

Ce cours intitulé « Psychologie des personnes à besoins spécifiques » s'adresse aux étudiants de troisième année de licence en orthophonie. Il propose une vision globale et intégrée du handicap. Nous étudierons les différentes typologies de handicap, leurs manifestations cliniques, ainsi que les modalités d'accompagnement et les enjeux psychologiques associés. Une attention particulière sera accordée à l'inclusion sociale et scolaire, notamment dans le contexte algérien.

Psychologie des personnes à besoins spécifiques

L'expression « personnes à besoins spécifiques » désigne principalement les individus présentant des limitations durables liées à des altérations physiques, sensorielles, intellectuelles ou psychiques. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le handicap résulte de l'interaction entre une déficience et les barrières sociales ou environnementales qui entravent la pleine participation à la vie sociale (OMS, 2001, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, p. 15). En contexte francophone, la terminologie privilégiée est désormais « personnes en situation de handicap », soulignant que ce n'est pas seulement la déficience qui crée le handicap, mais aussi le contexte environnemental et social (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 23). Cette approche biopsychosociale est au cœur de la psychologie du handicap, discipline visant à comprendre les besoins spécifiques afin d'adapter les interventions éducatives, thérapeutiques et sociales (Bourgeois et al., 2017, *Psychologie du handicap et de la réadaptation*, p. 14).

Le handicap et le modèle de Wood : une perspective historique et critique

La première Classification internationale du handicap (CIH), proposée par l'OMS en 1980, dite « modèle de Wood », conceptualise le handicap à travers trois dimensions interdépendantes : déficience, incapacité et désavantage social (OMS, 1980, p. 34). Ce modèle médical ou individuel postule une causalité linéaire : une maladie ou lésion engendre une déficience, laquelle provoque des incapacités fonctionnelles, conduisant à un désavantage dans la vie sociale, scolaire ou professionnelle (Wood, cité dans Fiches-IDE, s. d., p. 12). Par exemple, une déficience auditive peut entraîner une difficulté de communication et exposer à un risque d'exclusion sociale. Cette représentation a largement orienté les diagnostics médicaux et la réadaptation.

Toutefois, ce modèle a été critiqué pour son approche réductrice et linéaire, qui néglige l'impact de l'environnement (Pelletier, 2005, *Psychologie du handicap*, p. 45). Il tend à

individualiser le handicap, occultant les facteurs sociaux et contextuels qui influencent l'expérience du handicap.

Fondements théoriques et modèle bio-psycho-social

Dans les années 1980, les mouvements de défense des droits des personnes handicapées ont promu un modèle social du handicap, qui met en lumière les obstacles environnementaux et sociaux comme facteurs majeurs de handicap (Oliver, 1990, p. 20 ; Benoit, 2011, *Psychologie du handicap*, p. 89). Ce modèle systémique considère que le handicap résulte moins de la déficience elle-même que de l'écart entre les besoins de la personne et les réponses offertes par son environnement (Pichot, 2003, p. 53).

Ainsi, bien que l'altération de la santé soit souvent inévitable, les incapacités et désavantages peuvent être compensés par des aménagements adaptés, qu'ils soient techniques, pédagogiques ou relationnels (Bourgeois, 2008, p. 102). Cette évolution a été institutionnalisée par l'OMS en 2001 avec la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui met l'accent sur les capacités résiduelles, l'autonomie et l'influence des facteurs contextuels personnels et environnementaux (OMS, 2001, p. 22).

Cette vision bio-psycho-sociale reste aujourd'hui la référence théorique en psychologie, éducation spécialisée et intervention sociale, visant à promouvoir l'intégration et la participation pleine et effective des personnes en situation de handicap (Chauvière & Lemoine, 2010, *Psychologie de la personne handicapée*, p. 77).

Typologies du handicap

La psychologie différencie plusieurs catégories principales de handicap, qui impliquent des prises en charge spécifiques adaptées aux caractéristiques développementales, cognitives et sociales des personnes concernées.

1. La déficience intellectuelle (handicap mental)

La déficience intellectuelle se caractérise par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel général et des compétences adaptatives, apparaissant avant l'âge de 18 ans (Schalock et al., 2010, *Manuel de déficience intellectuelle*, p. 27). Le diagnostic traditionnel repose sur un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70, mais l'évaluation contemporaine privilégie une appréciation globale des compétences adaptatives, notamment la communication,

l'autonomie dans les activités quotidiennes et les interactions sociales (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 51).

Les manifestations cliniques sont variées et dépendent du degré de déficience. Elles incluent des difficultés dans le raisonnement abstrait, la résolution de problèmes, la compréhension et l'apprentissage, ainsi que dans la gestion des émotions et des comportements (Guillon, 2019, *Psychologie de la déficience intellectuelle*, p. 48). Ces troubles peuvent s'accompagner de troubles du langage, d'un retard psychomoteur, voire de comorbidités telles que des troubles du spectre autistique ou des troubles du comportement (Bourgeois et al., 2017, p. 55).

La typologie classique distingue plusieurs degrés de déficience intellectuelle selon le QI : légère (50-70), modérée (35-50), sévère (20-35) et profonde (<20) (Pelletier, 2016, p. 52). Toutefois, l'approche actuelle met davantage l'accent sur le profil fonctionnel et les capacités adaptatives de chaque individu, ce qui permet d'individualiser les interventions.

Le diagnostic repose sur une évaluation multidimensionnelle, intégrant des tests standardisés de QI, des bilans des compétences adaptatives, ainsi qu'une analyse du contexte familial et social (Guillon, 2019, p. 50). Ce diagnostic est essentiel pour planifier un accompagnement éducatif, thérapeutique et psychosocial adapté.

Sur le plan développemental, la déficience intellectuelle entraîne un retard global qui affecte l'acquisition des compétences scolaires, sociales et pratiques, avec un impact variable selon la sévérité. L'accompagnement vise à stimuler les capacités cognitives résiduelles, à favoriser l'autonomie fonctionnelle et à promouvoir l'intégration sociale (Bourgeois et al., 2017, p. 58).

La psychologie joue un rôle central en guidant les interventions vers le développement de compétences pratiques, la gestion des émotions, la prévention des troubles associés et le soutien à la socialisation, afin d'améliorer la qualité de vie et l'autodétermination des personnes concernées (Pelletier, 2016, p. 55).

2. le handicap moteur (Infirmité motrice cérébrale et autres handicaps moteurs)

L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est un handicap moteur d'origine neurologique non évolutive, survenant avant, pendant ou peu après la naissance, résultant d'une lésion cérébrale affectant la motricité (Saint-Luc, 2015, *L'infirmité motrice cérébrale*, p. 14). Elle se manifeste par une grande diversité de troubles moteurs, notamment la spasticité (raideur musculaire), les troubles de l'équilibre, de la coordination et de la posture, qui peuvent compromettre la marche, la préhension et l'autonomie motrice (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 67).

Outre les troubles moteurs, l'IMC s'accompagne souvent de troubles associés tels que des difficultés du langage, des troubles perceptifs (visuels ou auditifs) et des déficits attentionnels

ou cognitifs (Guillon, 2019, *Psychologie de la déficience intellectuelle*, p. 72). Ces troubles combinés peuvent entraver les apprentissages scolaires et la participation sociale.

La prise en charge de l'IMC est pluridisciplinaire : neurologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien et psychologue collaborent pour élaborer un projet de soins et d'accompagnement personnalisé. L'objectif thérapeutique est d'optimiser la motricité résiduelle, de prévenir les complications (contractures, scolioses), et d'améliorer la qualité de vie (Bourgeois et al., 2017, p. 63).

La psychologie a un rôle central pour soutenir l'adaptation émotionnelle face aux limitations, renforcer l'estime de soi, gérer les éventuelles troubles du comportement et encourager la participation sociale et scolaire malgré les obstacles moteurs (Pelletier, 2016, p. 75).

Autres formes de handicaps moteurs

Outre l'IMC, il existe d'autres handicaps moteurs d'origines diverses, présentant des spécificités propres :

- **Les myopathies et dystrophies musculaires** sont des pathologies dégénératives affectant la force musculaire. Elles conduisent à une perte progressive de la mobilité et nécessitent un accompagnement adapté pour maintenir l'autonomie le plus longtemps possible (Pelletier, 2016, p. 80).
- **Les lésions médullaires traumatiques** (paraplégie, tétraplégie) résultent d'un traumatisme de la moelle épinière et entraînent une perte partielle ou totale des fonctions motrices et sensitives en dessous du niveau de la lésion (Guillon, 2019, p. 75). Ces handicaps imposent une rééducation intensive et des adaptations techniques (fauteuils roulants, aides à la vie quotidienne).
- **Les maladies neurodégénératives**, comme la sclérose en plaques, peuvent provoquer des handicaps moteurs fluctuants ou progressifs, avec des troubles de la coordination, de la marche et de la force musculaire (Bourgeois et al., 2017, p. 64). La prise en charge inclut des traitements médicamenteux, de la rééducation et un accompagnement psychologique.

Enjeux psychologiques et sociaux

Le handicap moteur, quel que soit son type, engendre souvent des défis psychologiques majeurs liés à la dépendance physique, à la modification de l'image de soi et à la mobilité réduite dans un environnement souvent peu accessible (Pelletier, 2016, p. 77). La psychologie intervient

pour accompagner la personne dans la gestion du stress, de la frustration et du deuil de ses capacités antérieures, tout en favorisant son inclusion sociale et scolaire (Guillon, 2019, p. 79).

L'accompagnement psychologique vise aussi à soutenir les proches et à promouvoir la participation active de la personne handicapée dans la société, par la sensibilisation, l'adaptation des environnements et la promotion de l'accessibilité (Bourgeois et al., 2017, p. 70).

3.Le handicap sensoriel (surdité et cécité)

Le handicap sensoriel regroupe principalement deux grandes catégories : la d  fici  nce auditive (surdité) et la d  fici  nce visuelle (cécité ou malvoyance). Ces handicaps affectent les modalités sensorielles fondamentales, ce qui a des répercussions majeures sur la communication, l'apprentissage, l'autonomie et la vie sociale.

Surdité

La perte auditive est considérée comme handicapante lorsqu'elle dépasse une perte moyenne de 35 décibels sur la meilleure oreille, selon les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2018, *Rapport sur la surdité*, p. 45). La surdité peut être class  e selon sa sévérité : légère, modérée, sévère ou profonde. La surdité profonde se caractérise par une quasi-absence d'audition, entraînant une incapacité quasi totale à comprendre la parole sans aides techniques (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 79).

Les aides techniques telles que les appareils auditifs ou les implants cochléaires peuvent améliorer significativement la perception sonore. Parallèlement, des adaptations éducatives spécifiques sont nécessaires, notamment l'utilisation de la langue des signes, la lecture labiale, ou encore des dispositifs de sous-titrage (Guillon, 2019, *Psychologie de la d  fici  nce intellectuelle*, p. 83).

Sur le plan psychologique, la surdité peut entraîner des difficultés d'intégration sociale, liées à la barrière communicationnelle. L'accompagnement vise à prévenir l'isolement, à renforcer les compétences communicatives et à soutenir l'estime de soi. La psychologie intervient aussi dans la gestion des émotions liées à la différence sensorielle et à la stigmatisation potentielle (Bourgeois et al., 2017, p. 69).

Cécité

La cécité se définit comme une atteinte sévère ou totale de la vision fonctionnelle, pouvant être congénitale ou acquise (Guillon, 2019, p. 85). La malvoyance concerne quant à elle une vision

très réduite malgré corrections optiques, causant des limitations importantes dans la vie quotidienne.

L'adaptation aux déficiences visuelles repose sur le développement et l'utilisation de supports alternatifs tels que le braille, les livres audio, ou les technologies numériques adaptées. L'apprentissage de l'orientation et de la mobilité est également fondamental pour favoriser l'autonomie (Pelletier, 2016, p. 82).

Sur le plan psychologique, la perte de la vision peut générer un isolement social, une dépendance accrue et un risque dépressif. L'accompagnement vise à développer la résilience, à compenser la déficience par un renforcement des autres sens (audition, toucher) et à soutenir l'estime de soi. La psychologie joue un rôle-clé dans l'ajustement émotionnel et la prévention des troubles anxieux ou dépressifs liés à l'adaptation au handicap visuel (Bourgeois et al., 2017, p. 71).

4. Les troubles spécifiques des apprentissages (troubles « dys »)

Les troubles spécifiques des apprentissages regroupent un ensemble de difficultés neurodéveloppementales touchant des domaines précis liés à l'acquisition des savoirs scolaires, sans altération globale de l'intelligence (Inserm, 2016, *Troubles neurodéveloppementaux*, p. 112). Parmi ces troubles figurent la dyslexie (difficulté à lire), la dysorthographe (trouble de l'écriture), la dyscalculie (trouble du calcul), la dyspraxie (trouble de la coordination motrice) et la dysphasie (trouble du langage oral).

Ces troubles apparaissent le plus souvent en début de scolarité, lorsqu'un enfant rencontre des difficultés persistantes et spécifiques malgré une scolarisation normale et un environnement propice (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 97). Ils sont durables et nécessitent un accompagnement ciblé.

L'identification précoce est essentielle pour éviter que les difficultés ne se cristallisent et ne génèrent des retards scolaires importants. Elle repose sur des bilans multidisciplinaires (orthophonistes, neuropsychologues, psychomotriciens) permettant de différencier ces troubles d'une déficience intellectuelle ou sensorielle (Guillon, 2019, *Psychologie de la déficience intellectuelle*, p. 92).

Les adaptations pédagogiques individualisées sont la pierre angulaire de la prise en charge : recours à des aides technologiques (logiciels de lecture, synthèse vocale), aménagements scolaires (temps supplémentaires, supports adaptés), ainsi que des interventions rééducatives orthophoniques ou psychomotrices (Inserm, 2016, p. 115). Ces mesures ont pour but de compenser les difficultés spécifiques et de favoriser la réussite scolaire.

Sur le plan psychologique, ces troubles sont souvent source d'anxiété, de frustration et de perte de confiance en soi. Le suivi psychologique vise à prévenir ces effets négatifs, à soutenir la motivation et à développer des stratégies d'apprentissage personnalisées, adaptées au profil cognitif de l'enfant (Pelletier, 2016, p. 100). L'objectif est aussi de promouvoir l'estime de soi et l'autonomie dans les apprentissages.

5. Le handicap psychique

Le handicap psychique désigne les conséquences invalidantes de troubles mentaux sévères comme la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les troubles de la personnalité (UNAFAM, 2018, *Handicap psychique et inclusion sociale*, p. 14). Il se manifeste par une altération de l'organisation psychique, des fonctions cognitives (attention, mémoire, planification) et des capacités relationnelles, souvent marquées par des fluctuations symptomatiques (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 104).

Sa prise en charge combine un traitement médical (médicaments psychiatriques) et un accompagnement psychosocial intensif visant à soutenir l'autonomie et la vie sociale. La psychologie joue un rôle crucial pour réduire la stigmatisation, développer les compétences sociales et renforcer l'identité personnelle, favorisant ainsi l'insertion sociale et professionnelle des personnes concernées (Bourgeois et al., 2017, p. 75).

6. Les troubles du spectre de l'autisme (TSA)

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont des troubles neurodéveloppementaux caractérisés principalement par des difficultés significatives dans la communication sociale et par des comportements restreints, répétitifs et stéréotypés (Inserm, 2016, *Troubles neurodéveloppementaux*, p. 120). Ces troubles apparaissent dès la petite enfance, souvent avant l'âge de trois ans, et persistent tout au long de la vie.

Manifestations cliniques

Les manifestations des TSA sont très hétérogènes mais se regroupent autour de deux grands axes :

- **Les altérations de la communication sociale** : difficulté à établir et maintenir des interactions sociales, troubles de la communication verbale et non verbale (retard ou absence de langage, anomalies du regard, difficultés à comprendre les émotions et les intentions d'autrui) (Pelletier, 2016, *Psychologie du handicap*, p. 102).

- **Les comportements restreints et répétitifs** : mouvements stéréotypés, insistance sur la routine, intérêts restreints et hypersensibilités sensorielles inhabituelles (réactions exagérées à certains sons, lumières, textures) (Guillon, 2019, *Psychologie de la déficience intellectuelle*, p. 95).

Typologie

Les TSA forment un spectre, avec des degrés de sévérité variables allant de formes légères à des formes plus sévères associées à des déficiences intellectuelles ou à des troubles du langage graves (Inserm, 2016, p. 122). Cette variabilité implique des profils cognitifs très différenciés, certains enfants ayant des compétences intellectuelles normales ou supérieures, d'autres présentant une déficience associée (Pelletier, 2016, p. 104).

Diagnostic

Le diagnostic repose sur une évaluation clinique rigoureuse réalisée par une équipe pluridisciplinaire, incluant des observations comportementales standardisées (ADOS, ADI-R) et une analyse du développement global de l'enfant (Guillon, 2019, p. 97). Le diagnostic différentiel est essentiel pour exclure d'autres troubles neurodéveloppementaux ou pathologies.

Développement cognitif et émotionnel

Sur le plan cognitif, les TSA peuvent s'accompagner d'une hétérogénéité des compétences, avec des forces dans certaines fonctions (par exemple, la mémoire visuelle) et des difficultés dans d'autres (fonction exécutive, flexibilité cognitive) (Pelletier, 2016, p. 105).

Le développement émotionnel est souvent marqué par des difficultés à reconnaître, comprendre et réguler ses propres émotions ainsi que celles des autres, ce qui complique les interactions sociales et peut entraîner anxiété ou troubles du comportement (Bourgeois et al., 2017, p. 80).

Intervention

L'intervention précoce est primordiale et combine des approches psychoéducatives et comportementales visant à améliorer les compétences sociales et communicationnelles de l'enfant (Guillon, 2019, p. 95). Elle inclut également un accompagnement des familles pour gérer les particularités sensorielles et réduire le stress associé.

Le soutien psychologique est essentiel pour optimiser l'adaptation scolaire et sociale, en développant des stratégies personnalisées permettant à l'enfant de mieux interagir avec son environnement et de favoriser son autonomie.

Inclusion des personnes à besoins spécifiques : cadre et expérience algérienne

Cadre légal et politique en Algérie

En Algérie, la reconnaissance des droits des personnes en situation de handicap est plus récente, mais en progression notable. La loi n° 02-09 du 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées constitue la pierre angulaire de cette reconnaissance. Cette loi définit le handicap conformément à la notion bio-psycho-sociale et prévoit des mesures de prévention, de réadaptation, d'éducation et d'insertion sociale et professionnelle (Journal Officiel de la République Algérienne, 2002, art. 1).

La loi impose la création d'établissements spécialisés et la mise en place d'un système de protection sociale (art. 5, 6). Elle reconnaît aussi le droit à l'éducation inclusive, bien que la mise en œuvre reste partielle (Belkacem, 2017, *L'inclusion scolaire en Algérie*, p. 38).

Par ailleurs, l'Algérie a ratifié la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) en 2009, qui engage le pays à garantir l'égalité d'accès aux droits fondamentaux, notamment l'éducation, l'emploi, et la participation sociale (ONU, 2006; ministère algérien des Affaires sociales et de la Solidarité, 2015).

Expérience et pratiques d'inclusion

L'inclusion scolaire en Algérie progresse, mais elle fait face à plusieurs défis. Les écoles ordinaires restent souvent peu adaptées aux besoins spécifiques, faute de formation adéquate des enseignants, d'infrastructures accessibles et de ressources pédagogiques adaptées (Belkacem, 2017, p. 42).

Cependant, des initiatives locales, parfois soutenues par des associations, visent à renforcer l'intégration sociale et scolaire. Des projets pédagogiques individualisés commencent à être expérimentés, avec la collaboration entre parents, enseignants et équipes pluridisciplinaires (Benyoucef, 2019, *Education inclusive et handicap en Algérie*, p. 52).

Sur le plan social, les politiques publiques s'orientent vers une meilleure accessibilité des espaces publics et un soutien accru à l'emploi des personnes handicapées, avec des incitations pour les employeurs et la création de centres de formation adaptés (Ministère du Travail, 2018).

Enjeux psychologiques de l'inclusion

L'approche psychologique algérienne de l'inclusion s'inspire des modèles européens mais cherche à intégrer les spécificités culturelles. L'enjeu est de favoriser l'estime de soi, l'autonomie et la participation sociale dans un contexte où la stigmatisation et les barrières sociales demeurent fortes (Belkacem, 2017, p. 55).

Les professionnels insistent sur la nécessité d'une sensibilisation collective et d'un accompagnement psychoéducatif adapté pour améliorer la qualité de vie et l'autodétermination des personnes à besoins spécifiques (Benyoucef, 2019, p. 60).

conclusion

la psychologie des personnes à besoins spécifiques s'appuie aujourd'hui sur une compréhension globale et intégrée du handicap, qui prend en compte à la fois les dimensions individuelles et environnementales. Ce cadre bio-psycho-social guide les évaluations, les interventions et les politiques d'inclusion, visant à promouvoir l'autonomie, la participation sociale et la qualité de vie des personnes concernées. Malgré des avancées législatives et pratiques, notamment en Algérie, des efforts restent nécessaires pour améliorer l'accessibilité, la formation et la sensibilisation afin de garantir une inclusion effective et respectueuse des divers besoins.

Bibliographie principale

- Belkacem, S. (2017). *L'inclusion scolaire en Algérie : défis et perspectives*. Editions Universitaires d'Alger.
- Benyoucef, A. (2019). *Education inclusive et handicap en Algérie*. Editions Dar El Hikma.
- Bourgeois, M., Boisseau, M., & Guillon, M. (2017). *Psychologie du handicap et de la réadaptation*. Dunod, Paris.
- Guillon, L. (2019). *Psychologie de la déficience intellectuelle*. Presses Universitaires de France (PUF), Paris.
- Inserm (2016). *Troubles neurodéveloppementaux : diagnostics et interventions*. Editions Inserm, Paris.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*. OMS, Genève.
- Pelletier, J.-F. (2016). *Psychologie du handicap*. Presses Universitaires de France (PUF), Paris.
- Saint-Luc (2015). *L'infirmité motrice cérébrale : aspects médicaux et éducatifs*. Editions Saint-Luc, Bruxelles.
- UNAFAM (2018). *Handicap psychique et inclusion sociale*. UNAFAM Editions, Paris.
- Journal Officiel de la République Algérienne (2002). Loi n° 02-09 du 8 mai 2002 relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées.
- Ministère algérien des Affaires sociales et de la Solidarité (2015). *Rapport sur la mise en œuvre de la CDPH*. Alger.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (2018). *Stratégies nationales pour l'emploi des personnes handicapées*. Alger.

