autour de nous. Tout s'accomplit dans un mouvement technique et économique accéléré, où s'amplifient à la vitesse de la lumière les technologies de l'information et de la communication.

5. Conclusion

L'évolution des sciences et techniques de l'information et de la communication dégage indubitablement de nouvelles perspectives de vie en même temps que celle des mentalités conduit à appuyer une plus grande attention à tous ceux qui, handicapés ou non, paraissent exclus du mode de vie ordinaire de la société. Et, si des progrès remarquables ont

été accomplis dans ce sens, le volontarisme, la multiplication des efforts des secteurs public, privé et de la société civile et les possibilités technologiques laissent souhaiter plus et mieux.

Références

Vincent ASSANTE - « *Pour supprimer, à défaut réduire et/ou compenser les situations de handicap* » - OASIS - Le Portail du Travail Social - <http://www.travail-social.com>.

ALTINIER Armony, *Accessibilité web : Normes et bonnes pratiques pour des sites plus accessibles*, Paris : Eyrolles, 2012.

Culture et Handicap : Guide pratique de l'accessibilité, ministère de la Culture et de la Communication, 2007. URL : <http://www.culturecommunication.gouv.fr/Politiques-ministerielles/Developpement-culturel/Culture-et-handicap2/Guides-pratiques/Culture-et-handicap.-Guide-pratique-de-l-accessibilite> Consulté le 24 avril 2016.

« BNFA, Bibliothèque Numérique Francophone Accessible », [s.d.]. URL : <http://www.bnfa.fr> Consulté le 29 mai 2015. Consulté le 29 avril 2016.

« Bibliothèques accessibles, étude sur l'accessibilité numérique des portails de bibliothèques » [s.d.]. URL : <http://www.bibliothequesaccessibles.fr> Consulté le 29 avril 2016.

« Centre d'expertise et de ressources nouvelles technologies & communication de l'Association des Paralysés de France », [s.d.]. URL : <http://c-rnt.apf.asso.fr> Consulté le 9 avril 2016.

« L'information pour tous. Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre », http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_ReglesFacileAlire.pdf Consulté le 9 avril 2016.

HANDICAP ACQUIS ET MILIEU PROFESSIONNEL

S. TOUNEKTI, L. CHEMLI

E-Mail : lotfichemli@yahoo.fr

Division de l'inspection Médicale et de la Sécurité au Travail de Ben Arous

Introduction :

Les accidents du travail sont parfois à l'origine d'un handicap acquis. Les statistiques nationales tenues par la CNAM montrent que sur les 45.000 accidents du travail enregistrés chaque année, 2000 à 2500 laissent des séquelles chez les travailleurs victimes de ces accidents. Ces séquelles plus ou moins handicapantes, entraînent souvent une réduction de la capacité à poursuivre le même travail d'où les mutations de postes, les déclassements et parfois même des pertes d'emploi.

Cela, malgré l'obligation pour l'employeur, prévue par la législation en vigueur, de ne procéder au reclassement ou au licenciement de la victime d'un accident du travail que si le taux de son incapacité permanente l'empêche d'accomplir son travail et après accord de l'inspection médicale du travail territorialement compétente. L'employeur, de ce fait, est tenu de « *maintenir la victime d'un accident du travail dans la même catégorie professionnelle qu'elle occupait avant l'accident, lorsque son incapacité partielle permanente ne l'empêche pas d'exercer normalement son travail* »¹.

L'étude des dossiers examinés, au cours de l'année 2015, par la commission régionale d'octroi des taux d'incapacité permanente aux victimes d'accidents du travail présentant des séquelles, siégeant à Ben Arous et couvrant les gouvernorats de Ben Arous, Nabeul et Zaghuan, montre que sur les 360 victimes d'accidents du travail vues par la commission, 15 sont des polytraumatisés suite, essentiellement, à des chutes de hauteur ou à la chute d'objets sur la victime, ou à des accidents survenus sur la voie publique alors que la victime effectuait le déplacement entre le lieu de son travail et le lieu de sa résidence (accidents de trajet). 4 d'entre eux présentent une incapacité permanente totale (100%) et deux nécessitent dorénavant l'accompagnement d'une tierce personne.

Il est à noter, également, le nombre important de lésions affectant les membres (76% des cas), les membres supérieurs sont touchés dans 46% des cas et les membres inférieurs dans 30%.

1- Loi n° 94-28 du 21/02/1994 portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles et notamment ses articles 27 et 85.

L'étude montre également, une prédominance des hommes victimes d'ATMP par rapport aux femmes à raison de 4 hommes pour une femme.

Les statistiques démontrent que 4% des travailleurs ayant gardé des séquelles suite à un accident du travail sont reconnues comme personnes handicapées.

Quelles qu'en soient les conséquences, et quelque soient le sexe ou l'âge des victimes d'accidents du travail devenues handicapées, la perception du handicap au niveau de l'entreprise reste encore aujourd'hui, très subjective et presque toujours avec une connotation négative.

Pour une meilleure gestion du handicap acquis en milieu professionnel :

Lorsqu'un salarié acquiert un handicap en cours d'emploi, son employeur pourrait continuer à bénéficier de l'expérience et de l'expertise qu'il a accumulée en prenant des dispositions pour lui permettre de conserver son emploi. L'employeur devrait veiller avant toute chose à ce que toutes les mesures d'aménagement possibles soient examinées compte tenu de son potentiel et de ses capacités.

Il lui est préconisé d'élaborer une stratégie de gestion du handicap sur le lieu de travail prévoyant des mesures de maintien dans l'emploi telles que :

- un mécanisme d'intervention rapide avec l'aide éventuelle de services appropriés;
- des mesures en vue d'une reprise progressive du travail;
- la possibilité pour les travailleurs handicapés d'acquérir de l'expérience à un autre poste, s'ils ne sont pas aptes à reprendre à leur poste initial;
- le recours à une assistance et à des conseils techniques en vue de déterminer les possibilités et les aménagements qui peuvent s'avérer nécessaires,
- accompagner les victimes d'accidents du travail pour l'obtention d'appareils orthopédiques et de prothèses au besoin, la CNAM prenant en charge les frais d'acquisition, de réparation et de renouvellement des appareils orthopédiques et des prothèses qui peuvent leur être nécessaires en raison de leur état de santé.

La stratégie de gestion du handicap devra aussi prévoir des mesures visant à promouvoir le maintien dans l'emploi par tous les moyens, qu'il s'agisse de formation ou de recyclage de la personne concernée, d'informations dispensées aux superviseurs et aux collègues de travail, du recours à des dispositifs et à des appareils, ou du droit d'accès à d'autres mesures de soutien, ou qu'il s'agisse de modifier ou de réorganiser le processus d'exécution des tâches, de manière à éviter toute aggravation de son état.

Par ailleurs, une personne handicapée moteur peut exercer tout type d'emploi dès lors que les conséquences du handicap sont compatibles avec le poste occupé ou que des solutions sont mises en œuvre pour compenser les conséquences du handicap au poste. Chaque situation est spécifique, car ces solutions dépendent de plusieurs facteurs: l'importance de la déficience; les moyens de compensation développés par la personne elle-

même; le poste occupé et les capacités qu'il nécessite ainsi que les moyens de compensation à envisager en tenant compte des caractéristiques et des contraintes de l'entreprise. Il existe plusieurs moyens pour compenser le handicap moteur, allant des aides techniques (matériel facilitant la manutention, chaise ergonomique...) aux aides humaines (auxiliaire professionnel), en passant par l'adaptation de l'organisation ou les aménagements de la situation de travail. Les aménagements lourds nécessitant des solutions techniques complexes et un financement important sont exceptionnels. La plupart du temps, des mesures simples à mettre en œuvre suffisent pour qu'un salarié handicapé moteur puisse travailler de manière autonome: avec un siège adapté, une table à hauteur variable, un changement d'éclairage, un réaménagement de l'espace ou une modification de l'organisation du travail, on peut rendre le poste accessible à la personne handicapée et la mettre à égalité avec ses collègues.

Dans d'autres cas, il peut être nécessaire d'aménager l'emploi lui-même, le poste de travail ou le milieu de travail. Dans d'autres cas encore, il peut être nécessaire de confier à la personne des tâches différentes au sein de l'entreprise.

Dans tous les cas, pour la réussite de l'intégration de la personne handicapée, l'implication de l'encadrement et du salarié lui-même est vivement souhaitable.

Il est souvent procédé à une analyse du poste et de son environnement, en fonction des capacités du salarié handicapé pour s'assurer qu'il peut occuper le poste et, au besoin, définir les moyens de compensation du handicap à mettre en place.

L'intégration d'une personne handicapée moteur est une occasion pour l'employeur pour engager une réflexion sur l'organisation du travail dans l'entreprise et intégrer à sa politique de prévention des actions de prévention du handicap qui, à plus long terme, contribuent à améliorer aussi les pratiques de travail, comme celle d'améliorer la manière de porter les charges lourdes sur les chantiers sans risque pour le dos, et développent un esprit de promotion de la santé au travail et de la santé en général.

Il faut faciliter la phase d'intégration ou de maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé moteur. Il s'agit ici de sensibiliser et d'informer l'équipe de travail et d'évaluer l'adéquation entre le poste de travail et les possibilités fonctionnelles mobilisables de la personne afin de définir les moyens à mettre en œuvre pour compenser le handicap.

Rôle de l'inspection médicale du travail

Les autorités compétentes relevant de l'inspection médicale du travail, de par la loi, fournissent des conseils aux employeurs afin d'augmenter autant que faire se peut les chances de maintien dans leur emploi des personnes handicapées, de même que leurs chances de reprendre rapidement le travail à la suite d'un accident, d'une blessure, ou d'une altération de leur état de santé. A ce titre, elles invitent les employeurs à adopter des mesures appropriées de réadaptation individuelle pour que les travailleurs concernés puissent reprendre le travail à leur poste actuel ou à un autre poste où ils pourront utiliser

leur savoir-faire et leur expérience et ce, dans la mesure du possible, sans diminution de leurs revenus.

Elles jouent également un rôle dans la prévention de la survenue d'accidents du travail en obligeant l'employeur à « *prendre toutes les mesures préventives adéquates qui sont nécessitées par la nature de son activité²* ».

2- Loi n° 94-28 du 21/02/1994 portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles et notamment ses articles 27 et 85.

APPROCHE MÉTA-ÉTHIQUE DU HANDICAP ACQUIS : CAS DE LA COMMOTION CÉRÉBRALE

Souad Touzri Takari
E-mail : souadd_tt@yahoo.fr
Université de la Manouba
Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

Résumé

Ce travail a pour objectif une analyse de la mise en œuvre des principes fondamentaux de l'éthique : autonomie, dignité de la personne et justice. Suite à un handicap acquis, comment ces principes peuvent-ils être affectés. En effet, nous procédons, d'abord, par une analyse méta-éthique des principes fondamentaux de l'éthique. Ensuite, nous traitons la question suivante : comment la commotion cérébrale peut-elle être considérée comme étant un handicap cognitif acquis et silencieux ?

Introduction

Ce travail a pour objectif une analyse de la mise en œuvre des principes fondamentaux de l'éthique : autonomie, dignité de la personne, bienfaisance et justice. En effet, nous procéderons, d'abord, par une analyse méta-éthique des principes fondamentaux de l'éthique. Ensuite, nous essayerons de traiter la question suivante : la commotion cérébrale peut-elle être considérée comme étant un handicap cognitif acquis ?

Selon la nature, l'emplacement et les conséquences possibles de ce traumatisme crânien, des symptômes cognitifs apparaissent comme par exemple : difficulté de concentration, des troubles mnésiques, étourdissement, anxiété, etc. De tels signes sont handicapants. Ils nécessitent, par conséquent, un diagnostic et une prise en charge dans le cadre de la médecine scolaire et l'éducation spécialisée, pour prévenir les répercussions de ce trouble de santé acquis et silencieux.

I- Analyse méta-éthique des principes fondamentaux de l'éthique

1- La méta-éthique

La méta-éthique s'intéresse à la signification de concepts moraux comme par exemple : la bienfaisance, l'autonomie, la justice et la dignité de la personne. Elle va de pair avec l'éthique normative, l'éthique appliquée ou la bioéthique dont elle est censée définir les fondements.

En fait, l'intérêt de la notion de bioéthique qui associe vie et mœurs est d'après Sicard (2009, p. 13) de convoquer philosophes, juristes, scientifiques et personnes malades ou non à une réflexion commune. Cette réflexion est, d'après l'auteur, un questionnement incessant toujours à reprendre interrogeant autant le progrès de connaissances que notre capacité de réfléchir sur nous-mêmes. Il ne s'agit ni de procédures codifiées, ni d'applications normatives d'un droit médical, ni d'une morale de la science. Car les principes d'autonomie et d'individualisme de l'être humain font que les normes et les définitions qui lui sont relatives sont constamment mouvantes. Celles-ci sont révisées en permanence en fonction des progrès scientifiques, du développement de nouveaux outils diagnostiques et thérapeutiques ainsi que spécificités culturelles de la personne.

2- La notion d'autonomie

Depuis l'antiquité, le serment d'Hippocrate (420 avant J.-C.) pose un premier code de la déontologie médicale : la bienfaisance, la non malfaisance et le respect de l'autonomie de la personne. Ce code est le principe directeur de tout ce qui concerne la santé humaine. Pour Kant et au XVIIIe siècle, l'homme a une place centrale dans le monde. Mais ce n'est pas comme monade qui y est examiné, c'est l'homme comme membre et représentant de l'humanité. D'après lui l'homme est un créateur potentiel de droit, mais la garantie de son droit provisoire n'est autre que l'état civil (Chalanouil, 2010, p. 13).

Le principe d'autonomie qui peut s'expliquer par une indépendance totale de toutes interférences d'autrui sur soi, peut être remis en cause, car l'homme est tributaire d'une constitution civile, d'une société. Dans cette dernière, la compétitivité masque le fait qu'il peut y avoir des différences individuelles et postule l'apparition de catégorisations. D'où les notions de personnes porteuses ou non d'un handicap. Par exemple, un handicap peut être le résultat d'un accident ou bien suite à l'héritage d'un certain nombre de gènes « défectueux ». Des circonstances hors de la personne lui conférant une certaine invalidité mentale et/ou physique ne lui permettant pas d'être conforme aux normes sociales de normalité. Mais, si la société adopte cette catégorisation « porteur ou non de handicap », c'est parce qu'elle se décharge de son rôle.

D'après l'organisation mondiale de la santé (2012), le handicap est une notion complexe, évolutive, multidimensionnelle et controversée. Grâce aux organisations de personnes handicapées, avec l'aide de nombreux chercheurs en sciences sociales et de la santé, la conception du handicap change. Elle bascule du « modèle médical » au « modèle social ». Cette dernière conception part du principe que les individus sont davantage handicapés par la société que par leurs corps. Selon ce modèle social, le handicap est de ne pas mettre l'individu dans une situation d'agir de façon autonome. Ce droit d'autonomie peut être entravé par une incapacité physique, psychologique voire mentale. Et ne pas mettre l'individu dans une situation d'agir de façon autonome, c'est en fait violer ce droit. En effet, le droit à l'autonomie, comme tout droit, n'est pas facile à atteindre, car la personne intègre une société avec tous ses complexes enjeux : économiques, politiques, scientifiques, sociaux, philosophiques et éthiques.

3- La notion de justice

D'après Durand (2007, p. 272), le principe de justice désigne l'exigence de rendre à chacun son dû, rendre à chacun ce à quoi il a droit. Le principe en question n'a pas de contenu précis, car il ne dit pas ce qui est dû à chacun. Il désigne plutôt un idéal, une inspiration, une orientation. Il n'existe pas une justice absolue capable de fournir une référence universelle, car, il n'y a pas une conception transcendante de la justice. D'après Gaille (2011, p. 270), une série nombreuse et complexe d'enjeux est soumise à la philosophie politique et morale ainsi qu'à la philosophie du droit : quelle politique d'accès aux soins une société devrait-elle faire prévaloir ? Si elle retient le principe d'un accès « juste » ou « égal » aux soins, jusqu'où cette « égalité » devrait-elle aller et quelle conception de la justice devrait étayer cette politique ?

Une prise en charge en termes de soins pour toute la société ou bien qui a droit aux soins est-elle envisageable dans une société ? Est-elle souhaitable ? Est-elle possible dans le cas de la limitation des ressources très nettes entre les pays Nord-Sud ? D'après Gaille (2001, p. 271) ces interrogations font émerger des débats cruciaux, d'autant qu'elles se doublent systématiquement d'une question sur les formes que doivent prendre les réponses qu'on leur donne : doivent-elles se traduire en droit, faire l'objet d'une loi ou plutôt déboucher sur une recommandation éthique ? En absence de loi ou d'une justice transcendante, peut-on en effet parler d'une justice. D'ailleurs, plusieurs définitions de cette notion sont possibles, selon la représentation de la justice que l'on défend. D'après (Durand, 2007, p. 273), ces conceptions sont elles-mêmes sous-tendues par des anthropologies et des valeurs diverses. Sur ce plan, l'auteur distingue trois perspectives ou courants principaux : utilitariste, libéralise et égalitariste. De ces courants émanent huit conceptions de la notion de justice avec quelques interrogations que chacune soulève¹. Ces conceptions sont-elles en faveur du handicap ? Lesquelles paraissent plus éthiques ?

3-1- Courant utilitariste

Il comporte les trois conceptions suivantes de la justice.

Le mérite personnel

Le mérite personnel ou à chacun la part qu'il mérite. Cette théorie met l'accent sur l'individu et sa performance dans l'action. Elle est, d'après Durand, largement à l'œuvre dans nos sociétés, mais problématique. Car, beaucoup de problèmes de santé se produisent pour des raisons hors du contrôle des individus concernés et sont impossibles à prévoir. En l'occurrence, comment peut-on estimer la part de chacun dans la survenue d'une pathologie handicapante ? Cette conception de la notion de justice n'est pas conforme avec la nouvelle définition du handicap, à savoir que c'est la société qui produit les caractères handicapants et c'est elle qui est redevable de la réadaptation.

1- D'après Durand, 2007, p. 272.

La valeur sociale

D'après cette conception à chacun la part qu'il mérite, selon sa contribution sociale, sa contribution au bien-être des citoyens et de la société. Cette conception crée de graves injustices envers les groupes de personnes porteuses du handicap. La priorité que donne une société à la productivité et à la performance crée de fortes injustices envers certaines personnes. Cette représentation de la notion de justice masque le respect des différences individuelles, l'individualisme de la personne.

Le plus grand bien pour le plus grand nombre

Selon cette conception, la répartition des ressources doit être telle que l'ensemble des citoyens en tire le plus de bénéfice possible. Cependant, appliquée strictement, cette conception de la justice pose un problème pour la recherche sur les maladies rares, le traitement des maladies complexes et des maladies chroniques qui exigent des coûts considérables ainsi que les personnes porteuses du handicap. Nous constatons que la mise en œuvre de ces trois conceptions de la notion de justice n'est pas en faveur des personnes porteuses de handicap.

3-2- Courant égalitariste

Il comporte également les trois conceptions suivantes.

La priorité aux plus démunis

Certains philosophes de la politique et de l'économie publique, comme John Rawls, soutiennent que la justice consiste à rétablir les injustices et les inégalités produites par la nature et le sort. Cette conception de la notion de justice est en adéquation avec la nouvelle conception de handicap. Car elle entre dans le cadre d'un nouveau paradigme, dans lequel naît la déclaration de Madrid. Celle-ci met d'après Nader-Grosbois (2009, p. 318), en avant la notion d'« accessibilité généralisée ». Elle prône la reconnaissance d'égalité des droits (principe de non discrimination) et le rétablissement de l'égalité des chances (principe de discrimination positive) dans une société accessible à tous, y compris dans les représentations sociales qu'elle véhicule. C'est en fait donner à la personne les moyens dont elle a besoin compte tenu de son handicap.

Les besoins fondamentaux

Selon cette conception de la justice, chacun doit recevoir les ressources dont il a besoin. Si on limite alors le concept de justice à la satisfaction des besoins fondamentaux, comment peut-on les déterminer ? Comment arrive-t-on à les satisfaire dans le cas de ressources limitées ? Ce qui est un besoins fondamental pour les uns peut être considéré comme non nécessaire pour d'autres.

Par exemple, dans le cas d'hémodialyse, une machine individuelle est un besoins fondamental. Car plusieurs mesures sont nécessaires pour limiter les infections nosocomiales. En outre, les besoins fondamentaux, dans le cas de handicap, ne sont pas seulement sanitaires, ils sont encore affectifs et sociaux. Ces besoins sont fonction de la nature du handicap : mental ou physique.

Par exemple, la résilience dans le cas du handicap acquis nécessite une période plus ou moins longue selon la nature de l'handicap, mais aussi selon la personne atteinte. Ce ressaisissement de soi après un traumatisme est fonction de la personne. En effet, ce principe de l'individualisme de la personne fait que ces besoins nécessitent une étude de cas. Ce qui atteste de la complexité de la mise en œuvre de cette conception de la notion de justice.

L'égalité des traitements

Un traitement semblable est nécessaire pour des cas similaires. Ainsi pour mettre cette règle en pratique, il faudrait faire abstraction de la limitation des ressources et des limitations géographiques. Il est à noter que pour certaines thérapies coûteuse et innovantes, certains pays se trouvent obligés de rationner les malades en refusant, par exemple, à un patient un traitement parce qu'il a dépassé un certain âge et que de ce fait ce traitement coûteux n'est plus considéré comme rentable dans ce cas. Ce rationnement est non éthique, car il ne respecte pas le principe de l'égalité des traitements.

Après cet aperçu, nous constatons que la conception qui donne la priorité aux plus démunis, c'est-à-dire ce principe de discrimination positive semble le plus pertinent, car il est le plus adéquat à la nouvelle conception du handicap. Avec ce nouveau paradigme, le rôle de la société est de rétablir les inégalités de la nature. Cette responsabilité n'est pas seulement d'ordre éthique, mais elle relève de ses devoirs. Car plusieurs maladies sont également d'origine anthropique. L'usage excessif de pesticides ainsi que certaines défaillances dans les prises en charge de certaines maladies sont également source de maladies plus ou moins handicapantes.

En fait, depuis Hippocrate, philosophes, théologiens, juriste ne cessent de s'interroger sur les exigences du respect de la vie humaine. Ce respect peut se manifester par la mise en œuvre de ces principes fondamentaux de l'éthique : autonomie, dignité de la personne, bienfaisance et la justice.

D'après la convention relative aux droits des personnes handicapées, la notion de handicap évolue. Le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. En effet, toute personne est porteuse d'un certain degré de vulnérabilité physique, mentale voire psychique. La récente conception du handicap culpabilise la société. Cette responsabilisation se traduit par la nécessité de la prise en charge du handicap. Celle-ci devient un droit social absolu.

II- La notion de handicap inné et de handicap acquis

Dans le cas du handicap inné, l'individu subit une certaine invalidité physique, mentale voire psychique dès sa naissance, comme, par exemple, dans le cas de syndrome de Down. Dans ce dernier cas, l'individu est atteint d'un déficit cognitif, langagier et moteur dû à la présence d'un chromosome surnuméraire dans son patrimoine génétique. Ce

syndrome est constitué d'un ensemble d'anomalies mentales, physiques et fonctionnelles résultant de la triplication du chromosome 21 lors de la méiose. C'est un handicap qui s'annonce à la naissance et il est même parfois attendu, car il est détecté avant la naissance par un dépistage prénatal.

Mais, quand l'handicap est acquis, on a à faire, plus, à des circonstances plutôt d'origine humaine : une certaine négligence voire injustice dans l'accès aux soins, un traumatisme d'origine humaine, etc. Dans ce cas le handicap fait irruption dans la vie ordinaire de la personne en la bouleversant. Les impératifs du handicap acquis fait basculer la vie de l'individu et de son entourage du jour au lendemain dans un nouveau monde difficile à accepter. En l'occurrence, les responsabilités de la société sont à différentes échelles : sanitaire, psychique, éducatives, sociales, etc.

1- La commotion cérébrale

C'est un traumatisme crânio-cérébral. Suite à un choc entre le cerveau et la boîte crânienne, une atteinte encéphalique survient et peut engendrer une destruction et la perturbation de certaines fonctions cérébrales.

D'après Calmat (2012), les commotions cérébrales appartiennent aux traumatismes crâniens légers. Elles sont donc bénignes dans la majorité des cas. Mais l'un des messages à retenir d'emblée est qu'elles ne peuvent être considérées comme anodines.

Il est à noter que les apprenants peuvent souffrir de commotions même à l'insu des parents et des éducateurs. Cette affection peut passer inaperçue, mais elle a ses séquelles physiologiques et comportementaux. Celles-ci pourraient avoir certaines répercussions, notamment dans le cadre de l'échec scolaire.

2- Symptômes de la commotion cérébrale d'après la littérature

Gosselin et *al* (2006) ont révélé qu'à la suite d'une commotion, le processus de récupération peut s'échelonner sur plus de deux années après l'accident et que même en l'absence de symptômes, des anomalies électro-physiologiques subtiles persistent au niveau du cerveau.

Cette affection réellement handicapante est très étudiée chez des sportifs. D'après Banville et *al* (2008, p. 57), des programmes neuropsychologiques ont été instaurés au sein des équipes. (...). Ces programmes consistent à évaluer le niveau de base du fonctionnement cognitif de tous les joueurs de l'équipe. Dès que l'un d'entre eux subi une commotion cérébrale, le neuropsychologue lui administre de nouveau la batterie de test 24 à 48 heures après le traumatisme. Ces tests comprennent des tests d'apprentissage verbal et de fluence verbale, ainsi que des tests d'attention visuelle et de mémoire visuelle. Des données cliniques recueillies aux fils des années auprès des joueurs commotionnés indiquent que leurs niveau de fonctionnement passe d'exceptionnel à normal.

Parmi les autres recherches qui s'intéressent aux séquelles de la commotion, celle de Beaumont et *al* (2007) qui ont utilisé la stimulation magnétique transcrânienne afin

d'étudier le fonctionnement moteur d'athlètes asymptomatiques ayant subi leur dernière commotion cérébrale en moyenne trois ans avant la date d'évaluation.

Le système GABAergique, qui constitue le neurotransmetteur inhibiteur le plus distribué au cerveau et qui exerce du même coup une influence prédominante sur ses multiples fonctions, serait altéré après une commotion cérébrale.

D'après Boulenger et *al* (2014, p. 72), les résultats comportementaux du changement de la signalisation GABAergique fournissent un argument fort pour le rôle de ce système dans l'anxiété. L'amélioration de la transmission GABAergique a des effets anxiolytiques.

Selon Beaudoin et *al*, (2015), le traumatisme cranio-cérébral pédiatrique peut avoir un impact sur le développement de la théorie de l'esprit. Celle-ci est le processus cognitif qui permet de théoriser un état d'esprit. Généralement, les outils d'évaluation de la théorie de l'esprit impliquent de nombreux aspects langagiers.

Le niveau d'attention et de concentration ainsi que la mémoire à court et à long terme sont des outils d'apprentissage qui peuvent être altérés par un traumatisme crânien. Ces outils cognitifs, d'après Aubin et *al*, (2007, p. 8), sont interdépendants. Par exemple, la mémoire à court terme et le langage entretiennent des liens extrêmement étroits. D'autres rapports extrêmement étroits, mais encore très controversés entre la mémoire de travail avec d'une part le contrôle exécutif et d'autre part l'attention.

La mémoire de travail, d'après Aubin et *al*, (2007, p. 7), concerne l'ensemble des opérations de maintien, de manipulation et de traitement de l'information sur une courte durée. Les symptômes relatifs à l'atteinte de cet outil cognitif peuvent être résumés par les plaintes fréquemment émises par des patients lors de consultations en neurologie et en neuropsychologie.

D'après Aubin et *al* (2007, p. 8), ceux-ci disent :

- « je perds souvent le fil de la conversation avec plusieurs personnes ;
- à la maison, je me dirige vers une pièce pour y faire quelque chose et en chemin, j'oublie ce que je vais y faire ;
- je ne sais plus reprendre mon activité après une courte interruption ;
- je n'arrive pas à lire s'il y a du va-et-vient dans la pièce ;
- je n'arrive plus à faire deux choses en même temps ;
- je n'arrive plus à prendre des notes en cours ou en réunion... ».

Ces signes sont regroupés par Ellemberg (2013) dans le tableau suivant. Ils sont pondérés de 0 à 6 selon qu'ils ne se manifestent pas (0), ou encore qu'ils sont légers (1 et 2), modéré (3 et 4) ou graves (5 et 6).

La liste des signes et symptômes initiaux et post commotions figurent dans le tableau suivant.

Tableau : Signes regroupés de la commotion chez des athlètes, d'après Ellemberg (2013)

	Aucun	Léger		Modéré		Grave	
	0	1	2	3	4	5	6
Symptômes rapporté par l'athlète							
Maux de tête							
Douleur au cou							
Nausée							
Pression dans la tête							
Étourdissement ou picotement							
Vision floue/vision double							
Sensibilité à la lumière							
Sensibilité au bruit							
Impression d'être au ralenti							
Impression d'être dans la brume							
Ne se sent pas bien							
Difficultés à se concentrer							
Fatigue ou baisse d'énergie							
Est plus émotif							
irritabilité							
Tristesse							
Nervosité et anxiété							
Autres							

Ces symptômes, d'après Ellemberg (2013), qui sont fonction de l'impact et des facteurs associés sont :

- d'ordre physiques (maux de tête, étourdissements et nausées);
- d'ordre cognitifs (difficulté à se concentrer, problèmes de mémoire);
- comportementaux (tristesse soudaine, angoisse, anxiété) ;
- liés à des troubles du sommeil (sommolence).

3- La commotion dans un cadre scolaire

3-1- Les symptômes cognitifs de la commotion

De nombreux projets de recherche notamment en sport visent à investiguer les séquelles neurologiques résiduelles des commotions cérébrales, comme par exemples l'altération du niveau d'attention, de concentration ainsi que la mémoire à court et à long terme (Beaudoin et *al*, 2015). Le système GABAergique serait également altéré (Beaumont et *al*, 2007). Ces symptômes cognitifs et ce critère plus ou moins persistant et inaperçu de la commotion, nous font penser à un enjeu scolaire handicapant, mais silencieux de ce traumatisme. D'autres symptômes invalidants dans un cadre scolaire s'y ajoutent comme par exemple l'anxiété et la fatigue.

En fait, les résultats comportementaux du changement de la signalisation GABAergique fournissent un argument fort pour le rôle de ce système dans l'anxiété (Boulenger *et al*, 2014, p. 72) et dans la fatigue (Landry-Roy *et al*, 2015).

Ces signes sont préoccupants dans un cadre scolaire. Car, s'ils ne sont pas diagnostiqués et pris en charge à temps, ils peuvent être source d'échec scolaire et de plusieurs répercussions sur l'estime de soi de l'apprenant.

3-2- Enquête chez des étudiants

a- Méthodologie

73 étudiants en troisième année biotechnologie sont invités à répondre individuellement au questionnaire suivant.

1- Avez-vous subi une commotion cérébrale ?

2- Indiquez les circonstances dans lesquelles la commotion est survenue ?

3- Avez-vous présenté les signes qui figurent dans le tableau regroupant les symptômes de la commotion, d'après Ellemberg (2013).

b- Résultats

- 19/73 ont souffert d'une commotion cérébrale, le plus souvent en pratiquant le sport. La plupart ont subi la majorité de ces symptômes: manque de concentration, diminution de la mémoire, anxiété, étourdissement.

- 54/73 ne se rappellent pas d'avoir subi une commotion cérébrale, mais la plupart d'entre eux présentent ces symptômes.

c- Interprétation

Il est à noter que notre analyse est plutôt qualitative, car les conséquences cognitives sont difficiles à prédire. Elles relèvent d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux. En effet, cette enquête ne peut pas avoir comme objectif l'identification de certains symptômes de la commotion chez cet échantillon d'étudiants. Nous nous intéressons seulement, de certains symptômes relevés chez des apprenants, comme la diminution de la concentration et de la mémoire. Ces signes nous paraissent handicapants dans un contexte scolaire. D'autres facteurs comportementaux mobilisés par cet échantillon, comme l'anxiété sont également préoccupants.

Ce que nous trouvons également préoccupant, est que même ceux qui ne se rappellent pas d'avoir subi une commotion présentent ces signes. Nous sommes envers de symptômes mentaux épidémiques.

Conclusion

Depuis Hippocrate, on ne cesse de s'interroger sur les exigences du respect de la vie humaine. Le respect du « handicap » peut se manifester par la mise en œuvre de ces principes fondamentaux de l'éthique : l'autonomie, la dignité de la personne et la justice. A travers notre analyse méta-éthique, nous avons constaté que pour que ces principes ne

restent pas un idéal à atteindre, il faut adopter la définition actualisée du handicap ? Celle-ci bascule du «modèle médical» au «modèle social». D'ailleurs, d'après l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2012), cette conception part du principe que les individus sont davantage handicapés par la société que par leur corps. Selon ce modèle social, le handicap est de ne pas mettre l'individu dans une situation d'agir de façon autonome.

Un nouveau paradigme qui responsabilise de plus en plus la société. En effet, nous cherchons, dans ce travail un rôle beaucoup plus social à travers l'intervention d'une éducation spécialisée, d'associations et précisément de la médecine scolaire et universitaire pour la détection et la prise en charge de certaines situations handicapantes, comme dans le cas de commotion.

La diminution de la concentration et de la mémoire, ces signes relevés, chez cet échantillon d'étudiants en troisième année biotechnologie, nous paraissent invalidants dans un contexte scolaire. D'autres facteurs comportementaux, comme l'anxiété sont également préoccupants.

D'autant plus, que même ceux qui n'ont pas souffert de la commotion présentent ces signes. Ce qui nous laisse constater que ces signes mentaux silencieux sont épidémiques et nécessitent par conséquent identification et analyse dans un cadre scolaire.

Plusieurs travaux dans la littérature traitent la commotion dans un contexte sportif. L'enjeu scolaire de cette affection handicapante valorise ces travaux. Car, les symptômes identifiés dans la littérature, qui sont fonction de l'impact et d'autres facteurs associés, sont d'ordre physique, cognitif et comportemental.

Il est à noter que ces conséquences cognitives sont difficiles à prédire car elles relèvent d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs personnels, psychosociaux et environnementaux. Ils peuvent être également liés aux troubles du sommeil et à la fatigue. Nous précisons parmi ces signes de la commotion l'altération de la mémoire de travail. Celle-ci concerne l'ensemble des opérations de maintien, de manipulation et de traitement de l'information sur une courte durée. De telle affection handicapante a certainement beaucoup d'impact sur les compétences cognitives dans un cadre scolaire et universitaire. En effet et en perspectives, une éventuelle relation entre ces signes et d'une part l'estime de soi et d'autre part l'échec scolaire seront étudiées.

Références

- Aubin Gh, Coyette F, Radat-Diehl P, Vallat-Azouvi C. (2007). *Neuropsychologie de la mémoire de travail*. Marseille : SOLAL. ISBN : 978-2-35327-025-5.
- Sous dir Banville F et Nolin P. (2008). *Epidémie silencieuse. Le traumatisme craniocérébral léger symptômes et traitement*. Collection santé et société. Presse universitaire du Québec. ISBN : 978-2-7605-1547-5.
- Beaudoin C, Bellerose J, Bernier-Lalonde L, Bernier A, Beauchamp M.H. (2015). Évaluer la théorie de l'esprit : le déficit des habiletés langagières dans un échantillon d'enfants d'âge préscolaire ayant

- subi un TCC. 23^e journée scientifique neuroimagerie et neuropsychologie clinique. Université de Montréal. ISBN 978-2-9809315-8-1
- Beaumont L, Lassonde M, Leclerc S et Théoret H. (2007). «Long term and cumulative effects of sports concussion on motor context inhibition», *Neurosurgery*, vol. 61, p. 329-336.
- Boulenger J-P, Lépine J-P. Sous dir Olier J-P. (2014). *Les troubles anxieux*. Paris : Lavoisier. ISBN : 978-2-257-20408-0.
- Calmat A. (2012). Colloque sur la commotion cérébrale liée aux activités physiques et sportives Paris : Commission médicale du comité national olympique et sportive français. (CNOSF).
- Chalanouil Ch. (2010). *L'autonomie de la personne de l'autonomie individuelle à l'autonomie privée et publique*. Paris : L'Harmattan. ISBN : 978-2-296-11294-0. EAN : 9782296112940.
- Durand G. (2007). *Introduction générale à la bioéthique, Histoire, concepts et outils* édition FIDES.
- Elleberg D. (2013). *Les commotions cérébrales dans le sport: Une épidémie silencieuse*. Edition Quebec-livres. ISBN : 274022204, 9782764022207.
- Gaille M. (2011). *Philosophie de la médecine. Frontière, savoir, clinique*. Librairie philosophique, France : J. VRIN. ISSN : 1639-4216. ISBN : 978-2-7116-2366-2.
- Gosselin N, Thériault M, Johnston K. M, Leclerc S, Monplaisir J et Lassonde M. (2006). « ERB abnormalities in symptomatic and asymptomatic concussed athletes », *Neurosurgery*.
- Landry-Roy C, Lalonde G, Beaudoin C, Bernier A, Gravel J, Beauchamp M. (2015). « Les problèmes de comportement après un TCC léger pédiatrique : le rôle de la fatigue ». Centre de recherche du CHU Sainte-Justine; CERNEC (centre de recherche en neuropsychologie et cognition), Département de Psychologie, Université de Montréal. 23^e journée scientifique neuroimagerie et neuropsychologie clinique. ISBN : 978-2-9809315-8-1.
- Nader-Grosbois N (éd). (2009). *Résilience, régulation et qualité de vie concept, évaluation et intervention*. Presse universitaire de Louvain. ISBN : 978-2-87463-167-2.
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Rapport mondial sur le handicap*. Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS : Rapport mondial sur le handicap 2011. ISBN 978 92 4 256418 1.
- Sicard D. (2009). L'éthique médicale et la bioéthique. *Que sais-je ?* PUF.

QU'EST-CE QUE LA DYSLEXIE ? CONCEPTIONS D'ENSEIGNANTS DU PRIMAIRE TUNISIEN

Kaouthar Lamouchi Chebbi, Marwa Dridi

E-mail : Kaouthar@yahoo.fr

Université de la Manouba

Institut Supérieur de l'Éducation Spécialisée

Introduction

Un enfant dyslexique sera confronté tout au long de sa scolarisation à de multiples difficultés qu'il devra essayer de dépasser ou de compenser. Il aura à fournir plus d'énergie pour apprendre qu'un élève « ordinaire », ce qui peut entraîner un retard scolaire ou des problèmes d'estime de soi. De nos jours les aides existent pour lui permettre un meilleur accès aux différents apprentissages. Ces aides et aménagements, qui peuvent être mis en place par les enseignants pourront compenser les difficultés d'apprentissages de l'élève, lui rendre possible l'accès aux savoirs et l'accompagner vers plus d'autonomie.

Malheureusement, nous pensons que beaucoup d'enseignants du primaire ne savent pas grand-chose sur les troubles d'apprentissage et plus particulièrement la dyslexie, c'est dans ce contexte qu'il est intéressant de connaître leurs conceptions sur le sujet et particulièrement dans le cas de la dyslexie.

Cadre théorique

La dyslexie fait partie de ce qu'on appelle « les troubles Dys ». Ces troubles spécifiques de l'apprentissage constituent un ensemble hétérogène de troubles causés par un dysfonctionnement du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un trouble dû à un milieu défavorisé. Ils peuvent cependant coexister avec l'un ou l'autre de ces problèmes¹.

Le terme dyslexie désigne un trouble spécifique de la lecture caractérisé par la présence de difficultés dans l'acquisition de cette habileté. Ce trouble apparaît dès les premiers apprentissages de la lecture et du décodage des mots et serait la conséquence d'une atteinte touchant certains mécanismes du cerveau. La dyslexie développementale

1- National Joint Committee on Learning Disabilities Definition of Learning Disabilities 1990.

repose essentiellement sur le déficit des processus d'identification des mots écrits (Zesiger, 2004 ; Casalis et al., 2013).

C'est donc l'un des troubles spécifiques d'apprentissage permanents durables sévères et résistants dans l'apprentissage de la lecture chez un enfant d'intelligence normale et qui de nos jours reste méconnu et invisible au sein de nos établissements éducatifs (Rasmus, 2005).

Les difficultés des dyslexiques varient en nature et en intensité et ne correspondent pas à un modèle unique et uniforme. Les recherches proposent différentes classifications de la dyslexie, mais il n'existe pas actuellement une classification officiellement acceptée par l'ensemble des auteurs (Bonnelle, 2002 ; Ecalle & Magnan, 2006).

S'il n'est pas diagnostiqué et pris en charge tôt et correctement par le système scolaire, ce trouble peut conduire à l'échec scolaire. En effet, en plus de leurs impacts sur les apprentissages scolaires, les troubles du langage écrit peuvent être une source de découragement et de questionnement sur soi. L'enfant se sent alors, différent des autres et démuni face à difficultés qu'il n'arrive pas à dépasser seul. Cet état peut favoriser la démotivation et faire baisser suite à cela l'estime de soi de l'élève (Fenouillet & Lieury, 1997). On risquerait alors d'avoir des enfants qui évitent toute sorte de confrontations aux problèmes, repliés sur eux-mêmes, timides ou anxieux (Coopersmith et al, 2006).

Les enseignants qui comprennent ce qu'est la dyslexie pourraient mettre en place des adaptations pédagogiques et des aménagements qui influenceront de façon importante la réussite de l'élève dyslexique. En effet Les interventions adaptées aux besoins sont une clé pour la progression de ses apprentissages.

Objectif de la recherche

Malheureusement beaucoup d'enseignants du primaire ne sont pas formés aux troubles d'apprentissage. C'est dans ce contexte qu'il est intéressant de connaître leurs conceptions sur le sujet et particulièrement dans le cas de la dyslexie.

Ces conceptions ainsi que les principales idées dégagées de cette recherche nous serviraient à concevoir un guide destiné aux enseignants.

Ce guide présentera plusieurs éléments ayant été identifiés par la recherche comme étant des facteurs positifs pour faciliter la lecture des dyslexiques. Les enseignants pourront y trouver des idées afin d'adapter leurs enseignements et aider ces enfants.

Méthodologie

La population cible de cette recherche est constituée de 122 enseignants du primaire exerçant dans différentes écoles du grand Tunis : la Mannouba, Tunis1, Tunis2, Ennasr, Menzeh 6, et Menzeh5.

Nous avons choisi l'entretien comme outil de recueil des conceptions des enseignants. L'entretien a été réalisé de façon individuelle, en dehors du temps de travail des enseignants et en arabe dialectal.

Les questions que nous avons posé concernent la définition de la dyslexie, son origine, si elle est considérée ou non comme un handicap et si elle est « guérissable » ou pas. Nous leur avons demandé leurs sources d'informations, s'ils avaient des élèves dyslexiques en classe et s'ils étaient pour ou contre l'intégration des enfants dyslexiques dans les écoles.

Résultats

Question 1 : Qu'est-ce que la dyslexie ?

Nos résultats sont regroupés dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de réponses	Exemple de réponses	Nombre de réponses
« Je ne sais pas »	– « je n'ai jamais entendu ce terme »	6
	– « J'ai entendu parler de cela mais je n'ai jamais essayé de savoir ce que sait »	21
Problème de prononciation	– « celui qui bégaye en lisant » – « il présente une malformation au niveau des organes phonatoire qui l'empêche de lire correctement »	16
Trouble mental	– « Le dyslexique a de graves problèmes d'assimilation » – « il présente un décalage entre l'âge mental et l'âge réel » – « le dyslexique ne retient rien de ce qu'il apprend »	29
Trouble comportemental	– « il est agressif avec moi et ses camarades et ne veut pas apprendre » – « il a une situation familiale particulière qui affecte son comportement et l'empêche d'avancer »	8
Troubles d'apprentissage	– « il fait beaucoup d'erreurs phonétique d'omission, d'inversion et de confusion en lecture et en écriture » – « il a une écriture en miroir » – « il n'arrive pas à copier tout ce qui est écrit au tableau »	17
Retard scolaire	– « Ce qu'apprend l'enfant 'normal' en une année scolaire l'enfant dyslexique le fait en deux ou trois années »	21
Autres	– « ce sont ceux qui ont vécu des crises épileptiques dès leurs naissances » – « ce sont ceux qui n'entendent pas » – « Ce sont ceux qui présentent des troubles visuels qui les empêchent de percevoir les informations »	4
Total		122

Question 2 : Quelle est l'origine de la dyslexie ?

Nous avons enlevé de notre échantillon, pour la suite des questions, les personnes qui ont répondu par « je ne sais pas » à la question n°1.

Nos résultats sont regroupés dans le tableau ci-dessous :

Catégorie de réponses	Exemples de réponses	Nombre de réponses	Total
« Je ne sais pas »		34	34
Héréditaire	« je crois que c'est un problème héréditaire car la mère de l'élève m'a informé que sa fille lui fait rappeler son enfance et comment elle suivait les cours à l'école »	10	21
sensorielle	« l'enfant qui n'entend pas bien va prononcer mal, je pense que la dyslexie est la résultat de la mauvaise audition chez l'enfant »	3	
Intellectuelle	« l'enfant dyslexique n'est pas assez intelligent, il éprouve des difficultés à assimiler l'information et à comprendre »	6	
Neurologique	« je pense que la partie qui est responsable de la lecture au niveau du cerveau est altérée »	2	
Pédagogique	« c'est la méthode globale qui est responsable de l'apparition de la dyslexie »	6	40
Psychologique et environnementale	« conditions familiales défavorables qui mène l'enfant à être dyslexique »	27	
Accidentelle	« j'ai entendu parler que la fièvre endommage le cerveau de l'enfant et peut entrainer ce genre de trouble »	7	
Total			95

40 enseignants sur 95 interrogés pensent que la dyslexie s'installe après la naissance de l'enfant.

21 enseignants pensent que l'enfant peut naître dyslexique, deux parmi eux considèrent que la dyslexie est un trouble d'origine neurologique.

Question 3 : Peut-on dire que la sur la dyslexie est un handicap ?

Type de réponses	Nombre de réponses	Total
Oui	37	95
Non	58	

37 enseignants sur 95 pensent que la dyslexie est un handicap pour eux l'enfant n'est pas comme les autres, il a besoin d'éducation spécialisée et d'effort supplémentaire pour apprendre.

58 enseignants pensent que la dyslexie n'est pas un handicap parmi eux :

- 6 enseignants pensent que c'est déficit d'intelligence.
- 13 enseignants pensent que c'est un retard d'apprentissage et le reste n'ont pas d'explication précise.

Question 4 : Est-ce qu'on peut guérir la dyslexie ?

Catégorie de réponses	Nombre de réponses	Total
Pas de réponse	16	95
Oui	29	
Non	50	

La majorité des enseignants pensent que la dyslexie est inguérissable.

Question 5 : Quelles sont vos sources d'informations ?

Nos résultats sont regroupés dans le tableau ci-dessous :

Source d'informations	Exemples de réponses	Nombre de réponses	Total
Expérience professionnelle	<i>« je n'ai pas personnellement cherché l'information. donc ce que j'ai dit est le résumé de mes déductions personnelles »</i>	39	95
Des formations	<i>« j'ai assisté à une formation dans notre école sur les troubles spécifiques d'apprentissage »</i>	16	
Les collègues	<i>« J'ai découvert ce problème ici dans cette école, Avec le directeur nous avons échangé quelques conversations à travers nos expériences avec les élèves et leurs parents »</i>	11	
Les médias	<i>« J'ai suivi une émission télévisée » « J'ai lu quelques articles sur internet »</i>	25	
Des professionnels spécialisés	<i>« j'ai eu l'occasion de parler avec un psychologue sur ce sujet »</i>	4	

39 enseignants parmi 95 se réfèrent à leurs propres expériences ce qui pose le problème de l'objectivité et de la fiabilité de la source. Peu nombreux sont les enseignants qui ont suivi des formations (16 enseignants parmi 95) ou qui ont contacté des professionnels (4 enseignants) pour avoir des informations sur ce trouble d'apprentissage.

Question 6 : Avez-vous des enfants dyslexiques en classe cette

Type de réponses	Nombre de réponses	Total
Oui	59	95
Non	27	
<i>« je ne sais pas »</i>	9	

Question 8 : Sont-ils diagnostiqués et signalés ?

Catégorie de réponses	Exemples de réponses	Nombre de réponses	Total
Oui	« au début de chaque année l'administration nous informe s'il y a des enfants présentant des difficultés »	12	59
Non	« de peur de la réaction des parents parce qu'ils n'acceptent pas telles observations je n'ose pas demander ce genre de papier »	47	

Question 9 : Comment vous traitez les enfants dyslexiques dans la classe ?

Catégorie de réponses	Exemples de réponses	Nombre de réponses	Total
Pareils à leurs camarades de classe	<ul style="list-style-type: none"> – « je n'ai ni le temps ni les moyens pour traiter ces enfants différemment » – « je ne sais pas comment les traiter différemment » – « ce n'est pas notre rôle, il y a des professionnels spécialisés » – « j'ai constaté que cela ne sert à rien de lui donner un temps supplémentaire dans les examens » 	35	59
Un effort personnel	<ul style="list-style-type: none"> – « j'essaye d'écrire plus grand sur le tableau » – « Je ne prends pas en considération les fautes d'orthographe en corrigeant les examens » – « parfois je l'aide à copier la leçon pour qu'il puisse réviser facilement à la maison » – « c'est le seul parmi les autres élèves que je n'oblige pas à lire à voix haute » – « je prends en considération leurs problèmes lors de l'appréciation orale » 	9	
Temps supplémentaire aux examens		15	

Question 10 : *Vous êtes pour ou contre l'intégration des enfants dyslexiques dans les écoles ordinaires ?*

Catégorie de réponses	Exemples de réponses	Nombre de réponses
Contre	<ul style="list-style-type: none"> - « nous ne sommes pas assez formés à ce genre de trouble » - « Ces enfants doivent être intégré dans des établissement spécialisées » 	35
Pour	<p>➤ Sans condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je pense que c'est obligatoire pour tous les enseignants » - « l'intégration de ses enfants dans des écoles ordinaires leurs permet de se sentir 'normaux' » 	21
	<p>➤ Avec des conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « selon l'effectif de la classe » - « Selon le degrés de sévérité du trouble » - « il faut que cette intégration soit bien étudiée » 	39
Total		95

Interprétation des résultats

Nos résultats montrent que la dyslexie est un trouble d'apprentissage méconnu de la majorité des enseignants interrogés et qu'il est confondu avec d'autres types de troubles ou de déficiences de différentes natures.

Les conceptions sur la dyslexie que nous avons collecté sont différentes et diversifiées ceci pourrait expliquer le nombre élevé d'enfants considérés comme dyslexiques par les enseignants.

D'autre part, 12 enseignants sur 59 déclarent que ces enfants ont été diagnostiqués par un spécialiste, les autres enfants ont donc été diagnostiqués par leurs enseignants et qui en plus sont majoritairement non formés sur le sujet.

Certains enseignants avouent qu'ils ne sont pas capables de savoir s'ils ont eu des enfants dyslexiques dans leurs classes, ce qui pourrait impliquer que plusieurs enfants dyslexiques peuvent passer inaperçus dans notre système éducatif.

Très peu d'enseignants disent avoir reçu une formation sur le sujet ou contacté un professionnel. Peu aussi sont ceux qui se réfèrent aux médias malgré le fait que les troubles spécifiques des apprentissages font l'objet de beaucoup d'études sur le plan international et deviennent de plus en plus médiatisés.

La majorité des enseignants interrogés avouent traiter les dyslexiques exactement comme leurs camarades et ce faute de temps ou de connaissances sur le sujet. Peu d'entre eux déclarent qu'ils leur allouent un temps supplémentaire aux examens mais qu'en classe ou qu'ils fournissent des efforts pour les aider à apprendre.

Une lueur d'espoir apparaît quand la majorité des enseignants interrogés disent être pour l'intégration des enfants dyslexiques dans l'école ordinaire. Nous pouvons percevoir alors une envie d'aider ses enfants à dépasser leurs difficultés. Pour beaucoup d'entre eux, cette intégration doit être bien étudiée car le problème n'est pas seulement à la charge de l'enseignant, le travail doit se faire en collaboration avec plusieurs autres acteurs et suite à des réflexions sérieuses.

Conclusion

L'enfant dyslexique dans la loi Tunisienne n'est pas considéré comme un enfant en situation de handicap et n'est pas non plus un enfant normal, le texte de loi qui pourrait les concerner parle uniquement du temps supplémentaire au cours des devoirs. Ceci ne justifie pas le fait que les enseignants et dans le cadre d'une école qui se veut inclusive, ne soient pas formés sur le sujet, car ces enfants rencontrent de vrais problèmes pour apprendre. En effet leur permettre des conditions favorables d'apprentissage ne pourrait pas se faire sans l'implication des enseignants qui pour bien tenir leurs rôles et aider ces enfants doivent connaître la nature de ce type de troubles d'apprentissage et les différentes adaptations pédagogiques possibles et les stratégies à mettre en place pour y remédier.

Il est important aussi de mettre en valeur le partenariat enseignants/professionnels de santé et la nécessité de l'échange entre les différents partenaires en termes de communication et d'actions.

Bibliographie

- Bonnelle, M. (2002). *La dyslexie en médecine de l'enfant*. Paris. Solal
- Casalis, S ; Leloup, G et Bois Parriaud, F, (2013). *Prise en charge des troubles du langage écrit chez l'enfant*. Paris. Masson
- Ecalte, J, Magnan, A. (2006). *Des difficultés en lecture à la dyslexie : problèmes d'évaluation et de diagnostic*. Glossa, 97, 4-19.

- Fourchard,F ; Courtinat-Camps,A , (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Revue Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, (Vol.61, n°6, 333-394).
- Lieury, A ; Fenouillet, F. (2013). *Motivation et réussite scolaire*. Paris, Dunod
- Ramus, F (2005). Dyslexie, De l'origine biologique de la dyslexie. *Psychologie et éducation*, p81-96.
- Zesiger, P (200). *Neuropsychologie développementale et dyslexie*. Paris. PUF

REPRÉSENTATIONS DE L'ENFANT PORTEUR DE HANDICAP CHEZ DES ÉTUDIANTS (LICENCE ÉDUCATION DE L'ENFANT DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR DES CADRES DE L'ENFANCE, CARTHAGE, TUNISIE)

Rim LAJIMI

E-Mail : rimlajimi@gmail.com

Université de Carthage

Institut Supérieur des Cadres de l'Enfance Carthage Dermech

Résumé

Cette étude a pour objectif d'explorer les représentations de l'enfant handicapé chez les étudiants de la licence « Éducation de l'enfant » de l'Institut Supérieur des Cadres de l'Enfance. Les données recueillies à l'aide d'une question ouverte ont été traitées de manière qualitative. Les résultats montrent qu'en majorité les étudiants portent un regard négatif sur les enfants handicapés ; regard sous-tendu par une représentation commune de l'enfant handicapé déficitaire et fondée sur une conception médicale du handicap.

1. Introduction

Les enfants porteurs de handicap n'ont pas une place satisfaisante dans notre société. Selon l'étude effectuée par Ben Abderrahman (2011), force est de constater qu'un très grand nombre d'entre eux est encore exclu des établissements scolaires malgré la clarté de la loi d'orientation promulguée en 2002 en leur faveur¹. Celle-ci prône leur intégration au sein du milieu scolaire ordinaire, faisant ainsi de leur éducation un droit et une obligation nationale. Or, les enfants handicapés sont toujours enfermés dans des établissements spécialisés à l'écart des autres enfants « normaux ». Ce constat permet de penser selon l'auteur que la place des jeunes handicapés dans les établissements scolaires ordinaires n'est pas considérée comme un geste naturel dans notre pays. L'exclusion des personnes handicapées n'est-elle pas alors liée à une vision fausse du handicap et à une méconnaissance « réelle » de ces personnes ?

1- Loi relative à l'éducation et à l'enseignement scolaire publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne (JORT) n°069 du 23 juillet 2002.

2. Problématique

Enseignante-chercheuse à l'Institut Supérieur des Cadres de l'Enfance, nous avons été chargée d'assurer auprès des étudiants de la licence « Éducation de l'enfant » un cours sur le handicap portant sur les thèmes suivants : l'évolution du concept ; les différents types de handicap, la situation des enfants porteurs de handicap ; les difficultés de leur intégration sociale et scolaire ; l'intérêt de l'intégration précoce de l'enfant handicapé dès son jeune âge dans le milieu préscolaire. Dans un but didactique, il nous a semblé intéressant d'identifier préalablement les représentations des étudiants en rapport avec le handicap et l'enfant porteur de handicap. Mettre en lumière ces représentations, nous permettrait de mieux atteindre les objectifs pédagogiques de ce cours à savoir : changer les représentations du handicap et faire acquérir aux étudiants un nouveau regard, positif, sur l'enfant handicapé. Ces étudiants seront dans le futur des éducateurs d'enfants et seront à même de rencontrer des enfants porteurs de handicap dans les différents milieux où ils exerceront. Seraient-ils alors prêts à accueillir ces enfants ? Quelles attitudes développeraient-ils à leur égard ?

Plusieurs travaux soulignent que les attitudes vis-à-vis des personnes handicapées sont conditionnées par les représentations construites autour du handicap. Zaffran (1997) a montré que les représentations sociales des personnes valides à l'égard des personnes handicapées constituent un obstacle à l'intégration scolaire. Dans le même sens d'idées, Compte (2008) avance que les attitudes négatives à l'égard des sujets porteurs de handicap résultent d'un regard trop souvent biaisé par les préjugés et les stéréotypes. Dans la même optique, Mercier et Bazier (2001 : 523) mentionnent que « les représentations sociales déterminent notre conception du handicap ainsi que nos relations sociales avec les personnes handicapées. Elles véhiculent nos idéologies et nos stéréotypes culturels à propos des autres, dans leurs différences et leurs ressemblances ».

Il est donc intéressant de se pencher sur les représentations du handicap chez les futurs éducateurs d'enfants en vue de les remanier et de changer ainsi leur perception de l'enfant handicapé. Du reste, l'intérêt pédagogique de ce genre d'étude est de montrer aux étudiants que l'objet d'étude ici désigné handicap est un objet construit et non pas une réalité en soi indépendante de la subjectivité individuelle et des représentations sociales et collectives.

3. Approche théorique

3.1. Le concept de handicap

Dans la déclaration du 9 décembre 1975, les Nations Unies définissent la personne handicapée comme « toute personne dans l'incapacité d'assurer elle-même tout ou parties des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non de ses capacités physiques ou mentales ».

Dans un premier temps, il convient de définir le concept de handicap qui depuis son apparition, en remplacement du terme « infirmité », a toujours été flou, confus et controversé.

L'absence d'une définition précise et claire de ce concept est expliquée par le fait que la notion de handicap intègre le contexte social et n'est analysable alors qu'en terme de situation. Le degré du handicap dépend de la perception du handicap par les autres. Devant l'ambiguïté de cette notion, Wood (1980) introduit une clarification conceptuelle déterminante et propose une définition en 1980 adoptée depuis par l'OMS comme « Classification internationale des handicaps ». Cette définition repose sur trois notions :

- la déficience : correspond à l'altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ;
- l'incapacité : est la conséquence de la déficience et se traduit par une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité ;
- le désavantage : est la conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle.

Selon cette définition, le handicap a un caractère social. Il correspond au désavantage résultant de l'incapacité et la déficience.

3.2. Le concept de représentation

Quant au concept de représentation, il est également polysémique et ne cesse d'être objet d'interrogations multiples. Pour la présente étude, il est question de représentations sociales puisque nous interrogeons un groupe social : des étudiants à l'égard d'un objet social : l'enfant handicapé. Selon Guimelli (1994 : 12), la représentation sociale intègre « l'ensemble des connaissances, des croyances, des opinions, partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné ». Il s'agit donc d'un savoir du sens commun qui se distingue, tout en s'inspirant, de la connaissance scientifique (Jodelet, 1989).

En ce qui concerne la représentation sociale du handicap, de nombreux travaux ont été menés sur la question, notamment dans les sociétés développées. Pour certains tels que Morvan (1988 : 225), elle se constitue d'éléments objectifs, « tout ce qui se matérialise, se voit, se nomme, se diagnostique dans le handicap » et d'éléments subjectifs tels que les émotions et les sentiments plutôt connotés négativement comme le malaise ou la peur. Plus précisément, cinq catégories de représentations constituent la représentation sociale des personnes handicapées :

- des représentations qui sous-tendent et sont sous-tendues par des concepts qui classifient les handicaps ;
- des représentations qui sont source d'exclusion, de rejet, de refus des différences ;
- des représentations qui ramènent le handicap à des prothèses techniques, humaines, physiques ou institutionnelles ;
- des représentations qui réduisent le handicap à des affects de souffrance ;
- des représentations qui assimilent la personne handicapée à un enfant.

La combinaison de ces représentations sociales disparates produit des images complexes de la personne en situation de handicap : celle-ci est un enfant, elle est classée, porteuse de

prothèse, rejetée, institutionnalisée et souffrante. Selon Giami et al. (1988), la représentation sociale du handicap est fondée essentiellement sur des différences d'ordre physique et/ou psychologique. Globalement, le handicap mental constitue la figure fondamentale du handicap, tandis que l'élément le plus fréquent de la représentation sociale du handicap est le fauteuil roulant qui renvoie à la déficience physique. Bref, quel que soit le contenu de la représentation, le handicap est un objet construit socialement. La société produit un ensemble de discours que Fougeyrollas (1978 : 52) appelle « la matrice normative ». Cette matrice, en établissant un cadre normatif auquel se réfèrent les individus, crée en même temps des modèles d'anormalité, de différence et de déviance. De ce fait, Fougeyrollas (1978 : 52) précise que : « ce qui conditionne l'intégration sociale des corps différents, c'est la signification originale que donne chaque matrice sociale à l'existence de corps non conformes soit dans leurs apparences physiques soit dans leur comportement déviant par rapport à la matrice normative du groupe ».

Beaucoup d'études visent à apprécier les attitudes des sujets à l'égard des atteintes handicapantes et non à l'égard des individus qui pourraient être porteurs de ces atteintes (Giami, 2001). Ce qui implique que l'interprétation de la consigne par les sujets constitue un véritable enjeu pour la recherche.

3.3. Le handicap comme stigmat (la théorie de Goffman)

Un individu est « stigmatisé » lorsqu'il présente un attribut qui le disqualifie lors de ses interactions avec autrui (Goffman, 1963). Le stigmat correspond donc à toute caractéristique propre à l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne de statut moindre. Goffman distingue ainsi plusieurs catégories de stigmates dont le handicap. Il tente de démontrer entre autre que le handicap n'est pas uniquement un problème en soi et que les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'une interaction mixte, entre un individu « normal » et un autre « stigmatisé », sont induites autant par la situation et les perceptions de chacun que par le handicap en lui-même. Le processus de stigmatisation amplifie les effets négatifs liés au handicap initial puisqu'il mène à un autre phénomène, celui de la discrimination.

Ces deux phénomènes, la stigmatisation et la discrimination, interviennent dans tous les aspects de la vie de la personne handicapée et viennent s'ajouter à la souffrance initiale strictement liée au handicap et aux limitations objectives qui en découlent. En ce sens, on peut parler d'effet amplificateur de la stigmatisation. Puisque les stéréotypes négatifs véhiculés par les normes sociales et culturelles disqualifient socialement les personnes handicapées en leur attribuant des capacités moindres ou des aptitudes intellectuelles diminuées, on peut dire que les représentations sociales liées au handicap sont stigmatisantes. La stigmatisation existe donc bel et bien indépendamment des faits et gestes des personnes handicapées sur la seule base de leur apparence et de la visibilité de leur handicap.

4. Méthodologie

Pour atteindre l'objectif de cette étude, nous avons posé une question ouverte à un groupe de 30 étudiants : « Qu'est ce qu'un enfant handicapé, selon vous ? ». Les étudiants ont été sollicités, au début de la séance du cours, à rédiger quelques lignes pour répondre à cette question formulée de la sorte pour laisser libre cours à leur pensée. Ils ont aussi été informés que leurs réponses seraient citées en respectant l'anonymat. Les réponses écrites recueillies ont fait l'objet d'un traitement qualitatif à l'aide de l'analyse de contenu thématique et d'un traitement quantitatif qui repose sur un simple comptage fréquentiel. L'analyse de contenu thématique est une méthode d'analyse qui se veut avant tout une technique descriptive des matériaux. Elle consiste à repérer, recenser et classer des thèmes généraux récurrents, qui apparaissent sous divers contenus plus concrets, en vue d'opérations ultérieures de comparaison, de contextualisation et d'interprétation (Paillé et Mucchielli, 2008).

5. Présentation des résultats

Les résultats de l'étude indiquent 5 éléments :

5.1. Un élément qui définit l'enfant porteur de handicap selon la nature de sa déficience (mentale, physique, sensorielle)

La majorité écrasante des étudiants (N=28) classe les enfants handicapés en trois catégories selon la nature de la déficience : mentale, motrice ou sensorielle.

« L'enfant handicapé est un enfant qui a un handicap mental, ou moteur ou bien un défaut sensoriel ».

« C'est un enfant qui a un retard mental ou un handicap physique ».

« C'est un enfant qui présente un handicap physique : il est dans un fauteuil roulant, ou il est sourd-muet ou alors handicapé mental ».

Seule une minorité d'étudiants (N=3) a recours à l'expression « besoins spécifiques » pour désigner l'enfant handicapé.

« L'enfant handicapé est un enfant qui a des besoins particuliers ».

« Les enfants handicapés sont des enfants avec des besoins spécifiques ».

5.2. Un élément qui assimile le handicap à l'«anormalité»

La plupart des étudiants (N=25) décrivent la personnalité de l'enfant handicapé et/ou son comportement en termes d'« anormalité ». Celle-ci est traduite par des gestes bizarres, un comportement agressif, voire même dangereux, un renfermement sur soi-même, une personnalité anormale, une angoisse, une image corporelle négative, etc.

Les étudiants soulignent que les enfants handicapés sont différents des enfants normaux. Ils justifient cette différence par les difficultés que présentent ces enfants. Ils attribuent aussi à l'ensemble des enfants handicapés les mêmes types de difficultés à savoir : difficultés d'adaptation, de communication, d'interaction, d'autonomie et d'apprentissage.

« L'enfant qui a un handicap mental n'est pas un enfant normal, son comportement est bizarre, il peut être très agressif avec ses camarades et même dangereux ».

« Sa personnalité est anormale et n'est pas équilibrée comme l'enfant normal, elle est fragile. Il a aussi des angoisses, une image corporelle négative, un manque de confiance en soi ».

« Il a des difficultés d'interaction avec les autres enfants, il ne peut pas apprendre et réussir certaines activités, comme les autres enfants ».

« C'est un enfant qui ne peut pas s'intégrer facilement. Il a des problèmes de communication, il n'arrive pas à se faire comprendre, il ne peut pas exprimer ses besoins ».

« Il est différent de l'enfant normal, il est incapable de s'adapter comme les autres enfants, il est dépendant de l'autre et nécessite un encadrement continu ».

5.3. Un élément qui fait de l'enfant porteur de handicap un sujet de pitié et compassion

Quelques étudiants (N=19) évoquent ce qu'ils ressentent à l'égard des enfants porteurs de handicap. Ils expriment des sentiments de peine, de pitié et préconisent de développer à leur égard des attitudes de tolérance, de respect et d'égalité.

« J'ai pitié de tout enfant handicapé quelque soit son handicap ».

« Les handicapés doivent être traités de manière juste parce qu'ils font vraiment de la peine ».

« Quand je vois un enfant handicapé, ça me fait mal au cœur, je ressens de l'apitoiement à l'égard des enfants handicapés ».

5.4. Un élément relatif aux pratiques éducatives spécialisées vis-à-vis de l'enfant porteur de handicap

Presque la totalité des étudiants (N=27) mentionne que les enfants porteurs de handicap nécessitent une éducation spécifique. À leurs yeux, seul l'éducateur spécialisé serait capable de travailler auprès de cette catégorie spécifique d'enfants.

« Les enfants handicapés ont besoin d'un encadrement spécifique qui répond à leurs besoins spécifiques. Seul l'éducateur spécialisé est capable de les comprendre et de répondre à leurs besoins ».

« Si la personne qui s'occupe de l'enfant handicapé n'est pas spécialiste, elle aura des difficultés à aider cet enfant. C'est pour cela que les pouvoirs publics ont mis à sa disposition un éducateur spécialisé ».

« L'enfant handicapé a constamment besoin d'aide. Il n'est pas normal, il n'est pas autonome, il nécessite un encadrement continu au sein d'un établissement spécialisé ».

5.5. Un élément qui évoque la créativité de l'enfant handicapé

Très peu d'étudiants (N=5) mentionnent la compétence et la créativité des enfants handicapés. Ceux-ci sont représentés comme étant des enfants créatifs qui peuvent réussir certaines tâches, qui ont des limites mais qui ont aussi des possibilités. Cette créativité est conçue comme étant le pendant du handicap, le complément positif du négatif. Néanmoins, ces étudiants semblent donc capables de voir autre chose que le handicap de l'enfant déficient. Il s'agit d'une attitude très positive de reconnaître à l'enfant porteur de handicap une certaine compétence, voire aussi certaines qualités au niveau de sa personne. Car reconnu comme « bon » dans un domaine, il sera moins enclin à se croire totalement handicapé.

« Tout de même, l'enfant handicapé peut être très créatif et très compétent dans un secteur où échoue l'enfant normal ».

« Certains enfants handicapés ont un talent très étonnant ».

« Certains handicapés peuvent mieux réussir certaines tâches que les enfants normaux »

6. Synthèse des résultats

Les étudiants possèdent une représentation sociale traditionnelle du handicap qui est associée à la maladie et à la déficience.

Catégorisé et étiqueté selon sa déficience par la plupart des étudiants, l'enfant handicapé est conçu davantage comme anormal et déficient que comme enfant. La récurrence élevée des termes connotés négativement repérés dans les réponses, tels que « anormalité », « incapacité », « problème », « manque », « difficulté », « échec », etc., indique que les étudiants définissent l'enfant handicapé d'abord et avant tout à travers ce qui lui fait défaut, le réduisant ainsi à son handicap. Cette manière de définir l'enfant handicapé en termes de déficiences et d'incapacités atteste d'une conception médicale du handicap bien ancrée dans la mentalité des étudiants. Une telle conception efface la personne pour la réduire à sa pathologie.

À cause de son déficit et de ses incapacités ou difficultés, l'enfant handicapé est stigmatisé. Il est représenté comme un enfant différent de ceux qui ne présentent aucune altération mentale ou physique. Cette façon de concevoir l'enfant porteur de handicap révèle que celui-ci est un objet de discrimination de la part des étudiants qui recourent à une définition normative. D'ailleurs, la nécessité absolue d'un éducateur spécialisé auprès des enfants handicapés, comme le pensent certains étudiants, témoigne une fois de plus de la perception d'une différence radicale entre ces enfants et leurs pairs dits « normaux ».

Attribuer les mêmes difficultés à l'ensemble des enfants porteurs de handicap indépendamment de la nature de leur déficience et de son degré de sévérité laisse dévoiler une vision stéréotypée réductrice de l'enfant handicapé. Celui-ci est toujours représenté comme un enfant « incapable » quelque soit le type et le niveau de son déficit.

Les sentiments de compassion exprimés par certains étudiants à l'égard de l'enfant handicapé indiquent que celui-ci revêt plus l'image d'un objet de pitié ou de charité que l'image tout simplement d'un enfant. Ces sentiments engendrent à leur tour une attitude de paternalisme en rapport avec le fait de se sentir supérieur à lui.

Par conséquent, il y a des fortes possibilités que les enfants porteurs de handicap ne soient pas considérés en tant que sujets à part entière, capables de participer aux activités éducatives, à la vie scolaire et sociale, mais plutôt comme des individus « malades » qui nécessitent beaucoup d'assistance.

7. Conclusion et recommandations

Cette étude exploratrice descriptive a permis de dégager chez les étudiants une vision réductrice de l'enfant handicapé, centrée sur le versant anormal de sa personne. Cette vision est sous-tendue par une définition plutôt médicale que sociale du handicap négligeant l'importance de l'environnement. Or, le handicap est aussi une notion sociale qui renvoie à une articulation difficile entre un individu et son environnement en termes d'inadaptation sociale.

À la lumière des résultats, il est nécessaire d'intervenir aujourd'hui auprès des étudiants et des différents acteurs du travail éducatif pour changer leur regard sur le handicap et les enfants handicapés. Les questions qui se posent sont les suivantes : comment intervenir pour remanier les représentations, faire évoluer les mentalités et changer les attitudes ? Comment faire pour que ces enfants ne soient pas jugés uniquement à partir de leur différence afin d'éviter les effets préjudiciables du processus de stigmatisation ?

Les actions d'enseignement, de formation et de sensibilisation menées auprès des différents professionnels de l'éducation et de l'enfance nous paraissent déterminantes pour agir sur les représentations sociales du handicap qui représentent par certains de leurs aspects un obstacle dans la compréhension de ce phénomène entraînant des attitudes non professionnelles dans l'intervention sur le terrain.

Pour qu'il y ait une intégration et une inclusion sociale et scolaire des enfants porteurs de handicap, il est nécessaire qu'il y ait une transformation de la représentation sociale afin que le regard posé sur ces enfants soit positif :

- qu'on les accepte tels qu'ils sont ;
- qu'on ne cherche pas à les normaliser ;
- qu'on passe de l'hypothèse de la carence à l'hypothèse de la différence et de la valorisation de l'hétérogénéité.

La première tâche de l'enseignement est de changer ce type de représentation qui aura une action néfaste au niveau des attitudes et des pratiques des étudiants, de mener un travail auprès des étudiants pour leur faire prendre conscience qu'un enfant handicapé est avant tout une personne, un enfant.

Une autre tâche de l'enseignement, serait de mettre en place des dispositifs d'éducation et d'apprentissage dans lesquels l'enfant est appréhendé comme un enfant ayant des besoins particuliers et capable de progresser vers des situations qui doivent être définies en tenant compte de ses désirs et de ses possibilités et dans le cadre d'une relation éducateur-enfant basée sur le respect de la différence et des droits de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- Ben Abderrahman, M.L. (2011). « Le rapport des professionnels de l'enseignement au projet d'Intégration scolaire des enfants handicapés en Tunisie ». *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 53 : 167-186.
- Compte, R. (2008). « De l'acceptation à la reconnaissance de la personne handicapée en France : un long et difficile processus d'intégration ». *Empan*, 70, 115-122.
- Fougeyrollas, P. (1978). « Normalité et corps différents : regard sur l'intégration sociale des handicapés physiques ». *Anthropologie et Sociétés*, 2, 2 : 51- 71.
- Giami, A., Assouly-Piquet, C. et Berthier F. (1988). *La figure fondamentale du handicap : représentation et figures fantasmatiques*. Paris : MIRE-GERAL.
- Giami, A. (2001). « L'analyse des représentations dans le champ de la santé ». In Santiago Delefosse, M. & Rouan G. (dir.) : *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris : Dunod, pages : 103-124.
- Goffman, E. (1963). *Stigmates. Les usages sociaux du handicap*. Paris : Ed. de Minuit. (2^{ème} Ed., 1975).
- Guimelli, C. (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- Morvan, J.S. (1988). *Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service social et les enseignants spécialisés en formation*. Paris : CTNERHI-MIRE.
- Mercier, M. et Bazier, G. (2001). « Représentations sociales du handicap et de la mise au travail des personnes handicapées ». *Manuel de Psychologie des Handicaps. Sémiologie et principe de remédiation*, sous la direction de Rondal J. A. & Comblain A. Bruxelles : Mardaga.
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Wood, P. (1980). *Classification des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages*. Paris : C.T.N.E.R.H.I./I.N.S.E.R.M.
- Zaffran, J. (1997). *L'intégration scolaire des handicapés*. Paris : l'Harmattan.