

Module 3-APH

Accompagner les Personnes
en situation de Handicap

Support théorique

Edition 2025

Table des matières

Descriptif du module	3
1 Unité 1 : Comprendre le handicap de manière systémique	4
1.1 Comprendre le handicap de manière systémique.....	6
1.1.1 Le handicap, résultat de l'interaction entre une personne et son environnement.....	7
1.1.2 Participation sociale et situation de handicap	8
1.1.3 La CIF et le PPH	10
1.2 Déficiences et troubles.....	13
1.2.1 Les atteintes cérébrales	13
1.2.2 Les atteintes de la moelle épinière.....	21
1.2.3 Les atteintes sensorielles.....	24
1.2.4 Les troubles neurodéveloppementaux.....	33
2 Unité 2 : Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)	48
2.1 Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)	49
2.2 Les principaux symptômes	50
2.3 La maladie d'Alzheimer	52
2.3.1 Évolution et stades de la maladie	52
2.3.2 Pistes d'action	55
3 Unité 3 : Les troubles psychiques	57
3.1 Le trouble dépressif caractérisé	59
3.2 Les troubles bipolaires.....	63
3.3 Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	66
3.4 Les troubles anxieux	69
3.4.1 L'anxiété généralisée	69
3.4.2 Le trouble panique	70
3.4.3 Les phobies spécifiques	70
3.4.4 L'anxiété de séparation.....	71
3.4.5 Répercussions des troubles anxieux	71
3.5 Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).....	73
3.6 Le trouble de stress post-traumatique	75
3.7 Les troubles de la personnalité	77
3.7.1 La personnalité borderline.....	77
3.8 Troubles liés à une substance et troubles addictifs.....	81
3.8.1 Le modèle bio-psycho-social de l'addiction	84
3.8.2 Répercussions.....	86
3.8.3 Pistes d'action	86
3.9 Quelques pistes pour le travail éducatif auprès de personnes ayant des troubles psychiques.....	90

4	Bibliographie	94
5	Glossaire	111
6	Table des illustrations	113
7	Annexes : Pistes d'action	115

Note : Veuillez noter que la forme masculine utilisée dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes. Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Descriptif du module

3-APH	Accompagner les personnes en situation de handicap	
Année de formation : 3	Nombre de périodes : 40	Notes : 3xF
Domaines de compétences opérationnelles : <ul style="list-style-type: none">- E15 : Effectuer des mesures de soins spécifiques aux personnes accompagnées.- F13 : Participer au recensement des besoins et des centres d'intérêt des personnes accompagnées ainsi qu'à l'identification des contextes nécessitant un soutien.- F14 : Participer à la planification de prestations et d'activités pour les personnes accompagnées.		
Objectifs évaluateurs : <ul style="list-style-type: none">- E15.2.1 : explique les maladies fréquentes, exemples à l'appui. (C2)- E15.2.2 : illustre les symptômes de maladies, tels que fièvre, douleur, difficultés respiratoires, gonflement, altération de la conscience, changement de la perception, œdème. (C2)- F13.1.9 : explique, exemples à l'appui, le handicap comme le résultat de l'interaction entre un déficit corporel, cognitif, psychique, sensoriel ou perceptif et des obstacles environnementaux. (C2)- F14.2.4 : décrit certaines formes de handicaps physiques, cognitifs, sensoriels ou liés à la perception, exemples à l'appui. (C2)		

1 Unité 1 : Comprendre le handicap de manière systémique

Compétences attendues :

L'ASE aborde la situation de handicap d'une personne de manière systémique. Il explique, exemples à l'appui, le handicap comme le résultat de l'interaction entre un déficit corporel, cognitif, psychique, sensoriel ou perceptif et des obstacles environnementaux.

Sur la base de ses connaissances des déficiences ou troubles, l'ASE identifie les contextes nécessitant un soutien et adapte son accompagnement avec des pistes d'action spécifiques répondant aux besoins éducatifs particuliers.

Contenus abordés :

Comprendre le handicap de manière systémique

- Participation sociale et situation de handicap
- Classification internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)
- Processus de production du handicap (PPH)

Déficiences et troubles

- Les atteintes cérébrales
 - o Paralyse cérébrale
 - o Polyhandicap
 - o Hémiplégie
- Les atteintes de la moelle épinière
 - o Paraplégie et tétraplégie
- Les atteintes sensorielles
 - o Atteintes auditives
 - o Déficience visuelle
- Les troubles neurodéveloppementaux
 - o Déficience intellectuelle
 - o Troubles du spectre de l'autisme (TSA)
 - o Troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité. (TDA/H)

Situation

Céline, une femme de 33 ans, a eu un accident de voiture il y a quelques mois. Cet accident a provoqué un traumatisme crânien qui a entraîné une lésion de la zone du cerveau qui perçoit les informations visuelles. Céline est devenue aveugle.

Elle a dû cesser d'exercer son métier de cheffe cuisinière et renoncer à plusieurs de ses activités de loisirs : randonnées en montagne, vélo, visites d'expositions de peintures. Elle est très abattue par toutes ces pertes, d'autant qu'il lui est encore difficile de se déplacer en ville, même dans le quartier de Lausanne où elle habite.

Céline a appris à manier la canne blanche, mais elle a toujours peur de quitter le trottoir sans s'en rendre compte (à cause des trottoirs qui ont été abaissés pour faciliter le passage des fauteuils roulants). Donc elle quitte peu son studio quand elle ne peut pas être accompagnée par quelqu'un.

Heureusement Céline est très entourée par sa famille et ses amis. Ils lui offrent de quoi se distraire : musique, livres audios et de quoi faire face à son quotidien : appareil pour identifier les couleurs, achats sur Internet. Ses parents ont même proposé à leur fille de lui offrir un chien-guide.

Mais Céline espère encore retrouver la vision. C'est pourquoi elle n'a pas encore essayé d'apprendre le braille et n'a pas le désir de se former à une nouvelle profession. L'évolution de ses capacités visuelles est suivie par les spécialistes de l'hôpital ophtalmique. Son invalidité a été reconnue par l'AI. Si après le délai durant lequel son salaire lui est versé par l'assurance-accident elle n'a toujours pas retrouvé la vision, il lui sera versé une rente AI.

1.1 Comprendre le handicap de manière systémique

Pendant longtemps, le handicap était considéré comme une caractéristique de la personne. Toute personne ayant une déficience était alors considérée comme handicapée. On ne tenait pas compte de l'environnement dans lequel la personne évoluait.

Cette conception du handicap a été largement critiquée et remplacée par une nouvelle approche.

Aujourd'hui, sans nier l'importance de la déficience, on admet que l'environnement joue un rôle essentiel dans les difficultés que rencontre la personne dans les situations de la vie quotidienne. La responsabilité du handicap n'est plus placée sur la personne. La nécessité de prendre en compte le rôle des facteurs environnementaux dans le processus de handicap a été reconnue.

Nous sommes donc passés d'une vision déficitaire à une **vision systémique du handicap**, mettant l'accent sur l'interaction entre la personne et son environnement. On ne parle plus de « personne handicapée », mais de « **personne en situation de handicap** ».

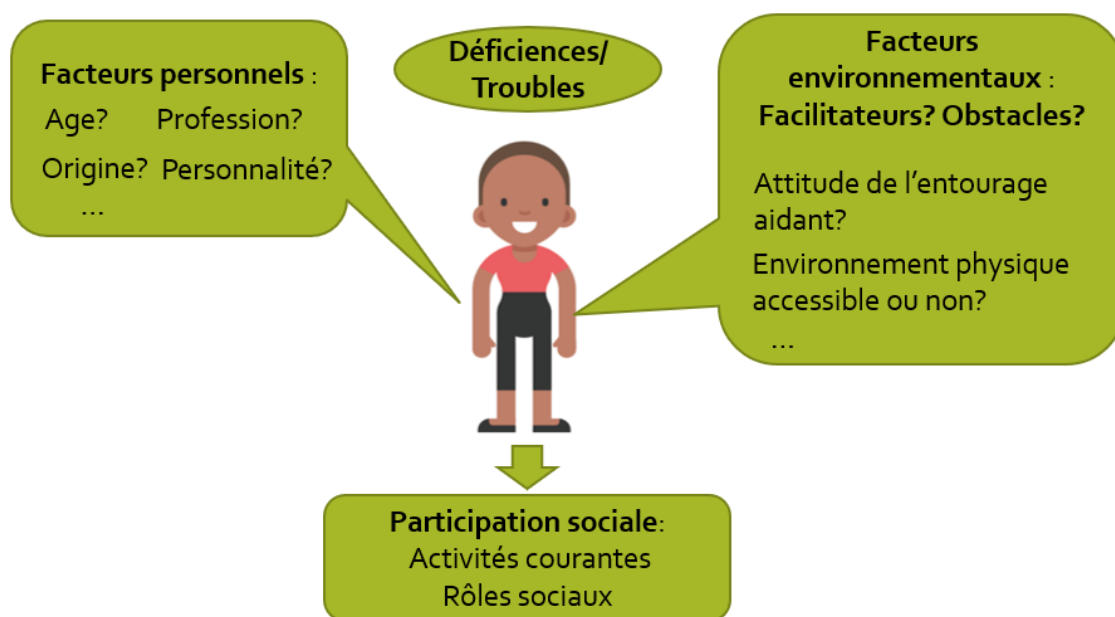


Figure 1

1.1.1 Le handicap, résultat de l'interaction entre une personne et son environnement.

L'interaction entre les caractéristiques d'une personne (**facteurs personnels**) et l'environnement (**facteurs environnementaux**) a une influence sur ses habitudes de vie et permet à la personne de vivre des situations de participation sociale ou au contraire la confronte à des situations de handicap.

Les facteurs environnementaux concernent l'environnement physique et social de la personne : attitudes de la société, architecture, système juridique, etc. Les facteurs environnementaux peuvent présenter des aspects positifs (facilitateurs) ou au contraire freiner la personne (obstacles).

Quelques exemples de facteurs environnementaux

Facilitateurs	Obstacles
Environnement physique accessible : <ul style="list-style-type: none">• aménagement de rampes d'accès à l'extérieur des édifices ;• signaux sonores aux carrefours.	Environnement physique inaccessible : <ul style="list-style-type: none">• bâtiment de plusieurs étages sans ascenseur ;• endroit qui refuse les chiens-guides pour une personne ayant une déficience visuelle.
Existence de moyens techniques d'assistance.	Absence d'aides techniques.
Attitudes positives des gens vis-à-vis de l'incapacité.	Attitudes négatives des gens vis-à-vis de l'incapacité.
Existence de services, structures et politiques visant à accroître l'implication, dans tous les secteurs de la vie, de tous ceux qui ont un problème de santé entraînant une incapacité.	Absence de services, de structures et de politiques. Ils sont inexistantes ou entravent spécifiquement la participation, dans tous les secteurs de la vie, de tous ceux qui ont un problème de santé.

Les facteurs personnels sont les caractéristiques de la personne qui ont une influence, mais qui ne font pas partie de l'état de santé (selon la CIF) : ce sont le sexe, l'origine ethnique, l'origine sociale, l'âge, la formation, la profession, le tempérament, la personnalité, le mode de vie, les habitudes, l'éducation reçue, les événements survenus dans la vie, l'orientation sexuelle, les traits particuliers de la personne, etc.

Remarque

Dans cette nouvelle approche, le handicap ne doit pas être considéré uniquement comme un attribut de la personne et réduit à la déficience. Toutefois, la **déficience** demeure. Elle concerne la structure ou le fonctionnement d'un système organique (système nerveux, cardiovasculaire, digestif, respiratoire, immunitaire, musculaire, etc.) et peut causer des incapacités temporaires ou permanentes à accomplir une activité physique ou mentale. Ces incapacités peuvent être de nature stable, progressive ou régressive.

1.1.2 Participation sociale et situation de handicap

On parle de **participation sociale** lorsque la personne est en mesure de réaliser ses **habitudes de vie**, c'est-à-dire qu'elle arrive à réaliser des **activités courantes** telles que se nourrir, se déplacer, se loger, se laver, communiquer avec les autres, et à exercer **ses rôles sociaux**, notamment étudier, travailler, pratiquer des loisirs, s'impliquer dans des partis politiques, des clubs, des organismes communautaires.

Activités courantes	Rôles sociaux
Communication	Responsabilités
Déplacements	Relations interpersonnelles
Nutrition	Vie associative et spirituelle
Soins personnels et de santé	Éducation
Condition physique et bien-être psychologique	Travail
Habitation	Loisirs

Une personne peut donc être en situation de participation sociale dans un domaine de sa vie, les loisirs par exemple, mais en situation de handicap au travail en raison d'un environnement mal adapté.

La situation de participation sociale ou de handicap peut évoluer au cours de la vie d'une personne et être variable selon les obstacles qu'elle rencontre ou non dans son environnement pour réaliser ses activités.

Une situation de handicap est donc la non-réalisation ou la réalisation partielle des habitudes de vie d'une personne.

L'expression « situation de handicap » s'applique à des personnes ayant des incapacités significatives et durables de même qu'à celles ayant des incapacités temporaires ou légères. À titre d'exemple, une personne se déplaçant avec des béquilles et rencontrant des obstacles pour se déplacer est en situation de handicap.

Lorsque des situations de handicap existent, cela signifie que le milieu de vie de la personne ne lui permet pas de réaliser ses habitudes de vie ou ses droits au même titre que les autres.

1.1.3 La CIF et le PPH

Cette nouvelle conception du handicap a été concrétisée dans deux nouvelles classifications, émanant d'une collaboration étroite entre chercheurs, personnes en situation de handicap et milieux associatifs. Il s'agit des 2 classifications suivantes :

- La CIF, Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, adoptée par l'OMS en 2001 ;
- Le PPH, Processus de Production du Handicap, développé au Québec par Patrick Fougeyrollas et diffusé depuis 1998.

Une grille de lecture

La CIF et le PPH offrent une **grille de lecture** d'une situation qui permet de trier les informations disponibles pour décrire la situation d'une personne et de rechercher les informations manquantes.

Rôle de l'ASE

La CIF ou le PPH peuvent aider l'ASE à **formuler des objectifs spécifiques** qui visent l'augmentation de la participation sociale et la réduction des situations de handicap auxquelles la personne est confrontée. Les objectifs ne sont plus ciblés sur les fragilités et les faiblesses de la personne, mais sur les habitudes de vie significatives pour la personne.

En plus de soutenir le développement des capacités individuelles, l'ASE doit étudier les possibilités d'adaptation de l'environnement et agir sur les facteurs environnementaux.

Exemple d'adaptation de l'environnement face au comportement agité à table d'une personne dans un environnement collectif

L'aménagement d'un espace restreint et plus intime où cette personne pourrait partager son repas avec des personnes de son choix pourrait diminuer ou faire disparaître les comportements inadéquats.

L'avantage d'une compréhension du handicap en termes d'activités courantes et de rôles sociaux permet à l'ensemble des intervenants de mieux cerner leurs responsabilités pour viser une participation sociale optimale des personnes ayant des incapacités.

Ainsi, la réduction des obstacles et la mise en place de facilitateurs environnementaux viennent compléter la compensation des déficiences et des incapacités.

Développement de nouveaux outils

Dans le prolongement de la CIF et du PPH, de **nouveaux outils** ont été développés afin d'établir des projets individualisés et de mettre en évidence les facteurs environnementaux, facilitateurs ou obstacles qui vont impacter la réalisation de certaines habitudes de vie.

Ces outils permettent de mesurer le niveau de participation sociale et de mettre en évidence les habitudes de vie pour lesquelles un accompagnement peut être proposé, selon l'importance de l'habitude de vie pour la personne et les difficultés qu'elle rencontre pour la réaliser.

Lors des bilans, l'accent n'est plus mis sur les progrès ou régressions de la personne, mais bien sur l'évolution de la participation sociale ou des situations de handicap rencontrées.

Utilisation de la CIF et du PPH en Suisse romande

La CIF a l'avantage pour la Suisse d'être disponible en allemand, français et italien ; elle est utilisée dans le secteur de la santé, dans le secteur social et dans le secteur éducatif. Elle offre ainsi un langage commun à la fois au niveau des régions linguistiques et de l'interdisciplinarité.

Par ailleurs, la CIF est à la base de la procédure d'évaluation standardisée utilisée par presque tous les cantons pour attribuer les mesures renforcées de pédagogie spécialisée aux élèves à besoins éducatifs particuliers.

En Suisse romande, plusieurs institutions utilisent le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH). Diverses formations y relatives sont également proposées aux professionnels de ces institutions.

1.2 Déficiences et troubles

1.2.1 Les atteintes cérébrales

1.2.1.1 La paralysie cérébrale

Définition : La paralysie cérébrale est une atteinte du cerveau qui entraîne des troubles de la motricité.

Le cerveau peut avoir été endommagé durant la grossesse, durant l'accouchement ou au cours des premières années de vie.



Figure 2

La posture, les mouvements ou les réflexes ne se développent pas comme prévu.

La lésion cérébrale est différente chez chaque enfant atteint, entraînant des possibilités de développement et des limitations très diverses.

Les troubles de la coordination peuvent concerner seulement les bras, les bras et les jambes, une moitié du corps ou tout le corps.

La lésion du cerveau est irréversible, les neurones endommagés ne peuvent pas être remplacés. En revanche, grâce à la thérapie et à un suivi adapté, certaines capacités peuvent être assumées par d'autres parties du cerveau, permettant d'atteindre un maximum d'autonomie, d'où l'importance de détecter une paralysie cérébrale le plus vite possible.

Répercussions en cas de paralysie cérébrale

La locomotion est très souvent limitée : certaines personnes peuvent marcher et se tenir debout sans assistance, d'autres ont recours à des moyens auxiliaires, d'autres encore ont besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer. D'autres personnes seront tétraplégiques, totalement dépendantes pour tous les actes de la vie quotidienne. Entre les deux extrêmes, tous les états intermédiaires sont possibles.

Outre les bras et les jambes, les troubles de la motricité peuvent concerner d'autres régions du corps. Si les muscles de la mâchoire et de la langue sont touchés, des **problèmes de déglutition et de salivation** peuvent se manifester et **l'élocution** peut devenir lente, indistincte, voire impossible.

Les soins et les thérapies occupent une place conséquente dans la vie de l'enfant, et peuvent entraîner une plus ou moins grande fatigabilité. La lenteur pour réaliser des déplacements et des tâches scolaires représente une autre difficulté.

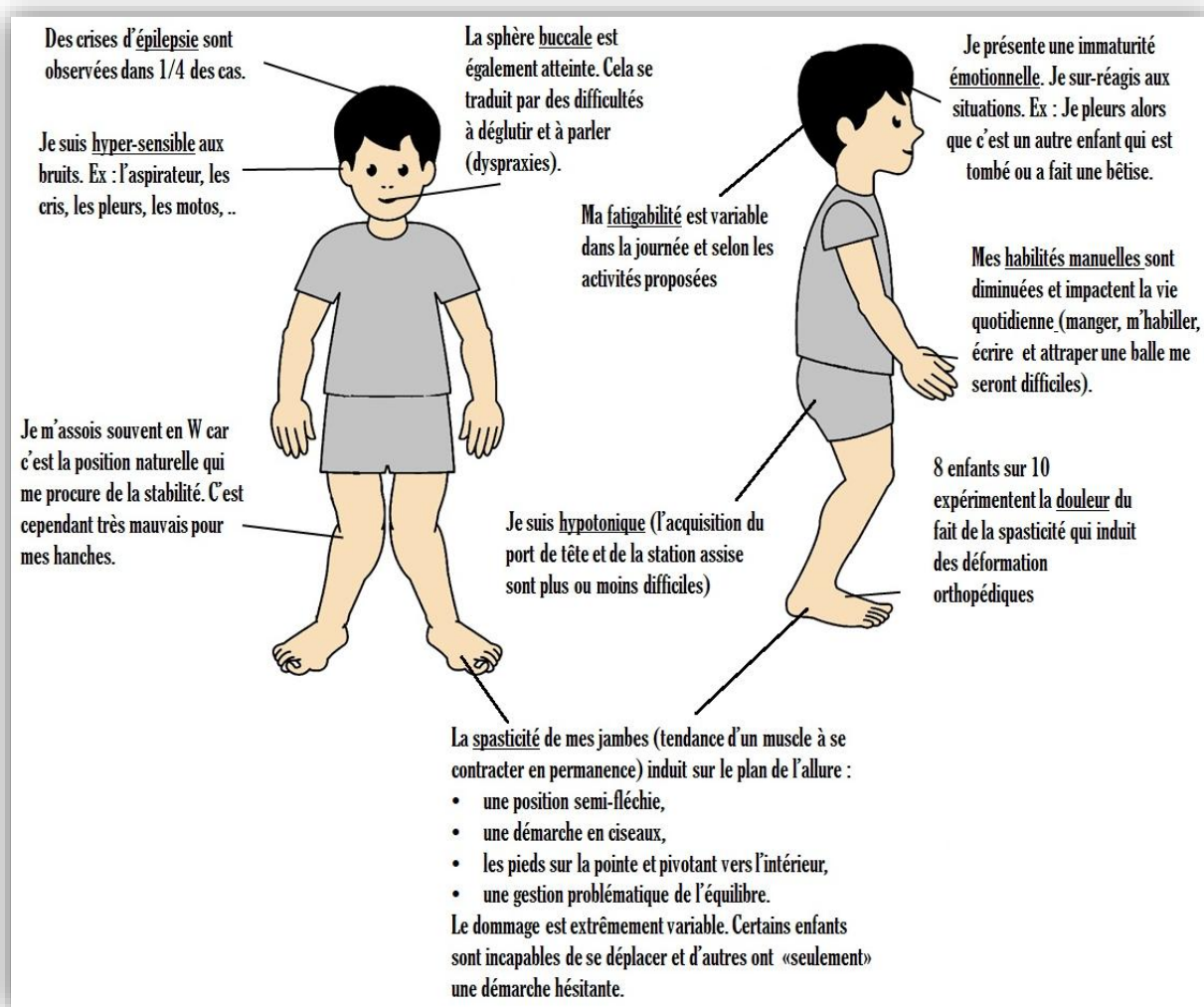


Figure 3

Prévalence

La paralysie cérébrale concerne 2 à 2,5 enfants sur 1000 naissances.

L'amélioration de la surveillance durant la grossesse ainsi que les grands progrès réalisés au niveau du traitement médical des nouveau-nés ont aidé à réduire les complications liées à la naissance ainsi que les maladies infectieuses congénitales. En parallèle, le taux de survie des enfants nés grands prématurés avec un faible poids de naissance n'a pas cessé d'augmenter.

Rôle de l'ASE

- Apprendre à maîtriser le matériel utilisé (chaise roulante, divers appareillages...) pour ensuite aider l'enfant à être à l'aise et efficace lors de leur utilisation.
- Assurer sécurité, accessibilité et confort dans l'institution en limitant au maximum les obstacles.
- Être attentif aux besoins de repos et de récupération de l'enfant, surtout lorsque celui-ci cumule les rendez-vous chez des spécialistes.
- Éviter la sursollicitation et l'hyperstimulation.
- Informer les autres enfants de la situation et des besoins de l'enfant atteint d'une paralysie cérébrale pour favoriser l'entraide et l'intégration.

1.2.1.2 Le polyhandicap

Quand la lésion cérébrale ne concerne pas uniquement le domaine moteur, mais entraîne d'autres troubles (sensoriels, cognitifs, de la parole, du comportement, épilepsie), on parle de polyhandicap.

Définition : le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples associant toujours une déficience motrice et une déficience intellectuelle sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie ainsi que des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Répercussions en cas de polyhandicap

La **marche** et la **station debout** ne sont pas acquises. La **tenue assise** est facilitée par l'appareillage (coquille assise). La **tenue de tête** est souvent aléatoire. Les **déplacements** se font essentiellement en fauteuil roulant avec aide. Les **déformations orthopédiques** fréquentes nécessitent des appareillages spécifiques (corset, attelles, matelas de nuit...).



Figure 4

La mastication et la déglutition peuvent également être atteintes. Parfois, la personne polyhandicapée ne peut pas avaler les aliments et doit être alimentée par **sonde gastrique**.

Les possibilités de **manipulation** sont réduites, parfois inexistantes.

D'autres spécificités se rattachent à la **déficience intellectuelle**. Le **langage** n'est pas acquis : la communication verbale est réduite et le plus souvent inexistante. Les capacités d'expression et de relation passent par la communication non verbale, ce qui implique la nécessité d'avoir un entourage attentif, maîtrisant bien les différents modes d'expression de la personne et les outils pouvant faciliter la communication. Les capacités à se repérer dans le temps et dans l'espace sont réduites ainsi que les capacités à raisonner, mémoriser et apprendre.

Sur le plan des troubles sensoriels, la **vision** est fréquemment touchée. Les **problèmes auditifs** sont étroitement mêlés aux difficultés de relation.

Il peut arriver que les **troubles du comportement** prennent une place importante : stéréotypies, auto-agressivité, phénomènes de repli.

Dans la moitié des cas, les personnes polyhandicapées sont sujettes à des crises **d'épilepsie**.

Toutes ces difficultés et incapacités de la personne polyhandicapée vont interférer entre elles et augmenter la lourdeur du handicap, nécessitant l'assistance constante d'une tierce personne pour tous les actes de la vie quotidienne.

Rôle de l'ASE

Si les personnes en situation de polyhandicap ont des besoins d'ordre physique et technique, leurs besoins affectifs ne doivent pas être oubliés (espace et biens personnels, amour, amitié, liens, respect des choix, respect du rythme de vie ...).

Ainsi le projet éducatif de la personne polyhandicapée ne doit pas se limiter aux soins, il ne doit pas être un projet de survie, mais un projet de vie, incluant la dimension éducative et les loisirs.

La personne polyhandicapée a besoin de stabilité (entretenir les acquis du développement, activités stables et prévisibles), mais elle a aussi besoin d'avoir de nouvelles occasions. Les temps de vie dans la journée, mais aussi le soir, le week-end, les vacances doivent être revus régulièrement, et permettre de sortir des cadres connus. Du nouveau doit être apporté dans le cadre habituel, de nouveaux contacts doivent être favorisés. Auprès de la personne polyhandicapée, le professionnel doit adapter, voire réinventer son accompagnement : il doit prendre en compte ses capacités « cachées », apprendre à communiquer autrement, envisager une nouvelle forme de participation ...

La personne polyhandicapée ne peut s'exprimer de manière verbale et clairement sur ses besoins. Elle n'a pas la possibilité de satisfaire d'elle-même la plupart de ses besoins et est dépendante de la personne qui l'accompagne. Néanmoins, agir en tant que professionnel auprès de personnes polyhandicapées suppose que l'on reconnaisse la personne polyhandicapée comme une personne, douée d'une autonomie psychique, et pouvant exprimer des choix, possédant un langage et devant être respectée dans son désir.

1.2.1.3 L'hémiplégie

Définition : une hémiplégie est la paralysie totale ou partielle d'un côté du corps (gauche ou droit).

Plus précisément, une hémiplégie atteint une ou plusieurs parties du corps en même temps. C'est ainsi qu'il existe les hémiplégies d'un membre supérieur, du visage, d'un membre inférieur, mais toujours d'un seul côté de l'organisme. Il est également possible d'observer des hémiplégies touchant l'ensemble de la moitié du corps.

L'hémiplégie s'accompagne de la modification du tonus musculaire : les muscles peuvent être exagérément raides et contractés (c'est l'hémiplégie spastique) ou hypotoniques (c'est l'hémiplégie flasque).

Répercussions

Les effets de l'hémiplégie sont largement dépendants de la zone du cerveau qui est atteinte.

Les principales difficultés concernent la motricité :

- des difficultés pour marcher ;
- un déséquilibre en fonction du côté atteint ;
- une déficience voire l'absence complète de motricité du bras et de la jambe du côté atteint.

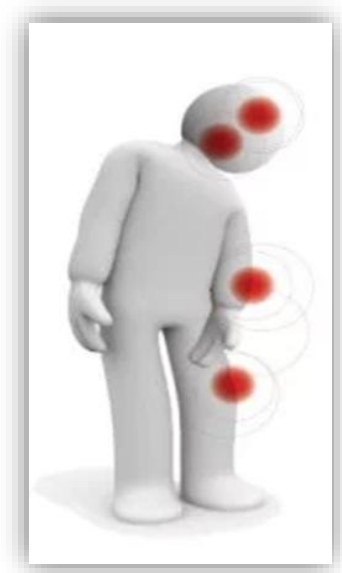


Figure 5

D'autres symptômes peuvent également y être associés :

- des difficultés d'élocution ;
- des problèmes visuels ;
- des troubles du comportement ;
- des difficultés d'apprentissage ;
- des crises d'épilepsie ;
- un retard de développement et dans l'apprentissage.

La récupération de la marche, des mouvements d'un bras, de la parole, de la compréhension dépend pour beaucoup de l'âge du patient et de son atteinte au niveau du cerveau. Le facteur malléabilité (plasticité cérébrale) du cerveau joue un très grand rôle.

La rééducation par la physiothérapie permet une certaine amélioration, essentiellement en ce qui concerne les séquelles motrices. La logopédie quant à elle permet de rééduquer le langage.

Prévalence

L'hémiplégie congénitale concerne près d'un enfant sur 1000 naissances.

L'accident vasculaire cérébral (AVC), touche 20'000 personnes en Suisse chaque année. Près de 80% d'entre elles ont plus de 65 ans.

Environ 1/4 des personnes touchées meurt dans les semaines qui suivent l'attaque. 1/4 ne subit pas de conséquences invalidantes. 1/4 parvient, avec de l'aide, à être autonome au quotidien. Enfin, 1/4 reste dépendant.

Rôle de l'ASE

- Proposer des activités et du matériel adaptés pour que la personne puisse poursuivre ses efforts afin de limiter les répercussions de son hémiplégie.
- Même si la personne compense avec la partie du corps valide, penser à solliciter aussi la partie du corps paralysée pour que la personne puisse la sensibiliser et la renforcer.
- Si la personne a des difficultés pour se déplacer, être particulièrement attentif à limiter les obstacles et à rendre chaque lieu accessible.

1.2.2 Les atteintes de la moelle épinière

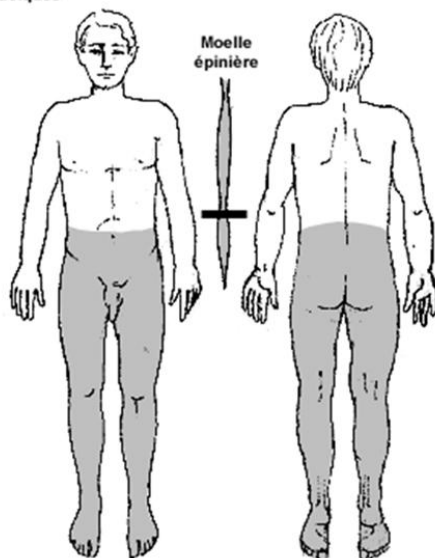
1.2.2.1 Les paraplégies et tétraplégies

Définition : Les paraplégies et tétraplégies sont des paralysies dont l'origine est médullaire et non cérébrale. Il s'agit d'une altération de la moelle épinière.

Selon la ou les vertèbres touchées, on parlera de **tétraplégie** (paralysie des 4 membres) ou de **paraplégie** (paralysie des 2 membres inférieurs).

Paralysie des deux membres inférieurs: paraplégie

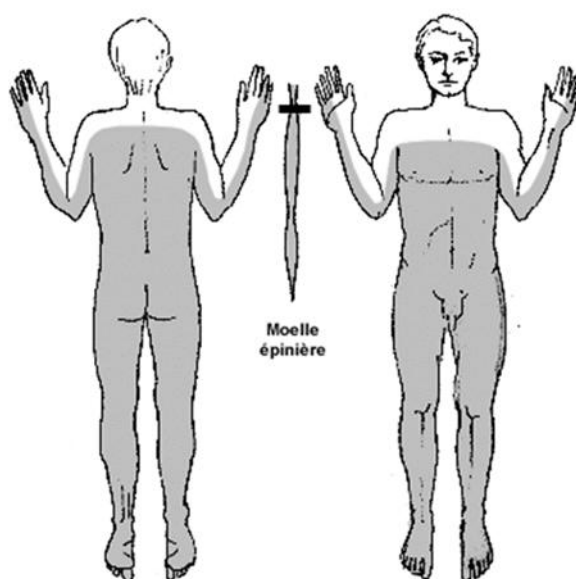
Section de la moelle épinière à la hauteur des vertèbres dorsales ou thoraciques



Secteur en gris: perte de la motricité et de la sensibilité

Paralysie des quatre membres: tétraplégie

Section de la moelle épinière à la hauteur des vertèbres cervicales



Position typique des bras
Secteur en gris: perte de la motricité et de la sensibilité

Une paraplégie ou une tétraplégie peut être **complète ou incomplète** :

- complète : absence totale de sensibilité et de motricité en dessous de la lésion ;
- incomplète : persistance d'une sensibilité ou d'une motricité volontaire en dessous de la lésion, en particulier dans le secteur périnéal.

Prévalence

En Suisse, environ 300 personnes par année deviennent paraplégiques. Les hommes sont majoritairement concernés (environ 80%). Environ 70% des personnes atteintes deviennent paraplégiques à la suite d'un accident.

Répercussions

Les conséquences physiques peuvent être très différentes d'une personne à l'autre, selon la lésion nerveuse en cause.

La paraplégie, en plus de générer un déficit moteur, s'accompagne très souvent d'absence ou de difficultés de contrôle des appareils urinaire, intestinal et génital. On note également des contractures musculaires qui peuvent être fréquentes et douloureuses.

Chaque dysfonctionnement a des répercussions directes sur la vie quotidienne.

L'absence de sensibilité est à l'origine de problèmes de peau et de la formation rapide d'**escarres**.

L'appareil urinaire mal contrôlé entraîne une **incontinence** et des **infections urinaires** à répétition.

Le fonctionnement altéré du système intestinal conduit régulièrement à des **constipations** parfois sévères.

Pour finir, des **troubles sexuels** sont à redouter (difficultés d'érection pour l'homme) et sont accrus si la perte de sensibilité est conséquente.

En cas de tétraplégie, la paralysie des muscles respiratoires peut entraîner une fragilité, voire une **insuffisance respiratoire**, qui devient très importante dans les lésions très hautes (nuque) dans lesquelles le diaphragme est paralysé.

Rôle de l'ASE

- Signaler aux proches et aux professionnels du réseau de soins les progressions ou régressions des répercussions physiques.
- Proposer des activités pour développer le renforcement musculaire.
- Connaître et s'assurer du fonctionnement exact des appareillages et des moyens auxiliaires.
- Signaler au plus vite les problèmes de peau et d'escarre, tout en se souvenant que la personne peut n'avoir aucune sensibilité sur certaines parties de son corps, ce qui signifie qu'elle ne ressentira pas forcément une douleur en cas de blessure.

Pour en savoir plus

Si l'atteinte à la moelle épinière s'est produite lors d'un accident, l'état médical doit d'abord être stabilisé. La personne devra ensuite acquérir les bases d'une autonomie minimum par un travail en centre de réadaptation.

Plusieurs éléments sont abordés : les activités de la vie quotidienne (s'habiller, faire sa toilette, cuisiner, se déplacer en extérieur...), les transferts (voiture-fauteuil, fauteuil-lit), le renforcement musculaire à base d'entraînement sportif ou de jeux et les moyens d'aide à prévoir à domicile (choix du fauteuil, chaise de douche...). Les situations sont d'abord répétées en milieu protégé puis en situation réelle. Une fois la réadaptation initiale terminée, les personnes paraplégiques retrouvent une bonne autonomie.

Dans les tétraplégies, l'indépendance est souvent plus difficile, voire impossible pour beaucoup de gestes essentiels. L'aide d'un tiers est alors nécessaire dans les activités courantes comme dans les soins.

1.2.3 Les atteintes sensorielles

1.2.3.1 Déficience auditive

Les termes « déficience auditive », « surdité » et « malentendance » indiquent une atteinte de la capacité à percevoir les sons. Cette atteinte peut toucher une oreille ou les deux.



Figure 6

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **une déficience auditive implique une insuffisance ou un problème de fonctionnement des organes de l'audition, qui peut aller de la simple g  ne à la perception de sons jusqu'à une absence totale de l'audition.** Il peut donc s'agir d'une perte complète ou partielle de l'audition. **La surdité, elle, signifie la perte complète de l'audition (OMS).**

Dans le langage courant cependant, les termes surdité et malentendance sont souvent utilisés indifféremment pour faire référence à toute personne qui a un problème auditif, quel que soit le degré de la déficience.

Types de déficience auditive

Les types de déficiences auditives peuvent être désignés selon plusieurs paramètres : la localisation de l'atteinte, le degré de la perte auditive (partielle ou totale) et l'âge d'apparition de la déficience (de naissance ou tardive).

Types de déficience auditive selon la localisation de l'atteinte

L'OMS distingue trois types de déficience auditive :

- **Déficience auditive de transmission** : désigne la conséquence d'une atteinte de l'oreille externe ou moyenne (tympan et osselets). L'atteinte consiste en un maximum de 60 décibels (dB) de perte. Les signaux sonores sont moins bien perçus, mais la qualité (compréhensibilité) reste dans une large mesure bonne. Dans tous les cas, les sons sont un peu déformés et l'appareillage ne résout cela qu'en partie.

- **Déficience auditive de perception** : désigne la conséquence de l'atteinte de l'oreille interne (où se fait le codage électrique de la vibration sonore), ou parfois l'atteinte du nerf auditif ou du cerveau. L'atteinte peut être légère à totale. Dans tous les cas, elle entraîne non seulement une perte du niveau sonore, mais également une déformation importante des sons.

- **Surdité mixte** : consiste en la coexistence des deux types d'atteintes.

Types de déficience auditive selon le degré de perte auditive

La classification du Bureau international d'audiophonologie (Biap2) définit quatre degrés de déficience auditive selon la moyenne de la perte auditive et leur incidence sur la perception de la parole :

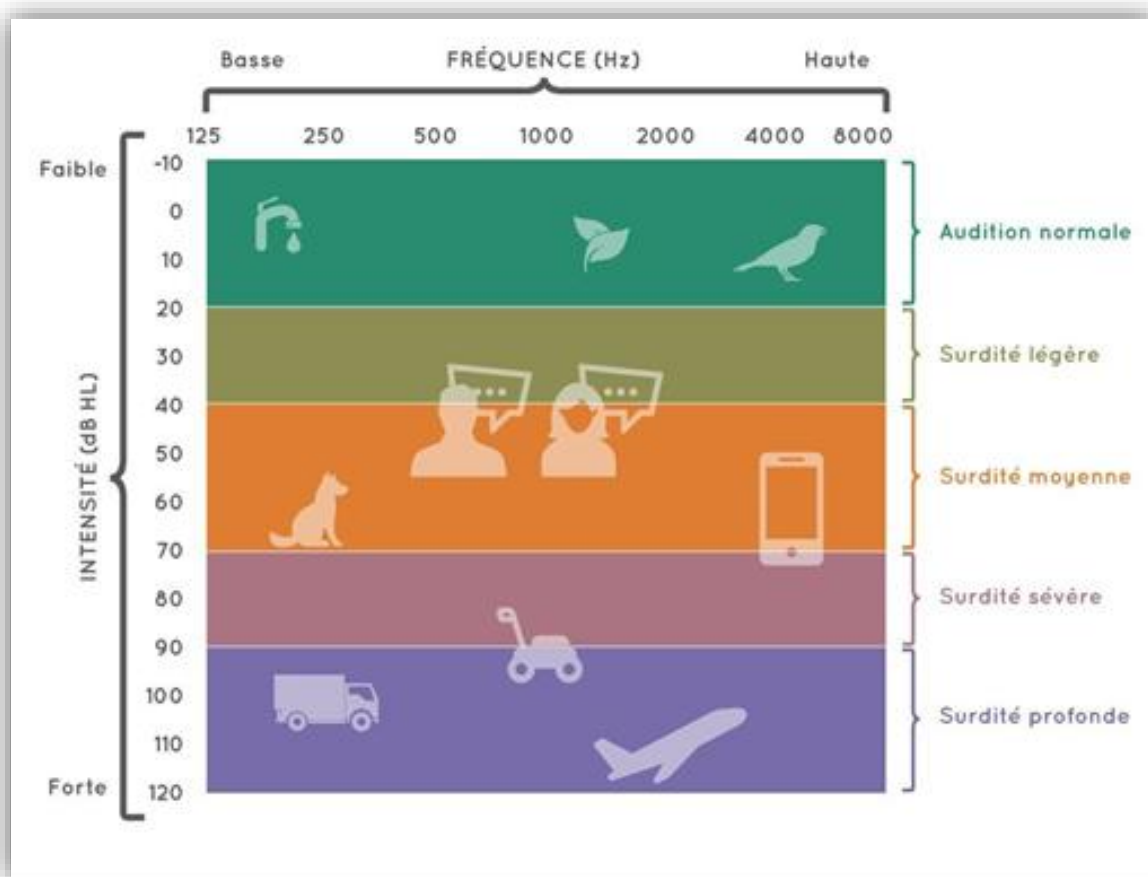


Figure 7

Selon le degré de perte auditive, la déficience auditive porte un nom différent :

- **Déficience légère** (gêne auditive) : perte de 30 dB (décibels) environ. Parfois certaines parties de mots ne sont pas perçues.
- **Déficience moyenne** ou malentendance : perte de 55 dB environ. Seule la parole forte est perçue.
- **Déficience sévère** (perte de 80dB environ) et **déficience profonde** (perte supérieure à 90 dB). C'est la surdité. La parole n'est plus perçue.

Répercussions

La principale activité pour laquelle les personnes déficientes auditives peuvent rencontrer des limitations est celle de la communication orale. Les difficultés sont les suivantes :

- Les appareils auditifs peuvent améliorer l'accès aux sons, mais ne permettent pas de supprimer toutes les difficultés liées à la déficience auditive. Ils peuvent provoquer d'autres désagréments tels qu'une perception intensifiée des sons parasites et une réception partielle ou déformée des sons.
- Les enfants déficients auditifs disposent d'une construction langagière en partie incomplète qui peut entraîner des confusions de sens.
- Le traitement des informations sonores ainsi que la focalisation de l'attention sur le visuel accroissent la fatigue de la personne.

Prévalence

Bien qu'il n'existe pas de statistiques officielles, on estime qu'il y a environ 10'000 personnes sourdes profondes en Suisse, ce qui représente 0,1% de la population. À cela s'ajoutent environ 600'000 personnes malentendantes, chiffre en constante progression avec une population vieillissante (Fédération suisse des sourds FSS).

Rôle de l'ASE

- S'assurer du fonctionnement, du réglage et du positionnement des appareils auditifs.
- Se positionner face à la personne pour lui parler, à une distance et à une hauteur adéquates, articuler précisément, soutenir le volume de la voix sans crier pour favoriser l'écoute des mots prononcés.
- Vérifier auprès de la personne la compréhension de mes propos, s'assurer qu'elle ait pu écouter la totalité de ce que je lui ai dit.
- Adopter une gestuelle et des mimiques favorisant la compréhension, limiter les gestes pouvant déconcentrer.
- Proposer des aides visuelles (supports écrits, schémas, graphiques...)
- Limiter les bruits parasites.

1.2.3.2 Déficience visuelle

Selon le degré de perte visuelle, la déficience porte un nom différent :

- **Lorsque la déficience est modérée ou grave, c'est la basse vision, synonyme de malvoyance.**
- **Lorsque la personne est totalement ou presque totalement privée de la vue, elle est atteinte de cécité. Elle est non-voyante.**



Figure 8

Les problèmes de vue qui peuvent être efficacement corrigés par des lunettes ou des lentilles de contact ne sont pas considérés comme des déficiences.

Types de déficience visuelle

Les déficiences peuvent toucher diverses capacités visuelles :

- **La vision floue** : perception des contrastes et reliefs difficile, mauvaise évaluation des distances, couleurs atténuées.
- **La vision périphérique avec scotome central** : se manifeste par l'apparition d'une tache au centre de la rétine, là où la personne fixe visuellement son attention. Les personnes atteintes par ce type de déficience visuelle parviennent à se déplacer sans difficulté dans l'espace, mais leur perception des détails et des couleurs est grandement altérée.



Figure 9

- **La vision tubulaire** : la personne voit comme à travers un trou de serrure. L'acuité visuelle peut être normale, mais la personne a de grandes difficultés à se déplacer, surtout dans la pénombre.



Figure 10

Pour en savoir plus

Relevons encore les phénomènes les plus fréquents, isolés ou pouvant accompagner la déficience visuelle :

- les troubles du réflexe de fixation qui se présentent sous la forme de secousses rythmiques, rapides et involontaires d'un œil ou des deux yeux (nystagmus) ;
- la perception d'une image en double (diplopie) : il arrive que le cerveau ne parvienne plus à fusionner les images différentes qui lui parviennent de chacun des 2 yeux ;
- les troubles liés à la luminosité, comme une sensation d'éblouissement déjà dans des environnements moyennement éclairés ou en regardant des surfaces claires (photophobie);
- une basse vision nocturne ;
- une anomalie de la vision des couleurs qui peut être partielle (la personne ne voit pas une couleur ou distingue mal ses nuances) ou totale (la personne ne perçoit aucune couleur, mais uniquement des différences d'intensité).

Illustrations : <https://www.youtube.com/watch?v=9SZjOtG2-3c>



Troubles visuels liés à l'âge

- **La presbytie**

Ce trouble qui apparaît généralement après 40 ans est dû à la **perte de souplesse du cristallin** qui entraîne une perte de l'accommodation, c'est-à-dire de la capacité de l'œil à passer d'une vision de loin à une vision de près. La presbytie est aussi surnommée le syndrome des bras qui s'allongent, car la personne est obligée de tendre les bras pour éloigner l'objet afin de mieux lire les petits caractères.

- **La cataracte**

Cette affection consiste en l'**opacification du cristallin**. Une chirurgie consistant à remplacer le cristallin opacifié par un cristallin artificiel transparent peut remédier au problème.

- **Le glaucome**

Le glaucome est une **maladie du nerf optique due le plus souvent à une augmentation de la pression dans l'œil**. Il se manifeste par une perte du champ visuel due à la destruction de fibres optiques. Il est presque toujours congénital chez l'enfant et est responsable d'une part importante des cécités de l'enfant. La chirurgie du glaucome a comme objectif d'abaisser la pression de l'œil. Elle ne peut en aucun cas prétendre améliorer l'état de la vision, dont la dégradation est irréversible.

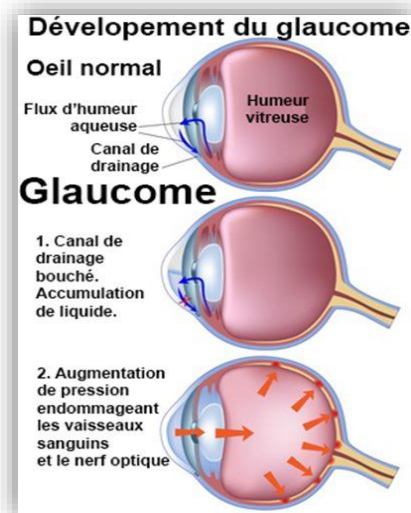


Figure 11

- **La dégénérescence maculaire**

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est provoquée par une **dégénérescence progressive de la macula**, partie centrale de la rétine. Elle apparaît dès l'âge de 50 ans et entraîne une altération de la vision centrale. Les traitements existants permettent seulement de ralentir son évolution.

Répercussions

La plupart des problèmes que rencontrent les personnes ayant une déficience visuelle sont liés aux difficultés de prise d'information visuelle d'une part et de transmission par l'écrit des connaissances d'autre part. En effet, l'information est très fréquemment présentée sous forme écrite, que ce soit à l'école, dans les lieux publics ou pour les contacts avec l'administration.

De plus, les difficultés pour apprendre à lire et avoir accès aux textes, graphiques et images se répercutent sur les apprentissages.

Prévalence

L'Union centrale suisse pour le bien des aveugles (UCBA) estime le nombre de personnes malvoyantes ou aveugles vivant en Suisse à environ 320'000. Mais elles sont plus ou moins nombreuses selon le groupe d'âge auquel elles appartiennent.

Rôle de l'ASE

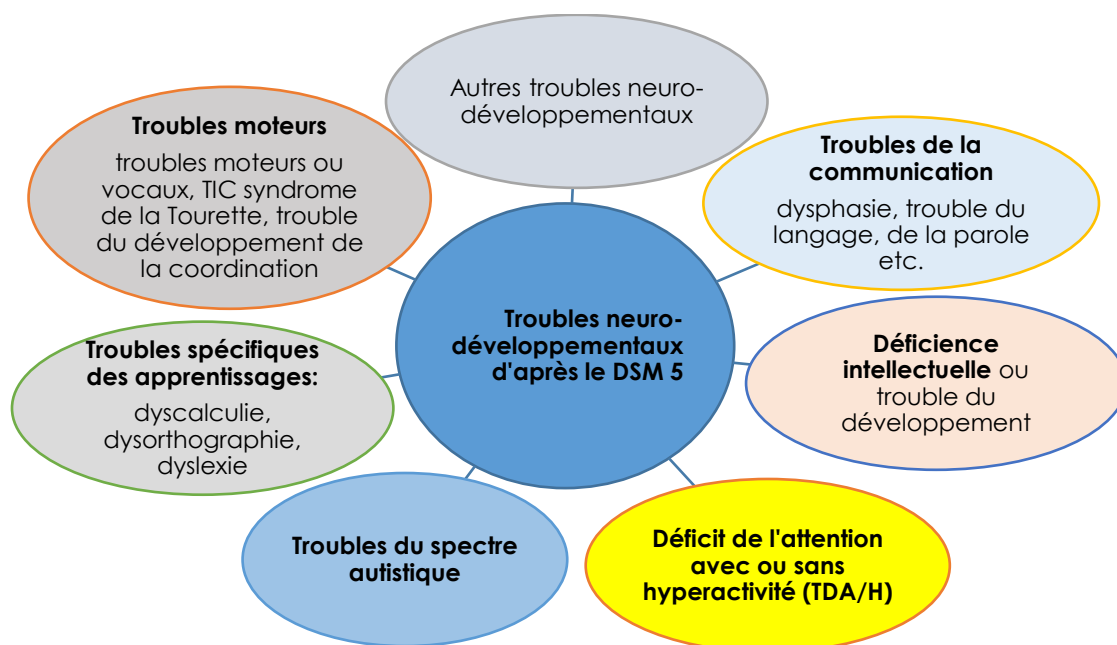
- Développer l'entraide et la collaboration avec les personnes qui voient davantage pour limiter les situations de handicap des personnes malvoyantes.
- Réfléchir pour que l'aménagement de l'institution soit le plus adapté possible afin de limiter au maximum les risques de chutes et de blessures, être très attentif à l'ordre et au rangement.
- Attribuer des places fixes, par exemple lors des repas.
- Oraliser au maximum, décrire ce qui se passe à tous les moments.
- Solliciter les autres sens que la vue : laisser la personne toucher, sentir...
- Faciliter les déplacements en créant des repères adaptés.
- Être attentif aux positionnements et aux postures de la personne, afin de l'aider à adopter des positionnements et postures adéquats en toute situation.
- Si la personne porte des lunettes, s'assurer qu'elles soient propres et correctement positionnées.

1.2.4 Les troubles neurodéveloppementaux

Les troubles neurodéveloppementaux sont un ensemble de troubles qui débutent durant la période du développement.

Ces troubles se manifestent précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école.

Ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel.



1

Parmi ces troubles, nous nous arrêterons sur la déficience intellectuelle (ou trouble du développement intellectuel), le trouble du spectre de l'autisme, et le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité.

¹ Le DSM-V est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

1.2.4.1 Déficience intellectuelle

« La déficience intellectuelle est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. » (AAIDD, 2010; traduction française/canadienne).



Figure 12

Les termes « handicap intellectuel » et « trouble du développement intellectuel » sont également utilisés.

Les trois critères suivants doivent être présents pour le diagnostic :

- Présence de déficits touchant des **fonctions intellectuelles** telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage académique et l'apprentissage par expérience ;
- Présence de déficits du **comportement adaptatif** : le comportement adaptatif concerne la capacité d'une personne à effectuer les tâches de la vie quotidienne de manière indépendante et efficace, ainsi que sa capacité à s'adapter à son environnement social. Les tâches de la vie quotidienne peuvent inclure des activités telles que se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, gérer l'argent, communiquer avec les autres, et résoudre des problèmes simples. Les évaluations du comportement adaptatif permettent de déterminer le niveau de soutien dont une personne a besoin pour réaliser ses activités quotidiennes.
- Les déficits touchant les habiletés intellectuelles et adaptatives doivent apparaître pendant la **période développementale**.

Répercussions

Les conséquences quotidiennes d'une déficience intellectuelle sont différentes pour chaque personne, selon son type de déficience, ses prédispositions, son environnement, son entourage, etc. Chaque personne présente des capacités et des difficultés qui lui sont propres.

Au niveau cognitif

- retard général de développement (ex.: communication et compréhension ...)
- manque de stratégies cognitives dans la résolution de problèmes ;
- difficulté à :
 - comprendre rapidement des informations nombreuses et complexes ;
 - faire des liens entre les éléments mémorisés ;
 - utiliser ce qui est appris dans un contexte différent ;
 - comprendre les concepts abstraits.

Au niveau fonctionnel

Ces difficultés se retrouvent chez la majorité des personnes ayant une déficience intellectuelle, mais à des degrés variables selon la sévérité du handicap :

- retard dans l'acquisition de l'autonomie de base ;
- difficulté à établir et à maintenir une conversation ;
- manque de structure et d'organisation dans la réalisation des tâches ;
- difficulté à faire des choix, à sélectionner des activités ;
- manque de persistance face à des tâches exigeantes ;
- vulnérabilité aux changements de routine du groupe ;
- difficulté à suivre les consignes de groupe.

Au niveau affectif et social

Ces difficultés dépendent de l'environnement, des stimulations reçues et de la qualité des relations interpersonnelles :

- difficulté à comprendre les sentiments et les émotions ;
- manque de confiance en soi ;
- manque de motivation intrinsèque ;

- difficulté d'identification et d'appartenance à un groupe ;
- manque d'habiletés sociales.

Pour aller plus loin

Tableau 1.II : Critères de gravité de la DI d'après le DSM-5

Gravité	Domaine conceptuel	Domaine social	Domaine pratique
Léger	La personne a une manière plus pragmatique de résoudre des problèmes et de trouver des solutions que ses pairs du même âge...	La personne a une compréhension limitée du risque dans les situations sociales ; a un jugement social immature pour son âge...	La personne occupe souvent un emploi exigeant moins d'habiletés conceptuelles...
Modéré	D'ordinaire, la personne a des compétences académiques de niveau primaire et une intervention est requise pour toute utilisation de ces compétences dans la vie professionnelle et personnelle...	Les amitiés avec les pairs tout-venant souffrent souvent des limitations vécues par la personne au chapitre des communications et des habiletés sociales...	Présence, chez une minorité importante, de comportements mésadaptés à l'origine de problèmes de fonctionnement social...
Grave	La personne a généralement une compréhension limitée du langage écrit ou de concepts faisant appel aux nombres, quantités, au temps et à l'argent...	Le langage parlé est relativement limité sur le plan du vocabulaire et de la grammaire...	La personne a besoin d'aide pour toutes les activités de la vie quotidienne, y compris pour prendre ses repas, s'habiller, se laver et utiliser les toilettes...
Profond	La personne peut utiliser quelques objets dans un but précis (prendre soin de soi, se divertir)... Des problèmes de contrôle de la motricité empêchent souvent un usage fonctionnel...	La personne peut comprendre des instructions et des gestes simples...	La personne dépend des autres pour tous les aspects de ses soins physiques quotidiens, pour sa santé et pour sa sécurité, quoiqu'elle puisse participer à certaines de ces activités...

Figure 13

Quelques exemples de déficiences intellectuelles

Si la trisomie 21 est le cas le plus fréquent de déficience intellectuelle, il existe différents autres syndromes entraînant une déficience intellectuelle :

Trisomie 21 : il s'agit d'une anomalie chromosomique congénitale provoquée par la présence d'un chromosome surnuméraire pour la 21^e paire. Les personnes atteintes présentent une déficience intellectuelle ainsi que des caractéristiques morphologiques et physiologiques particulières.

Syndrome du X fragile : c'est une maladie génétique rare responsable d'un déficit intellectuel léger à sévère généralement associé à des caractéristiques physiques spécifiques et à des troubles du comportement. C'est la deuxième cause de retard mental après la Trisomie 21 et la première cause de retard mental héréditaire.

Syndrome de Rett : maladie génétique rare se développant chez le très jeune enfant, principalement la fille, et provoquant une déficience intellectuelle et des atteintes motrices sévères. Il s'agit de la première cause de polyhandicap d'origine génétique chez les filles. Le syndrome de Rett se caractérise par un développement normal initial suivi d'un ralentissement du développement, de perte de compétences acquises, d'un mouvement des mains répétitif et d'un comportement social et communicatif altéré.

Syndrome de Williams (SW), ou syndrome de Williams et Beuren : c'est l'association d'une déficience intellectuelle, d'un cœur anormal, de traits faciaux distinctifs et d'un comportement très social et joyeux caractéristiques de l'individu.

Syndrome de Prader-Willi : il se caractérise par un faible tonus musculaire à la naissance, un retard de croissance, un appétit insatiable pouvant entraîner une obésité sévère, des difficultés d'apprentissage et des difficultés de comportement.

Rôle de l'ASE

- Utiliser des supports visuels, créer des pictogrammes avec la personne pour qu'elle puisse choisir des images qui lui conviennent et qu'elle comprend.
- Montrer et mimer plutôt qu'expliquer.
- Faire apprendre par imitation.
- Utiliser un modèle constant pour donner des consignes brèves et précises, faire répéter pour s'assurer de la compréhension, apprendre à la personne à écouter attentivement.
- Parler lentement, attirer l'attention, privilégier les phrases courtes et les mots dont le sens est connu, vérifier la compréhension.
- Favoriser l'expérimentation et la découverte, intensifier les mises en situation pratique, donner du sens aux activités.
- Diminuer les sentiments d'échec en valorisant les réussites.

1.2.4.2 Les troubles du spectre de l'autisme

Selon la dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V), **les troubles du spectre de l'autisme sont des troubles neuro-développementaux impliquant un défaut de maturation du système nerveux.** On parle de troubles du « spectre » de l'autisme (TSA), car les manifestations sont très diverses. Les symptômes s'étendent sur un continuum de léger à sévère et peuvent beaucoup varier d'une personne à l'autre.

Les personnes atteintes de TSA peuvent présenter un large éventail de capacités intellectuelles, allant de la déficience intellectuelle à un niveau intellectuel moyen ou même supérieur à la moyenne. Le niveau de langage d'une personne TSA peut également varier considérablement d'une personne à l'autre. Certains individus avec TSA peuvent développer un langage verbal fluide et complexe, tandis que d'autres peuvent avoir un langage limité ou aucun langage verbal du tout.

Pour faciliter la compréhension du texte, on utilisera les appellations d'« autisme » ou de « troubles autistiques », en référence aux « Troubles du spectre de l'autisme (TSA)».

Deux symptômes permettent d'établir un diagnostic :

1. Déficits persistants dans la communication sociale et les interactions sociales dans de multiples contextes.

Les personnes atteintes de TSA peuvent avoir des difficultés à comprendre les signaux sociaux non verbaux tels que le langage corporel, le contact visuel, les expressions faciales, les gestes et les tonalités de la voix. Elles peuvent avoir du mal à maintenir une conversation et à comprendre les émotions et les intentions des autres.

2. Schémas de comportements, d'intérêts ou d'activités restreints et/ou répétitifs, qui se manifestent de la manière suivante :

- des mouvements moteurs (se balancer, ou tourner en rond), une utilisation d'objets, ou des paroles stéréotypés ou répétitifs ;
- une résistance au changement : la personne peut par exemple vouloir suivre exactement la même routine chaque jour ;
- des intérêts très restreints (exemple : chiffres, dates, dinosaures, trains miniatures) ;
- une sensibilité inhabituelle à certains stimuli sensoriels tels que les sons, les lumières ou les textures.

Selon la multiplicité des domaines dans lesquels ces symptômes se manifestent et la sévérité des troubles, il y a présence de troubles autistiques. Leur sévérité est établie en fonction du besoin de soutien.

L'autisme est présent dès la naissance, mais les symptômes apparaissent habituellement dans la petite enfance. Bien qu'une prise en charge spécifique puisse conduire à des améliorations de performances notables, les troubles autistiques restent présents tout au long de la vie.

Répercussions

Les répercussions des troubles autistiques sont très différentes d'une personne à l'autre. Elles peuvent concerner 5 domaines :

1) Interactions sociales

Les personnes autistes présentent des problèmes de compréhension du langage imagé et des règles implicites. Elles ont aussi des comportements inhabituels. Ceci rend leurs communication et interactions sociales faibles. (Ex. : comportement à adopter lors des dialogues, visage peu expressif, incapacité à comprendre l'humour, etc.).

2) Langage verbal

Parfois le **langage verbal** est très pauvre ou absent.

3) Anomalies sensorielles et motrices

La **sensibilité aux perceptions sensorielles** est souvent modifiée par le TSA. Par exemple, la personne peut ne pas réagir à un bruit fort, comme une sonnerie. Au contraire, un bruit minime comme celui que font les feuilles de cahier lorsqu'on les tourne peut grandement le déconcentrer, voire même être perçu comme insupportable et occasionner une souffrance.

Les **habiletés motrices** peuvent être diminuées.



Figure 14

4) Difficultés d'adaptation et résistance au changement

Les **changements** sont très mal vécus et peuvent être source de beaucoup d'inquiétude, voire d'angoisse. Les personnes avec autisme préfèrent souvent se limiter aux situations qu'elles connaissent (par ex. prendre toujours le même chemin, manger tous les jours la même chose) ; d'où une tendance à avoir des intérêts restreints, à persévérer dans des tâches répétitives ou à mettre en place des rituels précis. Beaucoup de personnes autistes deviennent d'ailleurs de véritables spécialistes de leur domaine d'intérêt.

5) Troubles associés

Le stress et l'anxiété sont très présents au quotidien. Ils sont exprimés par des **troubles du comportement** (repli, agitation extrême, tendance à parler de manière ininterrompue, comportement d'agression sur soi ou sur les autres, destruction de matériel, etc.).

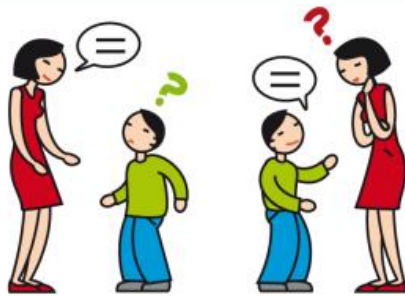
Prévalence

En Suisse, il n'existe pas d'étude permettant de déterminer le nombre de personnes avec autisme. On estime qu'entre 0,6 et 1% de la population totale est concernée par l'autisme. Ainsi, environ 150'000 enfants de 0 à 19 ans seraient concernés. Les garçons sont presque 5 fois plus concernés que les filles.

Rôle de l'ASE

- Sensibiliser les autres personnes accompagnées en évoquant les difficultés de communication et de socialisation de la personne atteinte d'autisme.
- Parler à la personne de manière objective, en évitant le second degré, l'humour, le langage symbolique et le langage implicite, s'assurer de la compréhension.
- Écrire les instructions si la personne se sent plus à l'aise en lisant.
- Utiliser des supports visuels, s'assurer de leur pertinence pour la personne.
- Attribuer des places fixes, limiter au maximum les changements, les bouleversements.
- Si changement de routine, informer préalablement en rassurant la personne.
- Informer la personne de manière détaillée du déroulement de la journée.
- Prévenir qu'une activité va se terminer puis informer qu'une autre activité va débuter.
- Décrire les différentes étapes d'une activité.
- Solliciter une même compétence dans d'autres contextes, d'autres lieux, avec d'autres matériels.
- Utiliser les intérêts particuliers de la personne pour la motiver dans ses apprentissages.

L'AUTISME en images



A du mal à comprendre et à se faire comprendre



Utilise le langage de façon écholalique



Manifeste de l'indifférence



Rit de façon inappropriée

Manque de contact oculaire



Parle de façon incessante sur un sujet particulier



Indique ses besoins en utilisant la main d'un adulte



Comprend mal les conventions et les règles sociales



Manque de jeux imaginatifs



Ne joue pas avec les autres enfants



N'apprécie pas les changements



Présente des comportements bizarres



Utilise les objets de façon atypique



Peut être hypersensible aux sons, aux odeurs ...

Mise en page AP-HP - DFH - Communication interne - Illustration : Bouli/www.illapik.com - Tous droits réservés au Craif - www.craif.org

Figure 15

1.2.4.3 Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Les enfants atteints de ce trouble manifestent un **ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent**. Ces comportements persistent et sont nettement plus fréquents et sévères qu'ils ne le sont chez la plupart des enfants du même âge. Ils créent des difficultés importantes dans la famille et à l'école et entravent le développement du fonctionnement adaptatif de l'enfant.

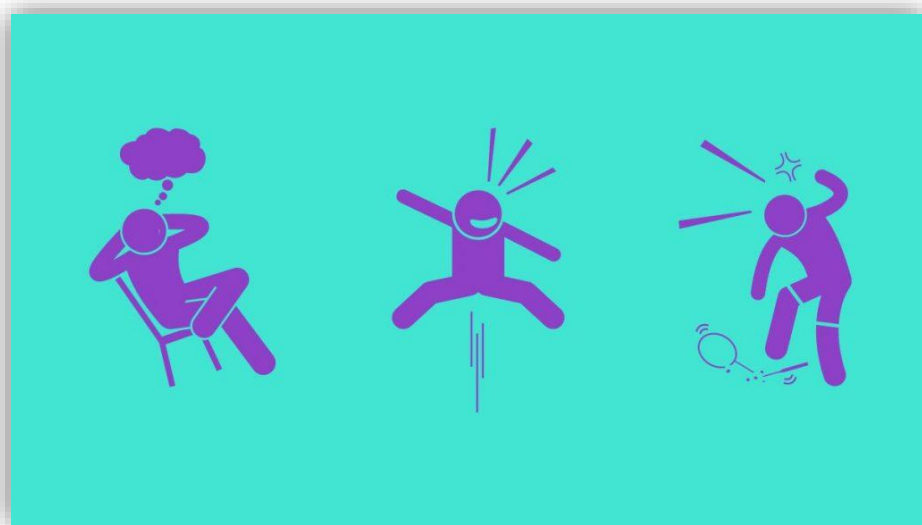


Figure 16

Au niveau de **l'attention**, l'enfant n'arrive pas à être attentif de façon soutenue dans de nombreuses activités quotidiennes (jeu, repas, travail scolaire, etc.) et a des difficultés à respecter les règles qui s'appliquent à ces activités. Il perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou activités et se laisse facilement distraire par des stimuli sans importance. De plus, l'enfant ne parvient pas à s'organiser, même pour des activités à la portée des enfants de son âge et qu'il a souvent pratiquées (s'habiller, petit rangement, etc.). Il semble également ne pas écouter quand on lui parle.

Au niveau de **l'hyperactivité**, ces enfants présentent un niveau d'activité excessif et perturbateur. Ils bougent en permanence (remuent souvent les mains et les pieds et se tortillent sur leur siège ou se lèvent souvent en classe, courent ou grimpent partout), ils parlent beaucoup sans écouter ce qu'on leur dit.

Quant à l'**impulsivité**, elle se manifeste par une tendance à l'irritabilité et par des difficultés à contrôler les émotions, les frustrations et le stress. L'enfant peut être impatient, irritable et colérique. Il parle souvent et de façon excessive, ne parvient pas à attendre son tour à l'école ou dans les jeux, il interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

Ces symptômes doivent être présents dans plus de deux contextes pour être reconnus comme pathologiques, par exemple à la maison et à la garderie, avec des amis et en famille. Ils doivent interférer ou réduire la qualité de leur fonctionnement social et scolaire. Ils sont moindres quand un adulte s'occupe uniquement de ces enfants ou qu'ils jouent librement. Ils s'aggravent lorsque les enfants doivent se concentrer et s'organiser eux-mêmes.

Pratiquement la totalité des enfants TDA/H ont d'importantes difficultés d'apprentissage associées au TDA/H. Ces difficultés conduisent souvent à l'échec scolaire. 40% des enfants TDA/H présentent également une dyslexie et des troubles du langage. On constate des difficultés de prononciation ou des explications verbales non organisées, des difficultés à trouver ses mots, à faire des phrases.

Répercussions

La nature envahissante des difficultés des enfants TDA/H pendant les premières années d'école primaire provoque des répercussions majeures sur les progrès scolaires et sur leurs relations sociales, ainsi qu'au sein de la famille. Le TDA/H peut avoir des conséquences graves, dont l'échec scolaire, la dépression, le manque d'estime de soi, les problèmes de relations personnelles, l'abus de substances et les troubles du comportement.

Au niveau intellectuel

La grande majorité des enfants TDA/H ont un niveau de fonctionnement intellectuel dans la catégorie moyenne ou supérieure. On observe cependant fréquemment une différence marquée entre la capacité intellectuelle générale de l'enfant, et le niveau de ses travaux scolaires. Cette inégalité se traduit par une irrégularité dans son rendement scolaire. Par exemple : un jour, il fera trois fautes dans une liste de vocabulaire et le lendemain, il en commettra dix en écrivant les mêmes mots.

Le soir, il connaîtra ses conjugaisons ou ses tables de multiplication, mais le jour d'après, il ne les connaîtra plus.

Un enfant TDA/H doit faire beaucoup plus d'efforts que les autres enfants pour arriver au même résultat. Malheureusement, cet effort n'est souvent pas reconnu. Il est souvent qualifié de « paresseux », « peu doué », « pas motivé », « ne faisant pas assez d'effort », etc.

Au niveau social

L'enfant a de mauvaises relations avec ses pairs. L'impulsivité et l'agitation font en sorte que ces enfants sont moins bien acceptés : personne ne veut être à côté d'eux, ils sont peu invités par les autres enfants, etc.

Des difficultés de comportement peuvent se développer en association avec le TDA/H, particulièrement de l'agressivité. On peut aussi comprendre que ces enfants vivent des frustrations, car ils sont souvent conscients que certains de leurs comportements sont inadéquats, mais ils ne savent pas les contrôler.

Au niveau émotionnel et affectif

Outre le sentiment d'impuissance, les enfants aux prises avec le TDA/H en viennent à développer une faible estime d'eux-mêmes, de la tristesse et de l'isolement qui peuvent aller jusqu'aux troubles dépressifs. Ils peuvent présenter également des troubles anxieux.

Prévalence

L'état des connaissances actuelles démontre un taux de prévalence uniforme de TDA/H à travers le monde (au moins à travers le monde occidental), oscillant entre 5% et 7% des enfants.

Filles et garçons sont également touchés par le TDAH, mais les filles sont moins détectées.

Rôle de l'ASE

- Impliquer l'enfant en lui proposant une activité qui correspond à son niveau de compétences (sport, activité ludique ou créative...).
- Établir un contact visuel, donner une consigne claire et précise, demander à l'enfant de la reformuler pour vérifier sa compréhension.
- Préférer les espaces calmes, adopter une approche positive, offrir de fréquents feedbacks suite à un comportement.
- Assurer un cadre rassurant et des routines, des pauses régulières, un découpage des activités en petites séquences.

2 Unité 2 : Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)

Compétence attendue :

Sur la base de ses connaissances des troubles neurocognitifs majeurs (démences), l'ASE identifie les comportements problématiques et y apporte des éléments de réponses.

Contenus abordés :

- Les troubles neurocognitifs majeurs
- La maladie d'Alzheimer

Situation Mme Dupont

Madame Dupont, âgée de 84 ans, est veuve depuis une quinzaine d'années. Elle réside dans l'EMS Les Lilas, depuis une année et demie.

Mme Dupont est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle est souvent agitée et ne reste pas en place. Elle se lève de sa chaise et se promène dans les couloirs. Elle touche les autres résidents et essaie de prendre leurs affaires.

Mme Dupont est devenue agressive envers les soignants. Elle a frappé une infirmière lorsqu'elle essayait de la laver et de la changer.

Mme Dupont est souvent confuse et ne sait pas où elle se trouve. Trois à quatre fois par jour, elle met sa veste, prend son sac à main et ses affaires et veut rentrer chez elle pour préparer le repas à son mari (décédé) ou pour rejoindre ses parents. Elle essaie de sortir par tous les moyens, demande aux résidents et aux collaborateurs de lui ouvrir les portes de l'établissement et force ces dernières si personne ne les lui ouvre. Ces actions déclenchent les alarmes de sécurité une dizaine de fois par jour.

2.1 Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)

Les troubles neurocognitifs majeurs (appelés auparavant « démences ») regroupent une grande famille de différentes maladies **neurodégénératives**. Ces troubles se manifestent par une **détérioration importante de plusieurs facultés cognitives**, dont la mémoire, le langage, les fonctions exécutives, la reconnaissance visuelle et auditive, l'orientation et la coordination des mouvements. Des changements au niveau des comportements ou de la personnalité sont aussi observés.

Avec ces troubles, **des zones étendues sont endommagées par des dépôts qui se forment dans le cerveau**. Ces dépôts entravent la circulation des informations entre les cellules nerveuses et entraînent à terme une destruction massive de ces dernières. Ce déclin cognitif va affecter l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne.

Il existe différentes sortes de troubles neurocognitifs majeurs. La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente.

Pour en savoir plus

Exemples d'autres types de troubles neurocognitifs majeurs moins fréquents :

- Le type vasculaire ;
- Le type mixte ;
- Le type fronto-temporal ;
- Le type corps de Lewy ;
- Le type Parkinson ;
- ...

2.2 Les principaux symptômes

En plus des troubles de la mémoire qui sont le symptôme le plus connu, les troubles neurocognitifs majeurs entraînent d'autres dégradations des capacités cognitives. Les plus fréquentes sont le déclin des facultés de réflexion (planification et raisonnement logique), de l'attention ou de la concentration, mais aussi des troubles de la parole, de la compréhension et de l'orientation spatio-temporelle.

La personne a des difficultés à réaliser seule des tâches relevant du quotidien.

En général, les troubles neurocognitifs majeurs entraînent aussi des modifications du ressenti émotionnel, de la sociabilité, de la motivation, de l'humeur et du rapport à la réalité.

Parfois, des troubles émotionnels, une dépression, une anxiété ou une agitation réduisent encore les capacités cognitives.

Ces symptômes altèrent de plus en plus la qualité de vie de la personne et réduisent son autonomie. Elle a besoin d'aide et de soutien au quotidien.

Les troubles neurocognitifs majeurs ne doivent pas être confondus avec les états confusionnels aigus (délires). Généralement soudains et passagers, ceux-ci peuvent survenir en cas d'ébriété, d'erreurs dans la prise de médicaments, à la suite d'une anesthésie ou encore en cas de déshydratation chez les personnes âgées.

Pour pouvoir parler de troubles neurocognitifs majeurs, il faut que la présence d'un ou plusieurs troubles évoqués ci-dessus soit avérée. Il ne doit pas s'agir d'un événement unique : le trouble doit se produire depuis 6 mois au moins, et toucher différents aspects de la vie quotidienne.

La plupart des troubles neurocognitifs majeurs sont inguérissables. Néanmoins, il existe divers traitements qui atténuent les symptômes et ralentissent un peu l'évolution de la maladie, même si elle ne peut pas être stoppée, à condition toutefois que le trouble neurocognitif majeur soit diagnostiqué le plus tôt possible.

Les causes

Les troubles neurocognitifs majeurs sont des maladies neurodégénératives. Le grand âge est le principal facteur de risque. Au cours des 100 dernières années, l'espérance de vie a augmenté de manière considérable dans la plupart des pays. Le risque de présenter un trouble neurocognitif majeur double quasiment tous les 5 ans après l'âge de 65 ans.

D'autres facteurs de risque comme les maladies entravant la circulation sanguine dans le cerveau ont également été identifiés : l'hypertension artérielle, le diabète, le surpoids, les troubles métaboliques et le tabagisme.

Certains facteurs génétiques peuvent jouer un rôle, mais ils représentent l'unique cause d'un trouble dans moins de 3% des cas. La forme héréditaire de la maladie d'Alzheimer se retrouve dans les familles où la maladie apparaît tôt, le plus souvent entre 35 et 60 ans, et elle progresse alors souvent rapidement.

Prévalence

Selon les estimations, en Suisse, 150'000 personnes sont atteintes d'un trouble neurocognitif majeur. On dénombre 32'200 nouveaux cas chaque année.

On estime que le nombre de personnes touchées devrait atteindre 315'400 personnes d'ici à 2050.

2.3 La maladie d'Alzheimer

Découverte par le Dr Alois Alzheimer en 1906, la maladie d'Alzheimer est la forme la plus fréquente de trouble neurocognitif majeur (2/3 des cas).

2.3.1 Évolution et stades de la maladie

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une évolution lente. On distingue 3 stades : le stade initial, le stade modéré et le stade avancé. Le passage d'un stade à un autre est variable et la maladie évolue de manière très différente d'une personne à l'autre.

Connaître les stades permet de mieux comprendre les symptômes et l'évolution de la maladie, afin d'identifier les difficultés et planifier les mesures de soutien nécessaires.

Dès l'apparition des premiers signes, on estime que l'espérance de vie est de sept à dix ans environ.

2.3.1.1 Le stade initial

D'après les scientifiques, plusieurs décennies peuvent s'écouler avant les premiers symptômes.

Au cours du stade initial, la mémoire est légèrement altérée et les tâches complexes deviennent progressivement difficiles. La maladie commence en général par des troubles de la mémoire prospective (oublier un rendez-vous), du langage (difficultés à trouver ses mots) et de l'orientation (se perdre dans un endroit inconnu, en vacances par exemple).

Le malade vit des difficultés croissantes dans la planification d'activités courantes, est désorienté dans le temps (difficultés à se souvenir de la date et de l'heure) et peut être touché par des changements d'humeur, devenir par exemple très taciturne ou souffrir d'angoisses et/ou de dépression.

Certaines activités complexes ne peuvent plus être menées aussi bien et avec la même précision qu'avant. Les premiers problèmes d'autonomie peuvent apparaître dans la vie privée, comme par exemple pour remplir des papiers.

Exemples

- Anne-Lise, 85 ans, raconte sa sortie en bateau sur le lac des 4 cantons. Ne trouvant plus le mot « bateau », elle emploie d'autres mots pour décrire ce qu'elle veut dire. Il lui arrive aussi de s'interrompre au milieu d'une phrase et de ne plus finir son récit. Elle le vit très mal et prend de moins en moins souvent la parole alors qu'avant, elle aimait animer des conversations.
- André, 72 ans, ne retrouve plus sa chambre d'hôtel après une séance à la piscine pendant ses vacances. Il y parvient enfin deux heures plus tard, avec l'aide d'un employé de l'hôtel. Il s'était perdu dans une autre aile de l'établissement.

2.3.1.2 Le stade modéré

Le stade modéré est atteint lorsque des événements marquants du passé comme la vie professionnelle ne reviennent plus en mémoire. La dépendance de la personne malade envers sa personne de confiance s'accroît.

Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, les troubles de la mémoire augmentent. Ils concernent maintenant aussi les noms de proches ainsi que les événements récents. Le malade oublie par exemple s'il a mangé, s'il s'est lavé ou si quelqu'un lui a rendu visite. Les difficultés à s'exprimer augmentent, le malade a de plus en plus de peine à parler de manière compréhensible, mais aussi à comprendre ce qu'on lui explique. Il ne comprend plus le sens des mots.

Les problèmes d'orientation apparaissent aussi dans un environnement familier et des malades quittent leur domicile sans retrouver le chemin du retour.

La personne ne parvient plus à remplir les tâches de la vie quotidienne, comme préparer un repas, se laver ou s'habiller. Le déclin des facultés mentales se répercute ainsi sur son autonomie. En plus de la date et de l'heure, le malade ne sait plus dans quel mois ou quelle saison il se trouve.

Les personnes atteintes peuvent présenter d'importants changements de comportement et d'humeur (une personne autrefois calme et silencieuse devient irritable et agressive). À ce stade, de nombreux malades atteints de la maladie d'Alzheimer sont sujets à des hallucinations ou des délires : ils voient des personnes qui n'existent pas ou entendent des voix ou des bruits.

Parfois, le malade d'Alzheimer déploie une activité physique croissante : il s'agite et devient incapable de rester assis longtemps ; il a constamment besoin de bouger et de s'activer. Cette agitation peut amener le malade à errer sans savoir où il va.

La perte de l'autonomie se poursuit. Les tâches quotidiennes comme la toilette, l'habillage, les repas, etc. ne peuvent être effectuées qu'avec de l'aide.

2.3.1.3 Le stade avancé

Au stade avancé, une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer vit dans un autre monde. Elle dépend totalement des soins et de l'aide qui lui sont dispensés.

À ce stade, la mémoire à long terme est également atteinte. Le malade réagit de moins en moins à des personnes, à des histoires ou à des chansons de son passé. La parole se réduit à quelques mots et beaucoup de malades tombent dans un mutisme total. Cependant, la personne peut rester sensible à l'humeur, à la voix et au contact physique, rendant possible une communication différente.

Les problèmes d'orientation se manifestent désormais aussi dans un environnement très familier : le malade s'égaré dans l'appartement, il ne retrouve plus la cuisine ou les toilettes.

Désormais, le malade présente des faiblesses physiques : il avance à tout petits pas et manque d'assurance, ce qui multiplie les risques de chutes, les blessures et les fractures. Il en vient progressivement à passer ses journées en fauteuil roulant ou passe une grande partie de son temps alité.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ne sait plus interpréter les signaux de son corps, elle perd le contrôle de sa vessie et de ses intestins, ne se rendant plus aux toilettes de sa propre initiative.

Les problèmes liés à l'alimentation sont divers : identifier la nourriture, ouvrir la bouche, mastiquer et l'avaler devient difficile. Les malades risquent d'avoir des quintes de toux et d'avaler de travers. Affaiblis, ils deviennent très vulnérables à diverses infections (grippe, pneumonie, infection des reins et de la vessie, etc.), qui sont des causes de décès courantes.

2.3.2 Pistes d'action

La participation active à la vie quotidienne, les ateliers mémoire, les ateliers souvenirs, l'aménagement de l'environnement, la stimulation par des activités créatrices valorisantes sont au cœur de l'accompagnement des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif majeur. Elles ont un effet bénéfique sur l'humeur et le comportement de la personne malade. Elles favorisent le maintien de son autonomie et de ses facultés cognitives et psychosociales et permettent d'améliorer de manière active la qualité de vie des personnes concernées.



Figure 17

Rôle de l'ASE

- Respecter la dignité et l'autonomie de la personne en ne réduisant pas la personne à sa maladie : laissez la personne faire les choses seule ou aidez-la seulement lorsqu'elle en a besoin. Faites-la participer autant que possible ;
- L'aider dans ses gestes quotidiens (choix des habits, repas, toilettes...) ;
- Valoriser ses capacités restantes ou rechercher d'autres activités adaptées à ses capacités ;
- Expliquer, répéter les choses, rassurer, parler avec des mots simples (une consigne à la fois) ;
- Ne pas mettre la personne en position d'échec ;
- Structurer le quotidien (lever, promenade, repas) ;
- Maintenir ou établir des rituels qui donnent un sentiment de sécurité ;
- Donner des repères dans le temps (pendule facile à lire, emploi du temps de la journée) ;
- Créer des possibilités de marcher en boucle ainsi que des espaces consacrés au mouvement. La faculté de décider quand se déplacer est longtemps conservée chez les malades et marcher permet de réduire les tensions et de ressentir de la satisfaction.

3 Unité 3 : Les troubles psychiques

Compétence attendue :

Sur la base de ses connaissances des différents troubles psychiques, l'ASE identifie les contextes nécessitant un soutien. Il adapte son accompagnement grâce à des pistes d'action utilisables dans le travail social avec des personnes ayant des troubles psychiques.

Sur la base de ses connaissances des troubles addictifs, l'ASE repère les facteurs de risque et de protection pour la personne accompagnée et veille à un cadre de vie de qualité. Il renforce les ressources de la personne en facilitant l'acquisition et l'exercice de compétences personnelles et sociales.

Contenus abordés :

Troubles psychiques

- Les troubles dépressifs
- Les troubles bipolaires
- Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Les troubles anxieux
 - o L'anxiété généralisée
 - o Le trouble panique
 - o Les phobies spécifiques
 - o L'anxiété de séparation
- Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)
- Le trouble de stress post-traumatique
- Les troubles de la personnalité
 - o La personnalité borderline
- Les troubles liés à une substance et troubles addictifs

Situation

Dylan a 19 ans. Après une année de stage, il a commencé un apprentissage d'ASE. Depuis le début de l'année scolaire, Dylan se sent épuisé et triste. Il ne trouve pas l'énergie pour se faire de nouveaux amis dans sa classe et peine à se concentrer en cours. Durant la pause de midi, Dylan s'isole, il ne mange rien. Dylan a aussi décidé d'arrêter ses entraînements de foot du mardi et du jeudi soir car il préfère rentrer chez lui, se mettre au lit et regarder la télévision.

Remarques préliminaires

Le diagnostic

Un médecin psychiatre diagnostique chez une personne un trouble psychique si :

- la personne présente plusieurs symptômes ;
- les symptômes sont intenses ;
- les symptômes durent depuis plusieurs semaines ;
- ils engendrent une souffrance, des situations de handicap et une altération conséquente du quotidien de la personne.

Les traitements sont multiples : suivi médical, médication, accompagnement socio-éducatif, hospitalisation si nécessaire, thérapies diverses, soutien par les proches et les pairs ...

Différentes facettes

Un trouble psychique est une facette de la personne parmi tant d'autres. Ce trouble ne résume pas la personne ni ne l'enferme dans une représentation discriminante.

3.1 Le trouble dépressif caractérisé

Les symptômes qui définissent ce trouble consistent soit en une humeur dépressive et/ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour la plupart des activités.

Ces changements se manifestent chaque jour ou presque pendant une période d'au moins deux semaines (trouble dépressif caractérisé). Ils s'accompagnent d'autres symptômes parmi lesquels les plus fréquents sont :

- une prise ou une perte de poids significatives sans régime ;
- une fatigue prononcée ou une perte d'énergie ;
- des perturbations du sommeil (insomnie ou hypersomnie) ;
- un ralentissement psychomoteur ou une agitation ;
- des sentiments de dévalorisation et de culpabilité injustifiés ;
- une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ;
- des idées suicidaires ou des pensées de mort récurrentes.

L'épisode dépressif peut être léger, moyen ou sévère suivant le nombre et la sévérité des symptômes. Ces symptômes sont intenses et aigus, mais ils sont de courte durée, soit quelques semaines à quelques mois.

Le trouble dépressif n'est pas en lien avec un événement précis engendrant de la tristesse (deuil, rupture amoureuse ou amicale, annonce d'une maladie ...).



Figure 18

Chez l'enfant

Le trouble dépressif caractérisé se manifeste par de la tristesse, mais les enfants n'expriment que rarement des sentiments de détresse et de désespoir. Ils ont tendance à être particulièrement irritables et agités, à s'opposer à ce qu'on leur demande (crises de colère, hurlements, coups) et à se plaindre de douleurs et d'affections somatiques non objectives.

L'enfant perd toute motivation à aller à l'école et même à jouer. L'enfant se sent responsable des événements, même de ceux qui lui sont étrangers.

Chez les adolescents

Le trouble dépressif exagère certains traits que l'on associe volontiers à la crise d'adolescence. Beaucoup d'adolescents ont des idées noires. Il peut arriver que leur entourage s'inquiète démesurément ou, au contraire ne détecte pas l'ampleur réelle de la tristesse que vit l'adolescent.

Chez les adolescents, les risques d'automutilation, les idées et les tentatives de suicide accompagnent souvent ce trouble. Le suicide représente d'ailleurs la première cause de mortalité chez les adolescents.

Chez l'adulte

Le début de l'âge adulte correspond à la période où les personnes sont les plus vulnérables aux problèmes de santé mentale et notamment la dépression. Cette aggravation s'expliquerait par le fait que, à cet âge, les gens doivent établir de nouvelles relations d'attachement et, en même temps, se détacher de leurs parents (tâche d'intimité d'Erikson).

Chez la personne âgée

La dépression est plus fréquente qu'on ne le pense parmi les personnes âgées. La personne âgée a moins de relations, elle est abandonnée ; les contraintes de la vie ne lui permettent pas toujours de réagir de manière suffisante ; à cela s'ajoute le statut ambigu de la personne âgée dans notre société.



Figure 19

Les personnes à bas revenus ou qui ont connu antérieurement des périodes prolongées de difficultés financières sont plus particulièrement prédisposées.

Selon une étude menée en 2017 par l'Office fédéral de la statistique (OFS), environ 28% des résidents des EMS en Suisse souffrent de dépression. Les facteurs de risque de la dépression chez les résidents des EMS comprennent l'isolement social, la perte d'autonomie, la douleur chronique, les antécédents de dépression, les problèmes de sommeil et les changements de l'environnement familial. Il est donc important que les professionnels de la santé dans ces établissements soient formés pour reconnaître les symptômes de la dépression et offrir un soutien social et psychologique adéquat.

Répercussions

Au niveau social

La personne souffrant d'un trouble dépressif caractérisé a tendance à s'isoler progressivement et à entrer dans un cercle vicieux puisque les symptômes alimentent l'état dépressif.

Un épisode dépressif impacte les relations familiales. L'irritabilité, la perte d'intérêt ou la perte de plaisir altèrent les capacités d'écoute, d'ouverture à l'autre et d'adaptation.

La dépression aura également un effet direct sur la sexualité (perte de plaisir et désintérêt). Une augmentation du taux de divorce suite à un épisode dépressif est également constatée.

Au niveau professionnel

L'OMS (Organisation mondiale pour la Santé) estime que les troubles dépressifs représentent la première cause de maladie et d'incapacité de travail dans le monde (mars 2017).

Conseils pratiques

- Fixez des objectifs facilement atteignables ;
- Respecter le rythme de la personne, ne pas la brusquer ;
- S'opposer à l'isolement ;
- L'aider à structurer la journée ;
- Aider la prise de décision ;
- Valoriser l'estime de soi en prévoyant des petites attentions (café, revues traitant de ses champs d'intérêt, promenade, etc.) ;
- Indiquer quotidiennement à la personne ses progrès.

Prévalence

La prévalence annuelle de la dépression est environ de 6,5% en Suisse et le risque d'être atteint d'un trouble dépressif au moins une fois au cours de la vie est de 16.6%. La durée moyenne d'un trouble dépressif est de 4 à 6 mois, et se prolonge en cas d'absence de traitement.

Le trouble dépressif débute en moyenne à l'âge de 30 ans, présente un caractère récidivant avec 50% de rechute à 2 ans, 85% sur toute la vie et le risque de chronicité est de 20%.

3.2 Les troubles bipolaires

Le trouble bipolaire se caractérise par la survenue de perturbations cycliques de l'humeur sous forme d'accès maniaques ou d'accès mélancoliques. Entre ces accès, le sujet retrouve son état psychique habituel.

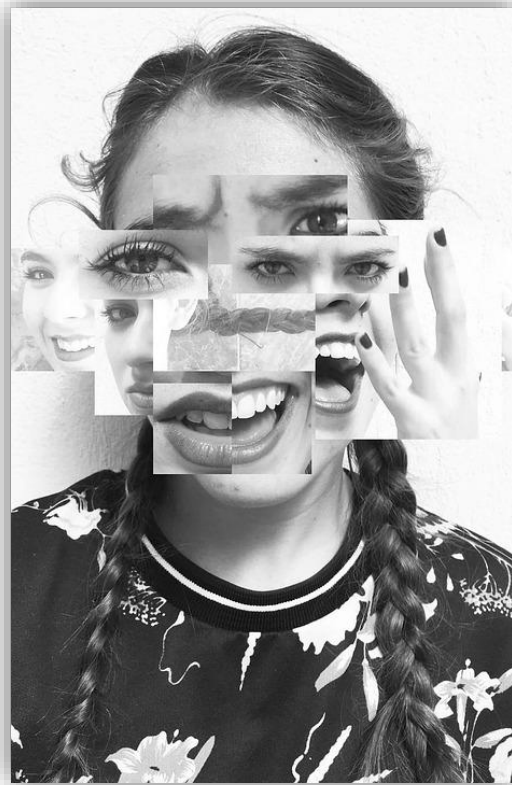


Figure 20

Les **phases dépressives** se caractérisent par une forte fatigue, des difficultés de concentration, une perte ou un gain de poids, une perte d'intérêt ou de plaisir et des troubles du sommeil. C'est un état marqué par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychologiques et psychomotrices ainsi qu'une intense douleur morale.

Le comportement de la personne atteinte est caractéristique : immobile, figée, regard fixe, elle ne parle pas ou peu ; elle gémit ou pleure, ne se lave plus, n'a même plus la force de s'habiller. L'effort mental soutenu est impossible, ruminant sans cesse des thèmes de mort et de culpabilité. L'accès mélancolique peut durer plusieurs mois. Sous traitement il peut durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Les **phases maniaques** se caractérisent par une humeur exaltée et de l'imagination, une grande activité, une surexcitation, de fortes prises de risques, une diminution du sommeil, de l'irritabilité, etc. La personne atteinte ressent une brusque transformation, elle se sent autre ; elle est envahie par un sentiment d'euphorie, de bien-être, de facilité. Elle éprouve un besoin irrésistible d'activité et de mouvement et ne dort que quelques heures par nuit. Les propos sont de plus en plus abondants et rapides ; les projets sont grandioses et les dépenses inconsidérées.

La personne est d'abord soulagée de ressentir enfin du plaisir à vivre et de l'énergie dans son corps, avant de perdre complètement le contrôle et de se mettre en danger, en adoptant des conduites à risque (exemple : la personne veut partir dans un pays en guerre en croyant pouvoir gérer le conflit ; elle croit que si elle saute du 3^e étage, elle ne se blessera pas).

Durant ces phases, les risques sont conséquents, de même que les tentatives de suicide. Ces phases nécessitent une attention très, très importante, un travail en réseau et fréquemment une hospitalisation.

Ces phases peuvent durer de quelques semaines à quelques mois. Sous traitement, la durée moyenne est d'un à deux mois.

Répercussions

Au niveau social

Les épisodes de crises peuvent dégrader les relations familiales et amicales. L'isolement social représente également un risque important.

Les relations professionnelles sont souvent mises à rude épreuve, à cause du fort taux d'absentéisme, d'irritabilité, de conflits avec les collègues ou la hiérarchie, de difficultés à rester à son poste, etc. Plus de la moitié des personnes souffrant de troubles bipolaires n'exerceraient pas d'activité rémunérée et plus d'un quart travaillerait seulement à temps partiel.

Sur le plan financier, les répercussions des épisodes maniaques peuvent être graves, vu les dépenses inconsidérées, la mauvaise gestion financière, une éventuelle perte de salaire liée à l'absentéisme, une démission ou un licenciement ou encore des frais occasionnés par des procédures judiciaires.

Au niveau émotionnel et affectif

La personne a une image d'elle-même négative, elle se sent incompétente, son estime de soi est faible.

Conseils pratiques en phase maniaque

- Présence ferme et chaleureuse ;
- Instaurer des limites ;
- Ne pas trop exiger d'un seul coup, établir des priorités dans ses demandes ;
- Ne pas essayer de raisonner la personne, ne pas entrer en contradiction (risque d'augmenter la tension) ;
- Être attentif aux premiers signes qui annoncent une phase maniaque ;
- Bien souvent, une hospitalisation est nécessaire pour protéger la personne.

Prévalence

Les troubles bipolaires concernent 2% des Suisses, autant les hommes que les femmes. Ils se déclarent souvent jeune, autour de 17-18 ans, mais il faut généralement du temps pour poser un diagnostic, dix ans en moyenne.

3.3 Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont caractérisés par une dégradation du contact avec la réalité qui peut entraîner des perturbations graves de la perception, de la cognition, du comportement et des émotions.

La schizophrénie est la forme la plus répandue des troubles psychotiques chroniques.

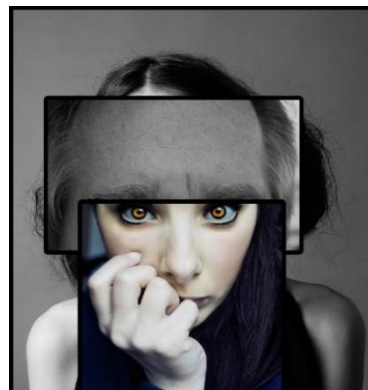


Figure 21

Les **troubles du spectre de la schizophrénie** se caractérisent principalement par :

- des **distorsions de la pensée et/ou des perceptions** qui démontrent une perte du contact avec la réalité ;
- des **idées délirantes** (ex. : se croire surveillé par des caméras ou des micros, suivi dans la rue, avoir des pouvoirs magiques...) ;
- des **hallucinations** (ex. : entendre des voix quand il n'y a personne, voir des choses qui n'existent pas pour les autres, avoir l'impression que ses pieds grandissent...) ;
- une **désorganisation de la pensée** (ex. : difficultés à parler de manière cohérente et compréhensible pour les autres) ;
- une **modification de la façon d'éprouver et d'exprimer les émotions** : humeur terne et plate, perte du plaisir, perte de motivation et d'énergie, discours pauvre ...
- une **altération du sens de soi** : sentiment bizarre de ne plus être certain d'être soi-même, d'avoir changé, de devoir réfléchir à des choses qui pour les autres coulent de source, d'être déconnecté et de venir d'une autre planète ;
- parfois, avec le temps, apparaissent des troubles cognitifs : perturbation de la mémoire, difficulté à se concentrer.

Plusieurs de ces symptômes ne sont présents que par périodes, dans les phases de crise, et se présentent pour chaque personne de manière différente.

La schizophrénie est un trouble qui se traite. La médication et les thérapies parviennent à stabiliser les symptômes ou à les rendre acceptables. Il est important de préciser que plus l'intervention est précoce, plus le traitement sera efficace.

Sur 100 malades souffrant de schizophrénie :

- 20% feront une seule crise aiguë et n'en feront plus par la suite ;
- 50% feront plusieurs rechutes qui pourront nécessiter des traitements hospitaliers. Durant les périodes de rémission, ces personnes vont bien et mènent une vie telle qu'elles le souhaitent ;
- 30% nécessiteront un traitement ininterrompu avec de fortes doses de médicaments ou un encadrement en institution, et auront de la difficulté à vivre une vie autonome.

Répercussions

Ces troubles ont des conséquences graves sur les différentes sphères de la vie d'une personne. La schizophrénie touche la vie intérieure de la personne, la protection de son intégrité physique et psychique, ses rapports avec les autres, son lieu de vie, ses projets sociaux, sa vie professionnelle, etc.

Au niveau social

Le trouble apparaît souvent entre 16 et 25 ans. Elle provoque des effets néfastes sur le développement social, car ses symptômes constituent un obstacle pour les relations avec les pairs et mènent à l'isolement. L'adolescent ou le jeune adulte perd peu à peu contact avec ses pairs, il essuie des échecs à répétitions et se retrouve isolé. L'adolescent peut paraître bizarre et détaché de la réalité. Les événements, leur perception et leur interprétation ne sont plus liés. Les comportements et les propos sont incohérents.

Au niveau intellectuel

Les résultats scolaires baissent et les crises ne permettent souvent pas à l'adolescent de suivre une scolarité normale, puis plus tard, d'avoir une vie professionnelle.

En effet, la personne atteinte de psychose souffre d'une perte d'intérêt (elle ne s'intéresse plus à tout ce qu'elle aimait auparavant), elle ne parvient plus à s'exprimer normalement (discours pauvre et limité). Elle ne peut plus se concentrer, même pour une courte durée. Les troubles du comportement et l'indiscipline sont souvent fréquents. La psychose compromet donc sérieusement la scolarité.

Conseils pratiques en cas de crises

- Ne pas vouloir raisonner la personne, mais la rassurer ;
- Ne pas lutter contre le symptôme, mais travailler avec pour entrer en relation avec la personne ;
- Valider ce que la personne dit. Reconnaître qu'il y a plusieurs visions possibles de la réalité, tout en précisant que vous ne le partagez pas :
« Je ne vois pas ce que vous voyez » ;
- Rassurer les autres résidents, leur dire que la personne en crise est dans son histoire ;
- EN RÉSUMÉ : PROTÉGER, SÉCURISER, RASSURER.

Prévalence

1% de la population générale est touché par la schizophrénie, soit 84'000 personnes en Suisse.

3.4 Les troubles anxieux

Une personne souffre de troubles anxieux lorsqu'elle ressent une anxiété intense et durable sans lien avec un danger ou une menace réelle, qui perturbe son fonctionnement normal et ses activités quotidiennes. L'anxiété est un état d'agitation psychique et d'insécurité. Elle s'accompagne de symptômes physiologiques.

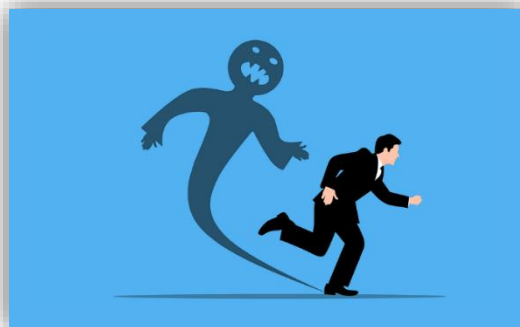


Figure 22

Il existe plusieurs types de troubles anxieux.

3.4.1 L'anxiété généralisée

Il s'agit d'une **anxiété constante et durable** durant laquelle la personne atteinte **manifeste des inquiétudes excessives ou des anticipations négatives, par exemple à l'égard des performances scolaires, du travail, des proches.**

Difficiles à contrôler, ces inquiétudes sont présentes la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois et portent sur divers événements ou activités. Ces inquiétudes ont un impact conséquent sur le quotidien de la personne, ses relations, son travail et lui occasionnent une détresse importante. Les angoisses sont accompagnées de symptômes physiques importants.

Les inquiétudes peuvent être centrées sur :

- des problèmes réels et actuels et pour lesquels il est possible d'utiliser une technique de résolution de problèmes ;
- des problèmes qui n'existent pas, qui sont supposés, la personne anticipe et craint le pire. Dans ce cas, la recherche de résolution de problèmes n'est pas applicable puisque le problème n'existe pas encore.

3.4.2 Le trouble panique

Il s'agit d'une **montée brusque de crainte ou de malaise intense sans agent provocateur qui atteint son point culminant en quelques minutes.**

Le trouble panique se traduit par des attaques de panique (ex. : palpitations, transpiration, tremblements, impression d'étouffement, gêne thoracique, nausée, vertige, impression d'évanouissement, frissons, bouffées de chaleur, engourdissement, déréalisation (sentiment d'irréalité), dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi, peur de perdre le contrôle de soi, de devenir fou, peur de mourir).

Ces attaques de panique sont récurrentes. La personne évite toute situation, de peur qu'une attaque de panique ne survienne. Cette peur constante augmente ses angoisses et augmente les risques d'attaque de panique.

Les crises de panique peuvent évoluer vers l'agoraphobie : la personne redoute les lieux et les situations où elle ne peut pas s'échapper ou trouver du secours.

3.4.3 Les phobies spécifiques

La phobie spécifique est une peur prononcée, persistante, irrépressible et irrationnelle d'un objet en particulier ou d'une situation spécifique.

L'objet ou la situation provoque une anxiété immédiate. Rien que d'y penser peut provoquer l'anxiété. La personne éprouve une anxiété disproportionnée par rapport au danger réel et prend souvent des mesures extrêmes pour éviter la situation, ce qui entrave le fonctionnement adaptatif.

Exemple : araignées, orages, prendre l'avion, voir du sang.

La phobie sociale quant à elle se caractérise par une peur prononcée et persistante d'une ou plusieurs situations sociales.

La personne craint les situations où elle est exposée à l'éventuelle observation des pairs (conversation, rencontre de nouvelles personnes) ou à l'attention générale (faire un discours).

Elle a peur de dire ou de faire quelque chose d'humiliant ou d'embarrassant. La personne pense que les autres vont la considérer comme incompetente, faible ou « déséquilibrée » ou qu'ils vont remarquer ses symptomes (voix qui tremble, rougissements...) et qu'ils la déprécient. Elle a peur de ne pas savoir réagir, de ne pas pouvoir s'adapter, de se sentir incapable.

Elle risque de chercher à éviter les situations sociales, ce qui peut avoir un impact sur sa carrière professionnelle et ses contacts sociaux.

3.4.4 L'anxiété de séparation

L'anxiété de séparation est une peur excessive de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte d'être séparé d'avec les personnes auxquelles il est attaché.

L'anxiété de séparation se caractérise par une grande détresse dans les situations de séparation, avec un souci excessif d'être séparé des figures d'attachement.

L'enfant peut montrer de l'appréhension ou de la réticence à rester seul. Il peut refuser de dormir loin des figures d'attachement. Il peut présenter des plaintes somatiques lors des séparations.

Cette anxiété peut entraver le développement social et scolaire.

3.4.5 Répercussions des troubles anxieux

Les personnes atteintes de troubles anxieux savent que leur comportement est illogique et qu'il affecte intensément leur vie. Elles se sentent inadéquates et déprimées.

Les personnes atteintes de troubles anxieux essaient souvent de contrôler leur anxiété en buvant de l'alcool ou en consommant du cannabis pour diminuer l'anxiété, ce qui s'avère inefficace.

Le comportement d'évitement engendre un isolement. En outre, des conflits peuvent survenir avec les proches, au travail, en milieu scolaire, car ils ne comprennent pas toujours le comportement de la personne atteinte.

Prévalence

En Suisse, chaque année on recense 1 million de personnes souffrant de troubles anxieux. 16 à 29% des personnes développeront un trouble anxieux durant leur vie. Ce trouble apparaît le plus souvent chez les jeunes de moins de 25 ans.

3.5 Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Les troubles obsessionnels compulsifs se caractérisent par des obsessions et des compulsions qui causent la détresse ou qui interfèrent avec le fonctionnement adaptatif. Les obsessions et les compulsions ne peuvent pas être contrôlées volontairement et elles nécessitent plus d'une heure par jour. Elles sont vécues comme quelque chose de pénible qui ne donne aucun plaisir, mais elles sont supportées parce qu'elles représentent le seul moyen de maîtriser une anxiété toujours présente et menaçante.

Les obsessions sont des pensées étrangères que la personne atteinte ne peut pas sortir de sa tête (images qui reviennent sans cesse, peur d'avoir mal rangé sa chambre, de ne pas avoir fermé à clé la porte de son appartement entraînant des contrôles incessants, etc.).

Les compulsions sont des actes répétitifs effectués dans le but de calmer l'anxiété. Certaines personnes vont par exemple se laver les mains dès qu'elles touchent quelque chose de peur d'être contaminées, d'autres vont ranger des objets d'une certaine manière, etc.

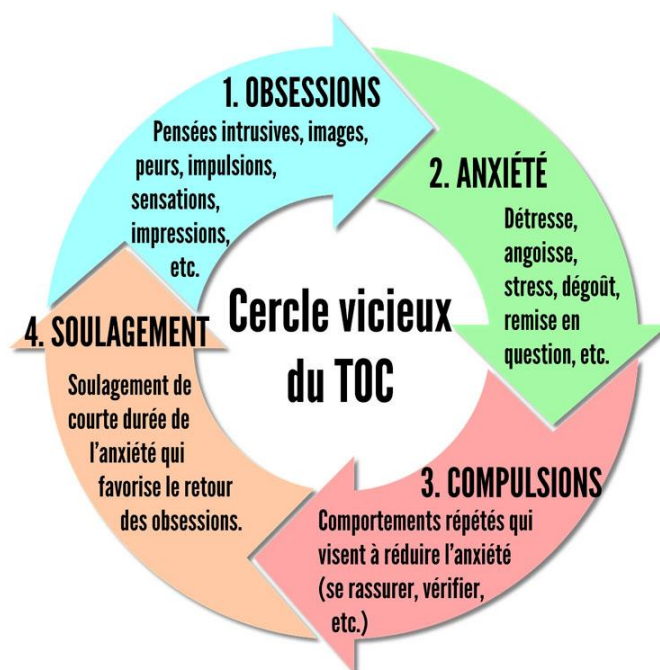


Figure 23

Répercussions et traitement

Le TOC peut devenir une occupation à plein temps, la personne passant toutes ses journées (et nuits parfois) à accomplir ses rituels. Elle se sent inadéquate et pourtant elle ne parvient pas à faire autrement.

Les impacts négatifs concernent le travail, la scolarité, la vie familiale et amoureuse. Des conflits peuvent survenir. La personne présente un risque important d'isolement.

La psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC) peut apporter une amélioration de la qualité de vie ; elle vise à modifier les pensées et les comportements problématiques de la personne et à les remplacer par des pensées et des réactions appropriées à la réalité. Elle peut s'accompagner d'une médication contre l'anxiété.

Prévalence

Le TOC est une maladie psychique qui touche environ 2% de la population en Suisse.

3.6 Le trouble de stress post-traumatique

Ce trouble est un état psychologique déclenché par l'exposition à un évènement ou une situation traumatique extrême (abus sexuels, menace de mort, mort d'un proche, guerre, catastrophe naturelle), dont la personne a été victime ou témoin. La personne revit l'évènement de manière régulière, et ressent à chaque fois des manifestations physiques intenses. La vie personnelle, sociale et/ou professionnelle de la personne est altérée de manière significative.

Lorsque les symptômes durent entre 3 jours et 1 mois après l'évènement traumatique, on parle d'un état de stress aigu. Au-delà d'un mois, on parle de stress post-traumatique.

Le stress post-traumatique est un trouble réactionnel. En effet, il apparaît en réaction à un évènement spécifique et inattendu (comme un accident de voiture) ou à un traumatisme répétitif et anticipé (comme la violence conjugale).

Selon le DSM-V, il existe quatre catégories de symptômes :

- la personne revit continuellement l'évènement traumatique à travers des cauchemars, des flashbacks, des pensées intrusives qui engendrent une détresse émotionnelle intense. Le moindre indice rappelant l'évènement engendre une forte détresse psychologique ou une réaction physique ;
- la personne souffrant du trouble évite tout ce qui rappelle l'évènement traumatique et toutes les pensées liées à l'évènement ;
- la personne ressent un manque d'émotion, une perte d'intérêt pour les activités ; elle est indifférente vis-à-vis des autres, peut se sentir coupable et a des pensées et des émotions négatives. Les capacités de la mémoire peuvent être également altérées, dans ce cas la personne a des difficultés à se remémorer les détails de l'évènement traumatique ;
- sursaut au moindre bruit, perturbation du sommeil et de la capacité de concentration, possibilité d'apparition de comportements autodestructeurs, de pensées suicidaires.

Répercussions

Le fait d'éviter les situations et/ou conditions qui rappellent le traumatisme peut entraîner pour la personne des conséquences importantes sur ses activités personnelles, familiales et sociales.

La personne aura tendance à penser qu'elle ne pourra jamais être comprise par les autres et elle aura fortement tendance à s'isoler, à rester seule avec ses craintes et sa souffrance.

Des sentiments de honte et de culpabilité peuvent être présents. La personne n'ose pas demander de l'aide, comme s'il s'agissait d'un aveu de faiblesse, ou que sa souffrance était dérisoire par rapport à d'autres qui souffriraient davantage.

Tous ces facteurs font qu'il est difficile d'aller rencontrer un professionnel, et même parfois, de reconnaître aller mal et avoir besoin d'aide. Le risque est alors de s'enfermer dans sa souffrance.

Conseils pratiques

- Ne pas laisser la personne seule si elle vient de vivre un traumatisme ;
- Être à l'écoute, disponible, sans obliger la personne à parler ;
- Faire appel à des associations (LAVI : centre d'aide de victimes d'agression).

Prévalence

50 à 60% des gens vivront un traumatisme dans leur vie. Pourtant, seul un petit nombre d'entre eux développera un état de stress post-traumatique. Ainsi, la prévalence en Suisse est de 0,7 %. Elle est plus élevée dans certains groupes de la population, atteignant par exemple, 13 % chez les migrants de pays en guerre. Les personnes qui travaillent dans les services médicaux d'urgence, la police, les pompiers sont également plus touchés par ce trouble.

3.7 Les troubles de la personnalité

La personnalité est la combinaison de traits, de réactions émotionnelles, d'attitudes et de comportements qui sont relativement stables et qui différencient un individu d'un autre. La personnalité se développe à partir de la naissance jusqu'à l'adolescence et au début de l'âge adulte où elle se solidifie et devient stable ; c'est à ce moment que peuvent apparaître les troubles de la personnalité.

Les troubles de la personnalité ont comme composante commune la rigidité des traits de personnalité qui provoque une détresse et des difficultés de fonctionnement et d'adaptation. Un trait de personnalité devient un trouble lorsqu'il nuit significativement au fonctionnement de la personne ou la fait souffrir. Il existe principalement dix troubles de la personnalité, dont le trouble de la personnalité borderline.

3.7.1 La personnalité borderline

La personnalité borderline consiste en des états émotionnels intenses, survenant brusquement et souvent difficilement contrôlables. Il peut s'agir de sentiments violents de désespoir, de solitude, d'irritation, d'anxiété ou d'impulsivité.



Figure 24

Les personnes concernées souffrent d'une perturbation marquée de leur rapport à elles-mêmes et aux autres. Des conflits minimes suffisent à déclencher des crises de colère énormes. Ces personnes éprouvent de la difficulté à percevoir leur entourage de manière nuancée. Les proches sont soit formidables, soit détestables. Un sentiment d'affection se transforme en l'espace de quelques instants en un sentiment de haine. Une personne passe brusquement de la joie au désespoir.

De plus, elles ont peur d'être abandonnées. Pour toutes ces raisons, les relations interpersonnelles sont souvent très problématiques.

Des traumatismes sévères durant l'enfance (violence physique ou sexuelle, manque de soin, perte précoce des figures d'attachement), de même qu'un environnement invalidant (où les émotions de l'enfant ne sont pas reconnues et validées par l'entourage) jouent un rôle important dans la survenue du trouble de la personnalité borderline.

Manifestations possibles

Impulsivité marquée

- Dépenses, sexualité intense, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ...

Comportements et menaces suicidaires répétés, suicide

- Retournement de la haine contre soi. Risques suicidaires très importants.

Automutilation

Près des 3/4 des personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline ont déjà eu un comportement d'automutilation. Il s'agit en général de blessures infligées à soi-même avec un objet tranchant, en se frappant soi-même ou avec un objet. La personne cherche à contrôler et à extérioriser sa douleur intérieure. L'automutilation est une tentative de réintégrer son corps en étant soi-même l'auteur de ses souffrances. Les blessures auto-infligées peuvent être graves et nécessiter des soins médicaux immédiats.

Répercussions

Les personnes atteintes éprouvent beaucoup de difficultés à prendre soin d'elles-mêmes et à organiser leur quotidien. Elles ont souvent des routines rigides et des exigences élevées, ainsi que des difficultés de planification.

Instables au travail, elles ont régulièrement des difficultés relationnelles avec leur patron ou leurs collègues.

Elles présentent souvent des troubles alimentaires, des problèmes d'obésité et/ou consomment des stupéfiants.

Les proches peuvent être épuisés par les comportements extrêmes. Ils éprouvent souvent un sentiment de culpabilité suite aux tentatives de suicide et automutilations.

Une relation de codépendance risque de se développer. Les proches s'oublient, ils ne vivent plus que pour l'autre. L'humeur des proches ne dépend plus que du bien-être de la personne concernée. Ils ont l'impression d'être manipulés. La codépendance est présente lorsque le proche se convainc qu'il est responsable de l'état de santé de la personne borderline et de ses actes.

Pour contrer la co-dépendance, il faut se protéger, poser un cadre, ne pas se sentir responsable (attention au chantage et à la recherche de fusion).

Prévalence

En Suisse, le trouble de la personnalité borderline touche 2% de la population. 2/3 sont des femmes. 10% des personnes borderline décèdent par suicide.

Conseils pratiques

Pour établir une relation professionnelle avec une personne borderline, il faut :

- poser des limites claires, ne pas se laisser culpabiliser ;
- ne pas renforcer les comportements de crise en leur donnant trop d'attention ;
- lors des crises, les conflits se résolvent rarement par la discussion (la détresse psychique prend le dessus sur les capacités de raisonnement. Il faut remettre la discussion à plus tard quand la personne ne sera plus en crise).

Propositions à faire :

- Aider la personne à trouver des activités agréables stimulantes.
- Établir un contrat thérapeutique où la personne s'engage à ne pas se blesser et à utiliser des moyens nommés pour ne pas passer à l'acte.
- Créer une « trousse d'urgence » avec des objets apaisants pour la personne lors de crise (ours en peluche, musique préférée, photos de ses meilleurs amis, etc.) Au lieu de se faire du mal par l'automutilation, la personne peut apprendre à se faire du bien.
- Recourir à d'autres types de stimulations sensorielles pour éviter les automutilations (inhaler des parfums forts, tenir des glaçons, mordre dans du piment ou du citron, efforts physiques).

3.8 Troubles liés à une substance et troubles addictifs

L'addiction est une relation de dépendance à l'égard d'une substance psychoactive (tabac, alcool, drogues, médicaments...) ou d'une pratique persistante et répétée (jeu d'argent, achats, sexe, Internet, téléphone portable, réseaux sociaux, etc.).

L'addiction se caractérise par :

- la perte de l'autonomie de la personne ;
- la souffrance de la personne ;
- les changements de son rapport au monde ;
- le rejet plus ou moins fort de l'environnement social de la personne.

L'addiction est désormais considérée comme une maladie, au même titre par exemple que les maladies cardiovasculaires. Elle peut entraîner des modifications cérébrales, des intoxications, des maladies associées, des violences, des accidents et contribuer à l'isolement de la personne. Ces conséquences se manifestent différemment selon les produits et les comportements.

L'addiction est la **rencontre entre une substance, une personne et un contexte particulier** (modèle bio-psycho-social).

Exemples de substances pouvant entraîner un trouble addictif selon le DSM 5 :

- Alcool
- Caféine
- Cannabis
- Hallucinogènes (LSD, champignons etc.)
- Inhalant (colles etc.)
- Opioides (héroïne, morphine, etc.)
- Sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- Stimulants (cocaïne, méthamphétamine, MDMA, ecstasy)
- Tabac
- Autres substances ou substances inconnues



Figure 25

L'expression « troubles de l'usage de substances » est définie par l'existence d'au moins 2 des 11 critères suivants sur une période d'un an :

1. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance ou utiliser la substance.
4. Craving ou une envie intense de consommer la substance.
5. Utilisation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de celle-ci.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
8. Utilisation répétée de la substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - b. Effet clairement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage de la substance (sueurs, tremblements, etc.) ;
 - b. La substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Si les deux derniers critères sont présents (tolérance et sevrage), alors il existe une **dépendance physique**. Un problème de **dépendance psychique** apparaît également lorsqu'une personne ne peut plus imaginer vivre sans les effets de la substance. Elle se sent obligée de consommer et toute sa vie se construit autour de sa consommation.

La sévérité du trouble est classée comme **légère, modérée ou sévère** en fonction du nombre de critères diagnostiques présents (2 à 3 = addiction légère, 4 à 5 = addiction modérée, >6 = addiction sévère).

Dépendance ou addiction ?

La dépendance et l'addiction sont souvent considérées comme des termes similaires, mais il existe une distinction importante entre les deux.

La dépendance décrit un état où une personne a besoin de prendre une substance ou de faire une activité pour fonctionner normalement. La dépendance peut être physique, psychologique ou les deux. Par exemple, une personne qui est dépendante d'un médicament peut ressentir des symptômes physiques désagréables si elle arrête de le prendre.

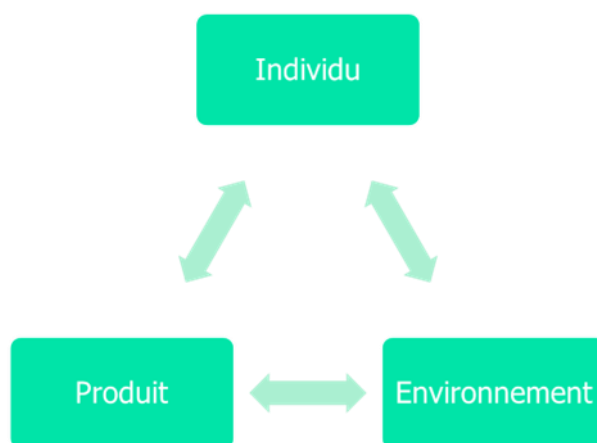
L'addiction, en revanche, décrit un état où une personne continue de consommer une substance ou de faire une activité malgré les conséquences négatives sur sa vie personnelle, sociale ou professionnelle. Une personne qui est addict à une substance a du mal à contrôler sa consommation, même si elle sait que cela peut lui causer des problèmes.

En résumé, la dépendance décrit une nécessité physiologique ou psychologique, tandis que l'addiction implique un comportement compulsif qui nuit à la vie d'une personne.

3.8.1 Le modèle bio-psycho-social de l'addiction

Le modèle bio-psycho-social de l'addiction est une approche interdisciplinaire pour comprendre et traiter les comportements addictifs. Selon ce modèle, l'addiction est la rencontre d'un **produit**, d'une **personnalité** et d'un environnement **socio**-culturel.

Ainsi, chaque personne va entretenir une relation différente (plus ou moins problématique) à une même substance en fonction non seulement de facteurs de vulnérabilité et de protection qui lui sont propres, des particularités de la substance, mais également en fonction du contexte socio-culturel dans lequel cette relation prendra place.



- **La substance** : substance(s) consommée(s) et caractéristiques relatives ; dangerosité ; modes d'administration de la substance (sniffé, injecté, fumé, ingéré ...) ; durée, fréquence d'utilisation ; quantités absorbées ; interactions entre substances.
- **L'individu** : facteurs biologiques (sexe, poids, hérédité, etc.) ; facteurs physiques (santé, âge, etc.) ; facteurs psychiques et de développement ; attitudes et attentes vis à vis du produit ; modes de vie versus satisfactions/frustrations ; facteurs de personnalité ; estime de soi, solitude ; capacité d'adaptation et de relation.
- **Le contexte** : facteurs culturels et sociaux ; environnement social ; milieu familial ; insertion professionnelle (métiers à risque, prostitution) ; milieu familial, communication, violence ; milieu social et insertion (écoles, amis ...) ; facteurs économiques ; accessibilité au produit.

Ce modèle permet de repérer, avec la personne, l'interaction entre les différents pôles qui ont pu mener à la situation d'addiction, les facteurs de risque et les facteurs de protection. Pour une personne donnée, à un moment de sa trajectoire, l'un des aspects prendra plus d'importance qu'un autre.

Exemples : individu – substance - contexte

Le Chemsex est une pratique sexuelle dangereuse qui implique la consommation de drogues telles que la méthamphétamine, la cocaïne, la MDMA et d'autres substances similaires pour améliorer ou prolonger l'expérience sexuelle.

L'alcool est une substance facilement accessible et socialement valorisée dans des contextes très différents qui peut entraîner une addiction en fonction des facteurs personnels de l'individu.

Autrement dit

Une consommation expérimentale ou excessive n'aboutit pas chez tout le monde à une addiction. **Elle résulte d'une interaction entre individu, produit et contexte.**

Par exemple, un adulte qui consomme un produit dans un but récréatif ne court pas les mêmes risques d'en devenir dépendant qu'un adolescent qui consomme le même produit pour fuir son mal-être. Les substances ont toutes des propriétés spécifiques et agissent différemment selon l'usage qui en est fait. Quant au contexte, il pousse l'individu à adopter certains comportements et lui rend les produits plus ou moins accessibles.

3.8.2 Répercussions

Une substance psychoactive modifie le comportement, altère l'état de conscience et impacte l'humeur.

L'addiction génère **une grande souffrance** : la personne se sent impuissante. La santé, les relations, le travail, la famille sont impactés de manière importante.

Des difficultés scolaires ou professionnelles sont fréquentes en raison de la perte de concentration, de troubles de la mémoire, d'hallucinations, d'idées délirantes, mais aussi d'un manque de motivation. Ces difficultés peuvent aller jusqu'à la désinsertion de la personne qui risque de tomber dans la marginalité.

Au niveau socio-affectif, la personne addictive peut souffrir de dépression et d'anxiété, et faire des tentatives de suicide (overdose). Elle peut sombrer dans la délinquance ou la prostitution (pour obtenir de l'argent pour assouvir le besoin).

3.8.3 Pistes d'action

La conception bio-psycho-sociale de l'addiction nécessite une prise en charge globale pluridisciplinaire.

L'effet des substances sur le système nerveux central n'est pas suffisant pour expliquer la situation d'addiction, qui est multidimensionnelle. Le « simple » sevrage de substance(s) psychotrope(s) ne permet pas de se rétablir des conduites addictives.

Le processus de rétablissement est un parcours, au cours duquel la personne concernée est l'agente principale du changement.

L'addiction nécessite une complémentarité des approches médico-psycho-sociales dans une vision incluant la durée (processus) et la motivation (éléments nécessaires au changement).

Cercle motivationnel de Prochaska et di Clemente

Ce modèle est souvent utilisé pour aider les personnes addictes à comprendre les différentes étapes qu'elles doivent traverser pour changer un comportement indésirable ou adopter un nouveau comportement, ainsi que pour aider les professionnels de la santé et les intervenants sociaux à élaborer des stratégies efficaces dans l'accompagnement. Selon Prochaska et Di Clemente, les personnes aux prises avec un problème d'addiction passeraient par une série de 6 stades : précontemplation, contemplation, préparation/détermination, action, maintien, rechute.

https://www.researchgate.net/figure/Stades-du-changement-selon-Prochaska-et-Diclemente-Prochaska-and-Diclementes-change_fig1_275836590

Rôle de l'ASE

- Veiller à un cadre de vie de qualité ;
- Inclure les membres de la famille ;
- Identifier les facteurs de risques aux dépendances des personnes accompagnées ;
- Rappeler les risques encourus ;
- Rappeler les engagements, le contrat thérapeutique et les objectifs ;
- Éviter tous les lieux et les personnes en lien avec la consommation ;
- Demander des tests de dépistage ;
- Renforcer les ressources et la participation en facilitant l'acquisition et l'exercice de compétences personnelles et sociales ;
- Favoriser la « bonne santé mentale » en jouant un « rôle de facilitateur / d'orientateur » ;
- Jouer le « rôle de médiateur » : intervenir pour / conseiller à propos des interactions entre la personne accompagnée et son environnement social ;
- Avoir « un parti pris » pour la personne accompagnée, soit le « rôle d'advocacy » (défendre ses intérêts et ses droits (humains)).

Causes à l'origine des troubles psychiques

Les causes exactes des troubles psychiques ne sont pas connues. On pense actuellement qu'ils résultent d'une **combinaison de plusieurs facteurs**. Ils sont ainsi **d'origine biologique, psychologique et environnementale**.

Facteurs biologiques

- Une vulnérabilité génétique héréditaire : on n'hérite pas d'un trouble psychique, mais uniquement d'un terrain génétique favorable, c'est-à-dire de la tendance à développer ce trouble ;
- Déséquilibre chimique dans le cerveau : anomalies chimiques au niveau des neurotransmetteurs ;
- Des maladies ou des problèmes de santé physique chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires ou respiratoires, etc.) ;
- Événements survenant au cours de la grossesse, infections lors de la grossesse, problèmes lors de l'accouchement.

Facteurs psychologiques

- Faible estime de soi, inhibition, difficulté à s'adapter aux différentes situations de la vie (tempérament), surestimation du danger ;
- Usage d'alcool, de médicaments ou d'autres substances.

Facteurs environnementaux

- Présence de facteurs de stress dans la vie de la personne (itinérance, isolement, perte d'emploi, faibles revenus) ;
- Présence d'événements traumatisants (décès d'un proche, maltraitance, abus, violence conjugale, exposition fréquente à des conflits) ;
- Absence de soutien social ;
- Malbouffe.

Les troubles psychiques peuvent toucher tout individu, quels que soient son âge et son sexe. Un trouble psychique ne peut pas être causé par UN seul facteur spécifique et la personne atteinte ne doit pas être culpabilisée.

3.9 Quelques pistes pour le travail éducatif auprès de personnes ayant des troubles psychiques

Le travail éducatif auprès de personnes présentant des troubles psychiques comprend de nombreux axes d'intervention.

De solides connaissances

Un des premiers axes est de permettre à la personne d'avoir une bonne connaissance des troubles dont elle est atteinte. Cette connaissance lui permet de bien connaître les symptômes et les repérer lorsqu'ils font leur apparition, d'être attentif à des signaux précurseurs d'aggravation et d'agir de manière préventive. Un plan pourra être élaboré avec la personne pour mieux déceler les signes de rechute et gérer au mieux les symptômes qui se manifesteraient.

De nombreuses sources d'information peuvent être proposées à la personne ; discussion, groupes de soutien, psychiatres, associations, soutiens par les pairs, GRAAP, Pro Mente Sana, ouvrages, vidéos et documents en ligne.

Un espace pour exprimer sa souffrance

Il est important que la personne atteinte de troubles psychiques dispose d'un espace pour exprimer sa souffrance, pour parler en sécurité et sortir de l'isolement dans lequel peuvent l'enfermer des périodes de crise.

La garantie d'une bonne hygiène de vie

L'ASE veille à la bonne hygiène de vie de la personne accompagnée. Celle-ci comprend une alimentation saine et équilibrée avec repas réguliers, des activités durant la journée, un rythme de sommeil régulier, la pratique d'une activité physique (promenade, sport, etc.).

Des techniques de gestion du stress

L'ASE peut aussi donner des pistes pour apprendre à gérer son stress (méditation, relaxation, etc.). De manière plus globale, il s'agit de donner des pistes pour recréer une vie équilibrée (équilibre entre soi, travail ou ateliers occupationnels, famille, amours, loisirs et passions par ex.)

Des activités favorisant la réinsertion sociale

Le travail éducatif vise à permettre à la personne de reprendre une occupation et de se réinsérer socialement en participant à des ateliers protégés, à de l'art-thérapie.

Le travail éducatif peut prendre la forme d'ateliers dont l'objectif est de récupérer ou développer des facultés d'apprentissage et de raisonnement ainsi que des capacités affectives et des habiletés sociales.

Cette réinsertion sociale passe aussi par la reprise des liens avec les proches et la famille et/ou le développement de son réseau social. L'ASE peut aider la personne à choisir des proches de référence qui pourront lui apporter du soutien et ainsi constituer un réseau de soutien en cas de nécessité (famille, amis).

La personne peut également être encouragée à participer à des groupes d'entraide.

Le travail en réseau

En psychiatrie, le travail en réseau s'avère nécessaire pour assurer un suivi thérapeutique interdisciplinaire cohérent et optimal.

Il s'agit de collaborer entre professionnels et la personne suivie, parfois avec ses proches, en réfléchissant et en agissant ensemble, en partageant des valeurs et des objectifs communs, pour élaborer un suivi adapté, personnalisé et efficace.

En psychiatrie, plusieurs professionnels peuvent être sollicités pour participer à ce travail en réseau : médecin psychiatre, médecin généraliste, infirmier en psychiatrie, équipe socio-éducative, ergothérapeute... L'objectif est de trouver collectivement des solutions face à des situations complexes, d'augmenter les ressources et de faire bénéficier des expériences et compétences réciproques. Cette approche globale et systémique est efficace si la personne suivie est pleinement considérée par les participants et si son autodétermination est privilégiée (cf. module FPS).

La psychothérapie et les médicaments sont des éléments clés pour soigner de nombreux troubles psychiques. L'ASE peut aussi parler avec la personne de l'importance de suivre le traitement prescrit par les médecins. L'ASE rappelle et accompagne la personne à tous ses rendez-vous médicaux.

Le double diagnostic psychiatrique

Ce terme est utilisé par les psychiatres dès qu'une personne atteinte d'un trouble psychique présente un autre trouble psychique (par exemple, schizophrénie et dépression) ou une dépendance à un ou plusieurs produits stupéfiants. Ainsi, l'abus de substances concernerait environ un quart des patients psychiques. Le double diagnostic psychiatrique complexifie les traitements thérapeutiques, il a aussi tendance à augmenter les risques suicidaires et les comportements violents envers soi-même ou autrui. Une hospitalisation suite à une décompensation sera souvent nécessaire pour limiter ces risques.

Plan de crise conjoint

Pour assurer la cohérence du suivi thérapeutique, un plan de crise conjoint peut être établi par le réseau et la personne suivie. Il s'agit d'un document de déclarations anticipées au service du rétablissement. Il doit être négocié, rédigé et validé par les différentes personnes concernées. Il favorise l'identification des symptômes qui peuvent annoncer une crise, il indique les stratégies et ressources à solliciter et les soins et traitements à privilégier pour assurer la sécurité de la personne.

L'élaboration d'un plan de crise conjoint est une démarche volontaire de la personne suivie et repose sur un processus de décisions partagées en réseau. Lors de son élaboration, il nécessite la capacité d'autodétermination et de discernement de la personne atteinte de troubles psychiques.

4 Bibliographie

Livres

Unité 1 : Comprendre le handicap de manière systémique

Polyhandicap

Chauvie J.-M. [et al.]. (1997) *J'aimerais qu'on évalue ensemble mes besoins pour améliorer mon quotidien. Une démarche centrée sur les personnes polyhandicapées.* Compte-rendu des éléments essentiels de la rencontre du Groupe européen d'échanges sur le polyhandicap. Lucerne : Editions SZH/SPC.

Alvès, C. (2006) *Polyhandicap et éducation spécialisée. Quelle est la fonction de l'éducateur ?* Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme HES d'éducatrice spécialisée. Sion : HEVS2.

https://doc.rero.ch/record/6494/files/Memoire_Clia_Alves.pdf

Déficience visuelle

Le Kit'explique Pochette No 5 – La vue, Insieme Vaud (2013), Lausanne : outil pédagogique à l'intention des écoliers de l'école vaudoise.

Valise d'info, Union centrale suisse pour le bien des aveugles UCBA (2010), Lausanne : pour les enseignants qui désirent traiter la question du handicap visuel en classe de manière démonstrative

Unité 2 : Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)

Becker, S. (2020) *Alzheimer et autres formes de démence. Insuffler un élan positif au quotidien. Guide pratique à l'usage des proches.* Chêne Bourg : Ed. Médecine et hygiène.

Unité 3 : Troubles psychiques

American Psychiatric Association (APA) : DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2013.

Unité 4 : troubles liés à une substance et troubles addictifs

Morel, A., Couteron, J.-P. & Fouilland, P. (Dir.). (2010). L'aide-mémoire d'Addictologie en 46 notions. Paris : Dunod

Sites web

Unité 1 : Comprendre le handicap de manière systémique

<https://www.aphrso.org/quest-ce-quune-personne-handicapee/> (consulté le 24.04.23)

Le modèle MDH-PPH RSPPH : <https://www.rspph.ch/le-mod%C3%A8le-mdh-pph-1> (consulté le 24.4.23)

Pierre Castelein : CIF & PPH, un « langage commun » pour comprendre le handicap. <https://www.crea-helb.be/wp-content/uploads/2019/04/LES-CLASSIFICATIONS-CIF-PPH-CASTELEIN.pdf> (consulté le 24.4.23)

Beugger André : Le modèle du processus de production du handicap (PPH) au sein de la Fondation Aigues-Vertes. <https://www.grea.ch/publications/6-le-modele-du-processus-de-production-du-handicap-pph-au-sein-de-la-fondation-aigues> (consulté le 24.4.23)

Paralysie cérébrale

<https://www.cerebralvaud.ch>(consulté le 26.10.22)

<https://www.cerebral.ch/fr/> Fondation suisse en faveur de l'infirmes moteur cérébral (consulté le 26.10.22)

http://cache.media.eduscol.education.fr/file/ASH/35/6/guide_eleves_deficients_moteurs_116356.pdf (consulté le 26.10.22)

Polyhandicap

[Groupe romand polyhandicap \(csps.ch\)](http://www.groupepolyhandicap.ch) (consulté le 26.10.22)

Hémiplégie

<https://swissheart.ch/> Fondation suisse de cardiologie (consulté le 26.10.22)

<https://www.fragile.ch/fr/lesion-cerebrale/accident-vasculaire-cerebral-avc/>
(consulté le 26.10.22)

Paraplégie / tétraplégie

www.paraplegie.ch Centre suisse des paraplégiques (consulté le 26.10.22)

<https://www.spv.ch/fr/> Association suisse des paraplégiques (consulté le 26.10.22)

Atteintes auditives

<http://www.csps.ch/surdite> Plate-forme d'information « surdité 0-20 : scolarisation et accompagnement de 0 à 20 ans. »

<https://a-capella.ch/> A Capella: Fondation visant à favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des sourds et malentendants avec l'aide du LPC. (consulté le 02.11.22)

<https://alpc.ch/> ALPC : Association suisse pour le LPC (consulté le 02.11.22)

<http://www.aspeda.ch/> ASPEDA : Association suisse des parents d'enfants déficients auditifs (consulté le 02.11.22)

<https://www.sgb-fss.ch/fr/> Fédération suisse des sourds (SGB-FSS) (consulté le 02.11.22)

<https://ecoute.ch/> Forum Ecoute : Fondation romande des malentendants (consulté le 02.11.22)

<http://www.oreilleetvie.org/appareillages/implants-d-oreille-moyenne/> (consulté le 02.11.22)

<https://ecoutemonhistoire.ch/#/> (consulté le 04.01.23)

Déficience visuelle

www.ucba.ch Union centrale suisse pour le bien des aveugles (consulté le 09.11.22)

<https://www.ophtalmique.ch/CPHV/> (consulté le 09.11.22)

<https://abage.ch/association/bibliotheque-braille-romande-et-livre-parle-bbr/catalogue/> Bibliothèque braille romande et livre parlé : prêts d'ouvrages (consulté le 09.11.22)

<https://www.bibliothequesonore.ch/> Bibliothèque sonore romande : prêts de livres enregistrés (consulté le 09.11.22)

<http://www.bnfa.fr/> Bibliothèque numérique francophone accessible : propose l'accès à des livres numériques adaptés aux personnes déficientes visuelles (consulté le 09.11.22)

Déficience intellectuelle

<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/?sequence=5> (consulté le 09.11.22)

Accompagner les enfants atteints de trisomie 21 : Extraits
http://www.educatout.com/enfants_besoins_particuliers/accompagner_enfants_atteints_trisomie_21.htm (consulté le 09.11.22)

<https://insieme.ch/fr/> Fédération suisse des associations de parents de personnes mentalement handicapées (consulté le 09.11.22)

<https://insiemevaud.ch/> Association vaudoise de parents et de personnes concernées par le handicap mental (consulté le 09.11.22)

ART 21 – Association Romande Trisomie 21 <http://www.t21.ch> (consulté le 09.11.22)

<https://www.fraxas.ch/site> Association x fragile suisse (consulté le 09.11.22)

www.unapei.org (consulté le 09.11.22)

Troubles du spectre autistique

<https://www.autisme.ch/> Autisme suisse romande (consulté le 09.11.22)

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/centre-cantonal-autisme/> Centre cantonal autisme Vaud (consulté le 09.11.22)

www.application-autisme.com Plateforme collaborative répertoriant toutes les applications pédagogiques disponibles sur tablette numérique pour les personnes autistes. (consulté le 09.11.22)

TDA/H

[https://www.aspedah.ch/ Association Suisse romande de parents et d'adultes concernés par le trouble du déficit d'attention/hyperactivité](https://www.aspedah.ch/Association_Suisse_romande_de_parents_et_d'adultes_concernés_par_le_trouble_du_déficit_d'attention/hyperactivité) (consulté le 04.01.23)

<https://www.fondationtdah-insight.ch/tdah.php> (consulté le 04.01.23)

<http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-deficit-attention> (consulté le 04.01.23)

<https://www.tdah.be/> (consulté le 04.01.23)

https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=trouble_deficit_attention_hyperactivite_pm (consulté le 04.01.23)

Unité 2 : Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)

<https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/page-daccueil/> (consulté le 24.01.2023)

<https://ciss-ouataouais.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2021/09/CISSO-Brochure-Troubles-cognitifs-Final-FR.pdf> (consulté le 29.04.2025)

Unité 3 : Troubles psychiques

<https://www.frcneurodon.org/> (consulté le 24.04.2023)

<https://santepsy.ch/> (consulté le 23.11.22)

<http://www.promentesana.org> (consulté le 23.11.22)

<https://graap.ch/> Fondation groupe d'accueil et d'action psychiatrique (consulté le 10.04.2023)

<http://www.a-proche-toi-jura.ch> Association de familles et amis des personnes souffrant de maladie psychique (consulté le 29.11.22)

<https://www.planetesante.ch> (consulté le 29.11.22)

<https://www.arborescence.quebec/fiches-troubles> (consulté le 30.11.2022)

<http://www.frcneurodon.org> (Fédération pour la recherche sur le cerveau)

<https://psyquiz.ch/> Info ou Intox : saurez-vous distinguer le vrai et le faux sur les troubles psychiques? (consulté le 08.06.23)

Schizophrénie

www.schizinfo.com Toute l'info des Journées de la Schizophrénie (consulté le 16.11.22)

www.lerelais.ch Association de soutien aux proches de personnes souffrant de troubles psychiques (consulté le 16.11.22)

www.afs-schizo.ch Association de familles et amis souffrant de schizophrénie Berne – Neuchâtel (consulté le 16.11.22)

Dépression

https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/strategie_depression.pdf (consulté le 23.11.22)

www.alliancedepression.ch (consulté le 23.11.22)

<https://www.sgad.ch/fr/personnes-concernees/tout-sur-la-depression> (consulté le 23.11.22)

www.la-depression.org/comprendre-la-depression/ (consulté le 23.11.22)

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-141.htm> (consulté le 23.11.22)

Troubles bipolaires

https://www.sciencesetavenir.fr/sante-maladie/troubles-bipolaires-definition-symptomes-traitements_104693 (consulté le 23.11.22)

<https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/bipolar-guide-fr.pdf?la=fr&hash=8D1700691CD9E954A52F4F1C5A9E0F3F1655B5D5> (consulté le 23.11.22)

www.santeromande.ch/Structure/F03.600.150.150.html (consulté le 23.11.22)

www.troubles-bipolaires.com/ (consulté le 23.11.22)

Troubles anxieux

<https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/tag.pdf> (consulté le 23.11.22)

<https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/anxiety-guide-fr.pdf> (consulté le 23.11.22)

<http://www.ssad.ch> Société suisse des troubles anxieux et de la dépression (consulté le 23.11.22)

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-anxieux/> (consulté le 23.11.22)

https://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_08/a_08_p/a_08_p_anx/a_08_p_anx.html (consulté le 23.11.22)

https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Fiche_Troubles_anxieux_dsm-v_01.pdf (consulté le 23.11.22)

Troubles obsessionnels-compulsifs

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/trouble-obsessionnel-compulsif-toc/> (consulté le 29.11.2022)

www.aetoc.ch (consulté le 29.11.2022)

Trouble de stress post-traumatique

<http://traumapsy.com/25-ans-Le-temps-de-la-souffrance.html> (consulté le 30.11.22)

<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/etat-stress-post-traumatique/> (consulté le 30.11.22)

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Actes-terroristes/Faire-face-a-des-evenements-choquants/Les-consequences-d-une-exposition-a-un-evenement-traumatisant-comme-les-attentats/L-etat-de-stress-post-traumatique> (consulté le 30.11.22)

<http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-stress-post-traumatique> (consulté le 30.11.22)

Personnalité borderline

http://doc.rero.ch/record/278149/files/HESAV_TB_Bolomey_2016.pdf (consulté le 30.11.22)

<https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/02/Borderline2014.pdf> (consulté le 30.11.2022)

https://www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/SGPP_BE_BPS_version_francaise.pdf (consulté le 30.11.2022)

<https://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/trouble-personnalite-borderline> (consulté le 30.11.2022)

<http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Troubles-Maladies-psy/Temoignages/Borderline-pour-moi-la-vie-est-une-serie-d-epreuves> (consulté le 30.11.2022)

<https://aqpamm.ca/le-trouble-de-personnalite-limite/> (consulté le 08.06.23)

Troubles liés à une substance et troubles addictifs

www.infoset.ch Site suisse du domaine des dépendances : Comporte différents dossiers thématiques : Dépendances / Politique dépendances /

Prévention / Traitements et conseils / Réduction des risques et répression / Formations / Recherche et statistiques / Santé et social (consulté le 08.06.23)

<http://www.infodrog.ch/index.php/indexaddictions.html> Base de données, proposant des adresses sur l'ensemble des cantons suisses. Répertoire des institutions ambulatoires et résidentielles suisses (consulté le 08.06.23)

www.grea.ch GREA Groupement romand études des addictions Publications - dossiers Projets, plateformes de réflexions et formations. Questions politiques. (consulté le 08.06.23)

www.addictionsuisse.ch Addiction Infos Suisse Ressource en matière de prévention et de recherche (consulté le 08.06.23)

www.stop-tabac.ch - www.stop-alcool.ch - www.stop-cannabis.ch - www.stop-jeu.ch (stop-dependance.ch) (consulté le 08.06.23)

<https://addiction-vaud.ch/informations/> (consulté le 08.06.23)

<https://relier-repertoire.relais.ch/> répertoire des institutions vaudoises actives dans le domaine des addictions et de la grande précarité. Outil de référence, destiné aux professionnel-le-s des addictions ainsi qu'à toute personne cherchant une information sur le réseau vaudois (consulté le 08.06.23)

https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/cje/documents/cje_rapport_joueur.pdf (consulté le 08.06.23)

https://dev.sos-jeu.ch/le-jeu-en-suisse/#gambling_what_is_section Le jeu excessif en Suisse (consulté le 08.06.23)

Pistes d'action

<https://www.ciip.ch/Activites/Pedagogie-specialisee/Fiches-pedagogiques> (consulté le 26.10.22)

Films/vidéos

Unité 1 : Comprendre le handicap de manière systémique

Paralysie cérébrale

Film d'information de la Fondation cérébrale <https://www.cerebral.ch/fr/> (4min)
(consulté le 04.01.23)

<https://www.youtube.com/watch?v=pTAk4N5xTBg> (2011, 6min48, situation Audrey)
(consulté le 04.01.23)

Polyhandicap

La Castalie, les personnes présentant un polyhandicap
<https://www.youtube.com/watch?v=d6hNfu4ovGY> (2016, 2min 34) (consulté le
04.01.23)

Projet de vie des résidents polyhandicapés (2013, 5min)
<http://www.youtube.com/watch?v=K4bDzB4CB2k> (consulté le 04.01.23)

Hémiplégie

La rééducation après un AVC <https://www.hug.ch/video/reeducation-apres-avc>
(HUG, 14min30) (consulté le 08.06.23)

Témoignage patient, les signes d'alerte de l'AVC
<https://www.youtube.com/watch?v=QMc2fMmJJkg> (HUG, 12 minutes) (consulté le
08.06.23)

Paraplégie

Jeunes et paraplégiques, leur leçon de vie

<https://www.rts.ch/play/tv/temps-present/video/jeunes-et-paraplegiques-leur-lecon-de-vie?urn=urn:rts:video:10087210> (2018, 54 min) (consulté le 6.3.2024)

Tétraplégie

Princesse Louna. In DVD « Au-dessus des nuages », 26 min (en VOD sur mediatheque.cpnv.ch)

Atteintes auditives

<https://www.youtube.com/watch?v=4lbWf2CsScM> C'est pas sorcier Le monde des sourds (min 0 à 22) (consulté le 02.11.22)

<https://www.youtube.com/watch?v=llhJcfKNk3I> C'est pas sorcier Le bruit (min 11'30 à 13'48). Le son est mesuré en décibel (dB). (consulté le 08.06.23)

Parler français avec les sourds avec la LPC (5 min 46)
<http://www.youtube.com/watch?v=DyEouP0IjM> (consulté le 04.01.23)

L'oreille qui parle, teenergy, 2021, 36 min <https://vimeo.com/438492833> (consulté le 04.01.23)

Le bruit détruit les cellules ciliées : <https://www.youtube.com/watch?v=mZmlUvHomrA> (27 sec.) (consulté le 04.01.23)

Déficiences visuelles

Entre voir et ne pas voir <https://www.ucba.ch/footer/service/infotheque/entre-voir-et-ne-pas-voir> (13min41) (consulté le 08.06.23)

<https://www.youtube.com/watch?v=zJym6LD7oFM> C'est pas sorcier Ecoute ce que je vois (consulté le 30.11.2022)

- Physiologie min 3'11 à 4'35
- Déficience visuelle 1'56
- Moyens auxiliaires 18'30 à 20'33

Atteintes visuelles qui touchent la personne âgée :

<https://www.youtube.com/watch?v=szcgGypYUjs> (consulté le 24.4.2023)

- 22min22 à 24min47 : Presbytie/cataracte :
- 7min19 à 9min29 : cataracte
- 23min36 à 25min32 : le glaucome

Comment vivre avec une DMLA ? Marie-Louise 87 ans / Liliane (4min47)
<https://www.allodocteurs.fr/maladies-yeux-dmla-comment-vivre-avec-une-dmla-6185.html> (consulté le 24.4.2023)

<https://www.rts.ch/play/tv/36-9/video/369-malvoyants-lueurs-despoir?urn=urn:rts:video:71027> (min 51'53 à la fin 62'54) DMLA (consulté le 30.11.2022)

Déficience intellectuelle

Chère future maman <https://www.youtube.com/watch?v=Ju-q4OnBtNU> (2min28, mars 2021) (consulté le 04.01.23)

Youtube, une maladie génétique : la trisomie 21 au quotidien, HUG, (15 minutes, 2012).
<https://youtu.be/39ueUJyJqSs> (consulté le 20.03.23)

Vivre comme les autres malgré la différence
<https://www.youtube.com/watch?v=L5lvJrX9Sxc> (1h02, 2016) (consulté le 04.01.23)

Portraits croisés de trois personnes porteuses de trisomie 21
<https://www.youtube.com/watch?v=6oAfZDgUmRY> (9min19, 2013) (consulté le 04.01.23)

Trouble du spectre autistique

Mon petit frère de la lune https://www.youtube.com/watch?v=T_2lhly_8zo (5min56, 2017) (consulté le 04.01.23)

Guillaume le conquérant. In DVD « Au-dessus des nuages », 26min (en VOD sur mediatheque.cpnv.ch)

11 minutes dans le monde de l'autisme (2009)
http://www.dailymotion.com/video/xbjdtg_11-minutes-dans-le-monde-de-l-autis_lifestyle (consulté le 04.01.23)

Evan, autiste, s'ouvre au monde (2013, 5 min 20) (consulté le 04.01.23)
http://www.dailymotion.com/video/x17nq18_evan-autiste-s-ouvre-au-monde_news

La surcharge sensorielle : un clip pour sensibiliser à l'autisme
<https://www.youtube.com/watch?v=DaeisRGumqk> (2min32) (consulté le 04.01.23)

Autisme Asperger <https://www.youtube.com/watch?v=dWVUhC6EwyE> (9min52)

Autisme Asperger : Valentin http://www.dailymotion.com/video/xpvvaq_valentin-asperger_tech?start=32 (2012, 4min 29) (consulté le 04.01.23)

Le cerveau d'Hugo : <https://www.youtube.com/watch?v=qFLHNPnKYKY> (consulté le 09.11.22)

TDA/H

Vidéo <https://www.youtube.com/watch?v=ANWhHABQuHQ> (2014, Guillaume et sa maman, 6min27) (consulté le 04.01.23)

[mieux vivre avec le tdah a la maison - YouTube](#) (2012, 5min17) (consulté le 04.01.23)

TDAH raconté aux petits <https://www.aspedah.ch/tdah/chez-les-juniors/tdah-raconte-aux-plus-jeunes.html> (2 vidéos de min 20) (consulté le 04.01.23)

Unité 2 : Les troubles neurocognitifs majeurs (démences)

Là, sans être là. <https://www.hug-ge.ch/video/maladie-alzheimer-sans-etre-0> (14 min) (consulté le 11.01.23)

La maladie d'Alzheimer, HUG (17min) <https://www.hug-ge.ch/video/maladie-alzheimer> (consulté le 11.01.23)

<https://www.hug-ge.ch/geriatrie/videos-alzheimer> (consulté le 11.01.23) Le centre de la mémoire des HUG a réalisé 28 vidéos qui expliquent la maladie, son origine et son évolution. Le point est fait également sur les traitements existants et les visées de la recherche médicale.

Video M. Caloz (6min) (17' à 23') <https://pages.rts.ch/emissions/36-9/75382-alzheimer-enigmes-et-controverses.html> (consulté le 11.01.23)

Promesses d'une expérience inédite | Le village Alzheimer | ARTE Regards <https://www.youtube.com/watch?v=51FrWp6qPXk> (2022, 32min) (consulté le 11.01.23)

<https://www.facebook.com/ASG.France/videos/-laventure-alzheimer-/733923203827568/> (consulté le 11.01.23)

Unité 3 : Troubles psychiques

Quand les enfants soignent leur parent malade (2024, 47 min 30)
[Temps présent - Quand les enfants soignent leur parent malade - Play RTS](#) (Pablo 16 min 27- 22 min ; Malévoz 27 min -33) (consulté le 15.4.2024)

Une vie de jeunes en psychiatrie, Temps présent, 2018, 54min
<https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/suisse/9215734-une-vie-de-jeune-en-psychiatrie.html#9215736> (consulté le 16.11.22)

La patrouille des sentiers (2012, 25min)

<http://www.rts.ch/emissions/temps-present/sante/3754917-la-patrouille-des-sentiers.html> (consulté le 16.11.22)

Hôpital psy à coeur ouvert / Temps Présent (2010, 54 min)

<http://www.rts.ch/emissions/temps-present/sante/1270509-hopital-psy-a-coeur-ouvert.html> (consulté le 16.11.22)

Schizophrénie

Kevin sur sa schizophrénie : la remise en question permanente et la difficulté pour les proches (RTBF, 2023, 12min37) <https://www.youtube.com/watch?v=Yg90IGSy5bQ> (consulté le 15.4.2024)

<https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/schizophrenie-le-role-de-lintegration-sociale?urn=urn:rts:video:9426024> (4min) (consulté le 16.11.22)

Sens dessus dessous / La schizophrénie en images
<http://www.youtube.com/watch?v=hccl4ule1hs> (2min07) (consulté le 16.11.22)

<http://www.youtube.com/watch?v=vEc0sfPIWT8> (1min54) (consulté le 16.11.22)

<https://www.youtube.com/watch?v=EJkVGUpaRHo> (8min37) (consulté le 16.11.22)

<https://www.youtube.com/watch?v=QkpUkbFIHy8> (4min16) (consulté le 16.11.22)

<https://www.youtube.com/watch?v=6EF41m-ao8o> (21min50) (consulté le 16.11.2022)

Dépression

Temps présent : Dépression : de l'ombre à la lumière (6 décembre 2018, 55 min)

<https://pages.rts.ch/emissions/temps-present/9937619-depression-de-l-ombre-a-la-lumiere.html#9994919> (consulté le 23.11.22)

Vivre avec... la dépression #1)(2019, 8 min 35

<https://www.youtube.com/watch?v=TOU0dagYveo> début à 4'46 (consulté le 23.11.22)

3 conseils pour traverser une dépression (2020, 4 min39)

<https://www.youtube.com/watch?v=R6wjZpZkNPQ> (consulté le 23.11.22)

[Dépression : pendant un mois Louma filme son quotidien \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...) (consulté le 14.3.2024) (2023, 12 min 17')

Les troubles bipolaires

<http://www.rts.ch/emissions/36-9/934081-troubles-bipolaires-entre-euphorie-et-depression.html> (2009, 20 minutes)

- Extrait 1 : 1' à 9'
- Extrait 2 : 43'30 à 48'

Les troubles anxieux

<https://www.hug.ch/video/phobies-stress-anxiete-gerer-ses-peurs-au> (2014, 14min23) (consulté le 23.11.22)

<https://www.rts.ch/play/tv/36-9/video/vaincre-les-attaques-de-panique?urn=urn:rts:video:11975582> (2021, 25 min) (consulté le 29.11.22)

<https://www.youtube.com/watch?v=iiDe4WH7fo8> Voilà à quoi ressemble la vie d'un phobique social (2019, 7min28) (consulté le 30.11.22)

Les troubles obsessionnels compulsifs

<https://www.rts.ch/play/tv/36-9/video/tocs-et-therapies-intensives?urn=urn:rts:video:13895607> (2023, 45 min) (consulté le 29.3.2023)

<https://www.youtube.com/watch?v=1J-SjgUedCA> (HUG, 7 min 38) (consulté le 29.11.22)

<http://www.koreus.com/video/homme-toc-poeme.html> (2min51) Le slam touchant d'un homme souffrant de TOC (consulté le 29.11.22)

<https://www.youtube.com/watch?v=8eIEDVEQryM> Troubles obsessionnels compulsifs (2014, 2min 42 (consulté le 30.11.22)

Troubles de stress post-traumatique

https://www.youtube.com/watch?v=thYoQKmD6_s (2016, 7min) (consulté le 30.11.22)

La personnalité borderline

<https://www.youtube.com/watch?v=zMZY6LcZLYM> (extrait 9 min à 12min45) (consulté le 24.04.23)

<http://www.rts.ch/video/emissions/mise-au-point/465632-borderline-trouble-de-la-personnalite-grave-mais-meconnu.html> (2006, 9min54) Borderline: trouble de la personnalité grave, mais méconnu (consulté le 24.04.23)

http://www.youtube.com/watch?v=371_cYaBB8Q (3min50) Témoignage d'une femme ayant le trouble de personnalité Borderline

Troubles liés à une substance et troubles addictifs

<https://www.planetesante.ch/Magazine/Addictions/Drogues/Dependances-les-proches-souffrent-aussi> (2011, 22 min) (consulté le 21.02.23)

Alcool : quand faut-il s'inquiéter ? <https://www.rts.ch/play/tv/36-9/video/alcool-quand-faut-il-sinquieter-?urn=urn:rts:video:5667658> (2014, 58 min)(consulté le 24.04.23)

<https://www.rts.ch/play/tv/jai-pas-lair-malade-mais---/video/jai-pas-lair-malade-mais--je-souffre-daddiction-a-lalcool?urn=urn:rts:video:13387184> (2022, 8min)
(consulté le 21.02.23)

<https://www.rts.ch/play/tv/paroles-de-mecs/video/les-addictions-paroles-de-mecs?urn=urn:rts:video:11711386> (2020, 11 min) (consulté le 28.02.23)

<https://www.enfants-parents-dependants.ch/temoignages/> Divers témoignages
vidéos ou écrits (consulté le 24.04.23)

5 Glossaire

Acuité visuelle : mesure de la netteté de la vision. Elle représente la capacité de l'œil à distinguer les détails fins d'un objet situé à une certaine distance.

Anténatal : avant la naissance.

Auto-agressivité : agressivité contre soi-même. Ex. : se mordre, se griffer, se frapper.

Cérébral : relatif au cerveau.

Congénital : dont l'origine se situe avant la naissance.

Coordination : harmonisation de différents gestes dans un but précis.

Epilepsie : Trouble neurologique qui provoque des « orages électriques dans le cerveau » entraînant des mouvements involontaires qui peuvent toucher une partie du corps ou sa totalité.

Incurable : qui ne peut pas être guéri.

Irréversible : qui ne peut être ni arrêté ni renversé.

Médullaire : relatif à la moelle.

Paralysie : la paralysie est une perte de la motricité d'une partie du corps, associée à une perte de la sensibilité du même territoire (quand elle est incomplète, on parle de parésie).

Périnatal : peu avant, pendant et peu après la naissance.

Prévalence : nombre de personnes atteintes à un instant donné. Elle s'exprime généralement en pourcentage.

Posture : manière de tenir son corps (par ex. posture debout).

Repli : éviter les interactions avec autrui.

Stéréotypie : répétition incessante du même geste.

Système nerveux : il est composé du cerveau, de la moelle épinière et d'un réseau de nerfs parcourant tout l'organisme. Le système nerveux commande et contrôle l'ensemble du corps. Il est divisé en deux parties :

- le système nerveux central, qui comprend le cerveau et la moelle épinière ;
- le système nerveux périphérique, composé des nerfs.

6 Table des illustrations

Figure 1: Équipe APH.....	6
Figure 2 : https://pixabay.com/fr/illustrations/cerveau-mal-de-t%C3%AAte-%C3%A9lectrique-1845962/	13
Figure 3: https://enorev.fr/enorev/paralysie-cerebrale/ , modifié par SDZ.	14
Figure 4 : https://www.cips.ch/storage/galerie/photos/414/petite.jpg	16
Figure 5 : https://hemiplegieenaction.wordpress.com/page/2/	19
Figure 6 : https://pixabay.com/fr/vectors/audience-avec-facult%C3%A9s-affaiblies-41433/	24
Figure 7 : http://surdiscol.fr/enseignant/avant/les-degres-de-surdite/	25
Figure 8: https://medias-cite.coop/handicap-et-numerique-la-deficience-visuelle/ .	27
Figure 9 : http://www.snof.org/encyclopedie/loeil-et-la-vision	28
Figure 10 : https://www.gralon.net/articles/sante-et-beaute/medecine/article-le-glaucome---symptomes-et-traitements-3300.htm	28
Figure 11 : docteurclic.com	30
Figure 12 : handilien.eu	34
Figure 13 :.....	36
Figure 14: https://naitreetgrandir.com/fr/nouvelles/2020/11/11/connaissez-vous-hypersensibilite-sensorielle/	40
Figure 15: www.craif.org	43
Figure 16 : https://www.inserm.fr/c-est-quoi/minute-dattention-cest-quoi-le-tdah/ ...	44
Figure 17: https://pixabay.com/fr/photos/frais-de-garde-d%C3%A9mence-femme-63612/	55
Figure 18 : https://pixabay.com/fr/vectors/triste-d%C3%A9pression-seule-homme-7078278/	59
Figure 19 : https://pixabay.com/fr/photos/seule-%C3%Aatre-seul-arch%C3%A9types-513525/	61
Figure 20 : https://pixabay.com/fr/photos/la-bipolarit%C3%A9-femme-sentiments-2207325/	63
Figure 21 : https://pixabay.com/fr/photos/la-schizophr%C3%A9nie-psychologie-femme-388871/	66
Figure 22 : https://pixabay.com/fr/vectors/fant%C3%B4me-craindre-ombre-homme-5773215/	69

Figure 23 : <https://www.nicolasarrasin.com/trouble-obsessionnel-compulsif-toc>.....73
Figure 24 : <https://www.rfsm.ch/prisme>.....77
Figure 25: <https://www.lematin.ch/story/dependance-et-addiction-deux-choses-differentes-392677101995>81

7 Annexes : Pistes d'action²

Le métier d'ASE demande une bonne connaissance des difficultés que peuvent rencontrer les personnes accompagnées. Cette maîtrise permet d'adapter au mieux son accompagnement.

Le Centre suisse de pédagogie spécialisée traitant de l'accompagnement en classe ordinaire des élèves ayant des besoins spécifiques propose d'acquérir des pistes d'action pour les enfants. Bien qu'il existe des spécificités selon la population accompagnée, ces mesures peuvent être généralisables à d'autres types de population ainsi qu'à divers handicaps ou troubles.

Pistes d'action du Centre suisse de pédagogie spécialisée traitant de l'accompagnement en classe ordinaire des élèves ayant des besoins spécifiques :

L'accueil d'un enfant présentant des besoins spécifiques dans un lieu de vie nécessite un certain nombre d'adaptations et de mesures qui peuvent également favoriser l'apprentissage et le développement des autres enfants.

Postures et attitudes à adopter

- Se questionner sur les moyens à mettre en place pour prendre en compte la diversité des enfants accueillis ; être créatif.
- Porter un regard positif sur chaque enfant : être convaincu que tous les enfants peuvent apprendre et se développer ; valoriser la différence, les points forts et les compétences.
- Considérer chaque enfant dans sa globalité et son individualité : éviter de coller des étiquettes aux enfants ; être conscient que chaque enfant évolue et change.
- Développer l'entraide et la collaboration entre les enfants par des pratiques coopératives (parrainage, travail en duo).
- Placer tous les enfants sur un pied d'égalité (règles, exigences de discipline et de savoir-vivre, tâches collectives, responsabilités, compliments, etc.).

² Ces pistes d'action sont inspirées des fiches réalisées par le Centre suisse de pédagogie spécialisée traitant de l'accompagnement en classe ordinaire des élèves ayant des besoins spécifiques.

- Garder un regard positif sur les productions des enfants ; développer une culture où l'erreur fait partie du processus d'apprentissage ; insister sur les progrès réalisés.
- Avoir des attentes élevées et des objectifs ambitieux envers tous les enfants.
- Être attentif au bien-être des enfants : déceler d'éventuels signes de fatigue, d'ennui ou de tensions, et prendre les dispositions qui s'imposent.

Environnement

- Définir des aires réservées à des activités spécifiques.
- Tenir compte du handicap spécifique de la personne pour la positionner par rapport à l'activité et aux personnes présentes.
- Veiller à l'ordre dans les salles : les affaires doivent toujours être situées à la même place ; éviter les obstacles.
- Environnement sonore : créer une ambiance calme ; diminuer autant que possible les bruits de fond. Idéalement, avoir un espace calme et préservé à disposition de l'enfant (TSA, TDAH, autres).
- Environnement visuel : veiller à un bon éclairage.

Organisation / Planification

- Informer de manière détaillée sur le déroulement de la semaine, de la journée, de l'activité, etc. ; mettre en place de petits rituels, etc. ; afficher les horaires avec des dessins.
- Expliquer de manière claire et précise les changements dans la routine.
- Prévenir qu'une activité est finie et qu'une autre commence ; expliquer à la personne ce qu'elle doit faire quand elle a fini.
- Décrire les différentes étapes d'une activité et fixer un barème de temps précis pour les accomplir (p. ex en utilisant un Time Timer ou une alarme).
- Décomposer l'activité en sous-objectifs plus facilement atteignables ; utiliser des supports visuels (dessin, schéma, image, etc.) afin d'aider les enfants à s'organiser et visualiser les différentes étapes.

Communication, consignes et objectifs

- Parler face aux enfants, afin qu'ils puissent voir la gestuelle et les expressions faciales des professionnels et entendre clairement les propos.

- Attirer l'attention des enfants avant de leur parler : s'assurer d'un contact visuel ; se déplacer dans la salle pour être plus proche d'eux. Lorsqu'un enfant en particulier est inattentif : se rapprocher de lui ; utiliser un signe convenu pour l'aider à se refocaliser ou poser la main sur son épaule.
- Communiquer oralement de manière claire et adaptée au niveau du rythme, de la longueur et de la complexité des phrases ; insister sur les mots importants du message.
- Donner une seule consigne à la fois ; elles doivent être courtes, claires et précises.
- Expliquer la consigne à l'aide d'un exemple ; attendre la fin de l'exécution d'une consigne avant d'entamer l'explication de la suivante.
- Vérifier la compréhension de la consigne : faire reformuler la consigne ou l'explication aux enfants.
- Montrer plutôt qu'expliquer.
- Utiliser des supports visuels, les afficher dans des endroits stratégiques.
- Apprendre aux enfants de bonnes habitudes d'écoute (ne pas avoir d'objets inutiles entre les mains, regarder la personne qui parle, s'asseoir correctement).
- Encourager l'enfant à poser des questions.
- Verbaliser au maximum, décrire ce qui se passe ;

Motivation et apprentissages

- Favoriser l'apprentissage par imitation.
- Faire répéter plusieurs fois le même exercice ; montrer à l'enfant différentes façons de faire la même chose ; présenter une même compétence dans d'autres contextes, dans d'autres lieux ou avec un autre matériel.
- Privilégier la progressivité en structurant les apprentissages, en ajoutant une difficulté à la fois.
- Utiliser les intérêts particuliers de la personne pour la motiver dans ses apprentissages.
- Favoriser l'expérimentation et la découverte, offrir des activités de manipulation, soutenir les apprentissages à l'aide de matériel concret.
- Faire expérimenter la réussite pour renverser le sentiment d'échec, valoriser les petits succès.

- Donner du sens aux activités, exploiter les contextes réels d'utilisation d'un apprentissage.
- Donner des feedbacks réguliers et précis.
- Encourager et féliciter les enfants, lorsqu'ils réussissent une activité, mais aussi lorsqu'ils font preuve de persévérance, fournissent des efforts et travaillent de manière autonome.
- Varier les situations d'apprentissage : à l'intérieur (p. ex. à sa place, dans un coin dévolu à une activité), en sortie (p. ex. forêt), etc.
- Varier les modalités sensorielles (auditives, visuelles, kinesthésiques, olfactives, gustatives) : mettre à la disposition des enfants des objets variés qu'ils peuvent toucher, mais aussi sentir et goûter ; illustrer les explications orales par des objets, photos, pictogrammes et schémas ; aider à mémoriser à l'aide du rythme ou d'une chanson.

Règles de vie et gestion des comportements et émotions

- Clarifier les règles de vie dans chaque situation, ce qu'on a le droit de faire ou non ; l'enfant peut confondre ce qui est interdit avec ce qui est faux ou erroné (TSA).
- Afficher les règles par écrit ou sous forme de dessins et les répéter souvent et pas seulement après la survenue d'un comportement non attendu, mais à titre préventif.
- Informer les enfants à l'avance des attentes relatives à leur comportement lors d'un événement spécial ou déplacement (par exemple, rester près de l'adulte, ne pas courir) et répéter les attentes au moment venu.
- Expliquer clairement les conséquences du non-respect d'une règle.
- Privilégier le renforcement positif plutôt que les sanctions.
- Lorsque les élèves ont des comportements inadéquats, leur proposer des alternatives de comportement plus acceptables ; être attentif à la cause des troubles du comportement (peut être un signe de malaise) et replacer le comportement inadapté de la personne dans son contexte pour bien le comprendre.
- Encourager les enfants à collaborer avec les autres (p. ex. prendre en compte la parole et l'avis des autres).

- Être attentif aux attitudes et réactions des enfants les uns envers les autres, afin de veiller au respect mutuel.
- Apprendre aux enfants à oser poser des questions, dire qu'ils ne comprennent pas.
- Apprendre aux enfants à reconnaître et comprendre leurs émotions et celles d'autrui en explicitant ce qui est vécu ; aider l'enfant à exprimer ses malaises, ses besoins ; apprendre à l'enfant à demander de l'aide.

Vie sociale

Une sensibilisation des autres personnes, enfants et adultes peut être prévue, au cours de laquelle, les particularités et difficultés spécifiques de l'enfant seront expliquées, de même que ses compétences, ses besoins particuliers et les raisons des aménagements mis en place (exemple TSA besoins particuliers : troubles de la communication, difficulté à se socialiser).

Tous droits réservés.

© Copyright 2025 CPNV, Ecole Professionnelle Sociale Yverdon

Collectif d'auteurs, Equipe pédagogique des cours professionnels