

Sans discrimination ni privilèges...

**POUR MIEUX COMPRENDRE
L'ÉTUDIANT ÉPILEPTIQUE**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
DÉFINITION	4
L'ÉPILEPSIE	4
QU'EST QU'UNE CRISE?	5
QU'EST QU'UNE AURA?	5
Y A-T-IL UN QUELCONQUE SIGNE D'AVERTISSEMENT AVANT LA CRISE?	5
QU'EST-CE QUI SE PRODUIT LORS D'UNE CRISE?	5
CLASSIFICATION	5
CRISES PARTIELLES SIMPLES (CPS)	6
CRISES PARTIELLES COMPLEXES (CPC)	6
CRISES GÉNÉRALISÉES	6
CRISES D'ABSENCE GÉNÉRALISÉES (AUTREFOIS APPELÉES PETIT MAL)	6
CRISES TONICO-CLONIQUES (AUTREFOIS APPELÉES GRAND MAL)	7
QUELLES SONT LES CAUSES DE L'ÉPILEPSIE?	7
L'ÉPILEPSIE EST-ELLE HÉRÉDITAIRE?	8
MYTHES ET IDÉES FAUSSES	9
POUR LES CURIEUX	11
PRÉVALENCE ET INCIDENCE	11
SURVOL HISTORIQUE DE L'ÉPILEPSIE	12
SÉQUELLES	13
TROUBLES NEUROPSYCHOLOGIQUES	13
TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	13
QUE FAIRE LORSQU'ON EST TÉMOIN D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE?	13
INTÉGRATION AU CÉGEP	15
QUELLES LIMITATIONS L'ÉPILEPSIE IMPOSE-T-ELLE À L'ÉTUDIANT?	15
PÉDAGOGIE	15
ATTITUDES À ADOPTER	15
ENCADREMENT	15
ÉDUCATION PHYSIQUE	16
QUELQUES PISTES D'INTERVENTION	16
CONSEILS GÉNÉRAUX, PLANIFICATION DES ACTIVITÉS ET ACCOMMODEMENTS	16
ÉVALUATION : EXAMENS ET TRAVAUX	16
FACTEUR TEMPS	16
OÙ PASSER LES EXAMENS?	17
STAGES ET SORTIES ÉDUCATIVES	17
ACCOMMODEMENTS ET SERVICES	17
CONCLUSION	18

Le présent document concerne aussi bien les femmes que les hommes. L'emploi du masculin ne vise qu'à simplifier la présentation et la lecture du texte.

Nous tenons à remercier généreusement nos partenaires du MSSS, Messieurs Daniel Boivin, neuropsychologue et Paul Guilbault, médecin du Programme adulte des traumatisés cranio cérébraux IRDPQ (Institut de Réadaptation en Déficience Physique de Québec) pour la révision, la correction et la bonification du présent texte.

L'étudiant épileptique au cégep

La présente brochure s'adresse principalement aux professeurs mais également à toutes les personnes susceptibles de travailler de près ou de loin avec des étudiants épileptiques.

Nous tenterons d'y cerner les difficultés que rencontre l'étudiant épileptique et de dégager certaines attitudes susceptibles de l'aider. Les différents intervenants pourront donc référer à ce fascicule soit pour des suggestions d'encadrement plus adéquat, soit pour des conseils touchant l'adaptation de leur pédagogie à cette clientèle.

Nous espérons que le contenu de ces pages pourra aider les professeurs dans leur travail et faciliter ainsi l'intégration et le soutien aux apprentissages de cette clientèle à la communauté collégiale.

Enfin, il est de la responsabilité de l'étudiant épileptique de prévenir le cégep de son intention d'y venir étudier et de s'identifier comme requérant de services adaptés. Plus l'institution d'enseignement en sera prévenue tôt, meilleures seront les possibilités d'organiser les services à temps et conformément aux besoins.

Le responsable des Services adaptés doit toujours considérer en quoi la limitation affecte le processus d'apprentissage. Pour cela, une identification des besoins se fait avec l'étudiant en entrevue individuelle et les questions posées ne visent qu'un objectif : connaître l'étudiant, ses besoins, et voir avec lui les services qui permettraient de compenser ses limitations.

DÉFINITION

L'Épilepsie

Le terme « épilepsie » provient d'un mot grec « epilêpsia » désignant un état où l'on est dominé, saisi, attaqué, surpris.

L'épilepsie n'est pas une maladie.

Elle est bien le symptôme d'un trouble neurologique - un état physique - qui provoque occasionnellement de brèves perturbations des fonctions électriques normales du cerveau. L'épilepsie se caractérise par des crises soudaines et brèves dont la nature et l'intensité varient d'une personne à l'autre.

Qu'est qu'une crise?

Une crise peut se présenter comme une brève fixité du regard, un mouvement inhabituel du corps, une modification de la conscience ou une convulsion. Elle peut durer quelques secondes ou quelques minutes.

Les crises n'indiquent pas toujours une épilepsie. Une forte fièvre (convulsions fébriles), un traumatisme ou une blessure grave à la tête, un manque d'oxygène sont autant de facteurs qui peuvent affecter le cerveau suffisamment pour provoquer une crise isolée. Il importe de se rappeler qu'une crise isolée n'est PAS nécessairement un signe d'épilepsie.

Lorsque les crises se répètent sans cause connue (idiopathiques) ou en raison d'un problème sous-jacent qui ne peut être corrigé (symptomatiques), on parle alors d'épilepsie.

Qu'est qu'une aura?

Y a-t-il un quelconque signe d'avertissement avant la crise?

Certaines personnes éprouvent une sensation appelée aura ou indice annonciateur d'une convulsion imminente (avertissement) avant que la crise commence. L'aura peut afin de prévenir une chute. Les caractéristiques de l'aura diffèrent d'une personne à l'autre. Certains éprouvent un changement de la température du corps, d'autres, un sentiment de tension ou d'anxiété. Dans certains cas l'aura se manifeste par un son de musique, un goût étrange ou une odeur frappante.

Comme nous l'avons mentionné, précédemment, l'épilepsie est un trouble qui se manifeste par des crises. Les caractéristiques et la fréquence des crises varient énormément. La terminologie médicale s'est par conséquent élargie de manière à désigner de façon plus précise les différents types de crises.

Qu'est-ce qui se produit lors d'une crise?

Des cellules spéciales appelées neurones aident à former un réseau électrique et chimique dans le cerveau. Normalement, les signaux électriques se transmettent par la voie de ces neurones. Ils influent sur la libération de différentes substances chimiques qui influenceront à leur tour sur l'activité électrique dans les neurones suivants. De nombreux facteurs externes et internes peuvent provoquer une activité anormale dans les signaux électriques de ces neurones. Un changement de l'activité électrique normale du cerveau peut provoquer une crise. Des crises répétées peuvent être un signe d'épilepsie. (Rappelons que si toutes les formes d'épilepsie se caractérisent par une forme ou une autre de crises, les crises ne sont pas toutes forcément des manifestations d'épilepsie.)

Classification

Le système moderne de classification des crises établit une distinction fondamentale entre les crises partielles et les crises généralisées. Si la décharge électrique excessive est restreinte à une région donnée (local) du cerveau, la crise est dite partielle. Si la totalité du cerveau est touchée, la crise est dite généralisée.

Crises partielles simples (CPS)

Celles-ci se caractérisent souvent pas une activité électrique anormale localisée dans une région du cerveau. Le résultat peut prendre la forme de mouvements involontaires ou de sensations inhabituelles (neurones sensoriels), ou encore de changements de l'attention ou du comportement. Ces crises se caractérisent par des sensations étranges ou inhabituelles, par exemple des odeurs ou des anomalies visuelles. Parmi les autres caractéristiques des CPS, signalons des mouvements secs ou de l'agitation, une distorsion auditive, des maux d'estomac et un soudain sentiment de peur. Les crises partielles simples ne sont pas habituellement associées à des altérations de la conscience ou de la mémoire.

La ligue internationale contre l'épilepsie (LICE) a classé les crises partielles simples en quatre grandes catégories : motrice, sensorielle, psychique et autonome. Chaque catégorie comprend plusieurs types de CPS.

Crises partielles complexes (CPC)

Les crises partielles complexes sont souvent précédées d'une « aura ». Elles se caractérisent souvent par une activité motrice et sensorielle compliquée. La personne peut sembler ahurie ou confuse - elle marche au hasard, marmonne, tourne la tête ou tire sur ses vêtements. Ces gestes idiosyncrasiques répétés sont souvent appelés automatismes et, habituellement, la personne n'en garde aucun souvenir. Les CPC peuvent s'accompagner d'altérations de la conscience ou de la mémoire.

Crises généralisées

Ces crises peuvent être convulsives ou non; elles entraînent habituellement une perte de connaissance. On observe une activité électrique anormale dans de nombreuses régions du cerveau. Elles peuvent être d'origine primaire ou secondairement généralisée.

Crises d'absence généralisées (autrefois appelées petit mal)

Elles se caractérisent par une perte de connaissance complète. La personne peut fixer dans le vide et sembler rêvasser ou étourdie. Les crises d'absence ne sont pas précédées d'un avertissement (aura) et sont suivies d'une activité normale. La crise elle-même s'accompagnant de très peu de mouvement, elle peut souvent passer inaperçue par les autres.

Ces crises se produisent fréquemment chez les enfants. Elles peuvent cependant évoluer vers d'autres types de crises, par exemple des crises partielles complexes ou tonico-cloniques. Les crises d'absence peuvent être difficiles à distinguer des crises partielles complexes. Les crises d'absence sont habituellement de durée plus brève qu'une CPC et la personne s'en remet plus rapidement.

Normalement, les crises d'absence diminuent à l'âge adulte contrairement aux crises tonico-cloniques ou de grands maux.

Il existe deux types de crises d'absence :

- crises d'absence typiques : non convulsives et le tonus musculaire est habituellement préservé. L'événement critique dure habituellement moins de 10 secondes.
- Crises d'absence atypiques : durent plus longtemps que les crises d'absence typiques. Elles peuvent ou non s'accompagner de perte de tonicité et des mouvements quasi tonico-cloniques sont souvent observés.

Crises tonico-cloniques (autrefois appelées grand mal)

Une convulsion généralisée se produit en deux phases. Dans la phase tonique, on observe un raidissement des muscles, la personne perd connaissance, tombe et le corps se raidit. Dans la phase clonique, les membres s'agitent et se contractent. La crise se termine souvent par une autre phase tonique. Après la crise, la personne reprend lentement connaissance. Lorsqu'elle se réveille, elle est souvent confuse ou désorientée.

Ce type de crise, probablement le plus couramment associé à l'épilepsie par le grand public, n'est nullement le plus fréquent. Les deux tiers environ des personnes épileptiques souffrent de crises complexes partielles.

Une crise tonico-clonique généralisée secondaire commence localement (par une crise partielle) et elle peut être précédée d'une aura.

*****État épileptique :**

Décrit une série de crises répétées entre lesquelles la personne ne reprend pas connaissance. **Si la crise ne prend pas fin après cinq ou dix minutes, appelez pour obtenir de l'aide. La personne risque de tomber en état épileptique, ce qui peut mettre sa vie en danger. Il est recommandé d'appeler du secours en cas de tout événement critique qui semble différent des crises habituelles d'une personne ou qui est d'une durée anormale.** De tels événements requièrent des soins médicaux immédiats, car ils peuvent entraîner des lésions cérébrales graves ou même la mort.

Pour ramener la personne à un état normal, des benzodiazépines, comme le diazépam ou le lorazépam, peuvent être administrés à l'hôpital.

Quelles sont les causes de l'épilepsie?

Il est important de comprendre que l'épilepsie est un trouble neurologique qui peut résulter d'une grande variété de causes. Dans 50 à 60 % des cas, la cause de l'épilepsie est inconnue. Chez le reste des personnes atteintes d'épilepsie, **les causes suivantes sont les plus fréquentes :**

- Une tumeur du cerveau ou un accident vasculaire cérébral

- Un traumatisme crânien de tout type. Plus grave est la lésion, plus grands sont les risques que l'épilepsie se développe
- Une blessure, une infection ou une maladie générale chez la mère, pendant la grossesse, qui a altéré le développement du cerveau du fœtus
- Une blessure au cerveau de l'enfant lors de l'accouchement peut avoir provoqué l'épilepsie
- Des séquelles d'une infection (méningite, encéphalite virale)
- Intoxication due à l'abus de drogues ou à l'alcoolisme

Parmi les facteurs pouvant déclencher les crises, mentionnons :

- Le stress
- Une mauvaise alimentation
- L'oubli de médicaments (non-respect de la posologie)
- Une stimulation lumineuse intermittente
- Des repas irréguliers
- Une maladie, de la fièvre ou des allergies
- Le manque de sommeil
- La chaleur ou l'humidité
- Des émotions comme la colère, l'anxiété, la peur, etc.

La prise de médicaments à long terme est la principale forme de traitement. Les médicaments ne guérissent pas l'épilepsie et peuvent comporter de nombreux effets secondaires dont certains sont graves.

Une opération au cerveau n'est recommandée que lorsque le traitement médicamenteux est inefficace et lorsque les crises sont limitées à une partie du cerveau où les tissus cérébraux peuvent être enlevés sans risque d'entraîner un trouble de la personnalité ou de perturber certaines fonctions importantes du cerveau sur les plans cognitifs, comportementaux et affectifs.

L'épilepsie est-elle héréditaire?

Dans la plupart des cas, l'épilepsie ne se transmet pas héréditairement. Dans un petit nombre de cas, une prédisposition à l'épilepsie peut être transmise, mais même en présence d'une prédisposition, certaines conditions doivent exister dans le cerveau avant que des crises épileptiques n'apparaissent. L'épilepsie familiale évoque une cause sous-jacente d'ordre métabolique ou génétique, et il s'agit là de la cause la moins fréquente d'épilepsie.

Le terme épilepsie venant d'un mot grec où l'on retrouve le sens de « possession », on peut y voir que les Grecs croyaient que des démons étaient à l'origine des crises épileptiques, qu'ils considéraient comme un phénomène surnaturel. La nature réelle de l'épilepsie a longtemps été déformée par les mythes et la peur, et les gens continuent d'entretenir de fausses conceptions au sujet de cette affection.

Mythes et idées fausses

Douze mythes et idées fausses répandus concernant l'épilepsie

Les mythes et les idées fausses

Les faits

1. On peut avaler sa langue durant une crise.	Il est physiquement impossible d'avaler sa langue.
2. On doit mettre quelque chose entre les mâchoires d'un épileptique qui a une crise.	Surtout pas! On risquerait ainsi d'ébrécher les dents, de fendre les gencives ou même de fracturer la mâchoire de la personne. Les premiers soins adéquats sont simples. Il suffit de tourner doucement la personne sur le côté et de mettre un coussin ou un vêtement replié sous sa tête afin de l'empêcher de se blesser.
3. On doit maîtriser un épileptique en crise.	Il ne faut jamais tenter de maîtriser la personne! La crise suit son cours et on ne peut l'arrêter.
4. L'épilepsie est contagieuse.	Oui, aussi contagieuse qu'une blessure par balle! On ne peut tout simplement pas attraper l'épilepsie au contact d'une autre personne.
5. On ne voit l'épilepsie survenir que chez les enfants.	L'épilepsie frappe les plus de 65 ans presque aussi souvent que les enfants de moins de 10 ans. Au troisième âge, les crises sont souvent la conséquence d'autres problèmes de santé tels qu'un accident vasculaire cérébral ou un trouble cardiaque.
6. Les personnes atteintes d'épilepsie sont handicapées et ne peuvent pas travailler.	Les personnes épileptiques ont les mêmes habiletés et la même intelligence que la moyenne des gens. Certains présentent des crises graves et ne peuvent travailler, d'autres ont une productivité tout à fait normale et poursuivent une carrière exigeante avec succès.
7. Les personnes épileptiques ne doivent pas occuper des postes comportant des responsabilités et générateurs de stress.	Les troubles épileptiques s'observent chez des personnes de tous horizons professionnels et qui se trouvent à tous les niveaux hiérarchiques, dans le monde des affaires, les gouvernements, les arts

	et les professions libérales. Nous n'en sommes pas toujours conscients, car beaucoup de ces personnes, même de nos jours, préfèrent ne rien dire à ce sujet par peur de ce que les autres pourraient penser.
8. Avec les médicaments qui existent aujourd'hui, l'épilepsie est un problème pratiquement résolu.	L'épilepsie est un trouble chronique qui peut être traité avec succès dans un grand nombre de cas. Malheureusement, le traitement n'est pas toujours efficace et il existe un besoin pressant de pousser la recherche.
9. L'épilepsie est un trouble rare qui ne touche pas beaucoup de gens.	Au Canada, l'épilepsie concerne au-delà de deux fois plus de patients que l'infirmité motrice cérébrale (55 000), la dystrophie musculaire (28 000), la sclérose en plaques (39 000) et la fibrose kystique (3 400) réunies. L'épilepsie peut se manifester de manière isolée ou accompagner d'autres pathologies du cerveau tel que l'infirmité motrice cérébrale, la déficience mentale, l'autisme, la maladie d'Alzheimer et les traumatismes crâniens.
10. ***L'épilepsie n'entraîne pas la mort.	***Il demeure qu'elle est parfois très grave et que certaines personnes en meurent. Les spécialistes estiment que plusieurs décès chaque année au Canada surviennent suite à des crises prolongées (état de mal épileptique).
11. On ne peut prévoir ce qu'une personne fera pendant une crise épileptique.	Les crises suivent habituellement un schéma caractéristique, et la personne agit à peu près de la même façon chaque fois. Son comportement peut être inapproprié, mais il est peu probable qu'il constitue un danger pour les autres.
12. Les personnes souffrant d'épilepsie sont physiquement limitées dans ce qu'elles peuvent faire.	Dans la plupart des cas, l'épilepsie ne diminue pas l'aptitude physique, bien que certains soient plus gravement atteints et puissent être limités dans les activités physiques qu'ils peuvent faire.

Source de référence : Épilepsie Canada (www.epilepsy.ca)

Pour les curieux

De tout temps, des personnages célèbres ont été épileptiques ou sont soupçonnés de l'avoir été :

Jules César
Alexandre le Grand
Agatha Christie
Edward Lear
Socrate
Jeanne d'Arc
Harriet Tubman
Ludwig van Beethoven
Napoléon Bonaparte
Vincent Van Gogh
Charles Dickens
Richard Burton
Alfred Nobel
Gary Howatt
Et de nombreux autres!

Ces « génies épileptiques » ont démontré sans l'ombre d'un doute qu'on pouvait vivre avec l'épilepsie et réussir sa vie.

Prévalence et incidence

La prévalence représente le nombre de cas existant dans une population déterminée à un moment donné, alors que l'incidence est le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée (par exemple, une année) dans une population déterminée. Quelles sont donc la prévalence et l'incidence de l'épilepsie?

Prévalence : L'épilepsie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement : elle touche environ 0,6 % de la population canadienne.

Incidence: Avec une population canadienne de 31 000 000 en 2003, l'incidence est estimée à 15 500 nouveaux cas par année au Canada.

Âge (années) Prévalence (%)*

0-11	0,3
12-14	0,6
16-24	0,6
25-44	0,7
46-64	0,7
> 65	0,7

*Données tirées de l'Ontario Health Survey, Community Health Survey et National Population Health Survey.

Survol historique de l'épilepsie

L'épilepsie est connue depuis la plus haute antiquité. Jusqu'à la deuxième moitié du XIX^e siècle, elle fut assimilée à une maladie mentale. C'est également au 19^e siècle qu'ont été posées les bases de notre compréhension moderne du dysfonctionnement qui se produit au cours de l'épilepsie (physiopathologie). Hughlings Jackson (1873), un neurologue londonien, postula alors que les crises résultaient de brèves décharges électrochimiques d'énergie dans le cerveau - la nature des crises variant selon le siège des décharges et la fonction cérébrale en jeu. Peu après, David Ferrier à Londres, de même que Gustav Theodor Fritsch et Eduard Hitzig en Allemagne, firent la découverte de l'excitabilité électrique du cortex cérébral chez l'animal et chez l'être humain.

Au cours de ses travaux en Allemagne durant les années 1920, Hans Berger, psychiatre, met au point un électroencéphalographe (ondes de l'activité électrique cérébrale ou EEG) destiné à être employé chez l'humain. Depuis les années trente, l'épilepsie constitue un important champ d'application de cette découverte. L'EEG a permis de révéler la présence de décharges électriques dans le cerveau. On a également pu observer grâce à l'EEG que ces décharges électriques formaient des tracés différents associés à différents types de crises.

L'EEG a facilité la localisation du siège des décharges épileptiques et a élargi les possibilités du traitement neurochirurgical, qui est devenu beaucoup plus accessible à compter des années 1950 à Londres, Montréal et Paris.

Durant la première moitié du siècle, le phénobarbital (1912) et la phénytoïne (1938) ont été les principaux médicaments utilisés pour traiter l'épilepsie. Depuis les années 1960, la découverte de médicaments a connu des développements rapides, en partie grâce à une bien meilleure compréhension des activités électrochimiques du cerveau, particulièrement des neurotransmetteurs excitateurs et inhibiteurs.

Dans les pays développés, plusieurs nouveaux médicaments ont été commercialisés au cours des dernières années. On peut maintenant maîtriser les crises chez environ 75 % des enfants et des adultes dont l'épilepsie est nouvellement diagnostiquée.

Les progrès réalisés au cours des dernières décennies dans la neuro-imagerie cérébrale, structurale et fonctionnelle ont également grandement stimulé la compréhension de l'épilepsie et de son traitement; pensons notamment à la tomодensitométrie (TDM), à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et à la tomographie par émission de positrons (TEP). De telles techniques ont permis de mettre en évidence un grand nombre de lésions cérébrales moins facilement décelables et responsables de l'épilepsie. Tout type de lésion cérébrale (p.ex., d'origine traumatique, congénitale, infectieuse, vasculaire, tumorale ou dégénérative) peut entraîner des troubles épileptiques chez certains patients.

Source : Organisation mondiale de la santé

Séquelles

La personne épileptique peut avoir des séquelles plus ou moins nombreuses, légères ou graves de sa condition. Ces dernières peuvent être de deux ordres : neuropsychologiques et psychologiques.

Troubles neuropsychologiques

Les répercussions cognitives de l'épilepsie sont connues depuis longtemps, mais leur prise en compte en est plus récente à cause d'une meilleure connaissance de ce trouble et des dysfonctionnements corticaux observés. Entre les crises, le cerveau ne retrouve pas toujours un état « normal »; le noyau épileptique, point de départ de la crise, est souvent en hypofonctionnement métabolique. De cette zone non fonctionnelle peut découler un déficit cognitif dans des domaines aussi variés que le langage, la pensée logique, la représentation de l'espace, etc.

La gravité des troubles neuropsychologiques n'est pas toujours fonction de la sévérité de l'épilepsie. À preuve, certains syndromes épileptiques, en apparence bénins, sont responsables parfois de déficits importants et très invalidants.

Bien des difficultés d'apprentissage, auxquelles font face les étudiants épileptiques, ne sont pas dues aux crises en soi, mais bien aux médicaments qu'ils doivent prendre quotidiennement. Les effets secondaires de certains d'entre eux peuvent porter atteinte à **l'activité cérébrale, à la vigilance, à la mémoire et engendrer aussi de la somnolence.** Les problèmes rencontrés par ces étudiants proviennent aussi, et souvent, de leur difficulté à mémoriser une quantité importante de connaissances et à soutenir un effort intellectuel intense sur une courte période.

Troubles psychologiques

Lorsque l'épilepsie survient dans la période de l'adolescence ou à l'âge adulte, c'est un événement qui fait souvent coupure (il y a l'« avant » et l'« après ») et qui pose une énigme, surtout s'il n'y a pas de cause bien repérable comme un traumatisme, une maladie infectieuse, etc. Dans ces périodes de la vie, les acquisitions principales sont déjà en place. Pourtant, l'épilepsie peut venir entraver des études en cours, nécessitant ainsi une reconsidération complète du plan de carrière. Heureusement, cela n'est pas toujours le cas : tout dépend de la fréquence et de l'intensité des manifestations de celle-ci, ainsi que de la réponse aux traitements.

L'impact de la l'épilepsie sur la vie relationnelle et affective du sujet dépend beaucoup de la façon dont il se représente sa situation : vient-elle réveiller sur le plan inconscient d'anciennes blessures, un sentiment d'injustice, de honte, d'impuissance, etc. ? La capacité de l'entourage familial à faire une place à ces manifestations épileptiques influera aussi sur l'impact de son état chez la personne.

Que faire lorsqu'on est témoin d'une crise d'épilepsie?

- Dès que la crise se déclenche, envoyez quelqu'un prévenir les secouristes ou les agents de sécurité.

- Rester calme. Ne pas tenter de restreindre les convulsions. Elles résultent de simples contractions musculaires et s'arrêteront d'elles-mêmes.
- Éloigner tout objet pointu ou tranchant de l'étudiant. Ne pas tenter de déplacer la personne, sauf si c'est pour l'éloigner d'une source de danger.
- Lui enlever, s'il y a lieu, ses lunettes.
- Ne rien lui placer dans la bouche : cela risquerait de lui briser les dents, de le blesser sérieusement et même de l'étouffer.
- Tourner doucement la personne sur le côté et glisser sous sa tête un objet mou, par exemple un veston replié.
- Ne pas l'asperger d'eau et ne pas tenter de le ranimer. Laisser la crise se dérouler normalement.
- Ne pas pratiquer la respiration artificielle, sauf dans le cas très rare où la personne ne recommence pas à respirer après la crise.
- Lorsqu'elle revient à elle, l'accueillir avec un sourire. Ne pas oublier que la personne n'a aucun souvenir de sa crise.
- L'aider à se relever et à s'asseoir dans un endroit discret, car la personne est toujours épuisée après une crise.
- La laisser se reposer quelques minutes et l'aider à s'orienter. S'il y a lieu, appelez ensuite un parent ou un ami pour la ramener chez lui.
- Lui parler doucement. La situer. Vous identifier, même si la personne vous connaît. Lui dire qu'elle a eu une crise, qu'elle est à tel endroit, pendant tel cours (de philo par exemple), que tout va bien, etc. S'assurer qu'elle est complètement revenue à elle avant de la laisser partir, une période d'absence pouvant suivre la crise.

Y a-t'il urgence?

Appeler immédiatement et sans faute l'urgence médicale, 911

- Si la crise se prolonge plus de quelques minutes (5 à 10 minutes)
- Si une seconde crise survient immédiatement après la première, cette deuxième crise peut entraîner un coma épileptique très dangereux

Enfin, il est important de contacter la responsable des Services adaptés afin d'encadrer le mieux possible l'étudiant lors de son retour au cégep.

Note : À la suite d'une crise d'épilepsie en classe, prendre le temps de parler de cette expérience avec les étudiants, les laisser s'exprimer et les encourager à poser des questions sur ce sujet. Ils peuvent entretenir de fausses notions qui

pourraient être dissipées. De plus, ce type d'intervention favorisera la réintégration de l'étudiant épileptique en classe.

INTÉGRATION AU CÉGEP

Pour l'étudiant épileptique, comme pour les autres étudiants, le passage au cégep marque une étape dans sa vie de jeune adulte. Tous doivent s'adapter à une nouvelle vie, à un programme d'études beaucoup plus diversifié qui fait appel à des notions de plus en plus abstraites. Tous les étudiants ont à vivre cette transition.

Quant au professeur, des interrogations de tout ordre surgissent à la venue de cet étudiant dans son cours auxquelles les Services adaptés peuvent répondre.

Quelles limitations l'épilepsie impose-t-elle à l'étudiant?

L'étudiant épileptique devrait mener une vie aussi normale, aussi peu limitée que possible.

Lors de son choix de carrière, l'étudiant doit tenir compte des restrictions que lui impose sa condition. Des professions comme pilote de ligne, chirurgien, ou tout emploi qui demandent l'utilisation de machinerie lourde ou dangereuse, ou la manipulation de produits toxiques doivent être exclues au départ parce qu'incompatibles avec l'épilepsie. Bien qu'il soit très important d'informer l'étudiant des réalités de l'emploi ultérieur convoité, des compétences qui devront être développées dans la formation, des habiletés et des aptitudes spécifiques à la formation choisie, nous sommes dans l'obligation d'accueillir l'étudiant dans son projet de formation, son projet de vie.

PÉGAGOGIE

Attitudes à privilégier

N'oublions pas que l'un des buts de l'éducation est de rendre l'étudiant le plus autonome possible. Le cégep est le terrain sur lequel l'étudiant doit pouvoir exercer cette habileté. En général, lorsqu'il a accès à toutes les ressources qui lui sont nécessaires, et **qu'il les utilise**, il peut fournir un rendement comparable à celui des autres étudiants.

Encadrement

Le professeur qui reçoit dans ses cours un étudiant épileptique peut s'attendre à devoir investir un peu plus de temps et d'énergie pour adapter son cours, ses examens, et encadrer cet étudiant, s'il y a lieu. Le soutien consistera surtout dans la planification à long et à moyen terme des aides matérielles à l'apprentissage.

Enfin, soulignons que parler ouvertement de la limitation avec l'accord de l'étudiant, de ce qu'elle impose comme limites à ce dernier, est une démarche sensible qui peut déboucher sur des façons constructives de se comporter en raison des différences.

Éducation physique

La plupart des sports, y compris les sports de contact, sont permis et encouragés. Cependant les sports où une soudaine perte de conscience pourrait être dangereuse, comme le parachutisme, l'alpinisme ou la plongée sous-marine ne sont évidemment pas recommandés. L'étudiant devra fournir une évaluation des impacts de sa limitation et les suggestions d'accommodements rédigées par un professionnel de la santé s'il y a lieu.

QUELQUES PISTES D'INTERVENTION

Il est préférable de considérer l'étudiant épileptique comme les autres étudiants et avoir pour lui les mêmes exigences, en tenant compte bien sûr de ses difficultés. Même s'il est vrai que les étudiants épileptiques sont différents les uns des autres, on retrouve tout de même certaines constantes qui permettent d'établir des lignes directrices utiles dans notre pédagogie.

- Éviter de trop stimuler l'étudiant, car cela risque d'augmenter son degré de fatigue ou de frustration.
- Aider l'étudiant à faire des liens ou des associations qui rendent la mémorisation plus facile.

CONSEILS GÉNÉRAUX, PLANIFICATION DES ACTIVITÉS ET ACCOMMODEMENTS

La présence d'un étudiant épileptique peut cependant exiger certaines étapes supplémentaires au niveau de la planification des activités.

La responsable des Services adaptés est à la disposition du professeur pour le soutenir et le conseiller dans cette planification.

Évaluation : examens et travaux

Pour tout étudiant, la période des examens génère beaucoup plus de stress et le stress (peur de l'échec, peur de ne pas pouvoir terminer dans les délais exigés, etc.) est un facteur qui influence directement la fréquence des crises.

Facteur temps

Étant donné que l'étudiant épileptique a parfois besoin de plus de temps pour répondre à certains examens, il est maintenant une règle quasi universelle :

- Une fois et 1/2 fois plus de temps à ces étudiants pour la rédaction de dissertation en classe ou lors d'un examen (écrits longs ou longues lectures préalables); quant aux travaux écrits échelonnés sur une longue période, aucune prolongation de temps n'est nécessaire.

Dans certains cas particuliers, l'extension du temps peut excéder cette règle. Il est donc **conseillé** au professeur de discuter de cette question des examens, des modalités d'adaptation possibles, avec l'étudiant, avant le début des cours.

Où passer les examens?

Dans le but de réduire le stress (provocateur de crises) et permettre une plus grande concentration pour ainsi éviter une trop grande fatigabilité, il est recommandé que l'étudiant puisse faire ses examens dans le local réservé à cette fin, avec surveillance.

Stages et sorties éducatives

Les stages représentent pour l'étudiant une expérience de sensibilisation cruciale aux exigences de la carrière qu'il envisage. Le professeur aurait peut-être intérêt à consulter la responsable des Services adaptés et les responsables des lieux de stages ou des sorties pour s'informer des ressources du milieu et noter les contraintes que pourrait y rencontrer l'étudiant épiléptique (utilisation de produits toxiques, machinerie, etc.).

Accommodements et services

Pour desservir cette clientèle, nous avons besoin d'un certificat médical et idéalement d'un rapport d'évaluation d'un neuropsychologue avec recommandations si les séquelles sont d'ordre neuropsychologique.

Divers accommodements et services permettront à l'étudiant de pallier sa limitation.

Ainsi, on peut offrir :

- une lettre explicative aux professeurs;
- le service de prise de notes;
- temps supplémentaire aux examens;
- l'accès à un local adapté;
- un horaire adapté (selon la prise de médication);
- l'utilisation d'un ordinateur et des logiciels de correction (Antidote)
- ateliers de préparation à l'épreuve uniforme de français;
- un accès à une ressource pour souligner les erreurs (si la recommandation du médecin ou neuropsychologue est à cet effet);
- un soutien pédagogique adapté (aide aux devoirs, supervision des travaux, etc.);
- un encadrement éducatif (méthodes de travail, organisation, planification dans l'agenda, etc.);

- des adaptations d'évaluations;
- l'utilisation d'un dictionnaire électronique;
- l'utilisation d'une enregistreuse numérique;
- l'utilisation d'un agenda électronique de type Palm;
- un parrainage;
- des rencontres systématiques avec le professeur;

CONCLUSION

Nous espérons que cette brochure vous aura apporté les éléments de base pour mieux comprendre ce qu'est l'épilepsie et l'étudiant épileptique. Nous vous invitons à communiquer avec les Services adaptés pour toutes situations que vous jugerez à propos.

Merci et au plaisir de collaborer.

Hélène Savard
Pour l'équipe des Services adaptés
659-6600 poste 3724