



MUTLI le Saint Bernard :

Jonathan, Lise et les autres...



DOSSIER PEDAGOGIQUE N° 5 : ENVIRONNEMENT ET INADAPTATION

I - MISES au POINT

- 1 - Mieux connaître les handicaps.
- 2 - Les handicaps de la vie quotidienne : une nouvelle approche du handicap.
- 3 - L'intégration en milieu scolaire des enfants handicapés.
- 4 - L'importance du dépistage précoce, dans les écoles, des défauts de vue et d'audition.

II - EXPLOITATION PEDAGOGIQUE

- 1 - Découvrir le handicap de situation.
- 2 - Découvrir les difficultés de communication.
- 3 - Découvrir le handicap physique.
- 4 - Découvrir des remèdes aux difficultés de communication.

III - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES et AUDIO-VISUELLES

Cette fiche pédagogique a été réalisée par la Mutualité du Rhône (service Prévention - Commission Jeunes) avec le concours du C.R.E.A. Rhône-Alpes, du C.D.E.S., de l'association régionale des I.M.C. (C.E.M. de Dommartin, M. Dujardin) et de Suzanne Robert, enseignante en E.S.F., à partir de documents ou d'extraits de documents réalisés par Handimat, l'I.N.S.E.R.M., Pierre Minaire, P. Nedelec et P. Dujardin.

I - MISES AU POINT

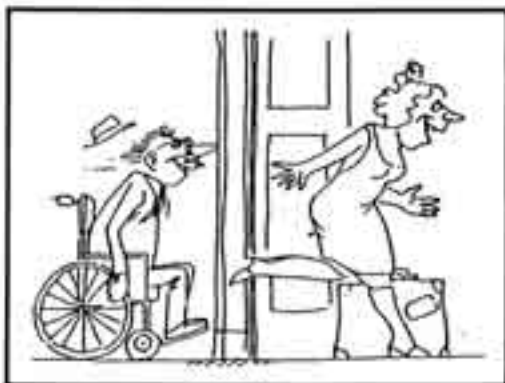
1 - MIEUX CONNAITRE LES HANDICAPS

La loi du 30 juin 1975 rassemble en un texte unique "l'ensemble des grandes orientations et des moyens qui doivent permettre à chaque handicapé d'atteindre à un degré d'autonomie, d'épanouissement personnel et d'intégration sociale le plus élevé possible".

Il s'agit d'un droit pour toute personne handicapée. Mais le législateur ne donne pas de définition du Handicap : "Sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales", loi du 3 avril 1975 (S. Veil).

Ce flou "obligé" est source de difficultés. Pour qu'il y ait le moins possible d'ambiguïté entre l'obligation nationale d'aide et d'assistance et le droit des personnes handicapées à l'intégration sociale, il ne faut pas perdre de vue que le but premier de cet effort financier est la réduction des handicaps.

Mais "OU COMMENCE LE HANDICAP?", écrit R. Sole dans "Le Monde" du 8 août 1986. La notion d'handicap est "trop relative pour permettre des statistiques précises et ne pas conduire à des "abus"... Les pseudo-handicapés abondent dans cette société d'assistance..., la moindre inadaptation étant étiquetée handicap et conduisant à réclamer un régime spécial ou des allocations". L'inverse est vrai; il existe aussi des personnes dans le besoin qui ne reçoivent pas d'aide car leur difficulté n'entre pas dans un cadre d'handicap répertorié.



"HANDICAP"
Mais qu'y a-t-il
derrière ce mot?

Etymologiquement, ce terme renvoie à la notion de hasard : (hand in cap : main dans le chapeau) et vient du milieu hippique où l'on oblige les meilleurs chevaux à porter une charge supérieure ou à parcourir une distance plus grande. Tous les concurrents ayant une chance égale le pronostic des parieurs devient difficile; aussi certains préféreraient-ils, pour faire leurs jeux, tirer au sort dans un chapeau le nom du vainqueur. Le mot "handicap" impliquant la notion de "gêne surajoutée" est entré dans le langage courant pour signifier "toute diminution de quelque ordre qu'elle soit".

Peu à peu, ce mot est devenu un mot passe-partout, un concept flou, sujet à l'amalgame avec les termes d'inadaptation, d'invalidité, d'incapacité, d'impotence, de déficit, de déficience, de troubles. Il est employé sans restriction, dans des domaines divers (physique, sensoriel, mental, sanitaire et social...) intéressant des populations très hétérogènes (telles que les infirmes, les handicapés mentaux, les personnes âgées et les exclus en tout genre...).

Devant la difficulté à circonscrire une population aussi complexe, le mot "handicap" a pris une extension considérable. Source de confusion, il est devenu un concept très relatif, présentant deux inconvénients :

- il marginalise des personnes, qui dans la réalité n'ont rien de commun, même pas les difficultés. Le terme "personnes handicapées" est devenu rapidement "le handicapé", un produit des "média" et du grand public;
- il ne correspond ni à l'état ni aux besoins des personnes : avant nous disions c'est un rhumatisant, un aveugle, un amputé, un paralysé... nous avons aussitôt l'image de cette personne. Cette classification avait un inconvénient majeur : c'était de ne pas donner l'importance de la difficulté rencontrée. Deux personnes paraly-

sées à la suite de la même maladie n'ont pas obligatoirement les mêmes difficultés. Par contre, une personne paralysée et une autre rhumatisante peuvent rencontrer les mêmes difficultés dans la même situation.

En 1980, WOOD a proposé pour l'Organisation Mondiale de la Santé, un schéma de base de classification internationale des handicaps.

Partant du schéma classique Etiologie → Pathologie → Manifestation, il propose le schéma suivant :

MALADIE → DEFICIENCE → INCAPACITE → HANDICAP

Retenons et analysons ce schéma simple : s'appliquant aussi bien au handicap d'origine mentale que physique.

DEFICIENCE (1)

Le concept de déficience désigne toute atteinte du système structural ou fonctionnel venant contrarier le fonctionnement normal de l'organisme. Il s'identifie à la lésion, provisoire ou définitive, susceptible d'entraîner une diminution de la capacité fonctionnelle, qu'il s'agisse de la perte d'un organe ou de l'altération, par rapport à la norme biomédicale, d'une fonction physiologique, anatomique ou mentale.

DEFICIENCES INTELECTUELLES :

- déficience de l'intelligence,
- déficience de la mémoire,
- déficience de la pensée.

AUTRES DEFICIENCES DU PSYCHISME :

- déficiences de la conscience et de l'état de veille,
- déficiences de la perception et de l'attention,
- déficiences des fonctions émotives et volitionnelles,
- déficience du comportement.

DEFICIENCES DU LANGAGE ET DE LA PAROLE :

- déficiences de la communication, de la compréhension et de l'utilisation du langage,
- déficiences vocales (fonction, forme, contenu).

DEFICIENCES AUDITIVES :

- déficience de l'acuité auditive,
- autres déficiences (discrimination, fonction vestibulaire et de l'équilibre).

DEFICIENCES DE L'APPAREIL OCULAIRE :

- déficience de l'acuité visuelle ou absence d'œil,
- déficience du champ visuel.

DEFICIENCES DES AUTRES ORGANES :

- déficiences mécanique et motrice des organes internes : fonction respiratoire, gastro-intestinale, urinaire, reproductrice.

DEFICIENCES DU SQUELETTE :

- déficiences mécanique et motrice des membres.

DEFICIENCES ESTHETIQUES

INCAPACITE (1)

L'incapacité est définie comme la conséquence d'une déficience en terme de réduction qualitative et quantitative de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain dans sa vie quotidienne.

INCAPACITES CONCERNANT LE COMPORTEMENT :

- incapacité concernant la conscience,
- incapacité concernant les relations.

INCAPACITES CONCERNANT LA COMMUNICATION :

- incapacité concernant la communication orale,
- incapacité concernant l'écoute,
- incapacité concernant la vision,
- incapacité concernant l'écriture.



INCAPACITES CONCERNANT LES SOINS CORPORELS :

- incapacité concernant les fonctions excrétrices,
- incapacité concernant l'hygiène corporelle,
- incapacité concernant l'habillement,
- incapacité concernant la nutrition et les autres soins corporels.

INCAPACITES CONCERNANT LA LOCOMOTION :

- incapacité concernant les différents types de marche,
- incapacité entraînant une restriction dans les déplacements.

INCAPACITES CONCERNANT L'UTILISATION DU CORPS DANS CERTAINES TACHES :

- incapacité concernant les tâches domestiques,
- incapacité concernant les mouvements du corps.

MALADRESSE :

- incapacité concernant les activités quotidiennes,
- incapacité concernant les activités manuelles.

INCAPACITES RELEVÉES PAR CERTAINES SITUATIONS :

- incapacités concernant la dépendance et la résistance,
- incapacités liées à l'environnement physique (température, bruit, lumière...)

HANDICAP

Dans le domaine de la santé, le handicap pour un individu donné résulte d'une déficience et d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).



ORIENTATION :

- capacité d'un individu à s'orienter lui-même par rapport à son environnement.

INDEPENDANCE PHYSIQUE :

- capacité d'un individu à poursuivre habituellement une existence indépendante.

MOBILITE :

- capacité d'un individu à se mouvoir efficacement dans son environnement.

OCCUPATIONS :

- capacité d'un individu à occuper son temps d'une manière habituelle selon son sexe, son âge et sa culture.

INTEGRATION SOCIALE :

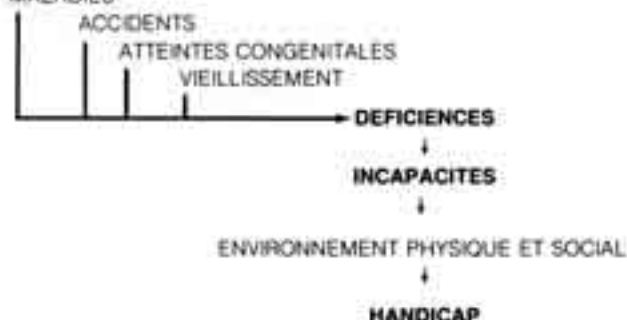
- capacité d'un individu à participer aux relations sociales habituelles et de les maintenir.

INDEPENDANCE ECONOMIQUE :

- capacité d'un individu d'assumer une activité socio-économique habituelle et son autonomie.

Le schéma de WOOD présente le handicap comme la conséquence d'un déficit par rapport à la norme biomédicale, avec ses répercussions limitant les performances d'une personne. Pour élargir la définition du concept de Handicap, il faut rajouter celle de P. Minaire et Cherpin (1976) qui intègre l'environnement physique et social comme source possible de "handicap de situation". Le "handicap" est donc le résultat d'une incapacité dans un environnement physique et social.

MALADIES



Une PERSONNE HANDICAPEE est une personne qui à la suite,

- soit d'une atteinte congénitale, d'une maladie, d'un accident, d'un trouble psychique ou de l'involution des divers appareils de l'organisme (vieillesse),
- soit à cause d'une situation inadaptée, d'un environnement physique et social donné, est atteinte de façon passagère ou définitive, d'une DEFICIENCE physique, psychique ou mentale amputant ou limitant, tout ou partie, de sa CAPACITE à mener une vie personnelle, affective, intellectuelle, sociale et professionnelle normale et la rendant plus ou moins inapte à tenir de façon plénière un rôle social (difficulté d'intégration).

Conséquence d'un déficit physique ou psychique ou tout simplement d'un environnement non adapté.

" LE HANDICAP EST LA DIFFICULTE OU L'IMPOSSIBILITE POUR UNE PERSONNE DE MAITRISER UNE SITUATION DONNEE "

Suite à un accident de circulation, une personne peut être amputée d'une jambe (DEFICIT). Une prothèse orthopédique lui sera proposée et après rééducation cette personne pourra maîtriser son environnement et reprendre une vie normale, se déplacer, conduire sa voiture, travailler, faire du sport... Elle ne rencontrera que peu de difficultés (INCAPACITES). Son handicap (DESAVANTAGE SOCIAL) sera minime.



Le handicap " n'est pas une constante, mais une variable " (P. Minaire)

Une personne peut être handicapée à 100% dans une situation et à 0% dans une autre.

Suite à un accident, une personne peut se retrouver paraplégique, elle est dans l'incapacité de se déplacer en marchant.

Avec un fauteuil roulant les déplacements deviennent possibles. Entraînée, cette personne peut parcourir de longues distances sans difficulté et parfois avec moins de fatigue qu'une personne valide. Par contre, elle est dans l'incapacité de gravir une voie d'escalier. Dans cette situation due à l'environnement elle devient handicapée, tout comme la personne âgée souffrant d'une arthrose sévère de hanche ou la mère de famille poussant son landau (HANDICAP DE SITUATION). C'est l'escalier qui crée le handicap et pas seulement la paraplégie, l'arthrose ou le landau... car si on le remplace par un plan incliné, la situation n'est plus handicapante.



" Le handicap est le résultat d'une incapacité dans un environnement physique et social ".

2 - LES HANDICAPS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Sur quelles données de base réfléchir pour se donner les moyens de diminuer les handicaps courants dans la vie quotidienne? Les réponses à cette question ont été clarifiées par une étude réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.), l'Observatoire Régional de la Santé du Rhône-Alpes et le Ministère des Transports en prenant pour "terrain d'étude" la commune de Saint-Cyr sur le Rhône.

En effet, on a maintes fois étudié les handicaps que subissent des catégories restreintes de la population (enfants, personnes âgées, handi-

capés, mutilés...) et nous voyons un peu partout des aménagements prévus pour faciliter la vie à ces personnes. Mais pour les autres, la grande majorité de la population, où se situe le début des difficultés? Combien de personnes sont gênées par la hauteur d'un marchepied d'autobus? Combien ont du mal à monter sur un escalier roulant à 3 kilomètres à l'heure?

Pour nous aider à répondre à ces questions, durant tout le mois de septembre 84, 504 habitants de la commune de Saint-Cyr, soit 95 % de la population, ont passé des tests visant à déterminer les possibilités qu'elles ont pour faire des gestes simples de la vie de tous les jours.

Les résultats sont surprenants, en voici quelques-uns qui illustrent combien notre environnement crée des handicaps pour beaucoup.

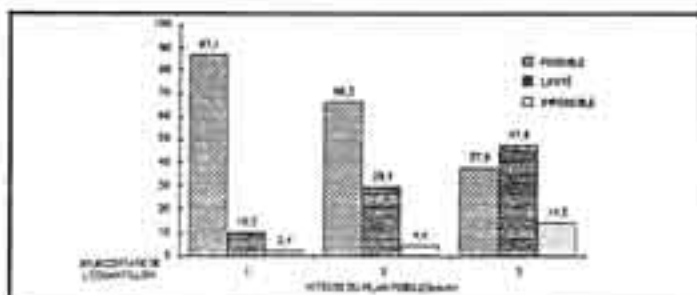
La liberté d'aller et venir

Il roule pour nous, mais il ne roule pas pour tous. C'est le constat qui s'impose après le test passé sur un tapis roulant. Plus il va vite, et plus les problèmes de montée ou de descente sont délicats.

En effet, 2,4 % des personnes testées n'arrivent pas à monter sur un tapis roulant à un kilomètre à l'heure et 10,5 % y parviennent avec difficulté. Ces pourcentages augmentent considérablement si le tapis avance à trois kilomètres à l'heure. Seulement 37,9 % montent dessus sans difficultés. 47,8 % ont des problèmes d'équilibre et 14,3 % n'y arrivent pas du tout. Ces chiffres donnent à réfléchir quand on sait que la construction d'un tapis roulant à 7 kilomètres par heure est envisagée à Paris.

Phénomène curieux, l'embarquement est plus difficile que le débarquement : à 3 kilomètres heure, 54 % descendent bien alors que seulement 37,9 % montent sans gêne apparente.

Le critère pouvant le mieux cerner les catégories éprouvant des difficultés paraît être celui de l'âge. Les jeunes de moins de 10 ans et les personnes de plus de 60 ans sont en proportion celles qui éprouvent le plus de difficultés. Il n'en reste pas moins qu'en nombre absolu ce sont les catégories intermédiaires de 20 à 60 ans qui fournissent le plus gros contingent (les 2 tiers) de personnes limitées ou impossibles à ce test.



A 3 km/h, il n'y a que 37,9 % de personnes qui montent sans problèmes. La majorité a donc des difficultés à cette vitesse.

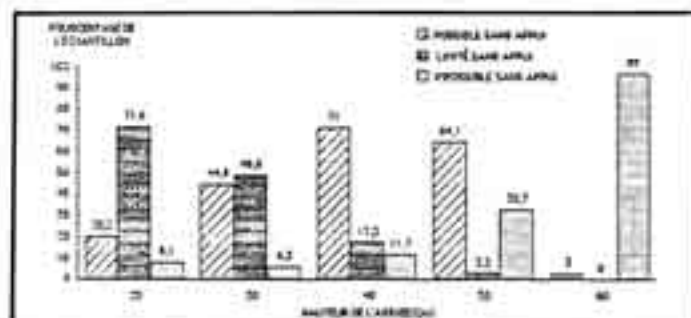
Geste encore plus simple en apparence, se lever sans avoir besoin de ses mains pour quitter la position assise. Pourtant, suivant la hauteur du siège, les résultats varient beaucoup et laissent rêver.

Ainsi sur un siège à 20 cm du sol, seulement 20 % de la population peut se relever sans appui. 72 % ont besoin de s'aider d'une main ou de compenser avec leur corps pour retrouver la station debout.

Les meilleurs scores réalisés sont bien évidemment lors des tests faits sur des hauteurs médianes (71 % à 40 cm, 65 % à 50 cm).

Mais revenons à des hauteurs courantes dans la vie quotidienne. A 40 cm, 29 % de la population ont des difficultés. Ce sont pour les 2 tiers des personnes qui ont une hauteur d'assise inférieure à 29 cm, à savoir les enfants.

Le dernier tiers représente des personnes qui, bien qu'étant assez grandes, ont du mal à se lever. Une réalité que l'on peut par exemple vérifier dans les églises. Une bonne partie de l'assistance, la plus âgée habituellement, a du mal à s'asseoir et à se lever aussi souvent que cela est prévu lors d'une célébration.



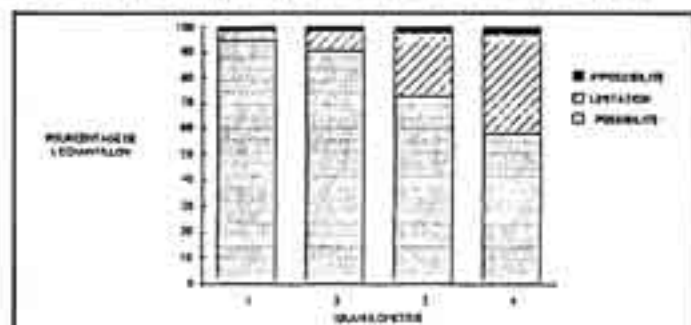
Se lever n'est pas toujours chose facile. La taille de la population n'est pas adaptée à certaines hauteurs de sièges.

Autre activité : la marche. Si un déplacement sur un sol lisse ne pose que peu de difficultés, il n'en va pas de même sur un sol non stabilisé. Marcher sur du sable, des graviers ou des galets n'est pas un exercice prisé par tout le monde.

Lors du test à Saint-Cyr sur le Rhône, les résultats ont varié suivant la densité plus ou moins grande de granulation déposée sur le sol de 4 à 38 %. Plus d'un tiers des gens peuvent donc avoir des problèmes pour se déplacer sur ce type de support.

Trois catégories de personnes ont été plus spécialement gênées : les femmes, probablement pour des raisons de chaussures, les enfants de moins de 10 ans, et les personnes de plus de 60 ans.

Curieusement ce sont les jeunes de 10 à 18 ans qui se sont montrés les plus agiles avec seulement 17 % de passages limités ou impossibles alors que la moyenne pour les 10-59 ans était de 41,8 %.



Si le nombre de personnes n'arrivant pas du tout à se déplacer varie peu, par contre, celles qui éprouvent des problèmes augmentent considérablement.

La montée et la descente d'un plan incliné sont également plus difficiles qu'on se l'imagine parfois.

Une inclinaison de 5 ou 10 % peut être franchie par la quasi-totalité de la population. C'est à 15 % que les problèmes commencent à se faire sentir, surtout en descente : 13 % ont du mal ou n'arrivent pas à la descendre sans appui.

Sur une pente à 20 %, ce sont 18 % qui ont des difficultés à monter et pratiquement une personne sur deux qui ne peut plus ou difficilement descendre.

Les femmes ont beaucoup plus de mal que les hommes. Là aussi, l'inégalité vient sans doute des talons. La difficulté est surtout ressentie pour descendre, les chaussures offrant un meilleur appui pour les montées.

Lors des tests, les sujets avaient la possibilité de s'aider en s'appuyant sur une ou deux rampes. Si un premier point d'appui augmente la réussite, en revanche le second n'a qu'une faible utilité car les enfants les plus petits, qui constituent une forte part de ceux qui n'arrivent pas à franchir le plan incliné, n'ont pas la possibilité d'attraper les deux mains courantes à la fois.

Dernière réflexion qu'inspire ce test, on remplace souvent les marches d'accès à des lieux publics par des plans inclinés pour favoriser les handicapés. Cette solution, la meilleure dans la majorité des cas, semble ne pas pouvoir être généralisable à l'infini quand on constate qu'une



personne sur deux est à la limite de ne pouvoir descendre seule un plan incliné de 20 %. Résoudre le problème d'une minorité est-il valable si l'on crée un handicap pour un grand nombre ?

Toutefois, ne prétendons pas trop rapidement que les marches sont forcément meilleures. Le test de montée et de descente d'un escalier donne lui aussi des résultats qui laissent songeur.

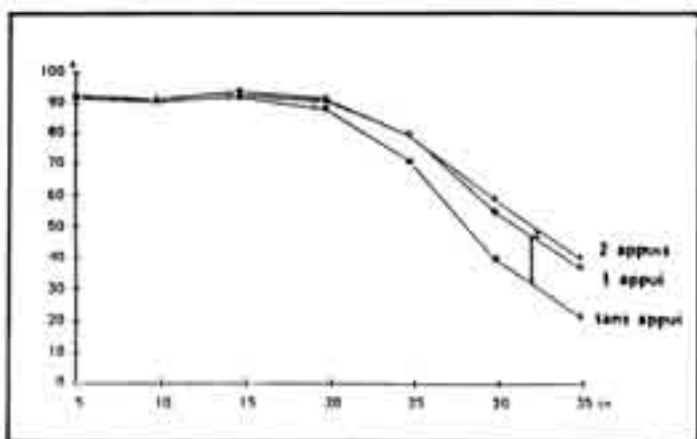
Monter des marches de faible hauteur ne pose de problèmes qu'à 10 % de la population. C'est à partir de 25 cm que les affaires se corsent. A cette hauteur, ils ne sont plus que 71,4 % à monter sans difficulté.

Comme pour les plans inclinés, les résultats sont encore plus mauvais à la descente. 87,5 % descendent bien les marches de 20 cm, 70 % celles de 25 cm, et seulement 21,2 % celles de 35 cm. Dans ce dernier cas, 11,5 % ont été totalement incapables de descendre sans aucun appui, 5 % avec un appui et 3,8 % avec deux appuis.

Et pourtant, nous sommes amenés tous les jours à monter des marches de cette hauteur, 35 cm étant l'embarquement actuel des autobus. C'est dire qu'un Français sur dix ne peut tout seul utiliser ce moyen de transport. Un argument de poids pour l'introduction et l'utilisation d'un bus surbaissé comme c'est possible avec le nouveau R 312.

Le même problème se pose de façon moins aiguë dans l'habitat. Les normes architecturales prévoyant des marches de 20 à 15 cm, cela exclut respectivement 3,6 et 3 % des sujets à la montée et 4,6 et 3,6 % à la descente.

Les appuis prévus ont un effet très appréciable pour les marches de 30 à 35 cm, leur efficacité paraît moins forte pour les marches de 20 cm et moins.



Monter des marches devient vite pénible à partir d'une hauteur supérieure à 20 centimètres. Les appuis deviennent, à ce moment, de plus en plus utiles.

LES HANDICAPS NE CONCERNENT PAS QUE LES POPULATIONS MARGINALES

Cette étude de Saint-Cyr sur le Rhône clarifie donc les données pour réfléchir aux moyens de diminuer les handicaps courants dans la vie quotidienne.

Tout d'abord, elle confirme ce que le simple bon sens a depuis longtemps mis en évidence, à savoir qu'il existe des inégalités liées à l'âge, au sexe, à la taille, ou à la profession; inutile de faire des tests pour avoir l'idée d'installer des chaises plus basses dans les écoles maternelles.

De même, cette étude montre, si besoin en était, l'importance des mesures à effectuer avant de concevoir une machine ou un lieu de passage pour le confort ou la possibilité d'utilisation de tous. En milieu industriel, le développement de l'ergonomie prouve combien ces situations sont prises en compte. La leçon essentielle de cette étude réside plutôt dans la mise en évidence de l'impossibilité de concilier la plus grande efficacité possible avec une utilisation

par le plus grand nombre. La rapidité avec laquelle les seuils d'exclusion se font sentir, comme le montrent les expériences avec le tapis roulant ou la hauteur des marches d'autobus, est à cet égard significative.

De plus, le fait que la plus grande partie des personnes exclues (en nombre et non en pourcentage) soit issue des groupes les plus forts prouve bien que, pour lutter efficacement contre les handicaps dans la vie de tous les jours, un effort en faveur des personnes diminuées ne suffit pas. Ces réalités ne sont pas complètement nouvelles. L'Office Mondial de la Santé définit depuis dix ans le handicap non pas comme une incapacité médicale en tant que telle, mais comme un manque résultant d'une situation donnée. L'étude de Saint-Cyr sur le Rhône s'inscrit parfaitement dans la logique de cette définition. L'incapacité ne se décèle pas a priori au vu d'un état physique ou psychique déficient, mais plus comme un handicap de situation causé par un environnement peu adapté ou par des conditions sociologiques particulières.

La lutte contre les handicaps de la vie quotidienne ne doit donc pas se concevoir suivant une seule analyse des incapacités mais beaucoup plus sur une adaptation d'un cadre de vie aux possibilités réelles existantes. Le test des marches prouve que le nombre d'exclus varie en fonction de la difficulté. On peut donc réduire les handicaps par une amélioration de l'environnement sans que soient modifiées les possibilités fonctionnelles d'une population. Un enseignement lourd de conséquences et à généraliser.

3 - L'INTEGRATION EN MILIEU SCOLAIRE DES ENFANTS HANDICAPES

INTEGRER, c'est accueillir en milieu scolaire, à temps plein ou à temps partiel, un enfant handicapé, selon un PROJET EDUCATIF CONCERTÉ qui peut faire l'objet d'une convention entre les partenaires.

Ce projet concerne chacun des partenaires de l'intégration, avec un rôle défini :

- L'ENFANT : l'intégration doit répondre pour lui à un besoin, à une demande, elle ne saurait présenter un caractère de contrainte.
- LA FAMILLE qui demande l'intégration de son enfant doit s'engager à participer au processus dans le respect du fonctionnement de la communauté scolaire.
- L'ECOLE : l'intégration n'est pas l'affaire d'un seul maître; elle concerne tous les membres de l'équipe éducative. L'élaboration du projet intégratif, sous la responsabilité du directeur, implique l'engagement de chacun pour une durée déterminée.
- Les INTERVENANTS SPECIALISES qui apportent une aide à l'enfant (orthophonistes, psychologues, kinésithérapeutes, médecins...).
- LA COLLECTIVITE LOCALE qui a la charge des locaux, elle est garante des conditions de sécurité et d'accessibilité; elle est aussi l'employeur des personnels non enseignants. Elle ne peut être tenue à l'écart.

Avant d'inscrire l'enfant, l'équipe spécialisée, les parents ou l'enseignant peuvent se renseigner :

- au secrétariat de la C.C.P.E. (Commission de Circonscription Pré-élémentaire et Élémentaire) dont dépend l'école,
- au Secrétariat Départemental pour l'Intégration de leur département (Inspection académique).

L'INTEGRATION SCOLAIRE : une réalité qui peut se mettre en oeuvre avec l'effort de chacun.

Cette intégration est possible dans certaines limites, "tout enfant handicapé n'est pas intégrable".

De toute façon, il vaut mieux procéder à une intégration progressive de façon à éviter les échecs.

A titre d'exemple, voici un recensement, non exhaustif, des intégrations 87/88, réalisé par le Secrétariat Départemental de l'Enseignement Spécialisé dans le département du Rhône.

RECENSEMENT NON EXHAUSTIF DES INTEGRATIONS 87/88

| | | AVEUGLES | AMBYOPES | SOURDS | MAL ENTENDANTS | HANDICAPES MOTEURS | TROUBLES RELATIONNELS IMPORTANTS | DEFICIENTS INTELLECTUELS | MALADIES CHRONIQUES | TOTAL |
|--------|----------|----------|----------|--------|----------------|--------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------|-------|
| PUBLIC | MATERN | 1 | 8 | 9 | 14 | 49 | 47 | 55 | 23 | 206 |
| | PRIMAIRE | | 22 | 3 | 24 | 56 | 50 | 18 | 28 | 201 |
| PRIVE | MATERN | | | 28 | | 30 | | 23 | 2 | 83 |
| | PRIMAIRE | | | 109 | | 30 | | 23 | 2 | 164 |
| TOTAL | | | | 218 | | 165 | 97 | 119 | 55 | 644 |

4 - LE DEPISTAGE SCOLAIRE

a - les troubles visuels

Le dépistage scolaire est important car la possibilité de récupération est fonction de la précocité du dépistage. Par exemple, plus l'amblyopie est reconnue tôt, meilleur sera le résultat des soins.

L'amblyopie touche 12000 enfants chaque année, dont 800 amblyopes latéraux.

Dans les amblyopies unilatérales, l'œil "refuse" de voir le plus souvent parce que la vision est différente de celle de l'autre œil.

Chez l'enfant de quelques mois, on est à peu près sûr de la guérison. Entre trois et cinq ans, la récupération est le plus souvent facile. On peut presque toujours compter sur une récupération importante. Après six - sept ans, la récupération est le plus souvent longue et difficile. Le résultat définitif est très aléatoire. Il est donc TRES IMPORTANT de dépister une amblyopie possible avant que l'enfant sache lire.

A ce titre, le rôle de chacun est à souligner : celui de la famille et de la Santé Scolaire, bien sûr, mais aussi celui de l'enseignant qui peut aider au dépistage par son observation quotidienne de l'enfant.

Si l'on sait que la plupart des administrations éliminent les candidats dont l'acuité visuelle est insuffisante d'un œil (les P et T n'admettent que les acuités au moins égales à 4/10* de vision pour chaque œil et l'Assistance Publique rejette tout postulant ayant une vision monoculaire...), on comprend immédiatement que toute la vie d'un enfant, tout son avenir peuvent être définitivement compromis.

Un dépistage simple

La mère, si elle est attentive, peut faire un test. Elle cache, pendant cinq à dix minutes, successivement, chacun des yeux de son enfant par un foulard mis en bandeau, ou de toute autre façon. Elle présente cela comme un jeu. Si l'enfant proteste ou pleure lorsqu'un de ses yeux est obturé, c'est que l'autre œil probablement lui donne une vision très insuffisante : on peut soupçonner une amblyopie.

Ce test, valable seulement pour l'amblyopie unilatérale, peut se faire à partir de l'âge de six mois et devrait être répété vers 9 mois et vers 12 mois.

Symptômes à surveiller chez l'enfant

- il louche,
- il cligne souvent des yeux,
- il écrit le nez "sur ses cahiers",
- il fronce les sourcils, il a le visage crispé lorsqu'il regarde quelque chose attentivement,
- il a des maux de tête fréquents,
- il a tendance à se frotter les yeux,
- s'il lit à haute voix, il perd l'endroit où il en était de sa lecture,
- il n'écrit pas sur les lignes,
- il penche la tête pour lire,
- il ferme un œil quand il regarde attentivement quelque chose.

b - La déficience auditive

Chez l'adulte, comme chez l'enfant, le succès du traitement dépend largement d'un dépistage précoce.

Un test rapide à faire soi-même

- Vous avez l'habitude de poser le combiné du téléphone sur l'oreille droite. Est-ce que vous entendez moins bien de l'oreille gauche?
- Entendez-vous le "tic-tac" de votre montre mécanique plus nettement d'une oreille que de l'autre?
- Quand une personne vous chuchote quelques mots à l'oreille, avez-vous tendance à présenter toujours la même oreille?
- Avez-vous tendance à augmenter systématiquement le son de la radio ou de la télévision?
- Faites-vous souvent répéter vos interlocuteurs parce que vous avez "entendu" mais pas "compris" leurs propos?
- Etes-vous souvent surpris par une personne arrivant derrière vous parce que vous ne l'avez pas entendue marcher?
- Dans un milieu bruyant, comprenez-vous plus ou moins bien vos interlocuteurs?



II - EXPLOITATION PEDAGOGIQUE

DECOUVRIR LE HANDICAP DE SITUATION

1) Lecture

Lire la bande dessinée de MUTLI "Jonathan, Lise et les autres..."

2) Expression orale

— Objectif :

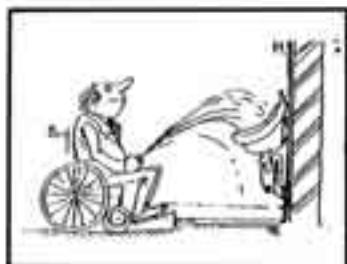
Faire découvrir que le handicap n'existe que dans certaines situations et qu'il peut être aggravé par l'environnement : les escaliers, le bruit, la circulation, les étagères trop hautes, les trottoirs, etc...

— La prise de conscience du handicap :

"Vous avez déjà entendu parler d'une personne handicapée, peut-être en connaissez-vous une?"

Notez au tableau, les personnes citées, leur handicap, les difficultés rencontrées.

Exemples : La grand-mère n'entend pas (conversation T.V.).
Le voisin se déplace difficilement (escalier)



3) Expression écrite

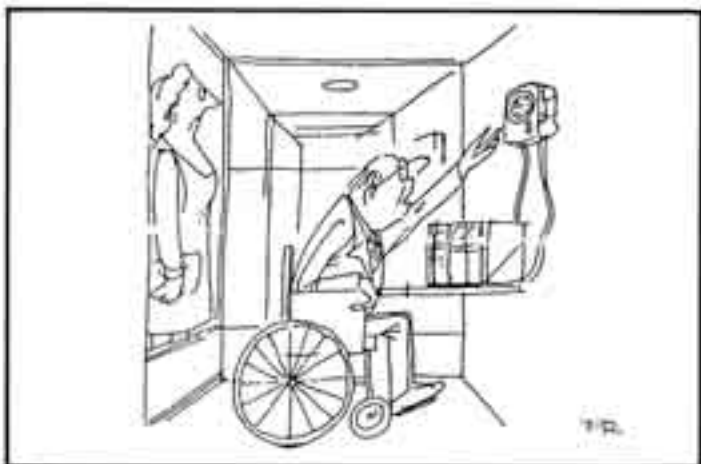
a) M. Durand décide de se rendre au restaurant car c'est dimanche. A l'aide du dessin suivant, décrivez ses réactions lorsqu'il arrive devant la porte à tambour de l'établissement.

b) Trouver un titre à cette photo.

c) Trouver trois adjectifs qui rendent compte de l'atmosphère de cette scène.

CHERCHER L'ERREUR

Trouver les anomalies des dessins suivants et proposer des solutions permettant d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées.



DECOUVRIR LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION

JEUX

1 - **Objectif** : faire découvrir que des sons connus se perçoivent plus difficilement avec une seule oreille.

Qui va parler ?

Un élève tourne le dos à ses camarades en se bouchant une oreille et pose la question " Qui va parler ? " Quelqu'un lui répond : " moi ". L'élève devra nommer le camarade qui a répondu.

2 - **Objectif** : faire découvrir que les deux oreilles sont nécessaires pour se diriger.

Le petit bruit

Faire sortir cinq élèves. Cacher un réveil mécanique ou une montre musicale dans un endroit de la classe. En se bouchant une oreille avec un doigt, ce qui lui fait perdre la stéréophonie du son, chaque élève, à tour de rôle, sans se déplacer, devra localiser l'objet.

Recommencer la même expérience avec des élèves qui entendent normalement.

3 - **Objectif** : faire découvrir que la communication sans la parole n'est pas facile.

Le mot articulé

Un élève, face à ses camarades, articule un mot ou une courte phrase sans prononcer un son. La classe devine le contenu du message. Ce même jeu peut servir à faire découvrir aux enfants un remède aux difficultés de communication des enfants sourds par l'apprentissage de la lecture labiale.

DECOUVRIR LE HANDICAP PHYSIQUE

1 - **Objectif** : découvrir le handicap manuel et chercher un remède.

Savez-vous planter les clous ?

Planter des clous d'une seule main sur une planchette. Essayer de

trouver une solution efficace.

Exemples de techniques à employer : maintenir chaque clou avec de la pâte à modeler ou une pince à linge ou bien planter chaque pointe dans du carton ondulé posé sur la planchette.

2 - **Objectif** : découvrir les difficultés de coordination que vivent toujours certaines personnes.

Marcher sur des boîtes

Passer des ficelles à travers des boîtes de conserves type 4/4. Former une boucle d'environ 50 cm. Saisir avec les mains une des extrémités de la boucle, poser les pieds sur les deux boîtes. Se déplacer avec les pieds fixés sur les boîtes en tirant sur les ficelles. On peut augmenter la difficulté en croisant les ficelles.

Tous ces jeux peuvent être introduits à l'occasion d'un cours sur l'anatomie.

DECOUVRIR DES REMEDES AUX DIFFICULTES DE COMMUNICATION

JEUX

1 - **Objectif** : faire découvrir que la main peut remplacer le regard.

Colin-Maillard

Bander les yeux d'un élève qui doit reconnaître un camarade silencieux, simplement en lui touchant le visage.

2 - **Objectif** : faire découvrir que l'ouïe peut remplacer la vue.

Qui va parler ?

Un élève tourne le dos à ses camarades et pose la question " Qui va parler ? ". Quelqu'un lui répond : " moi ". L'élève devra nommer le camarade qui a réagi.

3 - **Objectif** : faire découvrir que le regard peut remplacer l'ouïe.

Lecture labiale

Voir le jeu du mot articulé

III - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES AUDIO-VISUELLES

1 - BIBLIOGRAPHIE

"Les Boutons du Diable" - Aline Hastey - Edition La Farandole

Je suis comme vous - Edition Centurion Jeunesse

Helen Keller - Lorena A. Hickok, édition Plein Vent, Laffont

Le Trésor du Parc - A. Murat, P. Marque

Paris Edition et Communication Médicale 1984 - Diffusion Vigot (Diabète et diététique B.D.)

Joueur de Plume - Cache Cache et autres titres - Olivier Poncer

Grand-Mère, entends-tu ? - H. Depleux - Edition La Farandole

Louis Braille - Edition Folio Junior

On l'appelait Filot - Peter Härtling - Edition Bordas

Au pays des cheveux frisés, une sans frisette est née - Edition La Farandole

4 milliards de visages - Edition Ecole et Loisirs

Frédéric - Edition Ecole et Loisirs

Devinettes au fil des pages - V. Allen Jensen et P. Edman, Paris UNESCO (livre pour enfants aveugles et voyants)

Le besoin de vivre (histoire en B.D. d'une dialyse) - Entre bois, 57 CH 1013 Lausanne

2 - FILMS

Handimat 84 relate l'expérience réalisée en 84 dans le Rhône d'un "gymkhana" en fauteuil roulant organisé entre enfants handicapés et enfants valides. Service ergothérapie : Centre d'Education Motrice, 69380 Dom-martin, tél. 78.34.50.09.

L'esprit du vent : film canadien de Ralph Liddle (1978) tiré du livre de G. Asia

Très beau film tourné en Alaska retraçant l'histoire d'un enfant esquimau atteint de tuberculose osseuse qui restera handicapé à vie. A force de persévérance, il va devenir champion de course de traîneau. Durée 1h50 - 16 mm.

On peut se le procurer à l'UFOLEIS Rhône-Alpes, 38, av. Général-de-Gaulle, 69300 Caluire. Tél. 78.23.36.24

3 - DES LIVRES DONT UN ENFANT HANDICAPE EST LE HEROS

| | | |
|-----------------------|------------------------------|------------|
| Gérard Pussey | Le nez de Véronique | Ec. Losrs |
| Philippe Barbeau | L'odeur de la mer | Fammarion |
| Lida Durdikova | Les enfants aux yeux éteints | Fammarion |
| Janusz Korczak | La gloire | Fammarion |
| Patricia Hermes | Le secret de Jeremy | Fammarion |
| Helen Young | Plus de gym pour Danny | Fammarion |
| Mary Riskind | Harry-Pomme et les autres | Fammarion |
| Veronica Robinson | David l'étrange | Fammarion |
| Clayton Bess | Par une nuit noire | Fammarion |
| Jan Needle | Mon ami Chaïq | Fammarion |
| Joachim Hartenstein | Mon frère Jack | Fammarion |
| Maria Ewa Letki | Demain, je repartirai | Fammarion |
| Betsy Byars | Balles de flipper | Fammarion |
| Jean-Côme Nogués | Papa fantôme | Liv. Poche |
| A. Briet, C. Pomarède | Zemara la serpentine | Messidor |
| M.C. Monchaux | Alexis | Magnard |
| M.C. Monchaux | Aurélien | Magnard |
| Linda Peavy | Le grand-père d'Elise | Gallimard |
| Malcolm J. Boss | Les 79 carrés | Fammarion |

4 - POUPEES

Une série de 7 poupées pour faciliter l'intégration et la représentation des enfants handicapés dans leurs propres jouets disponibles à Mutations 66, cours Tolstol, 69100 Villeurbanne.

