

Bibliographie de référence

1. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition (Washington, DC, 1994).
2. CASTAGNERA L., et l'association CORIDYS (<http://www.coridys.asso.fr/>).
3. DUMAS J., *L'Enfant violent, le connaître l'aimer*, Bayard Editions 2000.
4. FALARDEAU G., *Les enfants hyperactifs et lunatiques, comment les aider*, Montréal, le jour éditeur, 1992.
5. FILTEAU M.J., Le trouble d'adaptation avec humeur dépressive: aux confins du normal et du pathologique, *Le clinicien*, janvier, 1993.
6. MÉNÉCHAL J., *L'hyperactivité infantile*, Dunod, Paris, 2001.
7. Revue *Enfance & Psy*, n°14, L'enfant excité, Ed. Érès, 2001.
8. Revue *Le Carnet PSY* n° 78, L'enfant instable... *Dossier* coordonné par F. JOLY, février 2003.
9. Source Internet <http://www.aei.ca/~claudelj/opposition.html>

Option E : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des enfants en difficulté à l'école préélémentaire et élémentaire.

Option F : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des adolescents ou des jeunes en difficulté.

Précisons aussi qu'il y a un tronc commun à toutes les options dans lequel sont abordées des notions comme : *L'étude critique des notions et concepts de déficience, l'approche dynamique et pluridisciplinaire des variantes et des troubles dans le développement de l'enfant et de l'adolescent et la construction de la personnalité, la problématique des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté, la problématique de l'action pédagogique et éducative adaptée, enfin les institutions.*

Ce programme nécessite certes une adaptation à nos spécificités sociales et culturelles, mais il n'en demeure pas moins qu'il reste malgré tout un outil de travail et de réflexion incontournable qui nous permettra de profiter des expériences des pays qui ont déjà une expérience et une avance certaine dans ce domaine spécifique. Vous trouverez en annexe ce programme de formation dans tous ces détails.

à ce type de trouble pour chacun des niveaux d'enseignement concerné. La formation de ces cadres peut être soumise à un programme d'enseignement tenant compte du dépistage, du diagnostic et de l'évaluation des troubles présentés par l'enfant en vue d'une meilleure prise en charge en milieu scolaire. Il reste qu'en tout état de cause, cette prise en charge mobilise, comme nous l'avons déjà signalé un peu plus haut, un travail d'équipe de tous les professionnels de l'école, enseignants et personnels spécialisés, et permettent d'entreprendre et de développer un véritable travail de communication avec les parents.

Pour ce qui est du programme de formation, Nous pouvons dans un premier temps nous inspirer de ce qui se fait en France, par exemple, avec ce qui est appelé le CAPSAIS qui est un Certificat d'Aptitude aux actions Pédagogiques Spécialisées d'Adaptation et d'Intégration Scolaires. Certificat qui se décline en six options :

Option A : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents handicapés auditifs.

Option B : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents handicapés visuels ou aveugles.

Option C : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents malades somatiques, déficients physiques, handicapés moteurs.

Option D : enseignants spécialisés chargés de l'enseignement des enfants et adolescents présentant des troubles importants à dominantes psychologiques .

enseignants de l'école, s'avèrent pertinents et efficaces pour mettre en œuvre une approche individualisée de l'enfant en situation scolaire, organiser des situations d'observation et d'interaction, affiner les critères d'évaluation des conduites, consolider les fondements du développement moteur, cognitif et social de l'enfant à l'école. L'hypertonie et l'agitation excessives manifestées par certains enfants constituent des signes de fragilité qui peuvent être pris en compte et traités précocement. Ces dispositifs mobilisent un travail d'équipe de tous les professionnels de l'école, enseignants et personnels spécialisés, et permettent d'entreprendre et de développer un véritable travail de communication avec les parents.

- Dans une perspective d'étayage sur le plan psychologique et d'aide à la symbolisation dans l'objectif de développer les capacités d'expression symbolique. Les pratiques rééducatives constituent une des réponses possibles de l'école pour ces enfants instables.

- Dans une perspective de remédiation cognitive et de structuration de l'activité de penser qui correspondrait à un cadre d'aide spécialisée à dominante pédagogique, mis en place par un maître.

- Dans la perspective d'organiser des cadres et pratiques d'enseignement adaptées ou spécialisées pour des élèves (enfant ou adolescent) présentant ce type de difficultés, que ce soit à l'école ou dans les établissements spécialisés. Pour ce dernier point, il faut donc viser à former un personnel spécialisé. Il faut viser la formation d'enseignants spécialisés. A ce titre on peut s'inspirer de ce qui existe déjà ailleurs et créer au sein de chaque établissement, du primaire au secondaire, des classes spécialisées avec des cadres spécialement formés pour faire face

indépendante de l'environnement socioculturel et, d'autre part, d'en faire une catégorie à part qui représenterait environ un quart des enfants en échec scolaire), ce type d'enseignement spécialisé est donc totalement inconnu en Algérie. Actuellement, aucun enseignement de ce genre n'est dispensé ni dans les

Universités, ni dans les Ecoles Normales Supérieures (ENS), ni dans les instituts de formation pour enseignants du premier cycle (ITE).

Il faut donc œuvrer pour un développement quantitatif et qualitatif des formations spécialisées car il existe une situation de carence en maîtres spécialisés. Parallèlement à cet enseignement spécialisé, il faut aussi veiller à instaurer une politique de dépistage précoce de ces troubles. Ceci dit, la place de l'école est centrale dans la reconnaissance et le repérage de ces troubles chez l'enfant dans la mesure où c'est le plus souvent à l'école, en dehors du milieu familial, que vont se révéler les difficultés. Les parents ont le plus souvent tendance à minimiser ou à ignorer les difficultés de l'enfant dans le milieu familial. C'est dans le cadre social de l'école et en raison de ses contraintes, que ces troubles vont se manifester et se révéler de façon plus évidente en particulier autour de l'âge de trois-quatre ans. Aussi, l'école doit se donner les moyens d'apporter des réponses ajustées et progressives au profit de ces élèves agités, instables, présentant des difficultés d'adaptation scolaire. Des actions spécialisées sont à mettre en place qui peuvent être définies dans plusieurs directions :

- Dans une perspective de prévention primaire en direction des élèves et de leurs parents. Des dispositifs de prévention primaire, intégrés dans les pratiques des

prenant en charge ces enfants, type CNFPH (Centre de Formation pour le Personnel ayant en charge les enfants Handicapés) existent, si des écoles pour mal entendants et pour non voyants et dans lesquels des enfants atteints de ces handicaps peuvent suivre un enseignement spécialisé et adapté à leurs besoins spécifiques existent, si enfin une formation de psychologues scolaires est initiée dans les Universités où, ces troubles, leur dépistage, leur diagnostic, leur évaluation et même leur prise en charge sont enseignés, en revanche les écoles de formations pour le personnel enseignant spécialisé dans la pédagogie adaptée aux enfants souffrants de troubles spécifiques tels les troubles du comportement ou encore les enfants qu'on appelle les enfants « Dys » (dysphasiques, dyslexiques, dyspraxiques, qui sont des troubles liés à une altération du système cognitif impliquant parfois un dysfonctionnement cérébral minime concernant la transmission des informations. Ils peuvent être massifs et perturber les processus attentionnels, la mémoire immédiate verbale puis les aptitudes phonologiques, visuo attentionnelles, gestuelles mis en jeu dans l'acquisition du langage oral, de la lecture, de l'orthographe et du graphisme. L'atteinte de telles compétences peut avoir pour conséquences des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité, des troubles dysphasiques, dyslexies, dysorthographe, dysgraphie. Ces troubles peuvent être spécifiques et ne toucher, par exemple, que l'apprentissage de la lecture : c'est la "dyslexie". Quoi qu'il en soit, il y a toujours un trouble de la conscience phonologique accompagné ou non de troubles attentionnels. Il y a un consensus international qui consiste désigner ces troubles comme des troubles primaires dont l'origine est supposée essentiellement "développementale", donc

systematique dès l'âge de 4 ans par les médecins de PMI ou plus tardivement, à l'âge de 6 ans par les médecins scolaires.

En plus, les familles ne savent quel chemin suivre quand cette famille fait effectivement l'effort de recherche du diagnostic, car c'est un véritable " parcours du combattant ". L'enfant pourra alors espérer avoir une prise en charge plus ou moins adaptée. Sinon, on se trouve dans le cas des enfants qui peuplent les CMPP ou autres institutions où ils n'ont rien à faire, cohabitant avec des enfants et adolescents atteints de pathologies lourdes psychiatriques, déficients intellectuels, polyhandicapés...

A ces lacunes s'ajoute le fait qu'aucun enseignement concernant ces troubles spécifiques chez l'enfant n'est dispensé à ce titre ni dans facultés de Médecine ni dans les Instituts de Formation des Maîtres d'école. Les enseignants ne sont ni formés ni informés, les médecins généralistes, les pédiatres n'ont jamais entendu parler de tels troubles au cours de leurs études, les psychiatres et psychologues assimilent, dans leur grande majorité, ces troubles à des problèmes socio-affectifs, les orthophonistes ne sont pas tous compétents dans ce domaine.

La formation des enseignants est notoirement insuffisante pour les maîtres exerçant dans le premier degré et quasi absente pour les professeurs du second degré. Cette observation vaut également pour les directeurs d'école, les chefs d'établissements et les corps d'inspection. Si des centres pour la prise en charge d'enfants handicapés ont été créés un peu partout, des centres du type CMP (Centres Médico-Psychologiques) ou encore CMPP (Centre Médico- Ppsycho-pédagogiques), si des centres de formation pour le personnel

Ces dispositifs mobilisent un travail d'équipe de tous les professionnels de l'école, enseignants et personnels spécialisé, et permettent d'entreprendre et de développer un véritable travail de communication avec les parents. Souvent les troubles sont tels que cela nécessite le recours à un enseignement spécialisé, enseignement qui vise à offrir aux élèves handicapés ou en difficulté, toutes les missions d'un enseignant, en s'appuyant sur les valeurs fondamentales du système éducatif, en recherchant, pour chacun, les conditions optimales d'accès aux apprentissages scolaires et sociaux, dans des contextes professionnels variés avec pour objectif essentiel la prévention des difficultés d'apprentissage et d'adaptation scolaires et la promotion de l'intégration scolaire et l'insertion sociale et professionnelle

Intérêt et enjeux

Dans notre pays malheureusement, il n'en est pas de même. Ces enfants étant, la plupart du temps mal diagnostiqués pour ne pas dire non diagnostiqués du tout, vont tout simplement se retrouver dans le circuit scolaire ordinaire où ils feront sans doute partie des élèves "qui ne suivent pas bien" ou "qui ne sont pas bons" dans telle(s) ou telle(s) matière(s) ou que l'on trouve dans le "petit groupe d'élèves qui résiste à l'entrée dans les apprentissages.

A partir du moment où il n'y a pas de dépistage précoce de ces troubles, il n'est donc pas prévu de centres d'évaluation ni de structures médico-rééducatives adaptées tout simplement parce que ces troubles ne sont pas identifiés alors que dans les pays développés, le dépistage systématique notamment pour ce qui est des troubles du langage par exemple est

comportement, susceptible d'une rééducation psychothérapeutique sous contrôle médical, les CAMSP et les CMPP. Leurs objectifs sont "d'assurer une prise en charge globale, cohérente et convergente, pour mettre en oeuvre tous les moyens pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques contribuant à l'épanouissement, l'autonomie sociale et professionnelle, la réalisation de toutes les potentialités (intellectuelles, affectives, corporelles), l'intégration dans la vie active ...".

Les CAMSP (Centre d'Action Médico-sociale Précoce) et les CMPP sont des structures de dépistage et de soins ambulatoires pour enfants inadaptés et handicapés. Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de 0 à 6 ans présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux. Ils sont souvent rattachés aux CMPP qui continuent la prise des enfants après 6 ans et ils peuvent fonctionner dans les mêmes locaux.

Le CMPP a pour rôle le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement, susceptible d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale. Les décisions de prise en charge en CMPP relèvent des avis émis par par les médecins conseils au niveau des centres de Sécurité sociale concernés.

Parmi les structures proposées en formation professionnelle, il existe le CFA, les APP et des structures professionnelles :L'atelier protégé, le CAT.

classes d'adaptation (15 élèves au maximum) ou sont responsables de regroupements d'adaptation. Peut-être faudrait-il intégrer une orthophoniste à ce réseau ?

Les CLIS (CLasses d'Intégration Scolaire), accueillent un maximum de 12 enfants dont le handicap a été reconnu par une commission de l'éducation spéciale. Le handicap peut être moteur, sensoriel (visuel, auditif) ou mental et "l'action pédagogique entreprise dans les CLIS a pour objectif le développement optimal des capacités cognitives, de la sensibilité, du sens de la coopération, de la solidarité et du civisme".

Les SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté). Ils accueillent des élèves qui, à la fin de l'école élémentaire connaissent "des difficultés graves et persistantes et qui, sans relever du retard mental, selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), se traduisent par des incapacités et des désavantages tels qu'ils peuvent être décrits dans la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages. Les enseignements "sont assurés principalement par des spécialisés ou professeurs d'école spécialisés, titulaires de l'option F du CAPSAIS, et par des professeurs du lycée professionnel".

Les UPI (Unités Pédagogiques d'Intégration) permettent les regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap mental.

Les établissements médico-sociaux comprennent les IMP, les IMPro, les IME (instituts Médico-Educatifs) qui réunissent en un seul établissement les 2 catégories précédentes, les IR (instituts de Rééducation) destinés aux enfants présentant des troubles du caractère et du

RASED qui est un Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficulté dont relève l'école. Un maître " spécialisé " ou un psychologue scolaire intervient pour concevoir avec l'institutrice, l'enfant et ses parents quelle aide spécialisée est souhaitable, avant de la mettre en oeuvre dans l'école même. Le RASED peut également conseiller la consultation par l'enfant d'une structure extérieure, d'un CMP (Centre Médico Psychologique) ou d'un CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique) dont 70 % du recrutement vient de l'Education Nationale.

Par ailleurs et pour faciliter l'intégration scolaire des élèves handicapés, toujours en France puisque c'est le modèle qui nous est le plus proche, des filières sont proposées par l'Education Nationale visant l'intégration scolaire et professionnelle de l'enfant handicapé C'est ainsi que nous trouvons tout un ensemble de structures comme le RASED et les CLIS pour le primaire; pour le secondaire des SEGPA, des EREA, des UPI. (Unités Pédagogiques d'Intégration), ces derniers s'adressant aux adolescents présentant un handicap mental.

Les RASED (Réseaux d'Aides Spécialisés aux Élèves en difficulté), comprennent des intervenants spécialisés ayant pour mission une action d'aide à dominante "pédagogique" ou à dominante "rééducative". Les personnels qui participent à l'activité d'un réseau sont des psychologues scolaires, des instituteurs chargés de rééducations et titulaires du CAPSAIS, option G, des instituteurs spécialisés chargés de l'enseignement et de l'aide pédagogique auprès des enfants en difficulté à l'école préélémentaire et élémentaire, titulaires du CAPSAIS, option E, lorsqu'ils exercent leurs fonctions dans une des

Ceci constitue un véritable handicap qui a conduit à créer partout dans le monde des écoles et universités ouvertes à ce type de pathologie, car il s'agit bien là d'une pathologie source d'un handicap compromettant la vie future de l'enfant. Ces troubles sont intrinsèques à la personne et peuvent influencer sur l'apprentissage et le comportement de tout individu possédant aussi bien un potentiel intellectuel moyen qu'une intelligence supérieure et l'échec scolaire en est souvent la conséquence la plus immédiate.

L'évaluation des besoins et des capacités de ces élèves demeure nécessaire pour déterminer les services à leur offrir et pour établir le plan d'intervention. Pour une meilleure adaptation des services éducatifs, une action concertée de l'enseignant ou de l'enseignante, de l'élève et de ses parents, du directeur ou de la directrice de l'école et, au besoin, du personnel professionnel ou de soutien. Cette démarche de collaboration donne lieu à la mise en place d'actions préventives pour éviter l'apparition ou l'aggravation de problèmes passagers. Elle peut également donner lieu à l'établissement d'un plan d'intervention qui définit les mesures éducatives adaptées par l'école et les parents pour faciliter les apprentissages ou les comportements désirés.

3 – Le devenir de l'enfant

Dans certains pays, les enfants ou adolescents présentant ces troubles bénéficient de structures et d'aménagements particuliers tout au long de leur formation et pour la passation de leurs examens. En France par exemple, quand un enfant est en "difficulté" scolaire, lorsqu'il présente des "troubles du comportement" qui dérangent la classe, l'institutrice ou la directrice peuvent s'adresser à un réseau spécialisé appelé

perturbateurs ». Dans ce chapitre figurent quatre entités distinctes : le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) que nous avons déjà cité, le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), et enfin le trouble du comportement perturbateur non spécifié. Le trouble des conduites répond à trois critères (A, B, C).

Quelques exemples en fonction de l'âge, des troubles les plus fréquemment rencontrés

- Dans la première enfance : pleurs, troubles du sommeil, troubles alimentaires. Ultérieurement : difficulté à se séparer, opposition, agressivité, colères, morsures entre pairs.

- Dans l'enfance : mensonge, refus d'obéissance, vol, instabilité psychomotrice, sadisme à l'égard des animaux.

- A l'adolescence : opposition, revendication, colère, provocation, auto et hétéro agressivité, agression sexuelle, fugue, errance, vol, repli sur soi, difficultés de socialisation, addictions, troubles du comportement alimentaire, tentative de suicide, conduites à risque, absence de complience thérapeutique lors des maladies organiques.

L'ensemble des troubles décrits n'est pas lié à une affection psychiatrique ou à un trouble d'ordre psychologique. Ils ne sont pas non plus le résultat direct de déficience mentale, de déficits neurologiques, de troubles de l'acuité visuelle ou auditive non corrigés, perturbations affectives mais peuvent leur être associés. Ces troubles se manifestent par des **difficultés spécifiques et significatives des apprentissages scolaires.**

Ces enfants présentent donc des difficultés persistantes dans l'acquisition des stratégies d'apprentissage qui les empêchent de s'adapter à un environnement scolaire standard.

du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, des anomalies anatomiques de l'appareil phonatoire, des altérations sensorielles, un retard mental ou des facteurs de l'environnement. Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage s'accompagnent souvent de problèmes associés, tels des difficultés de la lecture et de l'orthographe, une perturbation des relations interpersonnelles, des troubles émotionnels et des troubles du comportement".

Ces troubles incluent, entre autres, le trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation ou trouble phonologique d'après la DSM IV, le trouble de l'acquisition du langage de type expressif, le trouble de l'acquisition du langage de type réceptif considéré comme de type mixte réceptif-expressif d'après le DSM IV.

La prévalence des troubles du langage de type expressif et de type mixte réceptif-expressif est respectivement de 3 à 5 % et de 3 % des enfants d'âge scolaire. Ils sont souvent associés à un trouble des apprentissages, à un trouble déficit de l'attention/hyperactivité ou à un trouble de l'acquisition de la coordination.

- Nous ajouterons à ces troubles, les troubles de la conduite : pathologie introduite dans le DSM-II (*Diagnostic and statistical manual of mental disorder*) par l'Association américaine de psychiatrie (APA), et en 1977-1978 dans la CIM-9 (Classification internationale des maladies) par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans le DSM-IV et dans sa version révisée (DSM-IV-TR), un chapitre est intitulé « Trouble déficit de l'attention et comportements

vont présenter concomitamment des troubles des acquisitions scolaires ou troubles des apprentissages.

- **Les troubles des apprentissages** correspondent aux troubles des acquisitions scolaires selon le DSM III et ils sont nommés **troubles spécifiques des acquisitions scolaires** selon la CIM 10. Les troubles des apprentissages sont nommés troubles d'apprentissage scolaires selon le National Joint Committee of Learning Disabilities qui les définit comme "un ensemble hétérogène de troubles causés par une dysfonction, détectée ou non, du système nerveux central mais n'ayant pas pour origine un handicap visuel, auditif ou moteur, une arriération mentale, un trouble affectif ou un milieu défavorisé". Ils peuvent cependant coexister avec l'un ou l'autre de ces problèmes et "Ces troubles peuvent se manifester par des retards dans le développement, des difficultés au niveau de la concentration, de la mémoire, du raisonnement, des difficultés au niveau de la coordination, de la communication, de la lecture, de l'écriture, de l'épellation, du calcul, et par des difficultés touchant la sociabilité et la maturité affective".

Ces troubles sont décrits par l'OMS comme des troubles dans lesquels " les modalités habituelles d'apprentissage sont altérées dès les premiers stades du développement. L'altération n'est pas seulement la conséquence d'un manque d'occasions d'apprentissage ou d'un retard mental et elle n'est pas due à un traumatisme cérébral ou à une atteinte cérébrale acquise ".

- **Les troubles spécifiques du développement de la parole et du langage** dans la CIM10 concernent les troubles de la **communication** selon la DSM IV. Ils sont décrits par l'OMS comme des troubles dans lesquels " les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades

Ces troubles ont été classés au sens du DSM III puis du DSM IV et de la CIM 10 et l'on distingue :

- Les troubles des habiletés motrices qui concernent les troubles de l'acquisition de la coordination nommés aussi trouble spécifique du développement moteur. Ils incluent aussi les troubles spécifiques mixtes du développement qui associent, selon la CIM 10, le trouble spécifique du développement moteur à un trouble de développement du langage et de la parole et des acquisitions scolaires. Ils sont couramment associés, d'après la DSM IV, à un trouble phonologique, à un trouble du langage de type expressif ou à un trouble du langage de type mixte réceptif-expressif. Leur prévalence est de 6 % des enfants âgés de 5 à 11 ans.

- Les troubles hyperkinétiques avec les troubles déficitaires de l'attention incluent le déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte, le déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante et le déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante et enfin les troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité, non spécifié qui ne remplissent tous les critères des troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité. Selon l'OMS, " ces troubles s'accompagnent souvent d'une altération des fonctions cognitives et d'un retard spécifique du développement de la motricité et du langage. Ils peuvent entraîner un comportement dyssocial ou une perte de l'estime de soi ". Ils s'accompagnent dans 50 % des cas de troubles du langage et/ou du langage écrit. Si leur prévalence est estimée entre 3 à 5 % de la population scolaire, on estime à 2 % le pourcentage d'enfants affectés qui

A PROPOS DE LA FORMATION DU PERSONNEL ENSEIGNANT POUR ENFANTS HANDICAPES

Pr : Mohamed Nadjib Nini

Université Mentouri - Constantine

Résumé :

L'objet de cette étude est de faire un état des lieux sur ce qui existe en Algérie dans ce domaine (la formation du personnel pour la prise en charge pédagogique des handicapés) et de présenter un programme de formation.

الملخص :

تهدف الدراسة الحالية إلى تشخيص دقيق لواقع إعداد معلم التربية الخاصة في الجزائر وآفاق تكوينية في المستقبل.