

# Les Apprentissages Scolaires des Élèves en Situation de Handicap

---

Bernard Lété

INRP & Université Lyon 2

Laboratoire d'Étude des Mécanismes Cognitifs

[bernard.lete@gmail.com](mailto:bernard.lete@gmail.com)

<http://recherche.univ-lyon2.fr/emc/rubrique-67-Bernard-Lete.html>

**Journées d'étude**

***Le handicap à l'école : Travailler ensemble***

**INRP – 11 & 12 mai 2009**

# PLAN

---

1. La scolarisation des élèves en situation de handicap (SH) : a) la loi ; b) les chiffres ; c) les moyens
2. Les déficiences cognitives rencontrées chez les élèves en SH : retard mental et troubles spécifiques des apprentissages
3. Les spécificités d'apprentissage selon la nature des déficiences : comparaison syndrome de Down et syndrome de Williams
4. Conclusion : questions ouvertes

**1. La scolarisation en milieu ordinaire des élèves en situation de handicap :**  
**a) la loi de février 2005**

---

# Le handicap selon la loi de février 2005

---

- "Constitue un **handicap**, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une **altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.**"
- "Tout enfant, tout adolescent présentant un **handicap** ou un trouble invalidant de la santé **est inscrit dans l'école** ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L.351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence."
- → objectif prioritaire : accueil de l'enfant en milieu ordinaire

# Déficiência, incapacité, handicap

---

- la définition fait référence à la *Classification Internationale des Handicaps* (CIH) de Wood (1980) pour l'OMS qui sert de guide-barème des MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapés)
- la CIH pose que le handicap résulte d'un enchaînement :
  - maladie → déficiéncie → incapacité → handicap social
- la déficiéncie relève de la santé : elle correspond à une altération psychologique, physiologique ou anatomique
  - déficiéncie du langage
  - déficiéncie oculaire
  - déficiéncie auditive, etc...
- l'incapacité relève de la rééducation : elle signe une réduction d'une fonction ou d'une aptitude
  - incapacité touchant le comportement,
  - incapacité touchant la locomotion,
  - incapacité à la communication, etc...
- le handicap relève de l'intégration sociale

# Une définition globalisante



- ❑ → concept polymorphe : relève de la commodité utilitaire plus que de la connaissance scientifique
- ❑ le rôle de l'école n'est pas seulement d'accueillir : son rôle est de faire apprendre
- ❑ → l'élève en situation de handicap doit pouvoir **bénéficier** de sa scolarisation en contexte ordinaire → il doit donc pouvoir **progresser** dans ses apprentissages

# Le PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

---

- pour assurer cette nécessité, "la Loi" a créé, pour l'enfant, le PPS qui fait partie du plan personnalisé de compensation du handicap
- selon C. Gardou (ce colloque)
  - le PPS doit permettre à l'élève en SH d'exercer son "**droit à apprendre**"
  - le PPS est "la **feuille de route** de l'élève" ; le PPS est "un **contrat** entre l'école, l'élève et sa famille"
- le PPS s'appuie sur une "*évaluation des besoins et des compétences de l'élève réalisée par l'équipe de suivi de la scolarisation*"
- il est élaboré par la MDPH (avec en amont l'équipe de suivi de la scolarisation + enseignant référent)
- il définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap

**1. La scolarisation en milieu  
ordinaire des élèves en SH :  
b) les chiffres**

---



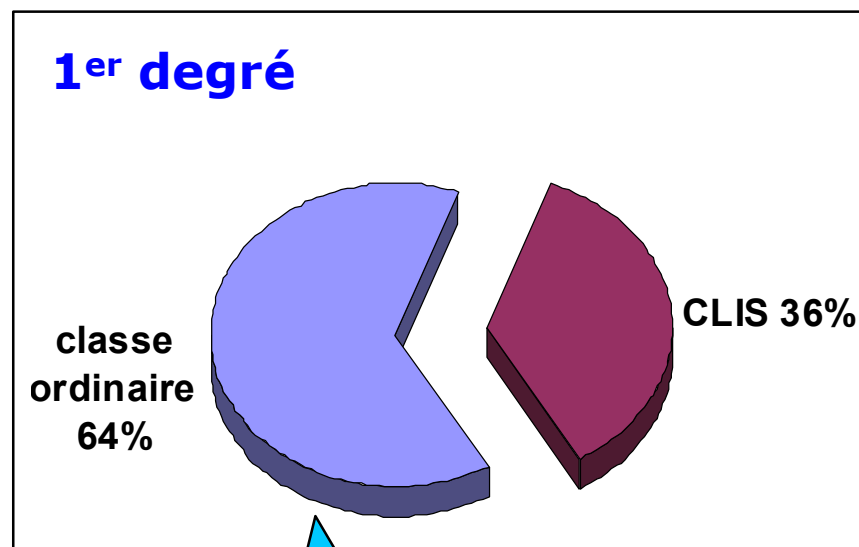
# Élèves handicapés scolarisés 2007-2008

---

- 162 000 élèves  $\cong$  1% population scolaire
- +91% depuis 2002
- +30% depuis 2005
- 1<sup>er</sup> degré (maternelle-CM2) : 110 000
- 2<sup>ème</sup> degré (6<sup>ème</sup>-terminale) : 52 000

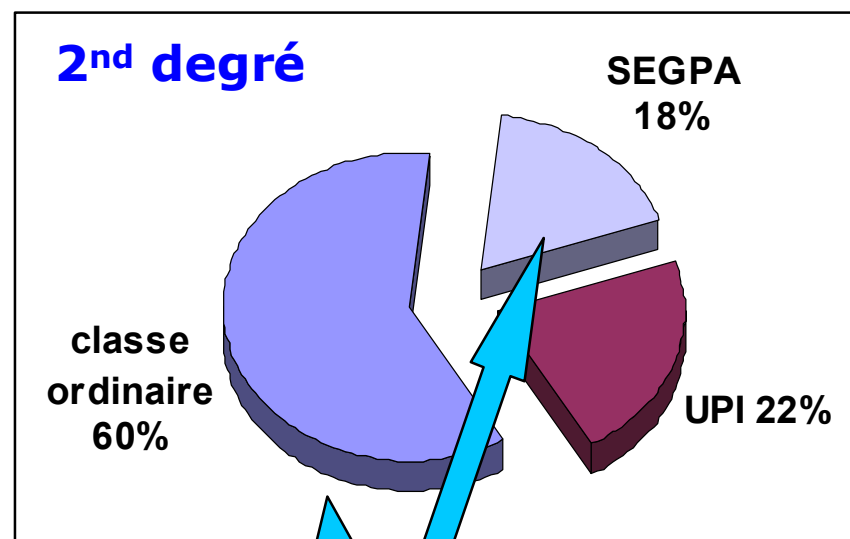
source : *Repères et Références Statistiques, 2008, MEN*

# Répartition par type de scolarisation



dont 81% à temps plein

**CLIS** : Classe d'Intégration Scolaire

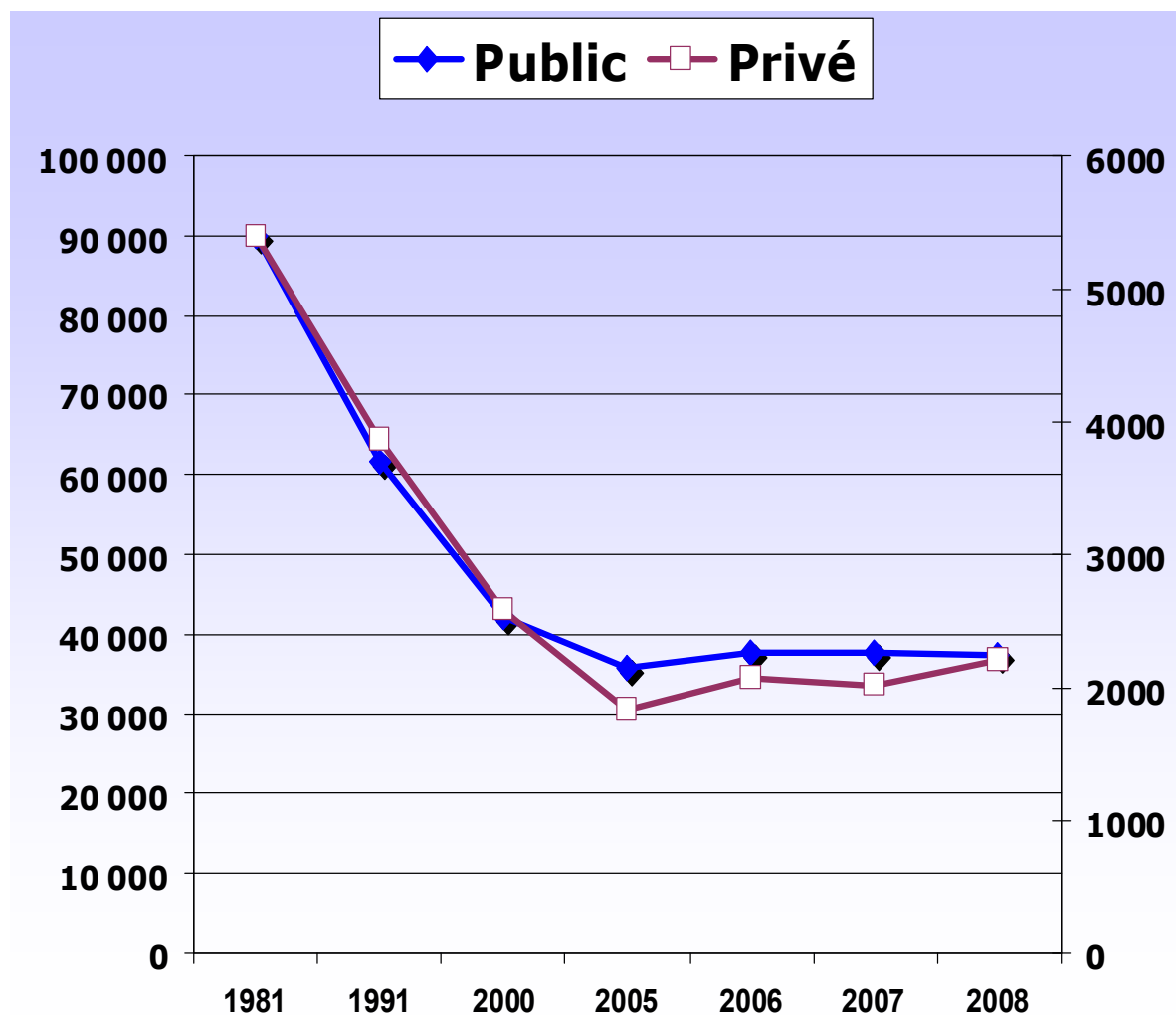


dont 90% à temps plein

**UPI** : Unité Pédagogique d'Intégration

**SEGPA** : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

# Évolution des effectifs des CLIS



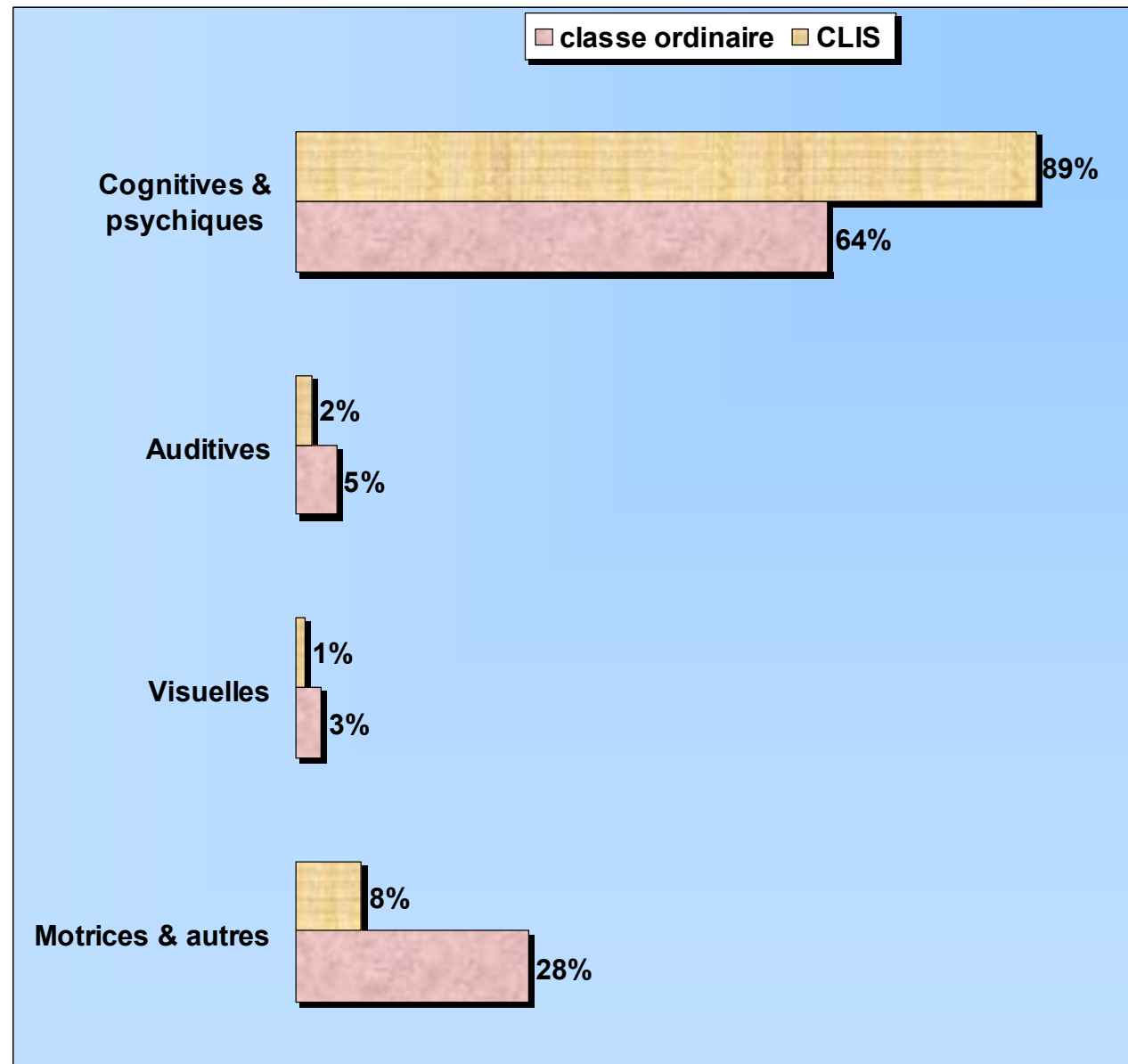
# Répartition par déficience

---

- ❑ déficiences psychiques, intellectuelles et cognitives
- ❑ déficiences auditives
- ❑ déficiences visuelles
- ❑ déficiences motrices, viscérales, ...

# Répartition par déficience

## 1<sup>er</sup> degré

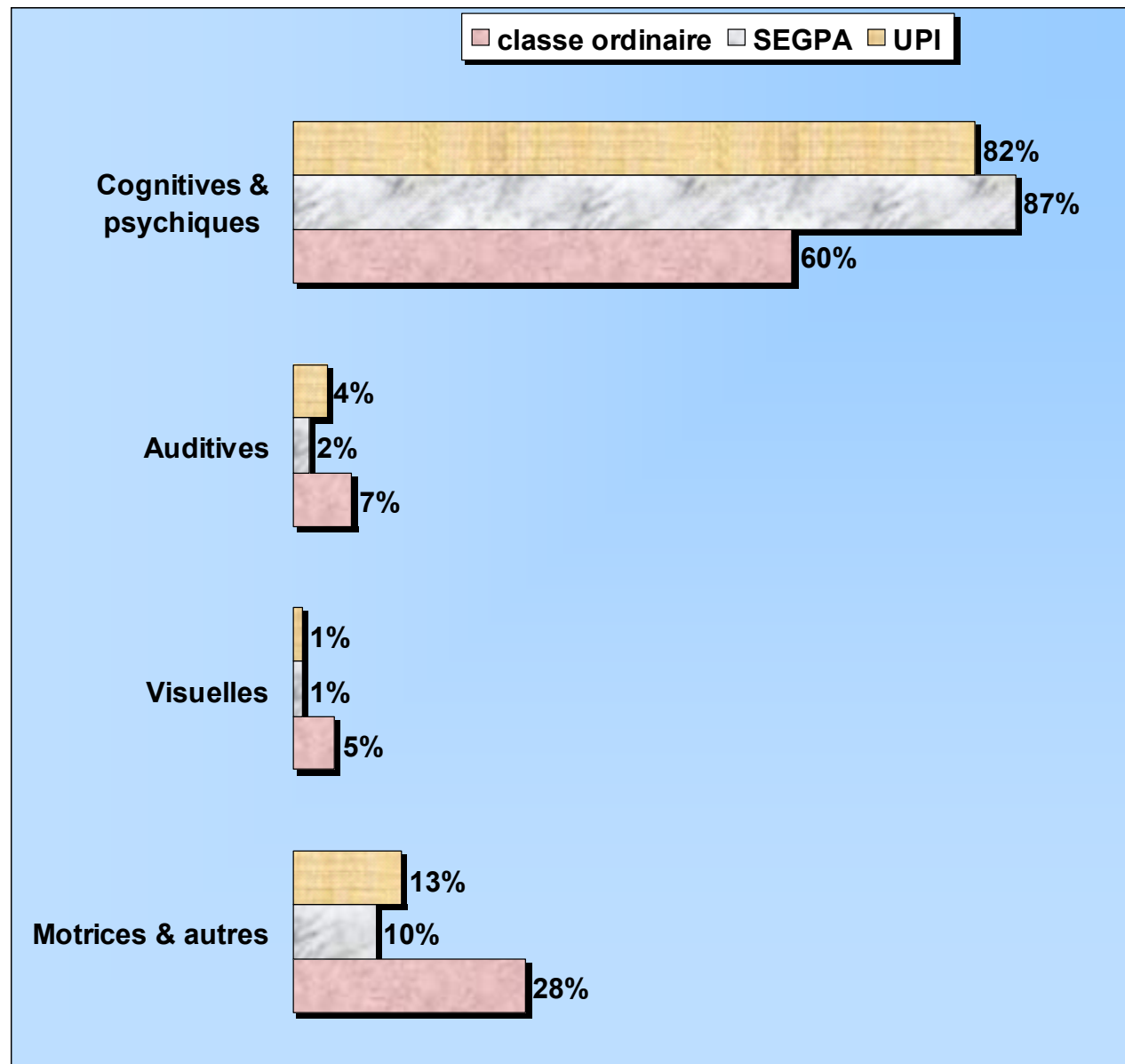


source: RERS, 2008, MEN

B. Lété - 12 mai 2009

# Répartition par déficience

## Collège



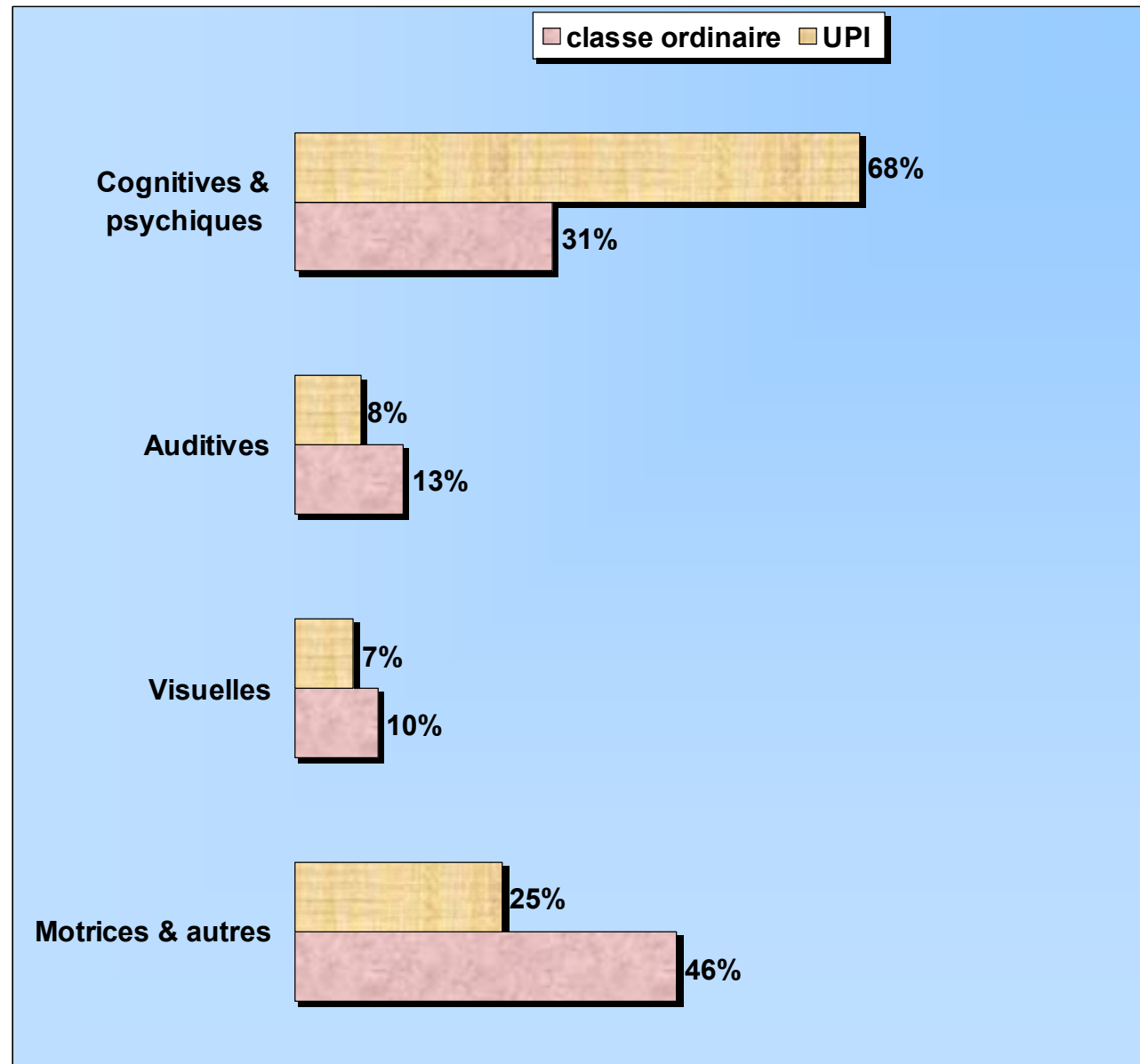
SEGPA : Section  
d'Enseignement  
Général et  
Professionnel  
Adapté

source: RERS, 2008, MEN

B. Lété - 12 mai 2009

# Répartition par déficience

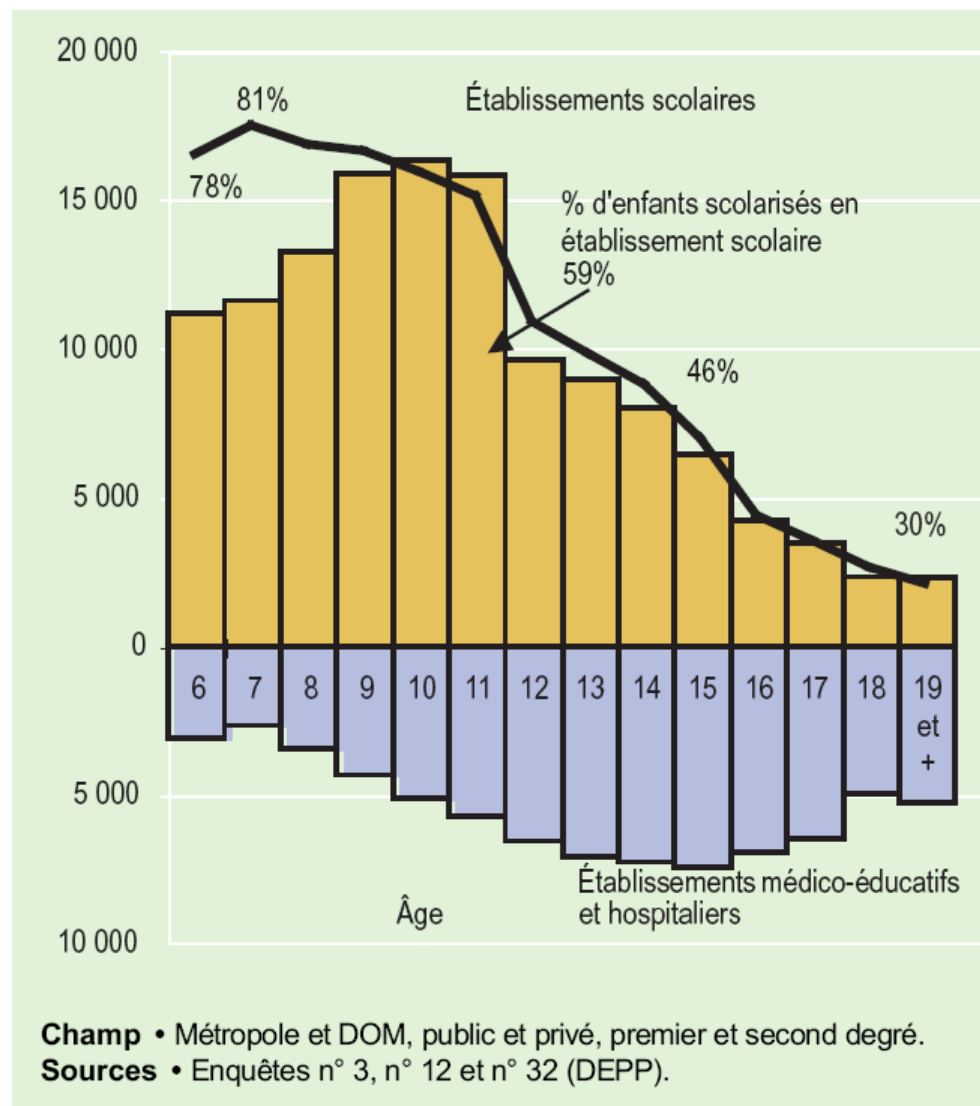
## Lycée



source: RERS, 2008, MEN

B. Lété - 12 mai 2009

# Évolution du taux de scolarisation





# Parcours des élèves handicapés

---

- il existe une diminution progressive de la scolarisation en milieu ordinaire avec l'avancée en âge
  - 80% à 6-7 ans → 30% à 19-20 ans
  - à partir de 12 ans → Établissements Médico-Éducatifs
- les élèves avec atteinte cognitive ou psychique quittent massivement la scolarité ordinaire
  - ils sont moins souvent scolarisés individuellement
  - ils sont moins souvent scolarisés à temps plein
  - leur présence dans le 2<sup>nd</sup> degré tient surtout à leur scolarisation en SEGPA
- par contre, les élèves avec atteinte physique parviennent à suivre un cursus ordinaire

**1. La scolarisation en milieu  
ordinaire des élèves en SH :  
c) les moyens**

---

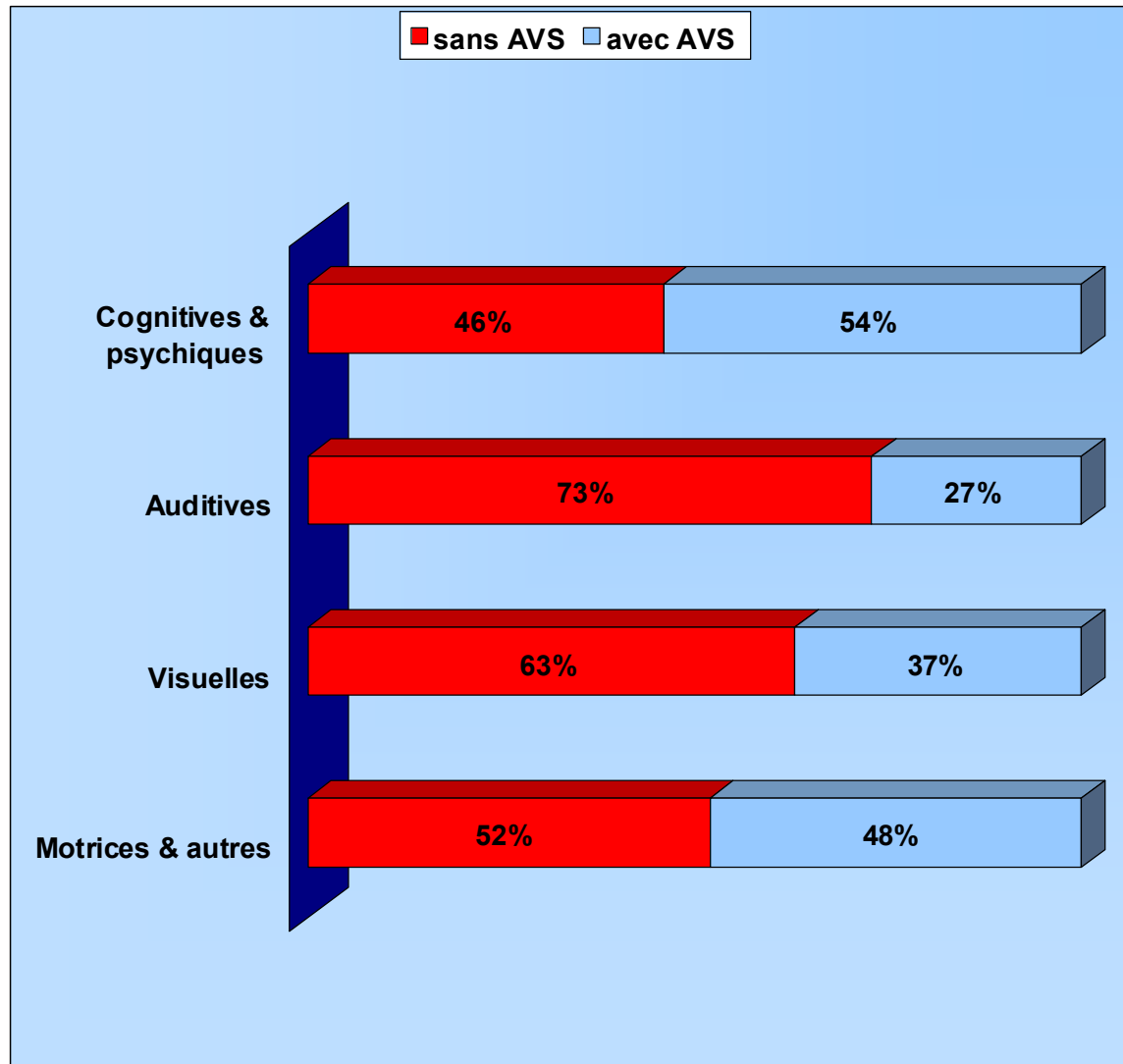
# Accompagnements AVS

---

- auxiliaire de vie scolaire individuel ( $AVS_i$ )
  - chargé de l'accompagnement d'un seul élève à temps plein ou à temps partiel
  - 7570 en 2008 → couvrent seulement **16%** des élèves en classe ordinaire
  
- auxiliaire de vie scolaire collectif ( $AVS_{co}$ )
  - rattaché à une CLIS ou une UPI : a pour fonction d'aider l'ensemble des élèves de la classe
  - 1951 en 2008 → couvrent seulement **24%** des élèves en CLIS et UPI

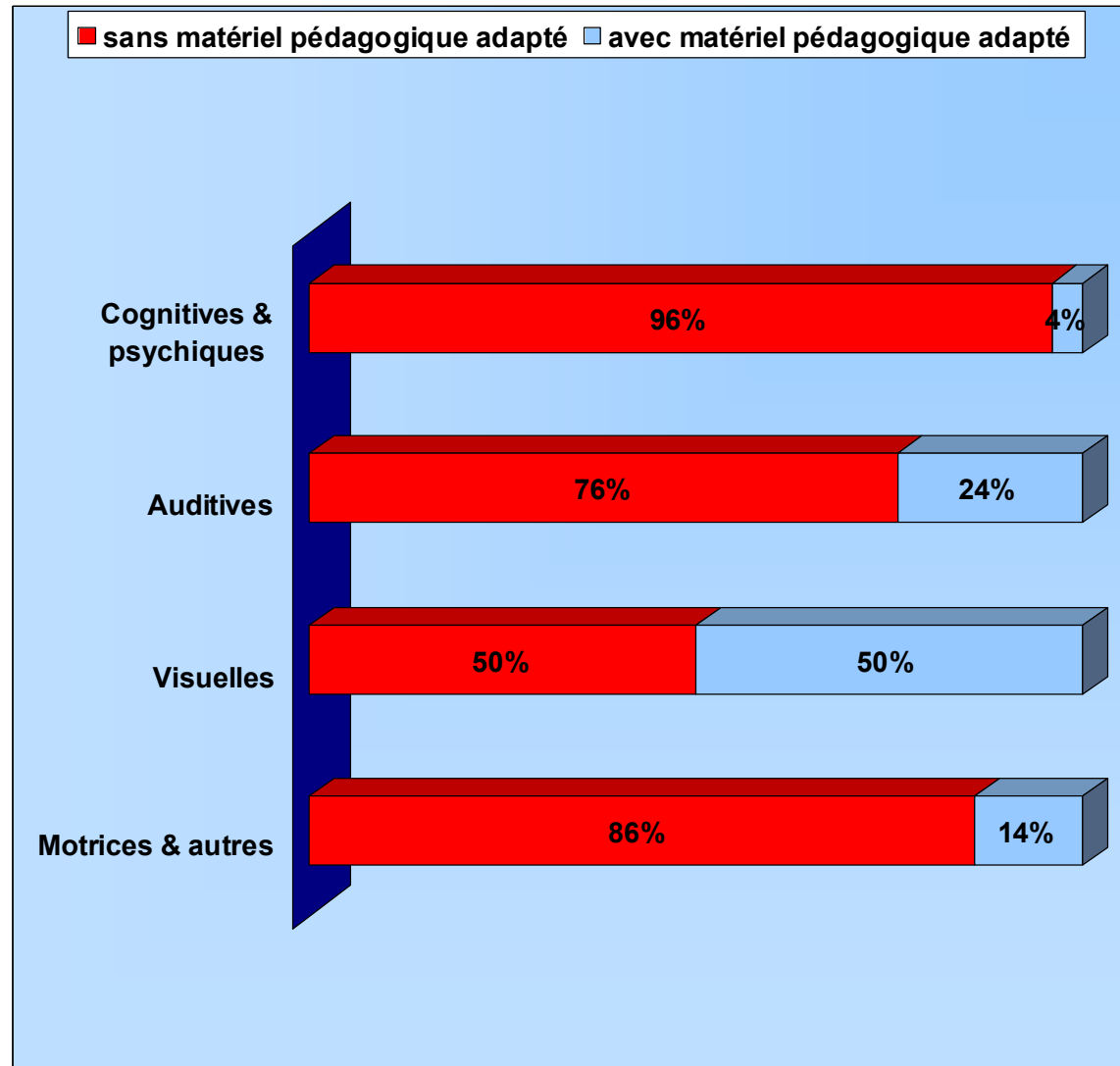
# Accompagnements AVS selon la déficience

---



source: RERS, 2008, p.85

# Matériel pédagogique selon la déficience



source: RERS, 2008, p.85

# Synthèse

---

- il y a de plus en plus d'élèves en SH scolarisés en contexte ordinaire → la loi fonctionne
- mais ...
  - peu de moyens pour aider les enseignants
  - problème de la formation des enseignants
- les handicaps affectent principalement les fonctions cognitives ...
- ... mais la nature de ces troubles cognitifs est très hétérogène
- cette hétérogénéité des troubles impliquent des altérations différentes des capacités d'apprentissage d'un enfant à l'autre

## **2. Les déficiences cognitives des élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire**

---

# Le retard mental

---

## □ critères d'inclusion

- $QI \leq 70$
- déficit du comportement adaptatif (capacités d'autonomie et de socialisation) par rapport à un environnement social
- manifestation de la déficience avant 18 ans

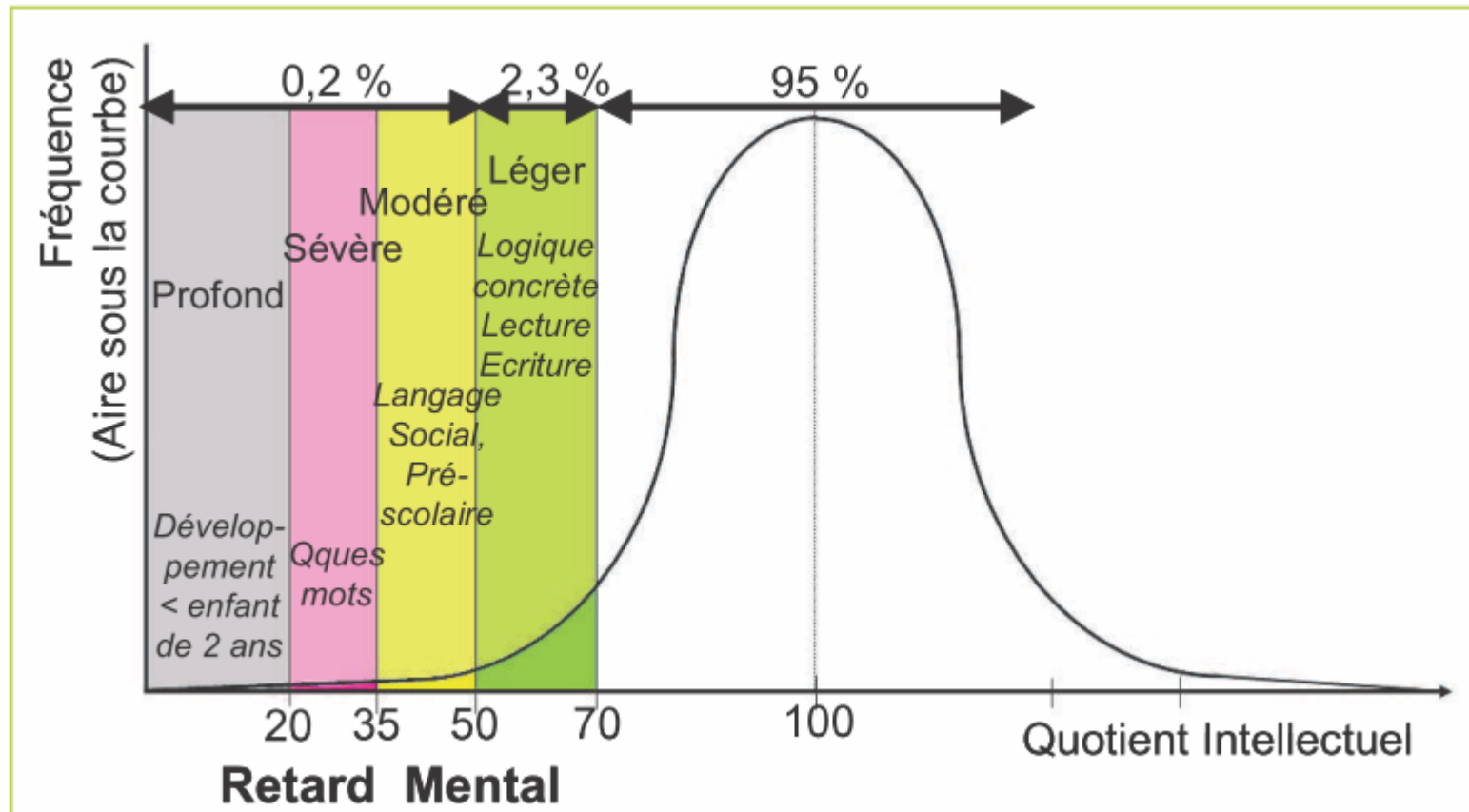
## □ critères d'exclusion

- sans déficit sensoriel
- sans déficit instrumental (dyslexie, dysphasie, dysorthographe) → dénote un trouble spécifique des apprentissages
- sans handicap moteur
- sans trouble psychiatrique (dépression)



# Classification du retard mental

- DSM IV (*American Psychiatric Association, 1994*) et CIM 10 (OMS, 1994)



2.5% de la population : 17000 naissances /an

# Classification du retard mental

---

- retard mental léger
  - 80 % des enfants atteints de retard mental
  - les acquisitions scolaires sont principalement touchées
- retard mental modéré
  - 10 % des enfants
  - acquisition d'une certaine forme d'autonomie
- retard mental sévère
  - 3 à 4 % des enfants
  - peu ou pas d'acquisitions préscolaires, problème de développement du langage et du développement moteur
- retard mental profond
  - 1 à 2 %
  - capacités sensori-motrices très limitées et anomalies neurologiques sévères : souvent polyhandicap

# Étiologie du retard mental

---

- 45% des retards mentaux sont d'origine génétique (500 maladies génétiques recensées)
  - $\cong$  30% de RM modérés et sévères
  - $\cong$  15% des cas de RM légers
- les plus fréquentes :
  - syndrome de Down (trisomie 21 ; 1/700 naissances)
  - syndrome du X-fragile (1/4000 ♂; 1/7000 ♀ )
    - ❖ avant 5 ans : retard langage, retard psychomoteur, troubles du comportement
    - ❖ entre 5 et 10 ans : retard scolaire, troubles du comportement
    - ❖ après la puberté : retard mental

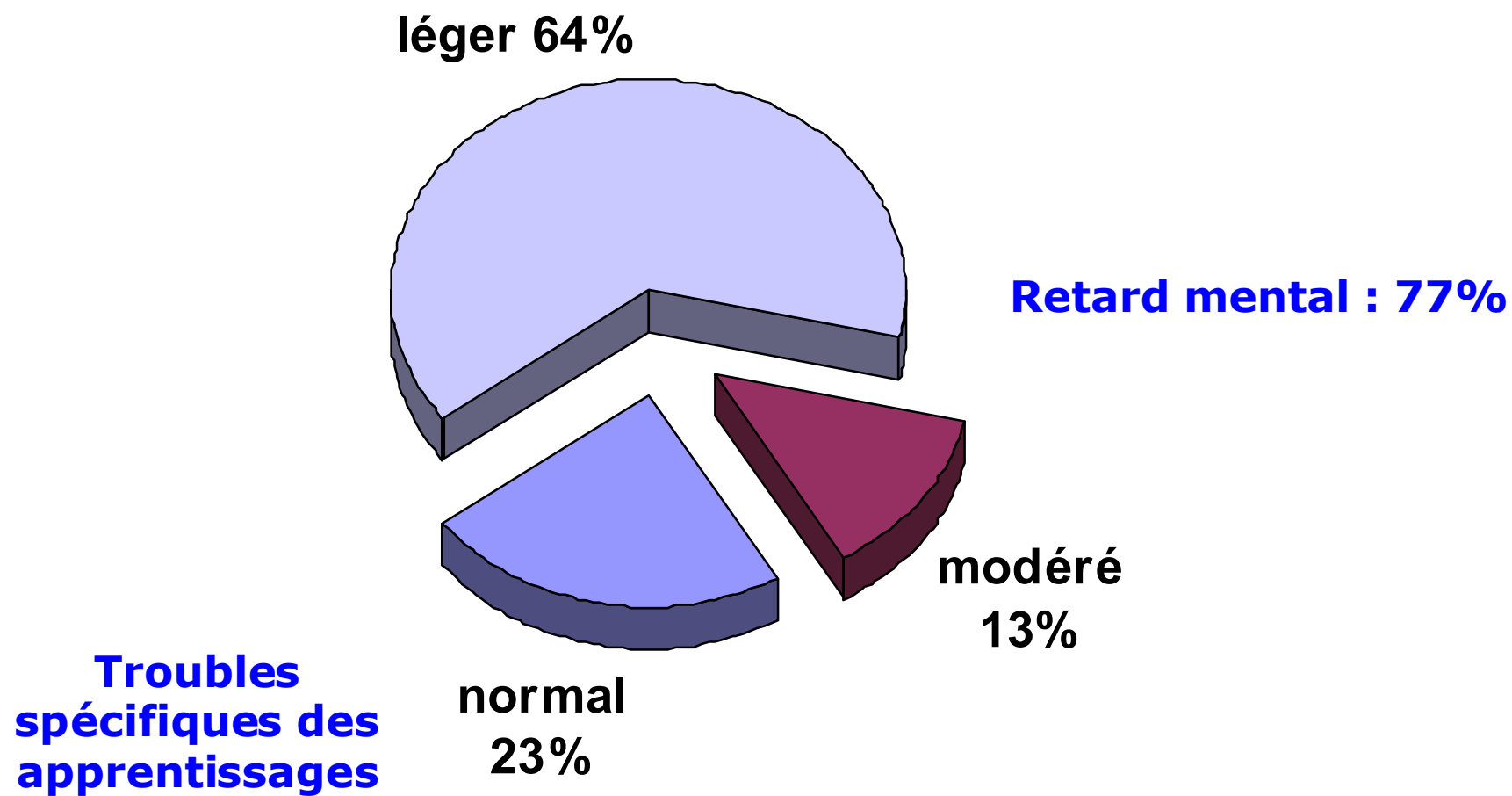
# Élèves CLIS 1 recherche ANR (Lété et al., 2007)

---

- lien description de la recherche
  - <http://recherche.univ-lyon2.fr/emc/146-ANR-Handicap-3D-app.html>
- 16 CLIS 1 → 180 enfants
- QI au WISC III ou IV
- âge moyen
  - 10 ans 7 mois
  - $\sigma=14$  mois
  - [7;2-12;5]
- niveau lecture
  - CP juillet
  - $\sigma = 16$  mois
- QI total
  - 61
  - $\sigma = 11$
  - [40-86]

# Cohorte CLIS 1

---



# Troubles spécifiques des apprentissages

---

- "Les performances du sujet à des tests standardisés, passés de façon individuelle, portant sur la lecture, le calcul ou l'expression écrite sont nettement en-dessous du niveau escompté, compte tenu de son âge, de son niveau scolaire et de son niveau intellectuel."
- critères d'exclusion
  - retard mental :  $QI > 70$
  - psychopathologie grave
  - carence pédagogique et socio-économique
  - trouble neurosensoriel ou neurologique
- catégorie des "enfants DYS" : dysphasie, dyslexie, dyspraxie... dyscalculie, THADA

# Troubles spécifiques des apprentissages

---

- "*nettement en-dessous*" se définit par une différence de plus de deux écarts-types entre les performances et le QI
- → la définition à recours à un **critère de divergence** (*discrepancy*)
  - les performances aux tests *ad hoc* doivent être nettement en dessous du niveau escompté → **dévi**ation du développement et **non retard** par rapport à celui normal
  - différence entre le niveau intellectuel –QI– et le niveau de performance dans la tâche

# Synthèse

---

- prévalence des déficits cognitifs chez les élèves en SH scolarisés en milieu ordinaire
  - $\frac{3}{4}$  sont des retards mentaux
  - $\frac{1}{4}$  sont des troubles spécifiques des apprentissages
- étiologie liée aux anomalies génétiques ( $\cong 45\%$ ) ; le reste est non déterminé
- mais le QI n'est pas la seule donnée pertinente car il existe une spécificité syndromique des apprentissages



### **3. Les types d'apprentissage des élèves en situation de handicap**

---

# Spécificité syndromique des apprentissages

---

- les recherches récentes\* suggèrent que le fonctionnement
  - attentionnel
  - mnésique
  - perceptuel
  - langagier
  - ...
  - diffère d'un syndrome à l'autre
- certains enfants vont avoir des performances (relativement) élevées dans un domaine cognitif et faibles à très faibles dans d'autres domaines
- pourquoi ? → 2 conceptions : différence vs délai

\*voir pour une synthèse: Rondal, J.A., & Comblain, A. (Eds.) (2001). *Manuel de psychologie des handicaps. Sémiologie et principes de remédiation*. Bruxelles: Mardaga.

# Conception neuropsychologie cognitive (modulariste) = différence

---

- les personnes avec RM ont un fonctionnement cognitif **différent** → **trajectoires de développement** différentes
- conception modulaire de la cognition : il existe des modules "sains" et des modules "déficitaires"
- on va donc avoir des déficits spécifiques qui affectent un ou plusieurs modules de traitement
  - attention
  - cognition verbale
  - cognition spatiale
  - ...

# Conception développementale = délai

---

- selon Zigler (1969), les personnes avec RM sont globalement en retard de la même manière qu'un enfant avec un QI de 100 est développementalement en retard par rapport à un enfant avec un QI de 130
- les personnes avec RM passent par les mêmes stades de développement que les personnes sans RM, dans un ordre identique, mais différent dans la vitesse ainsi que dans la limite supérieure de développement
- → les personnes avec RM ne sont pas différentes par nature des personnes sans RM

# Comparaison Syndrome de Williams et Syndrome de Down

---

## □ syndrome de Down

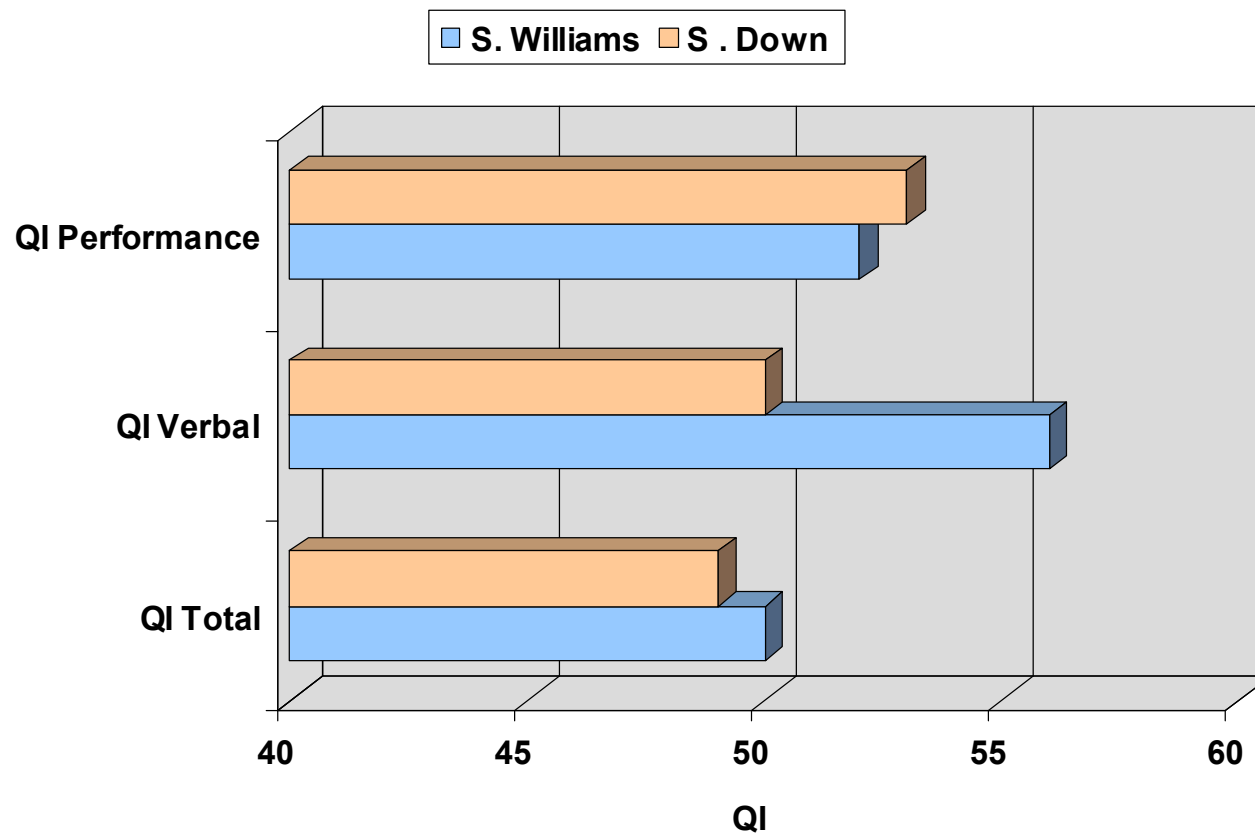
- trouble génétique non héréditaire dû à la triplification du chromosome 21
- incidence 1/700 (1200 naissances /an)
- retard mental modéré à sévère

## □ syndrome de Williams

- trouble génétique non héréditaire dû à une microdélétion  $\cong$  20 gènes sur le chromosome 7
- incidence 1/25000 naissances (ou 1/7500 ?) (30 à 100 naissances /an)
- retard mental modéré à sévère

# Profils cognitifs

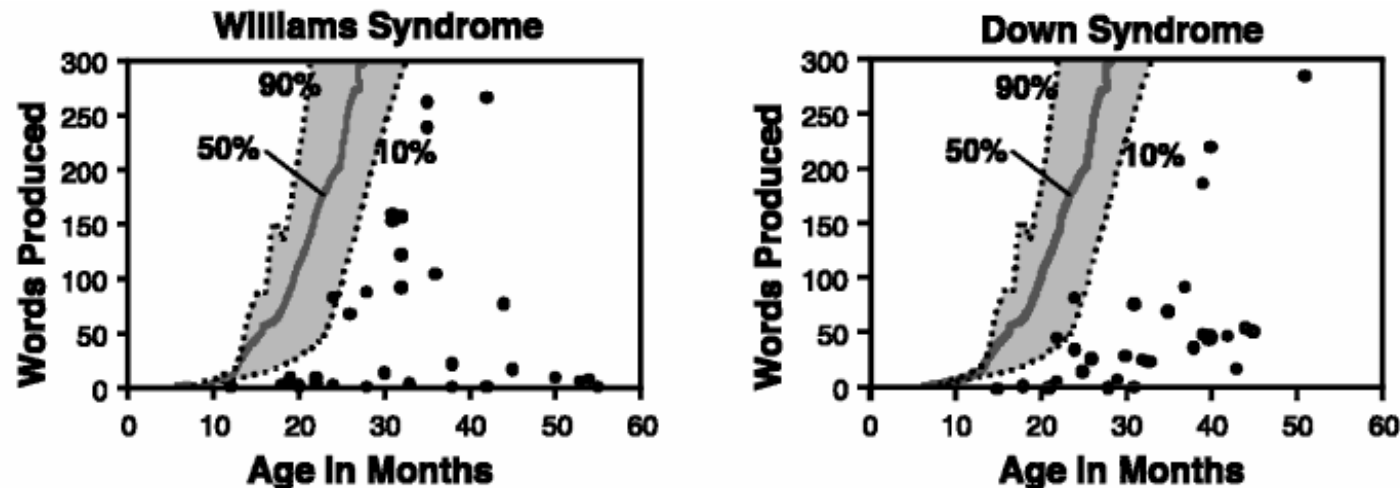
- Synthèse de Bellugi et al. (1999)\*
- QI à la WISC-R



\* Bellugi U, Lichtenberger L, Mills D, Galaburda A, Korenberg JR. (1999). Bridging cognition, brain and molecular genetics: Evidence from Williams syndrome. *Trends in Neurosciences*, 5, 197-208.

# Compétences langagières

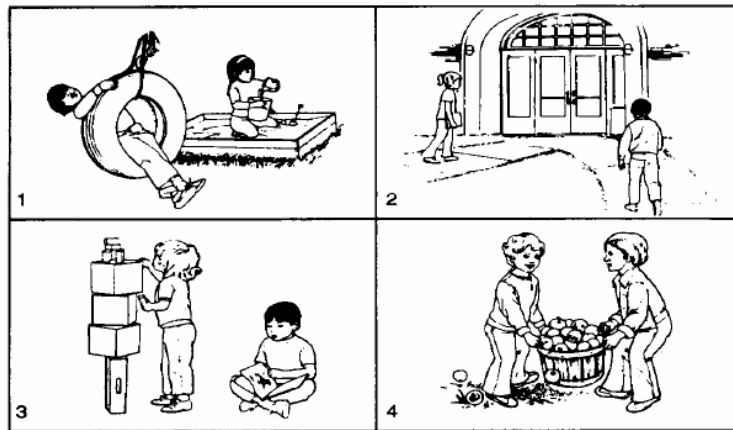
- développement des premiers mots
  - MacArthur Communicative Development Inventory (CDI; Fenson et al., 1993)
  - 54 SW et 39 SD de 12 mois à 60 mois



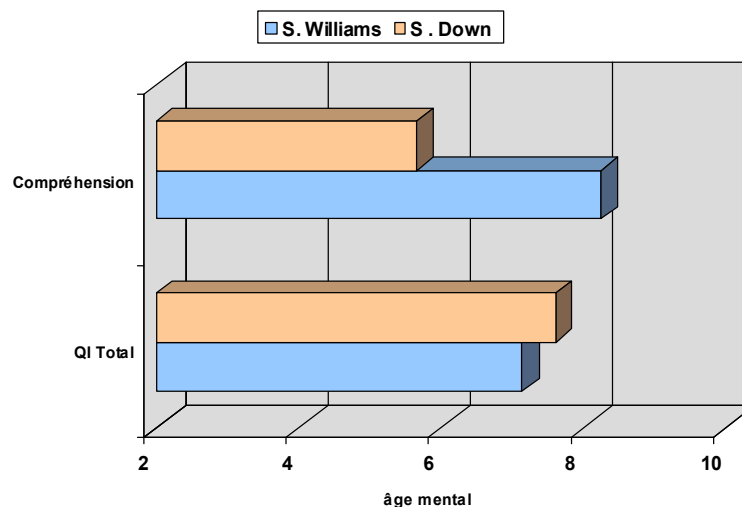
- aucune différence significative entre les deux groupes
- **trajectoire de développement différente** de celle des S. Down car ils vont rattraper leur retard

# Compétences langagières

- lexique en compréhension : *Peabody* (Dunn & Dunn, 1981)
  - 80 enfants de 4 à 17 ans



montre moi "coopération"

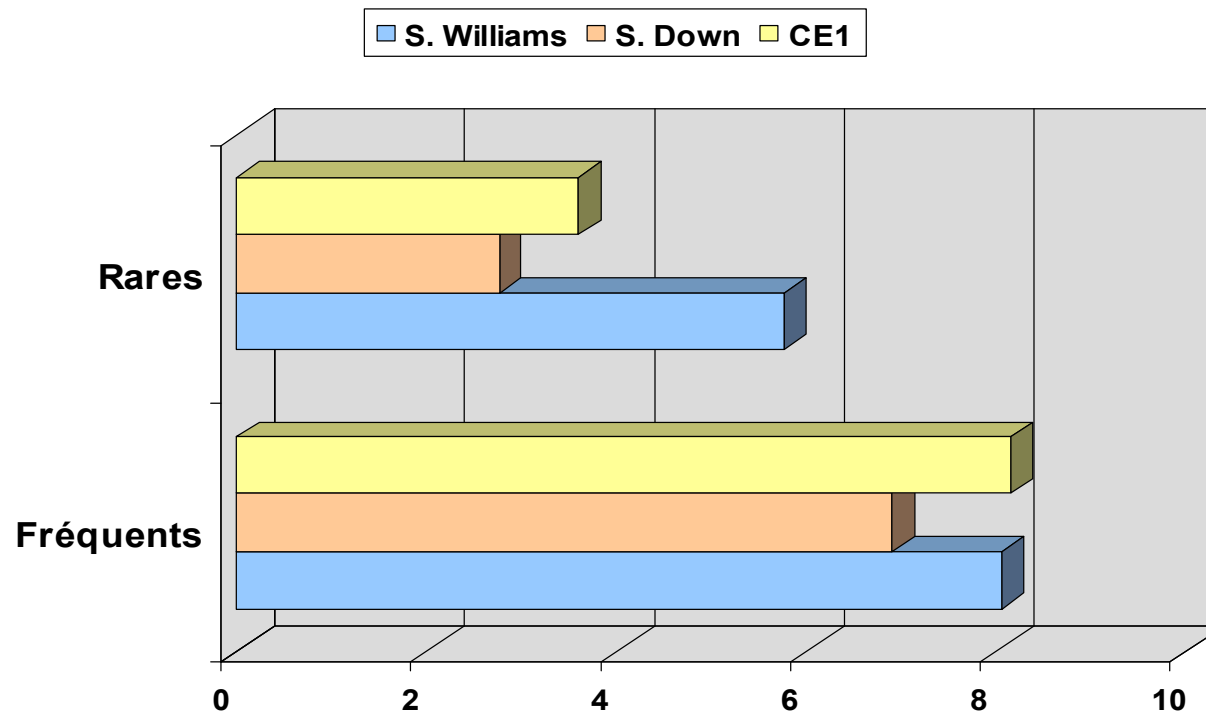


bien que même QI, le lexique en compréhension des S. Williams est plus élevé que celui des S. Down



# Compétences langagières

- lexique en production : tâche de fluence verbale
  - nommer le plus possible d'exemplaires d'une catégorie (animaux, aliments, ...)
  - S. Williams ont une propension à produire plus de mots rares (salamandre, bouquetin, fouine, brontosauure, ...) que les S. Down ou les contrôles Age Chronologique (CE1)



# La cognition spatiale

modèles

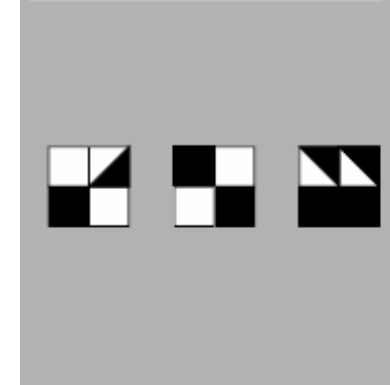
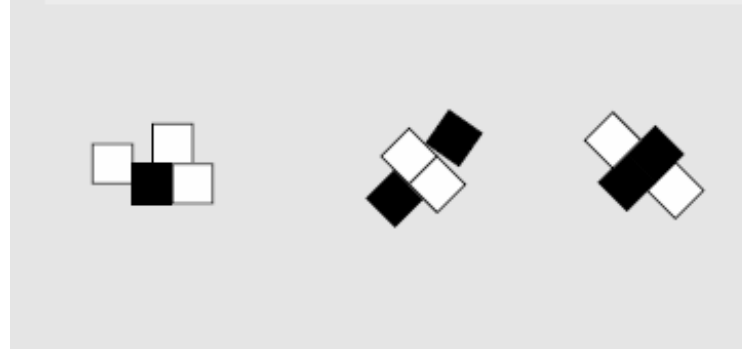
syndrome de Williams

syndrome de Down

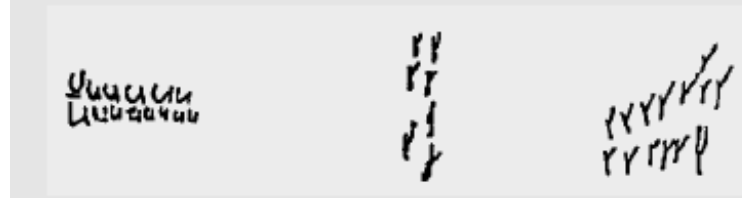
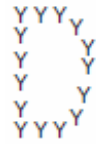
dessin libre



cubes de Kohs



dessins hiérarchiques



déficits dans la restitution de l'organisation globale

déficits dans la restitution de l'organisation locale

# Spécificité syndromique des apprentissages

(d'après Rondal, 2001; in Rondal & Comblain, 2001, *op. cit.* p.34)

	Trouble Spécifique du Langage	Syndrome de Down	Syndrome de Williams	Syndrome du X-fragile
QI	>70	35-50	40-70	20-70
attention	+ +	- -	-	- -
capacités visuo- spatiales	+ +	+	- -	+
mémoire verbale	+ +	- -	+ +	- -
langage oral	- -	- -	+ +	- -
lecture-écriture	- -	- -	+	?
arithmétique	+ +	- -	- -	- -
socialisation	+ +	+	+ +	- -

# Synthèse

---

- ❑ la scolarisation individuelle des élèves handicapés se heurte au caractère très spécifique de leurs apprentissages
- ❑ comment ajuster, améliorer, réorienter les pratiques éducatives et rééducatives ?
- ❑ comment faire de l'"*enseignement sur mesure*" c'est à dire comment "*transformer les potentialités en compétences*" ? (C. Bizot, ce colloque)
- ❑ les CLIS et UPI constituent certainement un bon compromis

# **Conclusion (questions ouvertes)**

---

# Sur "la Loi"

---

- elle a considérablement augmenté le nombre d'élèves en SH scolarisés en contexte individuel ...
- ... mais elle n'a pas anticipé le besoin de formation des enseignants
- le PPS est le coeur du dispositif du *droit au savoir* de l'élève en SH mais il y a un problème de moyens :
  - le PPS de l'élève devient souvent le PPS de l'école
  - ce n'est plus l'école qui s'adapte à l'enfant, c'est l'élève en SH qui doit s'adapter aux moyens dont dispose l'école pour gérer son parcours scolaire
- quel est le bénéfice de l'élève en SH, sur ses apprentissages, à se retrouver en contexte individuel ?
- quel est son désir ?

# Sur les apprentissages

---

- ❑ 15% des élèves quittent l'école primaire sans avoir acquis les compétences de base
- ❑ l'école se vide de ses élèves en situation de handicap : de 80% à 6-7 ans → 30% à 19-20 ans
- ❑ peut-on viser raisonnablement *l'excellence* pour les élèves en SH dans un contexte où on ne donne pas à l'école les moyens de former correctement ses élèves qui ne sont pas en SH ?

# Décompassionnaliser ...

---

- la mode est aujourd'hui au compassionnel, à l'émotion, à la victimisation, à la culpabilisation ...
- la scolarisation de l'enfant handicapé nécessite des réponses rationnelles, donc pas forcément "politiquement correctes"
- parmi ces réponses, faut-il avoir peur de celles des spécialistes et de leurs classifications ?