

REALITY OF SCHOOL INTEGRATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY (CP) IN ALGERIA

Lilia GHEZAL¹

Dr, Alger 2 University, Algeria

Abstract

Cerebral palsy (CP) is a sequela of early brain damage, before birth (antenatal), during (perinatal) or in the first two years. It results in motor disorders affecting movement and posture and/or certain cognitive functions.

In Algeria, the number of people suffering from cerebral palsy (CP) is constantly increasing due to the lack of proper care. According to the national association "Amel El Hayet" for the protection of children with cerebral palsy (CP), the number of cases is estimated at 150,000 children with this disability, and Algeria records 150 cases per year. The schooling of children with cerebral palsy (CP) is a significant problem in Algeria beyond access to school, because outside the school context, access to the city, to sports and cultural activities is often impossible despite the importance of these activities in the lives of these children. Thus, some are left solely to the responsibility of their families with all the problems that could be generated, although there is a legislative framework in which schooling can be organized for these children with disabilities. For example, we can highlight the interest of the convention on the rights of people with disabilities (article 14 of the orientation law on national education of law N°08-04 of January 23, 2008) which specifies that: "the State ensures that children with special needs can enjoy the right to education".

The purpose of our research is to reveal the reality of school integration of children with cerebral palsy (CP) in Algeria and to identify the obstacles that hinder the success of this integration: The lack of teaching resources, the non-specialization of the supervision and the lack of status and the companions' budgetary positions are among the problems encountered in the field. Faced with all these difficulties, children with cerebral palsy (CP) are prisoners at home, without any educational support. In addition to their physical handicap, these children are invisible in society.

Key words: Reality, School Integration, Cerebral Palsy (CP), Algeria.

 <http://dx.doi.org/10.47832/2717-8293.22.44>

¹  abassmohammedaghs@gmail.com

RÉALITÉ DE L'INTÉGRATION SCOLAIRE DES ENFANTS ATTEINTS DE PARALYSIE CÉRÉBRALE (PC) EN ALGÉRIE

Lilia GHEZAL

Résumé:

La paralysie cérébrale (PC) est une séquelle d'une atteinte cérébrale précoce, avant la naissance (anténatale), pendant (périnatale) ou dans les deux premières années. Elle se traduit par des troubles de la motricité touchant le mouvement et la posture et/ou de certaines fonctions cognitives.

En Algérie, le nombre de personnes souffrant de paralysie cérébrale (PC) augmente constamment en raison du manque de soins appropriés. Selon l'association nationale «Amel El Hayet» pour la protection des enfants atteints de paralysie cérébrale (PC), le nombre de cas est estimé à 150 000 enfants atteints de ce handicap, et l'Algérie enregistre 150 cas par an.

La scolarisation des enfants atteints de paralysie cérébrale (PC) est un problème conséquent en Algérie, au-delà de l'accès à l'école, car en dehors du contexte scolaire, l'accès à la vie de la cité, aux activités sportives et culturelles leur est souvent impossible malgré l'importance de ces activités dans la vie de ces enfants. Ainsi, certains de ces enfants sont laissés uniquement à la charge de leur famille avec tous les problèmes que cela engendre bien qu'il existe un cadre législatif dans lequel la scolarité peut s'organiser pour ces enfants en situation de handicap. Nous pouvons par exemple souligner l'intérêt de la convention relative aux droits des personnes handicapées (article 14 de la loi d'orientation sur l'éducation nationale N°08-04 du 23 janvier 2008) qui précise que : « l'État veille à permettre aux enfants ayant des besoins spécifiques de jouir du droit à l'enseignement ».

Le but de notre recherche est de rendre compte de la réalité de l'intégration scolaire des enfants atteints de paralysie cérébrale (PC) en Algérie et d'identifier les obstacles qui entravent la réussite de cette intégration: Le manque de moyens pédagogiques, la non spécialisation de l'encadrement, l'absence de statut et le manque de postes budgétaires pour les accompagnatrices sont autant de problèmes rencontrés sur le terrain. Face à toutes ces difficultés, les enfants atteints de paralysie cérébrale (PC) sont prisonniers chez eux, sans aucune prise en charge pédagogique. En plus de leur handicap physique, ces enfants sont invisibles dans la société.

Mots-clés: Réalité, Intégration Scolaire, Paralysie Cérébrale (PC), Algérie.

Introduction:

La paralysie cérébrale (PC) est appelée maintenant *L'infirmité motrice cérébrale* (IMC). Elle est la cause la plus fréquente des difficultés motrices chez l'enfant. Ce terme de « paralysie cérébrale » est relativement récent en Algérie dans les domaines de la neurologie et de la médecine physique et de réadaptation. L'infirmité motrice cérébrale (IMC) est maintenant reconnue par souci d'harmonisation internationale et regroupe des patients aux profils variés. Elle est considérée comme une déficience développementale chronique multisymptomatique, résultant d'une atteinte des aires de mouvement du cerveau. Cette atteinte survient avant, pendant ou après la naissance, et entraîne un déficit des fonctions motrices, accompagné de troubles sensoriels (auditifs, visuels), cognitifs, comportementaux ou éducatifs, qui nécessitent de mettre en place des programmes médicaux, psychologiques et sociaux pour les aider à vivre le plus indépendamment possible et les aider dans leur intégration scolaire et sociale.

Selon l'Association Nationale Algérienne « *Amel El Hayet* » pour la protection des enfants atteints de paralysie cérébrale (PC), le nombre de cas est estimé à 150 000 enfants atteints de paralysie cérébrale, et l'Algérie enregistre 150 cas par an. Les enfants IMC et leurs parents souffrent de plusieurs problèmes, le plus important étant le manque de centres de rééducation intensive, le manque de médicaments et leurs prix élevés, le manque de méthodes d'évaluation et de diagnostic, le problème d'intégration scolaire et le manque de classes spécialisées pour enfants IMC, ce qui fait que certains parents considèrent l'immigration comme une solution pour soigner leur fils malade dans d'autres pays comme l'Égypte et l'Ukraine. Concernant les principales causes du handicap en Algérie, les statistiques ont révélé que 28.5 % des cas sont congénitaux ou héréditaires, 16.7% sont dus à des séquelles d'accidents ou de blessures et enfin 14.2% sont causés par des complications médicales, notamment les infections (Djafar Amrane, 2018).

La paralysie cérébrale (PC) a des retentissements sur la scolarité ainsi que sur l'insertion scolaire, sociale et professionnelle. Elle nécessite une observation et une écoute attentives des enfants concernés, un dialogue régulier avec les parents, et des collaborations avec les différents professionnels (enseignants, soignants, rééducateurs, éducateurs), au service d'une meilleure intégration des élèves IMC à l'école, conçue pour l'accueil de tous, et de leur participation future à la vie sociale, civique, économique et culturelle. Lorsque l'on veut adapter la scolarité de ces élèves IMC, on pense spontanément, en général, à alléger des contraintes physiques pouvant les gêner, par exemple pour accéder à certains locaux de l'établissement. Faute d'informations, on est moins conscient des obstacles qu'ils devront surmonter au cours des apprentissages auxquels l'école a la mission de les conduire. En effet, les difficultés dues à des troubles qui peuvent être associés à la paralysie cérébrale (PC), notamment d'ordre perceptif, cognitif ou psychoaffectif sont moins évidentes. Pourtant, elles concernent une partie non négligeable de ces élèves, tout particulièrement ceux atteints d'une lésion cérébrale.

Notre recherche vise à explorer la réalité de l'intégration scolaire des enfants infirmes moteurs cérébraux en Algérie, d'identifier les problèmes qu'ils subissent afin d'apporter des solutions, d'orienter l'attention des chercheurs et des experts dans le domaine des sciences sociales et humaines vers les enfants atteints de paralysie cérébrale afin de fournir des programmes, des stratégies et des interventions scientifiques bien pensés, d'identifier les obstacles qui entravent la réussite de cette intégration: Le manque de moyens pédagogiques, la non spécialisation de l'encadrement, l'absence de statut et les postes budgétaires insuffisants pour les accompagnatrices sont autant de problèmes rencontrés sur le terrain, et offrir une vision scientifique pour la prise en charge globale des enfants atteints de paralysie cérébrale est indispensable.

1-Problématique:

L'école permet de savoir comment apprendre tout au long de la vie et comment cultiver l'amour du savoir, l'esprit de recherche et la créativité et de concevoir par lui-même (enfant) son projet d'avenir ainsi que de résoudre les problèmes. Tous les enfants ont un droit reconnu par la loi à une éducation scolaire obligatoire et gratuite à partir de 5 ans 6 ans. Le droit à l'éducation et la scolarisation pour tous les enfants algériens est un droit constitutionnel, et la loi d'orientation de l'éducation nationale a insisté sur ce droit même pour les enfants handicapés selon l'article 14 de cette loi : « *le secteur de l'éducation a l'obligation, en collaboration avec les établissements de santé et autres institutions concernées, de la prise en charge pédagogique convenable et l'intégration scolaire des enfants handicapés et des enfants souffrant de maladies chroniques*».

L'éducation est reconnue comme la première priorité nationale. Outre la transmission des connaissances, l'école a comme mission première de faire partager aux élèves les valeurs et de garantir l'apprentissage, ainsi que l'acquisition des instruments fondamentaux du savoir et des connaissances de base, des éléments de la culture générale. Ce droit est garanti à chacun afin de lui permettre de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle, d'exercer sa citoyenneté. Pour favoriser l'égalité des chances, des dispositions appropriées rendent possible l'accès de chacun, en fonction de ses aptitudes et de ses besoins particuliers, pour satisfaire ce besoin, le service public de l'éducation assure une formation scolaire aux enfants handicapés sans déficience mentale en milieu scolaire ordinaire. Le ministère de l'éducation a pris l'initiative précédemment d'établir des procédures organisationnelles incluses dans le circulaire ministériel N°1061du08/10/1996 relatif à l'assurance de la prise en charge scolaire des enfants aux besoins éducatifs spécifiques, et qui insiste sur l'obligation de tenir compte de leur situations et leur procurer les conditions nécessaires pour l'atteinte de ce que leur permettent leurs capacités.

A l'aube du XXIe siècle, le droit des personnes handicapées à partager au maximum les conditions et les structures de la vie des personnes ordinaires constitue une valeur que la société va transmettre par l'école, en ouvrant l'école pour l'enfant handicapé. Selon

Soraya (2001), la scolarisation d'un enfant handicapé est inscrite dans le cadre de l'intégration scolaire, l'Etat doit mettre en place les moyens financiers et humains à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants handicapés (Soraya, 2001, p23). Selon Jean-Marc Le sain-Delebarre (2000), le projet de l'intégration scolaire des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire doit être accompagné par des démarches qui vont favoriser cette intégration, ce sont des aides et de soutien pour cet enfant, comme les enseignements spécialisés ou adaptés, ainsi que le travail social avec cet enfant (pour qu'il ne se marginalise pas), une disponibilité d'un(e) auxiliaire de vie scolaire qui aide l'enfant dans ses démarches ,ainsi que la formation des enseignants qui accueillent un enfant handicapé dans leur classe.(Jean –Marc .L 2000, p14). Selon Boes Pascal, pour inscrire un enfant handicapé à l'école, c'est le directeur de l'établissement scolaire le plus proche du domicile qui est le premier interlocuteur ,c'est avec lui que les parents vont voir les possibilités d'intégration dans l'établissement scolaire et les modalités de la scolarité, tout ou long de sa scolarité, il pourra bénéficier d'un accompagnement afin de lui assurer les meilleures conditions d'apprentissage et d'intégration, ces aides sont très souvent contractualisées avec les différents partenaires et les parents(Pascal, 2005, p. 33). La scolarité du jeune enfant présentant un handicap est une étape essentielle, aussi bien pour son développement personnel que pour son intégration dans la société. Pour la réussite de l'intégration scolaire d'enfant handicapé, Plèty (1998), met l'accent sur la collaboration qui est un engagement des partenaires à coordonner leurs efforts pour répondre au problème ensemble .Selon Plèty, pour la réussite de l'intégration scolaire d'enfant handicapé en milieu scolaire ordinaire, il faut travailler ensemble, c'est-à-dire établir une collaboration entre le directeur de l'établissement avec les enseignants qui accueillent l'enfant handicapé dans leurs classe. Marie-Laure Souplet, qui est elle-même face à un handicap (une jeune chercheuse aveugle), met l'accent sur l'importance de scolariser un enfant handicapé dans une classe ordinaire parmi des enfants « normaux »,qui est un pas vers l'acceptation des enfants valides d'un enfant porteur de handicap entre eux ,il importe aussi de convaincre tout le monde de leurs capacités intellectuelles malgré leur handicap.(Marie-Laure, 2011, p. 276). Joël Zafran pour sa part met l'accent sur un point très important, à savoir l'accompagnement d'un enfant porteur de handicap dans son parcours scolaire, cet accompagnement, c'est la disponibilité d'un auxiliaire de vie scolaire qui a pour tâche de se charger de l'accompagnement de l'élève handicapé dans sa classe (Joël, 2003, p. 50).

Nos observations conjuguées à notre spécialité en éducation spécialisée, sont à l'origine de notre intérêt pour le choix du thème de l'intégration scolaire des enfants en situation de handicap, précisément les enfants qui présentent une infirmité motrice cérébrale(IMC). Le premier initiateur à l'égard de la scolarisation d'un enfant IMC dans l'école ordinaire c'est Tardieu en 1959, le but était de donner à l'enfant IMC les moyens d'acquérir le maximum de compétences scolaires. Tardieu a mis en évidence que plus l'enfant IMC avance en âge, plus le maintien en milieu scolaire ordinaire apparait difficile, c'est pour cette raison qu'il faut le prendre en charge dès son plus jeune âge (Tardieu, 2008, p. 11). Ces chercheurs soulignent que l'intégration scolaire de l'enfant handicapé en milieu

scolaire ordinaire est favorisée grâce aux aménagements à son égard ainsi que les collaborations entre les acteurs de l'établissement qui accueillent cet enfant, ainsi que les interactions sociales entre les enfants handicapés et les enfants valides qui se produisent dans un cadre d'interactions favorables.

Dans notre travail, nous nous intéressons à l'intégration scolaire des enfants IMC en Algérie : entre réalité et perspectives et nous abordons le rôle de l'accompagnement scolaire et l'interaction sociale dans la réussite de l'intégration scolaire des enfants IMC en milieu scolaire ordinaire. Ainsi nous nous sommes posé la question suivante:

Comment mettre en place l'intégration scolaire des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (IMC) en Algérie ?

2-Cadre théorique :

2-1-Paralysie Cérébrale (PC) :

2-1-1-Définition clinique

La paralysie cérébrale est liée à une lésion du cerveau survenue dans la période anténatale ou périnatale (pendant la grossesse, l'accouchement ou lors des premiers mois de la vie). Elle touche un cerveau encore en maturation et entraîne un trouble moteur non évolutif (paralysie, troubles de la coordination du mouvement). « Paralysie cérébrale » (PC) est une mauvaise traduction de l'anglais (cerebral palsy) qui signifie en fait : paralysie d'origine cérébrale : ce n'est pas le cerveau qui est paralysé, c'est la lésion cérébrale qui entraîne des paralysies... Le terme recouvre les anciennes appellations « IMC » (infirmité d'origine cérébrale), classiquement utilisée lorsque la lésion n'entraîne pas, outre les atteintes motrices, de « troubles associés » cognitifs significatifs, même s'il peut s'y associer des difficultés spécifiques des fonctions "supérieures" gênant les apprentissages, notamment scolaires. Quand une déficience mentale notable est associée, on parlait usuellement d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC). La paralysie cérébrale est une des causes possibles de Polyhandicap (APF France Handicap) (Delcey, 2016).

L'infirmité motrice cérébrale (IMC), décrite par Guy Tardieu (Tardieu, 1984), est définie comme un trouble moteur non évolutif dû à une atteinte cérébrale périnatale sans déficit intellectuel. En cas d'atteinte intellectuelle sévère, le terme d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) est usuellement utilisé. À ces 2 termes, on préférera maintenant celui de paralysie cérébrale (cerebral palsy). Il regroupe les entités précédentes et permet une uniformisation mondiale de la terminologie.

Le groupe SCPE (*Surveillance of Cerebral Palsy in Europe*) a défini, en 2000, la PC comme un ensemble de troubles moteurs :

➤ caractérisés par des anomalies de la posture ou du mouvement et de la fonction motrice; ➤ permanents et pouvant évoluer avec l'âge ;

➤ dus à une anomalie ou à une lésion non progressive survenue sur un cerveau en développement ou immature.

L'âge limite de survenue de la lésion n'est pas clairement défini (1an environ).Les diagnostics différentiels sont dominés par les pathologies neurodégénératives dans lesquelles une perte des acquisitions motrices est constatée (Savelli &Pinard, 2014).

2-1-2-Étiologies

Les causes sont regroupées en causes anté-, péri- et postnatales. Les plus fréquentes sont la prématurité, les anoxo-ischémies néonatales chez des nouveaux nés à terme, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) anté- ou périnataux. L'évaluation et la prise en charge détaillée ci-après sont applicables aux patients PC sans distinction étiologique, la définition étant clinique.

2-1-3- Épidémiologie

Que l'on parle d'IMC, d'IMOC ou de Paralyse Cérébrale, la prévalence de cette affection chez l'enfant, la « *Cerebral Palsy* » (CP) dans son concept large, ne diminue pas comme on aurait pu s'y attendre au vu des progrès dans la prise en charge périnatale, et notamment des progrès dans le survi des grands prématurés. La CP touche environ 2 enfants pour 1 000 naissances, soit chaque année 1500 enfants atteints en plus. La prévalence de la CP s'élève jusqu'à 5 à 8 % des enfants parmi les enfants de très petits poids à la naissance ou les enfants nés très grands prématurés. Pour 85 % des cas, il s'agit de formes cliniques où la spasticité prédomine, de façon bilatérale ou unilatérale. Un tiers des enfants avec CP ne marchent pas à l'âge de 5 ans, et cette capacité de la marche est d'autant plus réduite qu'il existe d'autres déficits associés à la déficience motrice. Parmi les facteurs de risque de la CP, il importe de distinguer ceux qui relèvent de caractéristiques propres à la conception et/ou à la grossesse, de ceux qui relèvent du mode de prise en charge périnatale (Cans, 2005).

2-1-4-Clinique et classification

Le groupe SCPE a publié en 2000 une classification des différents types de paralysie cérébrale (PC). Selon la symptomatologie, 3 groupes sont distingués : atteinte spastique (uni- ou bilatérale), dyskinétique ou ataxique. Les différentes formes sont classées comme suit et sont étroitement liées à la localisation de la lésion malformative ou lésionnelle du système nerveux central:

a- Les formes spastiques sont observées dans 70% des cas. La spasticité est une résistance à l'étirement passif du muscle; cette résistance augmente avec la vitesse de mobilisation. Elle est due à l'atteinte du premier motoneurone et entraîne un trouble moteur de sévérité variable. Ces formes spastiques peuvent entraîner une hémiplégie, une tétraplégie, une diplégie ou une paraplégie. On constate habituellement au niveau des membres atteints une exagération des réflexes ostéotendineux, une hypertonie musculaire et de mauvaises commandes et coordinations des mouvements volontaires. Des rétractions musculotendineuses se développent et peuvent déformer les articulations. Une marche en ciseau des membres inférieurs et la marche sur la pointe des pieds sont très

évocatrices. Dans les formes mineures, la gêne fonctionnelle ne se manifeste que dans certaines activités physiques (p.ex., lors de la course). Des troubles moteurs corticobulbaires buccaux, linguaux et pharyngés, qui provoquent une dysarthrie ou des troubles de déglutition (dysphagie), sont souvent observés dans les formes tétraplégiques. On peut décrire trois types d'atteinte à prédominance spastique :

***la quadriplégie spastique** est une atteinte souvent grave des quatre membres et du tronc,

***la diplégie spastique - syndrome de LITTLE**, souvent liée à une naissance prématurée : le désordre moteur prédomine au niveau des membres inférieurs,

*** l'hémiplégie cérébrale infantile** est une atteinte motrice unilatérale - bras et jambe du même côté.

b- Les formes athétosiques ou dyskinétiques sont observées chez près de 20% des patients et sont liées à l'atteinte des noyaux gris centraux. Ces formes se caractérisent par des mouvements involontaires reptatoires lents des membres (mouvements athétosiques), souvent déclenchés par les mouvements volontaires et par l'émotion. De brusques mouvements des segments proximaux (choréiques) peuvent également être observés. Ces mouvements anormaux augmentent avec l'émotion et disparaissent dans le sommeil. Il existe une dysarthrie, souvent sévère.

c- Les formes ataxiques représentent < 5% des cas et sont dues à une atteinte du cervelet ou de ses voies. Une hypotonie, une incoordination et un tremblement intentionnel entraînent un déséquilibre, une démarche ébrieuse avec élargissement du polygone de sustentation et une difficulté d'exécution des gestes fins et rapides.

d-Les formes mixtes sont fréquentes, associant le plus souvent spasticité et athétose (Cristina Victorio, 2019).

2-1-5-Atteintes associées

○ **L'épilepsie** : Souvent associée (40%), débute fréquemment avant 3 ans ; plus elle est précoce et grave, plus le pronostic est sévère en raison des troubles de l'attention et de la mémoire qu'elle engendre;

○ **Les troubles visuels** peuvent majorer les difficultés d'apprentissage (hémianopsie, strabisme, atrophie optique, amblyopie).

○ **Les troubles des fonctions supérieures** sont quasi constants, d'intensité très variable et pas toujours proportionnelle à l'atteinte hémiplégique : une atteinte mineure sur le plan moteur peut s'accompagner de perturbations sévères des fonctions supérieures (Françoise, 2006,p.3).

○ **Les troubles intellectuelles**: L'évaluation des troubles intellectuels est difficile du fait du handicap moteur, les expériences des enfants se trouvent réduites, d'où l'importance de mesures éducatives précoces et d'un suivi longitudinal. Il est couramment admis que moins de la moitié des IMC ont un quotient intellectuel (QI) normal ou supérieur (Annick&Dominique, 2000. P. 159).

- **Les crises:** Ce sont des crises de convulsion avec perte de connaissance, elles sont fréquentes selon les auteurs et concernent de 20 à 60% d'IMC, leur caractère répétitif perturbe la vie relationnelle de l'enfant (Ibid. p158).

- **Les déficits sensoriels:** Les déficits sensoriels sont fréquents chez les enfants IMC : 25% seraient atteints de surdité ou d'hypoacousie, ce n'est pas sans conséquences sur l'apprentissage du langage. Tardieu insiste sur les pertes auditives touchant certaines fréquences élevées facilement méconnue set qui g nent la perception de certains phénomènes. Les déficits visuels sont aussi présent (60% des enfants IMC sont atteints de strabisme), à ces troubles déjà nombreux, il n'est pas rare de voir se greffer des troubles de la sensibilité tactile (ils ne peuvent reconnaître les objets avec leur main sans le contrôle de la vue). (Charbrol&Haddad ,2006.p. 33).

- **Troubles cognitifs :** Comme l'a montré l'étude multicentrique EPIPAGE en France, la fréquence des troubles cognitifs chez les grands prématurés est importante, surtout chez ceux nés à moins de 32 semaines d'aménorrhée. Dans le cadre de la PC, l'atteinte cognitive associée est variée : le déficit intellectuel concerne de 31 à 65 % des patients selon les études et la prévalence augmente avec la diminution de l'âge gestationnel.

- **une dyspraxie visuospatiale,**

- **un trouble dys xecutif ou difficultés attentionnelles**

- **Troubles du langage oral ou écrit :** ils varient selon les formes de PC ; ils doivent être dépistés précocement. Le trouble du langage oral peut se surajouter à des difficultés dysarthriques ou à des troubles de l'oralité (succion, déglutition) parfois associés à l'atteinte motrice. Chez les patients présentant des difficultés de communication, la mise en place d'un outil de communication en lien avec l'ergothérapeute et l'orthophoniste est un préalable essentiel à toute r education.

- **Les difficultés neurovisuelles** sont fréquentes : les troubles de réfraction ou de l'oculomotricité peuvent s'associer à la rétinopathie du prématuré. La prévalence de la rétinopathie est en diminution ; elle concernait 22,3 % des nouveau-nés de moins de 32 SA dans une étude française en 2002. Le dépistage et le suivi en orthoptie sont essentiels, car il y a de nombreuses fonctions - notamment motrices et cognitives. Une atteinte auditive doit également être recherch e ainsi que tout trouble de la sphère oto-rhino-laryngée ou une atteinte viscérale (reflux gastro-œsophagien, asthme, etc.).

2-1-6-La prise en charge

La prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale est multidisciplinaire, elle consiste en des traitements et des thérapies dans déférents domaines qu'il s'agisse de kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeutique, orthophonistes, psychologues, l'appareilleur, l'assistant social, et éducateur spécialisé pour mettre en place une bonne r education.

A/Le kinésithérapeute: Il intervient dans le domaine de la locomotion, du système ostéo musculaire-articulaire et respiratoire. Outre la prévention et le traitement des

complications orthopédiques par la mobilisation et les postures, il favorise la réalisation des gestes, en choisissant les positions où leur réalisation est plus aisée ; puis il intègre les mouvements possibles dans des activités plus complexes ou plus fonctionnelles, selon l'évolution du contrôle postural et neuromusculaire. Le kinésithérapeute contribue au bien-être de l'enfant, en utilisant des techniques relaxantes et antalgiques telles que le massage ou la balnéothérapie. Le kinésithérapeute est le professionnel le mieux représenté dans les équipes rééducatives. (INSERM, 2004, p. 174).

B/L'ergothérapeute: Il est pratiquement toujours rattaché à une structure institutionnelle, mais son intervention s'étend au domicile. Il concourt à faire l'inventaire des incapacités et propose une stratégie pour essayer de les compenser, intégrant les possibilités du domicile. Il peut ainsi suggérer la prescription de certaines techniques, conseiller des adaptations en termes d'architecture ou d'accessibilité du logement, si des appareils encombrants sont envisagés. Ces activités thérapeutiques incluent l'apprentissage ou le réapprentissage des gestes de la vie quotidienne. Elles sont choisies en fonction de l'incapacité à traiter, mais aussi des capacités neuromotrices et sensorielles de l'enfant. Son activité porte dans certains services sur les fonctions supérieures, notamment les stratégies de prise d'information ou d'action (INSERM, 2004, p. 176).

C/L'orthophoniste: Il s'attache plus particulièrement à la rééducation de la communication, à la fois sur le versant réceptif et sur le versant expressif. La production des sons, la modulation du ton dans une phrase, l'acquisition de vocabulaire, les règles grammaticales de phrases simples, puis plus complexes sont quelques exemples du travail proposé à l'enfant. Les troubles de la déglutition font également partie du champ d'action de l'orthophoniste, pour limiter les fausses routes : stimulations de la région endobuccale, adaptation du volume des prises de liquides, modification de la consistance des liquides à l'aide de gélifiant. (Ton & Graham, 1998, p.11).

D/-Le psychologue: Le psychologue a une double fonction. Il évalue d'une part les capacités cognitives d'un enfant ainsi que ses affects, et d'autre part, il a une fonction de soignant ou de coordinateur des soins autour de la vie affective et familiale de l'enfant handicapé. Son activité se fait le plus souvent dans le cadre d'équipes hospitalisées (Jean Adolph, & Annick, 2001, p.55).

E/L'appareilleur: C'est un interlocuteur privilégié du médecin et du kinésithérapeute. Il réalise en particulier des prothèses, destinées à prévenir ou à traiter les déformations, à assurer une position confortable ou fonctionnelle, ou à compenser un défaut de commande ou de contrôle. Au cours de la croissance, et en fonction de l'évolution, l'appareillage est revu aussi souvent que nécessaire, pour rester adapté à la morphologie et aux buts pour lesquels il a été réalisé. Une attention toute particulière est portée à la tolérance cutanée, notamment lorsqu'il existe des troubles de la sensibilité ou quand l'enfant ne peut pas exprimer une éventuelle douleur (Daniel et al. 2011, p.33).

f/L'assistant(e) sociale(e): Le rôle de l'assistant social est mentionné dans le cadre social, il offre des aides auprès des parents, un rôle d'information sur les textes concernant

les droits de la personne handicapée, d'assistance pour instruire les dossiers d'affection de longuedurée, d'allocationspéciale, pour le passage en commission départementale de l'éducation spéciale, le financement de travaux d'adaptation du domicile... et aussipourenassurerlesuivi, ouprendrecontactdirectementauprèsdesorganismessociauxou financiers .Son rôle d'interface est précieux pour l'orientation et l'adaptation du cadre social, et pour les relations avec les organismes de protection de l'enfance (Ibid. P33).

g/L'éducateur spécialisé: l'éducation spécialisée englobe une éducatrice de jeune enfant, l'enseignant spécialisé, l'éducateur sportif. Ils font également partie des équipes institutionnelles et ont une influence positive tant sur le plan éducatif que pour l'acceptation des soins, le manque d'outils à leur disposition pour l'évaluation de leur intervention les pousse à intervenir dans la plupart des cas à domicile (Ibid. P. 34).

H/Les infirmières et les puéricultrices: elles aident éventuellement des auxiliaires de puériculture, interviennent chaque fois que le nécessite l'état de l'enfant. Elles ont un rôle d'éducation sanitaire et de prévention auprès des jeunes enfants IMC et auprès de leur famille aussi en cas de besoin de conseil à-propos de leur enfant IMC (Liliane, 2013, p. 22).

La prise en charge multidisciplinaire de l'enfant IMC est assez vaste, ce sont des aides regroupées par beaucoup de spécialistes qui ont favorisé pour l'enfant IMC de la rééducation, ainsi que des traitements qui réduisent sa souffrance.

2-2-L'intégration scolaire

2-2-1-définition :

L'intégration scolaire selon:

***Calypso :** *c'est une mesure pour permettre à l'enfant de participer aux mêmes activités que son groupe d'âge* (Sylvie, 2009, p. 23).

***Syllamy :** « *L'intégration scolaire consiste, en l'accueil d'un enfant handicapé dans une classe spéciale accueillant de façon différenciée , dans certains écoles élémentaire ou exceptionnellement maternelle , des enfants atteints d'un handicap moteur, sensoriel ou mental, susceptible néanmoins de tirer profit en milieu scolaire ordinaire, d'un enseignement approprié et adapté à leur possibilités*(Syllamy,2003, p. 144).

*Le vocable « intégration scolaire » désigne actuellement *tout aussi bien le cas d'élèves regroupés à l'intérieur d'une classe «spéciale» dans une école ordinaire que le cas d'élèves intégrés dans les classes ordinaires. L'amplitude de cette intégration dans les classes ordinaires peut varier: elle va de l'intégration limitée à des matières dites «périphériques» (éducation physique et arts par exemple) à l'intégration dans les matières dites «fondamentales» (français et mathématiques), jusqu'à l'intégration dans toutes les matières* (Petit,2001).

2-2-2-Les approches de l'intégration scolaire

Dans les écrits recensés, il a été possible d'identifier différents aspects et notions de l'intégration scolaire qui peuvent être regroupés en trois approches, elles s'appuient

principalement sur quatre modèles théoriques.

✓ **L'approche mainstreaming:** Selon Kaufman et Gotlib, le mainstreaming est considéré comme un courant pédagogique qui réfère aux services dont les élèves handicapés ou en difficulté ont besoin pour atteindre leur but à l'école. Cette approche s'appuie sur le modèle médical et le modèle de pathologie sociale, cette approche était d'abord destinée à des élèves dits « exceptionnels » qui avaient un handicap, une maladie ou un trouble diagnostiqué.

✓ **L'approche d'inclusion totale:** L'inclusion totale est sans doute l'approche la plus radicale de l'intégration scolaire, portée par les militants des droits de la personne, cette approche préconise l'abolition de l'approche mainstreaming de l'intégration scolaire et de toutes références à l'éducation spéciale, notamment en ce qui concerne l'étiquetage des élèves selon leur handicap ou difficultés. Selon Gartner et Lipsky en 1987, l'inclusion totale est souvent présentée comme une philosophie, une façon de vivre qui pourrait éventuellement changer la société. Cette approche demande donc un changement de valeurs et d'attitudes, ses adhérents sont en faveur de l'élimination de tout continuum de service, une approche qui se résume à l'éducation pour tous les élèves dans la classe ordinaire de l'école de quartier.

✓ **L'inclusion et l'éducation inclusive:** Ainscow et César (2006) ont mentionné dans le cadre d'une conférence mondiale, une déclaration émise sur les enfants avec des besoins spécifiques par l'organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture en 1994 et a inspiré plusieurs pays dans l'élaboration de leurs politiques d'éducation inclusive. Cette déclaration stipule notamment que l'éducation inclusive est le meilleur moyen de combattre l'exclusion et les attitudes discriminatoires, tout en reconnaissant aux enfants le droit à l'éducation dans leur localité, quels que soient leur passé, leur accomplissement ou leur incapacité (Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la science et la culture, 1994) Dans une optique d'éducation inclusive, que l'élève soit ou non scolarisé en classe ordinaire, il semble nécessaire de délaissier les débats idéologiques conceptuels et empirique et opter plutôt pour une reconnaissance de la diversité de la clientèle.

✓ **Intégration d'enfants porteurs de handicap en crèche et école primaire ordinaire:** L'enfant commence son parcours d'intégration par sa fréquentation en crèche. Pour l'enfant handicapé, la crèche est une porte vers l'intégration scolaire dans le milieu scolaire ordinaire. Nous allons essayer de mettre l'accent sur le rôle de chaque établissement pour l'enfant handicapé.

✓ **L'intégration en crèche:** Après le choc de la révélation du handicap de l'enfant, les parents doivent organiser leur vie familiale autour de la prise en charge parfois lourde de cet enfant entre la maison et les milieux médicalisés ou spécialisés. La crèche va offrir à l'enfant porteur de handicap un environnement où il peut s'éveiller, où il va rencontrer d'autres enfants de son âge, apprendre à gérer les conflits à leurs contacts...etc. Selon Christine (2009), l'avantage le plus bénéfique de l'intégration d'un enfant porteur de handicap en crèche c'est que pour les parents, le fait d'intégrer leur enfant parmi des enfants normaux,

constitue souvent une bouffée d'espoir, d'un côté leur enfant n'est pas marginalisé, d'un autre coté leur enfant va avoir des interactions sociales avec des enfants « normaux ». (Christine. 2009. P23).

✓ **L'intégration à l'école ordinaire:** Les enfants en situation de handicap peuvent être accueillis dans les écoles ordinaires selon l'obligation de la loi. L'intégration peut se faire à titre individuel dans une classe, l'accueil en classe ordinaire est assez fréquent est concerné plutôt les enfants présentant une déficience motrice légère, elle se fait toujours sur la base du volontariat des enseignants et doit être préparée par l'équipe éducative avec la famille (Jean Adolf, 2001, p434).

2-3- Prise en charge éducative et Intégration scolaire des enfants IMC :

Des efforts éducatifs ont tendance à être concentrés sur un enfant IMC avec des capacités intellectuelles. Avant de passer à l'intégration scolaire des enfants IMC, nous allons essayer de souligner la prise en charge éducative individualisée proposée par Guidetti et Tourette, ensuite un travail de Guy Tardieu qui vise la scolarisation des enfants IMC :

2-3-1-Guidetti et Tourette(1999):

Les deux auteurs ont mis en place un travail de collaboration à double pôle pour l'enfant IMC, qui vise d'une part la prise en charge éducative qui doit être individualisée et d'autre part qui facilite l'intégration scolaire pour l'enfant IMC.

*Prise en charge éducative individualisée : La prise en charge éducative de l'enfant IMC doit être comme le souligne Robaye-Geelen (1969), hautement individualisée : elle doit être réaliste et considérer l'enfant tel qu'il est et non tel que parents et enseignants voudraient qu'il soit. Il faut donc tenir compte des aptitudes et des déficits spécifiques de l'enfant et l'orienter vers des activités où il ne se trouvera pas trop de frustration. Ce point est très important dans la prise en charge éducative de l'enfant IMC, et c'est ce qui permet pour l'enfant l'autonomie dans sa vie quotidienne ainsi que sa scolarisation (Guidetti. M & Tourette, 1999, p40).

***Intégration scolaire d'enfant IMC:** L'intégration scolaire d'un enfant IMC ne se fait pas d'un seul coup, c'est-à-dire elle est face à des difficultés qui l'entravent. A cet égard, plus l'enfant avance en âge et plus le maintien en milieu scolaire ordinaire apparaît difficile, l'enfant IMC scolarisé en milieu scolaire ordinaire présente des failles d'apprentissage, parmi les difficultés on trouve:

- ✓ Difficultés d'apprentissage: de la lecture, de l'écriture des mathématiques;
- ✓ Problème matériels due à l'aide à apporter dans les déplacements : transport;
- ✓ Les aides techniques : cannes, fauteuil roulant;

On ce qui concerne ce point de l'intégration scolaire, c'est de dépasser les difficultés et intégrer l'enfant à partir de:

○ Soutien pour les enseignants qui accueillent un enfant IMC dans leurs classes, c'est-à-dire faire appel à une équipe de travailleurs sociaux qui puissent les accompagner dans leur démarche pédagogique;

○ Proposer aux enfants IMC des adaptations sur le plan pédagogique: par exemple proposer pour eux des graphismes de grande dimension, utiliser des lettres mobiles au animés, des appareils permettant d'isoler un doigt fonctionnel, des machines à écrire ou les ordinateurs;

○ L'école qui reçoit cet enfant doit faire des liens avec des centres qui disposent des intervenants à l'égard de l'enfant, comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, ainsi que les orthophonistes (Guidett. M & Tourette. C, 1999. p44).

L'intégration scolaire d'un enfant IMC avec des capacités intellectuelles normales, rencontre des difficultés en cas où des interventions ne sont pas disponibles, les interventions sont prises à l'égard de l'enfant pour lui faciliter de dépasser les difficultés et de bénéficier d'une scolarisation normale comme ses pairs.

2-3-2- G. Tardieu(1959):

En 1959, Guy Tardieu déclare que l'enseignement des enfants IMC est un enseignement qui est donné sur un mode ordinaire, sans moyens techniques, le but portant n'est pas de confiner les enfants IMC dans le cadre institutionnel mais de leur faire ouvrir les portes de l'école ordinaire à tous les degrés. Puisque selon Tardieu leurs capacités personnelles doivent leur permettre de se mesurer à leurs pairs, de faire des apprentissages, jusqu'à une solide formation professionnelle, seule façon d'assurer une intégration sociale et/ou socioprofessionnelle des personnes adultes handicapées. Tardieu, met l'accent sur la prise de conscience sur l'intégration scolaire des enfants IMC, puisque l'école c'est la clé magique pour cet enfant qui lui ouvrira la porte de la socialisation avec autrui et le sauver de la marginalisation (Danièle. T et al, 2008, p5).

2-4-Le rôle de l'auxiliaire de vie scolaire (AVC) dans l'intégration scolaire des enfants IMC :

Dans certains écoles, où il y a une conscience collective à l'égard de l'enfant handicapé scolarisé, on trouve dans la classe de l'enfant un auxiliaire de vie scolaire c'est dans le but de l'accompagnement d'élève handicapé.

A/Définition de l'auxiliaire de vie scolaire : L'auxiliaire de vie scolaire (AVS) s'occupe de l'accompagnement de la scolarisation, de la sécurité et de la socialisation d'enfant en situation de handicap ou présentant un trouble de santé invalidant, son activité la plus essentielle regroupe les interventions dans la classe définies en concertation avec l'enseignant (aide l'enfant pour écrire ou manipuler le matériel dont l'enfant a besoin). L'AVS est en collaboration avec l'enseignant, il aide l'enfant dont il a la charge à la scolarité tant au niveau de l'intégration scolaire qu'au niveau des gestes qu'il ne peut faire tout seul, il le conduit vers l'autonomie, Les AVS ne se substituent pas aux professionnels, leurs rôle d'accompagnement s'effectue uniquement dans le cadre scolaire, sans intervenir au domicile de l'élève (Alain. C, 2001. P42). Les AVS sont des aidants dans l'école, ils offrent un accompagnement efficace pour les enfants porteurs de handicap scolarisés, cette démarche de la disponibilité d'un AVS pour l'enfant handicapé est un pas pour minimiser la charge pour l'enseignant qui accueille un élève handicapé dans sa classe.

3-Réalité d'intégration scolaire des enfants IMC en Algérie :

La scolarisation des enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (IMC) est un problème conséquent en Algérie au-delà de l'accès à l'École, car en dehors du contexte scolaire, l'accès à la cité, aux activités sportives et culturelles leur est souvent impossible malgré l'importance de ces activités dans la vie de ces enfants. Ainsi, certains sont laissés uniquement à la charge de leurs familles avec tous les problèmes que cela engendre bien qu'il existe un cadre législatif dans lequel la scolarité peut s'organiser pour ces enfants en situation de handicap .Nous pouvons par exemple souligner l'intérêt de la convention relative aux droits des personnes Handicapées (ratifiée par décret présidentiel N°09-188-12 mai 2009) qui précise que : « *Les états parties veillent à ce que : les personnes Handicapées ne soient pas exclues, sur la base de leur handicap, du système d'enseignement général [...], puissent, sur la base de l'égalité avec les autres, avoir accès dans les communautés ou elles vivent ; à un enseignement primaire inclusif de qualité et gratuit, et à l'enseignement secondaire ; et qu'il soit procédé à des aménagements raisonnables en fonction des besoins de chacun* ». Ainsi l'article 14 de la loi d'orientation sur l'éducation nationale de la loi N°08-04 du 23 janvier 2008 énonce que : « *L'État veille à permettre aux enfants ayant des besoins spécifiques de jouir du droit à l'enseignement* ». Le secteur de l'éducation en liaison avec les établissements hospitaliers et les autres structures concernées, veille à la prise en charge pédagogique appropriée et à l'intégration scolaire des élèves handicapés et des malades chroniques. Nous pouvons donc affirmer qu'il s'agit bien d'un droit à accéder aux savoirs et à la socialisation entre pairs quelles que soient les différences et les besoins éducatifs particuliers.

L'introduction des classes intégrées pour handicapés dans les établissements scolaires peine à se frayer un chemin malgré l'urgence. Les responsables de ministère de l'éducation admettent que la généralisation de cette formation est loin d'être une sinécure. Ils reconnaissent que beaucoup d'obstacles entravent la réussite de cette intégration. Le manque de moyens pédagogiques, le non spécialisation de l'encadrement et l'absence de statut et les postes budgétaires pour les accompagnatrices son autant de problèmes rencontrés sur le terrain. face à toutes ces difficultés, *les enfants atteints de paralysie cérébrale sont prisonniers chez eux, sans aucune prise en charge pédagogique.*

En Algérie, le nombre de personnes souffrant de paralysie cérébrale augmente constamment en raison du manque de soins appropriés. Le journal *Algerie360 - l'info en continu sur l'Algérie* du 26 septembre 2016 annonce que ces jeunes enfants sont près de 40.000 souffrant d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC), en Algérie, dont 8.000 enfants dans la wilaya d'Alger. Quatre centres spécialisés sur l'ensemble de territoire national leurs sont consacrés. Ils ont été créés par les associations composées essentiellement de parents d'IMC. La mise en œuvre de ces dispositifs s'est concentrée sur les régions de Sétif, Alger et Tizi Ouzou (Bouzeguene), suivis par des associations de Bejaia, El Oued, Oran et Boumerdes.

En plus de leur handicap physique, ces enfants atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale sont invisibles dans le société. On parle d'handicapés moteurs, les non-voyants, les sourds-muets, mais jamais d'IMOC. Les structures spécialisées qui prennent en charge ces enfants intelligents mais différents, devant en même temps leur assurer la rééducation, la psychomotricité, l'orthophonie et une chance à la vie et à l'intégration, sont très rares. Concernant la scolarité de ces enfants, on enregistre également un énorme déficit, puisque aucun enfant atteint d'IMOC n'a pu être intégré dans les écoles classiques, et ce malgré l'existence d'une loi qui stipule l'intégration de ces derniers. Un autre problème auquel les pouvoirs publics n'ont pas trouvé de solution. Les différentes conventions signées à ce jour entre le département de la solidarité nationale et celui de l'éducation n'ont pas débloqué la situation.

L'enquête, réalisée par la fédération algérienne des personnes handicapées dans le wilaya d'Alger, révèle qu'en matière d'accès à l'éducation les enfants aux besoins spécifiques et en grandes difficultés, le service est presque inexistant liées à l'absence d'aménagements raisonnables, un faible niveau éducationnel et l'accès aux classes intégrées impossible.

La scolarisation des enfants, quelque soient les déficiences ou maladies qui perturbent leur développement et entravent leur autonomie, est pourtant, un droit constitutionnel. Malheureusement, aujourd'hui, de nombreux enfants atteints de maladies très sévères ne sont pas scolarisés ou rencontrent de grandes difficultés pour l'être un jour. Les efforts sont consentis dans ce sens par le ministère de l'éducation nationale, mais en deçà des attentes et de la demande (Abdou .B, 2016).

3-1--Le rôle des associations dans l'inclusion des personnes handicapées dans le système scolaire en Algérie : Cas de l'Association des parents d'enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (APIMC Sétif) :

À Sétif, depuis 1990, l'Association des parents d'enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale (APIMC) s'est engagée dans un vaste programme d'insertion pour permettre l'accès à tous et à toutes aux activités les plus habituelles des enfants et adolescents vivant avec une paralysie cérébrale. Une des pistes développées était de prendre en charge leur accompagnement du fait de l'absence d'écoles spécialisées et de leur exclusion du système scolaire ordinaire. Des avancées significatives sur le plan de l'amélioration du cadre de vie et du comportement de ces jeunes ont été observées ainsi qu'une scolarisation plus importante avec les partenaires locaux. L'enjeu était de leur permettre d'investir l'espace de la cité et le monde scolaire par plus d'implication des différents partenaires.

Plusieurs projets ont été ainsi développés pour favoriser une scolarisation inclusive avec des formations d'enseignants, d'inspecteurs et des partenariats avec plusieurs institutions locales (« mairie », maison de culture...) avec en complément la réalisation d'un diagnostic des besoins (formation, accompagnateurs, accessibilité). Ainsi, l'Institut National de Formation des Fonctionnaires du Secteur l'Education (I.N.F.F.S.E.) s'est engagé à contribuer à la formation spécifique des enseignants, des inspecteurs et des directeurs comme d'autres administrations de l'État (Jeunesse et Sports, Direction de l'action sociale et

culturelle) se sont engagées à mieux prendre en compte les besoins spécifiques des enfants et adolescents handicapés (Mohamed KENTACHE & Tayeb AIT KACI , 2020).

***Une journée d'étude sur la scolarisation des enfants souffrant de handicaps moteurs en Algérie s'est tenue lundi dernier à Sétif.**

Une journée d'étude et de sensibilisation sur "la scolarisation des enfants souffrant d'une infirmité motrice cérébrale (IMC)" s'est tenue à Sétif(2009), en présence de spécialistes, de psychologues, d'orthophonistes, d'éducateurs, d'enseignants et de parents de malades. Cette rencontre, organisée par l'Association des jeunes handicapés moteurs d'origine cérébrale, vise à débattre des moyens d'assurer l'insertion de ces enfants aux besoins spécifiques dans les crèches, les établissements scolaires ainsi qu'au sein de la société, ont souligné MM. Arab Saadaoui et Mohamed Kentache, respectivement président et vice-président de l'association. *"Un projet d'insertion des enfants handicapés moteurs d'origine cérébrale"*, sur lequel travaille actuellement l'association avec le soutien de Handicap International, a été présenté à cette occasion. Selon M. Kentache, ce projet présenté "pour la première fois en Algérie", consiste à désigner des enseignants spécialisés et des psychologues au sein des écoles pour assurer l'orientation et le suivi des enfants souffrant d'IMC, et favoriser ainsi leur prise en charge et mettre fin à leur déscolarisation, faute d'une insertion adaptée (rédaction , 2009). La même source a également souligné que l'association ambitionne de permettre à 40 enfants en âge d'être scolarisés sur les 55 atteints d'un handicap moteur d'origine cérébrale, et 40 autres sur 300 âgés entre 6 et 9 ans non scolarisés actuellement, de pouvoir rejoindre les bancs de l'école "avant le 20 novembre prochain". Le projet d'insertion scolaire de cette catégorie de handicapés permettra d'augmenter leur taux de scolarisation dans les écoles publiques de la wilaya de Sétif, pour porter leur nombre de 60 à 140 par an et favoriser de la sorte leur insertion sociale, a-t-elle ajouté. L'Association des parents d'enfants handicapés moteurs d'origine cérébrale de la wilaya de Sétif constitue la plus ancienne association en activité dans le domaine de la prise en charge de l'enfant handicapé, rappelle-t-on. Elle a été créée en 1990 et compte actuellement 750 adhérents, en majorité des enfants handicapés bénéficiant d'activités de loisirs et d'éducation durant toute la semaine. L'association se fixe également pour objectif de mettre à la disposition des adhérents les moyens nécessaires pour une insertion sociale réussie, grâce aux cotisations et aux dons de bienfaiteurs. Les handicapés moteurs d'origine cérébrale sont encadrés par des éducateurs d'horizons divers, des éducatrices spécialisées, des orthophonistes, des pédagogues, des enseignants et des médecins. Ils bénéficient, en outre, de consultations périodiques, ainsi que d'un suivi médical et social, tandis que les parents reçoivent des conseils et des orientations pour mieux les aider (Christesre lem,2009).

4-Impact psychologique de la non-scolarisation des enfants IMC sur leurs parents :

Le nombre d'enfants atteints de cette maladie est en constante augmentation. Et comme un malheur n'arrive jamais seul, l'infirmité motrice cérébrale n'est pas encadrée par des dispositions réglementaires protégeant cette catégorie de handicapés en Algérie. Les difficultés d'adaptation et d'intégration liées à leur environnement et à leur prise en charge ne font qu'aggraver la souffrance de ces malades et celle de leurs familles. Ces derniers, en l'absence d'un établissement pour les prendre en charge, sont livrés à eux-mêmes malgré la lourdeur de leur handicap. Nés avec cette infirmité, ils perdront toute leur autonomie et devront obligatoirement être assistés dans leurs mouvements, et ce durant toute leur vie. Cette tierce personne mise à la disposition de l'enfant atteint d'IMC à long terme ne peut être que le père ou la mère. Ces derniers seront soumis à un véritable parcours du combattant et devront aménager leur temps de façon à assurer cette disponibilité, souvent à vie. Certains de ces malheureux parents de handicapés avouent mener une vie infernale, sans pour autant arriver à améliorer les conditions physiques de leurs enfants qui grandissent avec ce handicap.

Dans un interview de Lynda Louifi en 2018, journaliste dans le journal le jeune indépendant concernant une mère au foyer venue de Oued Souf, wilaya de Ouargla, a confié que depuis la naissance de son fils, sa vie est complètement bouleversée. Elle en arrive même à négliger ses autres enfants. « *La joie a quitté notre maison et la vie de notre famille se réduit à un ensemble de gestes qui se répètent à longueur d'années alors que la santé de notre fils ne fait qu'empirer avec l'âge* », a-t-elle expliqué. Contraintes aussi à faire des dépenses excessives, ces familles souffrent en silence mais sont prêtes à tout pour le bien-être de leurs enfants infirmes. La mère d'un autre enfant atteint d'IMC tente de soigner son fils à tout prix, en dépit du maigre salaire de son mari. Ne pouvant plus supporter de voir son fils cloué dans une chaise roulante, cette pauvre maman se dit prête à vendre un rein pour le soigner. « *Ici dans le Sud, nous n'avons aucun droit, au même titre que nos enfants. Mon fils n'a même pas une carte d'invalidité et ne bénéficie d'aucune gratuité* », a clamé cette maman désespérée. Les parents, pour voir l'état de santé de leurs enfants s'améliorer, se trouvent dans l'obligation de se déplacer en Tunisie, où ils dépensent beaucoup d'argent pour des séances de rééducation fonctionnelle et pour acheter les médicaments qui font défaut en Algérie. « *Je me déplace souvent en Tunisie avec le peu de moyens que j'ai pour acheter un médicament contre les crises, Sabril, et ça me coûte 10 000 DA* ». D'autres parents se sont déplacés jusqu'en Egypte, où il existe des spécialistes en traitement naturel intensif. « *J'ai dû vendre tous les bijoux que je possédais pour me déplacer en Egypte et permettre à mon enfant de bénéficier de séances de rééducation chez des spécialistes égyptiens. Après six mois, la santé de mon fils s'est nettement améliorée. Maintenant, il arrive à s'asseoir sur une chaise roulante* », nous a confié une maman venue d'Annaba. Les larmes aux yeux, cette maman a lancé un appel aux autorités en vue de faciliter le déplacement de spécialistes égyptiens qui, selon elle, sont prêts à partager leur savoir-faire avec les algériens, et ce en les formant dans la mésothérapie naturelle intensive. Un autre grand problème relevé par

les parents est celui de la scolarité des IMC du fait qu'ils sont doués d'une intelligence remarquable mais sont quelquefois confrontés au refus de certains directeurs de les accepter dans leurs établissements. Plaider pour une scolarité normale parmi des enfants valides est d'un intérêt de taille pour les enfants atteints d'IMC. Cela leur permettra de s'épanouir par le fait de sortir de chez eux et de rencontrer d'autres jeunes. Par ailleurs, créer des centres spécialisés pour enfants atteints d'IMC permettra à ces derniers d'avoir une certaine forme d'autonomie, de bénéficier d'une prise en charge adéquate et de vivre leur vie décemment. Les partenaires d'un tel projet œuvreront à faire connaître cette maladie au grand public, une manière de le sensibiliser sur les difficultés rencontrées par les enfants atteints d'IMC et par leurs parents (*LyndaLouifi, 2018*).

5-Éléments à prendre en compte pour le projet d'intégration scolaire :

5-1-Des collaborations à instaurer :

L'intégration d'un élève présentant une déficience motrice ne concerne pas uniquement l'enseignant ou l'équipe d'enseignants qui l'accueillent cette année-là dans leur classe. Elle concerne l'établissement scolaire dans son entier, sous la responsabilité du directeur, du principal ou du proviseur. Elle nécessite l'élaboration d'un projet et l'engagement continu de l'équipe éducative. On mentionnera ici le rôle important du médecin, de l'infirmière de santé scolaire et, dans l'enseignement secondaire, du professeur principal. Mais d'autres collaborations s'avèrent nécessaires(Handiscol,2001, p14).

5.1.1. Avec les professionnels chargés du soin, de la rééducation et de l'éducation spécialisée :médecins spécialistes ou généralistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés et psychologues peuvent intervenir auprès de l'enfant ou de l'adolescent. Soit dans le cadre d'un service spécialisé d'éducation et de soins à domicile, service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SSESAD), soit alors dans le cadre d'un établissement médical ou médico-éducatif, ou encore, pour certains, dans un cadre libéral, à la demande des familles. Ils participent à une réflexion pour un meilleur accueil, proposent des adaptations et aménagements appropriés, contribuent à déterminer les priorités du projet, évaluer les contraintes et ressources engendrées par les incapacités et les compétences de l'enfant ou de l'adolescent. Ils sont soumis aux exigences du secret professionnel.

5.1.2. Avec les enseignants spécialisés chargés du soutien à l'intégration :fréquemment, des enseignants spécialisés, peuvent intervenir pour favoriser une meilleure intégration. Ils sont attachés à un SESSAD ou à une inspection AIS de l'éducation nationale. En direction de l'élève et des enseignants, ils ont notamment pour missions :

- d'informer sur les conséquences du handicap dans la scolarité de l'élève ainsi que dans sa vie quotidienne et sociale ;

- d'apporter des conseils d'ordre pratique concernant l'aménagement des locaux, la place de l'élève dans la classe par rapport aux différentes sources d'informations, des aides techniques, des adaptations de documents de travail ;

- de proposer des aménagements dans les tâches et les rythmes ;
- de promouvoir des adaptations pédagogiques ;
- d'exercer des actions de soutien, d'ordre méthodologique ou dans des domaines d'apprentissage en particulier ;
- de conseiller quant à l'attitude éducative à construire vis-à-vis du jeune et de sa famille ;
- de participer activement à l'élaboration du projet individualisé de l'élève ;
- de favoriser les échanges d'informations et de réflexions entre les différents professionnels intervenant auprès de l'élève, ainsi que la coordination de leurs actions.

5-1.3. Avec les auxiliaires d'intégration et les aides-éducateurs : les auxiliaires d'intégration, recrutés par des associations ou des collectivités locales, interviennent lorsqu'une aide humaine est nécessaire pour accomplir certains gestes de la vie quotidienne, tels que déplacements, prise de notes, transfert aux toilettes. L'auxiliaire d'intégration scolaire accompagne et aide l'élève dans les activités scolaires et péri-scolaires. Il contribue à favoriser sa socialisation et son autonomie et veille à ce qu'il bénéficie de conditions optimales de confort et de sécurité pour étudier.

5.1.4. Avec les autres acteurs du projet : tous les élèves sont encouragés à accueillir celui qui est atteint d'une déficience motrice. Les relations de réciprocité et de solidarité qu'ils entretiennent avec lui constituent une situation concrète d'exercice de leur citoyenneté. Loin d'être lésés par la présence de cet élève, ils peuvent au contraire bénéficier de certains aménagements pédagogiques introduits dans la classe en faveur de leur camarade. Les parents de l'enfant intégré vivent avec lui au quotidien, parfois douloureusement, sa situation de handicap. Cela les amène à jouer auprès de lui un rôle de soutien matériel et moral tout à fait déterminant et leur permet de très bien connaître les difficultés qu'il rencontre et les ressources qu'il manifeste. De ce point de vue, ils contribuent fortement à la réussite du projet individuel d'intégration (Handiscol, 2001, pp14-15).

5.2. Des aménagements à prévoir :

Les aspects matériels méritent une attention particulière parce qu'ils conditionnent l'accueil. Ils sont à considérer d'un double point de vue :

- celui de la levée des obstacles fondamentaux ;
- entravant le transport domicile/école, l'accès aux lieux d'enseignement, le suivi des soins, l'accès aux toilettes, le confort de travail, faute de quoi la présence physique de l'élève dans l'établissement serait impossible ;
- celui du développement de l'autonomie et des interactions sociales.

5.2.1. Les transports : selon les indications générales du guide Handiscol' relatif à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, trois solutions sont à envisager pour aménager les transports du domicile à l'école :

- o l'accès aux moyens de transport collectifs, à privilégier à chaque fois que possible ;

○ l'utilisation, individuelle ou collective, de véhicules aménagés (véhicules sanitaires légers, taxis) .

○ le transport par les parents, avec une aide de la CDES ou du département. Il s'agit, autant que possible, d'assurer la fiabilité et la régularité du transport et d'éviter une fatigue supplémentaire.

5.2.2. Les déplacements au sein de l'établissement : le manque d'autonomie des élèves IMC dans leurs déplacements ou la nécessité d'aménagements sont souvent présentés comme des obstacles à l'accueil en intégration. S'il est exact que, de par la configuration des locaux ou du fait de la spécificité de tel ou tel handicap, les établissements sont plus ou moins facilement accessibles, il reste que les aménagements nécessaires sont souvent réalisables : transfert de la salle de classe où est inscrit l'enfant au rez-de-chaussée, installation d'un plan incliné. Ces aménagements doivent être anticipés suffisamment tôt pour que le passage d'un établissement à un autre s'effectue au mieux, par exemple lors de la transition maternelle/école primaire.

5.2.3. L'installation dans la classe :

○ **La situation de l'élève dans l'espace de la classe :** L'élève IMC doit pouvoir se trouver face au tableau - même en chariot plat ou en fauteuil .Non isolé de ses camarades, et pouvoir solliciter facilement l'enseignant. Ces contraintes devront être conciliées avec celles qui résultent de la présence d'aides techniques à l'écriture .Tables adaptées, ordinateurs. Dans le cadre des travaux en petits groupes, la situation de l'élève est envisagée de manière à favoriser les échanges avec les pairs.

○ **Le poste de travail :** La collaboration avec un ergothérapeute, par exemple via le SESSAD, permettra d'aménager au mieux le poste de travail de l'élève IMC. Une bonne installation, essentielle au confort, a des conséquences sur les performances scolaires et dépend parfois d'un "détail" (hauteur et inclinaison du plan de travail, réglage de l'appui-tête...). Les adaptations impliquent certaines modifications dans l'activité de l'élève, qu'il faut accepter, prévoir et organiser.

5.2.4. Le matériel utilisé : des tables réglables en hauteur et en inclinaison - voire un lutrin -, des chaises adaptées... peuvent donc être indispensables. Au-delà de ce matériel qui concourt à une bonne installation de l'enfant IMC ou de l'adolescent, une grande variété de petits matériels peut être nécessaire : stylo-pointe adapté, surligneurs, règle lestée avec un anti-dérapant, etc.

5.2.5. Le temps de travail scolaire : Les enfants qui présentent une déficience motrice sont parfois aussi malades. Leur temps de travail scolaire se trouve donc soumis aux aléas de leur santé. Par ailleurs, les soins et les séances de rééducation occupent souvent un temps non négligeable dans leur vie quotidienne. On est donc confronté à des difficultés de gestion du temps, accrues par les difficultés motrices qui entraînent souvent une grande lenteur de réalisation dans les tâches scolaires. Compte tenu de ce contexte, on peut prévoir des aménagements ponctuels ou des dispositions permanentes pour adapter les tâches et les rythmes aux possibilités de l'élève IMC. (Handiscol, 2001, pp15-17).

5.3. L'évaluation:

5.3.1. L'évaluation lors des contrôles et au quotidien : Il est important que les résultats scolaires ne soient pas appréciés de façon trop bienveillante. En effet, lorsqu'il s'avère qu'ils ont été surestimés et ne permettent pas de continuer des études au niveau espéré, la déception de l'élève et de sa famille risque d'être grande. Cela dit, la référence à la norme ne doit pas être un argument pour refuser d'adapter les contrôles et les exercices proposés au quotidien. Un temps supplémentaire, une tâche qui exige un temps de réalisation moindre, une aide matérielle ou humaine sont des conditions qui doivent être accordées si besoin. Pour des élèves qui présentent des lenteurs d'exécution et des difficultés de réalisation, on s'inspirera des dispositions prévues pour les examens. Elles impliquent que les élèves s'y entraînent dans la perspective d'une meilleure réussite. Bien des élèves présentant une déficience motrice, confrontés à de multiples contraintes, sont conduits à réaliser des efforts très importants pour les surmonter. Par ailleurs ils n'ont pas toujours confiance en eux-mêmes. On comprend donc qu'ils sont sensibles aux encouragements et aux appréciations qui témoignent explicitement de leurs progrès.

5.3.2. L'aménagement des examens : des dispositions particulières sont prévues pour permettre aux élèves handicapés de se présenter à tous les examens dans des conditions aménagées : aide d'une tierce-personne, augmentation d'un tiers du temps des épreuves, utilisation d'un matériel spécialisé.

5.3.3. Le recours à l'informatique : Pour un élève présentant une déficience motrice, l'informatique est un outil qui s'avère souvent indispensable à son intégration scolaire et qui peut être utilisé tant à l'école qu'à la maison. Il convient donc de mettre à sa disposition un ordinateur, à chaque fois qu'il est nécessaire, et d'établir ou de maintenir une continuité d'équipement entre les outils de l'école et les outils de la maison afin de préserver la cohérence des aides technologiques. L'enseignant trouvera deux intérêts principaux au recours à l'ordinateur : accroître l'autonomie de l'élève, et donc son efficacité, et lui préparer des documents pédagogiques adaptés. Ces intérêts sont ici recherchés pour les élèves présentant une déficience motrice, mais ils peuvent concerner tous les autres (Handiscol, 2001, pp18-20).

5.4. L'élaboration du projet individuel d'intégration :

5.4.1. Caractéristiques du projet individuel d'intégration :

- Il est individuel, c'est-à-dire qu'il prend en compte les potentialités et difficultés de chaque enfant ou adolescent IMC au regard des ressources et contraintes de l'établissement qui l'accueille.

- Il est l'objet d'une concertation. Ce ne sont pas seulement l'élève IMC et l'enseignant qui sont concernés. Pour prendre en compte les besoins spécifiques de l'élève, tous les partenaires contribuent, dans le respect des rôles des uns et des autres, à la cohérence des interventions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques.

- Il est évolutif, c'est-à-dire qu'il convient de l'évaluer et de le réviser régulièrement.

- Il s'inscrit dans la continuité, ce qui permet d'anticiper l'avenir de l'élève IMC au-delà de l'établissement scolaire d'accueil : intervention chirurgicale, école à domicile, orientation en milieu spécialisé, orientation professionnelle...

5.4.2. Projet individuel et convention d'intégration :

Le projet individuel peut être lié à une convention d'intégration. Cette convention est, pour des raisons juridiques et financières, obligatoire chaque fois que sont nécessaires des aides matérielles ou financières fournies par des partenaires extérieurs à l'établissement d'accueil. Ainsi les collectivités locales, les services d'aide à l'intégration, les partenaires libéraux peuvent contractualiser leurs interventions dans un établissement public d'enseignement. La convention précise les conditions matérielles de la scolarisation et répartit les responsabilités entre les partenaires. Ces aspects ne doivent pas occulter ce qui concerne au quotidien les enseignants, à savoir la dimension pédagogique et éducative du projet individuel d'intégration.

5.4.3. Des questions à se poser pour élaborer un projet individuel :

Conformément à la démarche classique de projet, les questions se répartissent en trois catégories. Dans le tableau ci-après, nous en proposons quelques exemples concernant les aspects pédagogiques. D'autres interrogations sont possibles et même à prévoir, en particulier pour ce qui est de l'évaluation du projet et des critères utilisés à cet effet (Handiscol, 2010).

***Analyse de la situation:**

A/Concernant l'élève IMC :

- Quelles sont ses connaissances, ses compétences (ce qu'il arrive à réaliser, seul ou avec une aide, et comment il procède pour conduire son activité) ?

- De quelles ressources dispose-t-il (physiques, perceptives, cognitives et affectives) ? Quelles difficultés ou impossibilités rencontre-t-il ?

- Quels sont ses intérêts et ses besoins ?

- Concernant les ressources et contraintes de l'établissement et du dispositif
Accessibilité ?

- Aménagements ?

- Aides matérielles et humaines ?

- Ressources internes ou externes ?

B/ Définition des objectifs

- Quelles sont les connaissances à acquérir et les compétences à développer ?

- Quelles connaissances et compétences sont prioritaires ?

- Quel est le niveau d'exigence visé ?

C/ Moyens envisagés

- À quel(s) groupe(s) affecter l'élève IMC (éventuellement selon l'activité) ? Quels moyens matériels sont nécessaires ?

- Une adaptation des tâches est-elle à prévoir (temps de réalisation, matériel

particulier, etc.) ?

- L'aide d'une tierce personne est-elle nécessaire ? À quelle(s) occasion(s) ?.

6-Perspectives:

- La prise en charge et l'intégration scolaire des enfants IMC prévoit les ailes humaines et techniques, les aménagements matériels et pédagogiques, les temps de soins dans l'emploi, le confort, l'accès aux toilettes et à la restauration scolaire, chez nous ces enfants nécessitant les soins et un suivi médical, rééducatif, psychologique, scolaire au long cours, son à la merci de l'aléatoire. Il suffit d'une volonté politique, et pour cela, la conjoncture est très favorable.

- il faut dire que le handicap des IMC est très lourd et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire qui englobe la psychologie, l'ergothérapie, la kinésithérapie, l'orthophonie, la pédagogie, etc.

- Nécessité d'ouverture de classes spécialisées d'intégration scolaire pour enfants IMC dans tout le territoire national.

- Nécessité d'ouverture de centres de rééducation intensive pour une prise en charge globale et pluridisciplinaire des enfants IMC.

Ces besoins multiples exigent de l'argent, d'énormes efforts, beaucoup de moyens et de la patience, d'où l'absence de centres pour enfants IMC.

Conclusion:

Aller à l'école malgré le handicap La scolarisation de tous les enfants, quelles que soient les déficiences ou maladies qui perturbent leur développement ou entravent leur autonomie, est un droit constitutionnel. Tous les enfants doivent trouver dans le milieu scolaire ordinaire la possibilité d'apprendre et de grandir avec les autres, pour préparer leur avenir d'hommes et de femmes libres et de citoyens. Or, aujourd'hui, un grand nombre d'enfants atteints de maladies handicapantes donc les enfants IMC, ne sont pas scolarisés ou rencontrent de grandes difficultés pour l'être. En effet, malgré la loi, la scolarisation des enfants handicapés relève essentiellement de la bonne volonté individuelle d'un directeur d'école ou d'une équipe d'enseignants.

Références:

- Abdou. B (2016), enfants atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale : aucune prise en charge pédagogique, Algérie360-info en continu sur l'Algérie. En ligne sur : <https://www.algerie360.com/enfants-atteints-dinfirmité-motrice-dorigine-cerebrale-aucune-prise-en-charge-pedagogique/>
- Bénédicte Flye& Sainte Marie (2019), 10 pistes pour améliorer l'intégration des enfants handicapés à l'école, le webag du bien vivre en famille. En ligne sur: <https://www.mafamillezen.com/10-pistes-pour-ameliorer-lintegration-des-enfants-handicapes-a-lecole/>
- Cans . C (2005), Épidémiologie de la paralysie cérébrale (« cerebralpalsy » ou cp), motricité cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement, 26(2): 51-58. En ligne sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0245591905816668>
- Christesre lem (2009), Algérie : Rencontre: «la scolarisation des enfants souffrant d'une infirmité motrice cérébrale (IMC) », Social Media Updates. En ligne sur: <https://www.socialmediatoday.com/content/algerie-rencontrela-scolarisation-des-enfants-souffrant-dune-infirmité-motrice-cerebrale-imc>
- Christian Petit (2001), L'intégration scolaire, Dans VST - Vie sociale et traitements, 1 (69):35 - 39. En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2001-1-page-35.htm>
- Djafar Amrane (2018), Prise en charge des enfants handicapés aux besoins spécifiques : Les parents crient leur désarroi, ALGERHEBDO, hebdomadaire d'informations générales .En Ligne sur : <http://algerhebdo.net/index.php/2018/12/09/prise-en-charge-des-enfants-handicapes-aux-besoins-specifiques-les-parents-crient-leur-desarroi/>
- Handiscol (2001), guide pour les enseignants qui accueillent un élève présentant une déficience motrice, ministère de l'éducation nationale , direction de l'enseignement scolaire (desco). .en ligne sur : http://tousalecole.fr/sites/default/files/medias/integrascoll/documents/guide%20Handiscol%20H%20motrice_3.pdf
- Lynda Louifi (2018) ,Les enfants atteints d'IMC meurent à petit feu, le jeune indépendant, Publié le 20 mai 2018 à 00:32. En ligne sur : <https://www.jeune-independent.net/les-enfants-atteints-dimc-meurent-a-petit-feu/>
- M. Cristina Victorio, MD(2019), Infirmité motrice cérébrale, MSD et les Manuels MSD, Université médicale du nord-est de l'Ohio. En ligne sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-neurologiques-chez-enfant/infirmit%C3%A9-motrice-c%C3%A9r%C3%A9brale>
- M. Delcey (2000), L'accompagnement des personnes handicapées motrices, Ed. APF France handicap, 32-33. Mise à jour Déc. 2016. En ligne sur : <https://www.apf-francehandicap.org/IMC-infirmité-motrice-cerebrale-1549>

- Mohamed KENTACHE & Tayeb AIT KACI (2020), Le rôle des associations dans l'inclusion des personnes handicapées dans le système scolaire en Algérie : Cas de l'APIMC de Sétif, INRE Educrecherche, 09 (01) : 100-116.
- M. Savelli & J.M. Pinard(2014) , Actualités dans la paralysie cérébrale, News in cerebralpalsy, dossier Neuro-pédiatrie, La Lettre du Neurologue , 18(07) :234-238 . En ligne sur : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/21945.pdf>
- Nawel.D (2001) , Centre de prise en charge des enfants IMC de Bordj El Kiffan : Des parents dans l'expectative, lundi 13 décembre 2010 à 14:08. En ligne sur : <https://www.algerie360.com/centre-de-prise-en-charge-des-enfants-imc-de-bordj-el-kiffan-des-parents-dans-l'expectative/>
- Rédaction(2009), Insertion des handicapés moteurs en Algérie, le Jeune Indépendant. En ligne sur :<https://www.algerie-dz.com/Insertion-des-handicapes-moteurs-en-Algerie.html>
- Sillamy,N(2003),Dictionnairedepsychologie,éd,Larousse-veuf,Paris.
- Tardieu. Guy (1984), Le dossier clinique de l'IMC, CDI éditions, 3^{ème} édition, Paris.
- Site de Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme :<https://www.msnfcf.gov.dz/fr/>
- 18-Enseignement.be - Le portail de l'Enseignement en Fédération Wallonie-Bruxelles. En ligne sur : <http://www.enseignement.be/index.php?page=27775>