

LA PRISE EN CHARGE EN EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE DES ELEVES APTE PARTIELS

Si l'accueil des élèves handicapés dans des établissements ordinaires n'est pas un projet récent, c'est qu'il était bien souvent lié à une volonté de l'équipe éducative et de direction de ces établissements scolaires.

Si ces scolarisations n'étaient pas fréquentes ils y a quelques années encore, elles tendent à le devenir, notamment pour se conformer à la loi du 11 février 2005 qui annonce que les enfants handicapés sont tenus d'être accueillis dans l'établissement ordinaire le plus proche de leur domicile dans la mesure du possible.

En ce qui concerne leur scolarisation en EPS, de nombreux collègues appréhendent l'arrivée de ces élèves à besoins éducatifs particuliers tant du point de vue de la sécurité, de la responsabilité, de la gestion de la classe et des apprentissages... sans parler de l'évaluation !

Dans notre discipline, sans être confronté spécifiquement au handicap avéré, nous rencontrons quasi-quotidiennement l'inaptitude, qu'elle soit partielle ou totale, temporaire ou non. Dans ces quelques pages nous allons regrouper tous ces élèves (handicapés ou inaptes de toute sorte) sous le concept d'aptes partiels. En effet, il est très rare (voire impossible) de ne jamais rien pouvoir faire en cours d'EPS, quelles que soient les déficiences dont on est atteint.

L'objectif de cet article est de rassurer, de questionner, de guider et d'informer chaque lecteur afin de pouvoir mettre en place une véritable politique de scolarisation des élèves aptes partiels en EPS et de toucher toute la population scolaire à travers nos cours... Halte à la « *dispense* » !

Dans un premier temps vous pourrez faire un état des lieux de votre fonctionnement (celui qui est traité dans votre projet pédagogique EPS) et de vos connaissances sur l'accueil des élèves aptes partiels en cours. Ensuite nous vous proposerons certaines pistes de travail et des réponses possibles aux difficultés rencontrées dans cette entreprise. Pour terminer, nous ferons un rapide panorama de certaines pathologies (caractéristiques, risques et adaptations possibles pour l'EPS) afin d'apporter quelques informations qui pourront éventuellement orienter votre réflexion didactique et pédagogique lors de l'accueil d'un élève apte partiel.

1. La scolarisation des élèves aptes partiels dans mon établissement

Tous les élèves sont-ils présents en cours d'EPS ?

Si non, pour quelles raisons sont-ils absents ?

- ✓ « *Handicapé* » : inapte permanent total ou partiel.
- ✓ « *Dispensé* » : inapte ponctuel total ou partiel.

Que font les élèves « *inaptes* » ?

- ✓ Présents en cours.
- ✓ Absents du cours voire de l'établissement.

Selon vous, qu'en disent les textes ?

La question des élèves aptes partiels est-elle traitée dans :

- ✓ Le projet d'établissement ?
- ✓ Le règlement intérieur ?
- ✓ Le projet EPS ?

2. Axes de réflexions de la démarche de scolarisation

2.1. Connaître :

- ✓ L'élève :
 - Ses aptitudes et inaptitudes.
 - Son vécu antérieur et actuel dans les APSA.
 - Son environnement familial.
 - Ses attentes vis à vis de l'École, de l'EPS...
- ✓ Les textes officiels :
 - Les textes généraux (scolarisation des handicapés, mise en place de projets...).
 - Les textes concernant l'EPS et l'inaptitude (contrôle médical, certificat, durée...).
 - Les textes concernant l'évaluation des élèves aptes partiels en EPS (examens ou CCF...).

2.2. Reconnaître :

- ✓ L'enseignant doit prendre du recul et analyser ses stratégies d'enseignement pour les adapter à un public différent, plus hétérogène, avec des attentes singulières.
- ✓ Le positionnement du professeur par rapport au handicap ou à l'aptitude partielle : crainte, refus, compétence, envie, responsabilité...
- ✓ Le positionnement de l'élève partiellement apte : image de soi (physique, physiologique, psychologique, sociale).
- ✓ Le positionnement des élèves ordinaires par rapport à leur(s) camarade(s) apte(s) partiel(s) : exclusion, compassion, indifférence...

2.3. Intégrer (moyens d'intégration) :

- ✓ Différencier les types d'élèves concernés : handicapé, apte partiel temporaire ou non...
- ✓ Forme de groupement : groupe classe et/ou groupe de besoin.
- ✓ Les moyens d'action disponibles : moyens humains, moyens matériels, divers projets...
- ✓ Faire adhérer les élèves ordinaires au projet d'intégration : informer le groupe, imposer et/ou négocier des règles spécifiques...
- ✓ Faire adhérer la communauté éducative au projet d'intégration : chef d'établissement, CPE, infirmière, équipe éducative...
- ✓ Ne pas intégrer un élève au détriment des autres, ne pas perturber la progression des apprentissages de chacun.

2.4. Utiliser :

- ✓ Les compétences des valides pour faire progresser le camarade handicapé : socialisation, citoyenneté, solidarité...
- ✓ Les compétences de l'élève handicapé pour faire progresser les camarades : motivation...
- ✓ Mise en œuvre de projets : autonomie, responsabilité...
- ✓ Les moyens d'action disponibles : moyens humains (institutionnel ou non), moyens matériels, moyens financiers, horaires...

2.5. Agir :

- ✓ Projet d'établissement : vote au conseil d'administration du règlement intérieur :
 - Tous les élèves sont présents dans l'établissement pendant les heures de cours (cours ou étude à l'appréciation du professeur).
 - Utilisation obligatoire du certificat médical fourni par l'établissement dans carnet de correspondance (certificat reprenant le certificat type de la circulaire du BO n°38 de 1989).
- ✓ Projet d'EPS :
 - Aligner au moins deux classes de même niveau dans deux APSA différentes pour chaque créneau horaire.

- Etablir, dans la mesure du possible, une programmation qui se base davantage sur les compétences que sur les APSA.
- ✓ Projet spécifique de l'élève :
 - Déterminer des compétences communes à la classes et d'autre spécifiques à l'élèves ;
 - Intégrer le projet individuel en EPS au projet personnalisé de scolarisation (ex : demande de matériel spécifique aux APSA).
- ✓ Modalités d'intégration en fonction des aptitudes renseignées sur le certificat médical en tenant compte des apprentissages programmés pour les autres élèves :
 - Au sein de sa classe la même activité que ses camarades avec les mêmes contenus (tâche restreinte ou aménagée).
 - Au sein de sa classe la même activité que ses camarades avec des contenus différents.
 - Au sein de sa classe une autre activité permettant de développer des compétences similaires.
 - Au sein de sa classe dans une autre activité.
 - Dans un autre groupe d'élèves ordinaires.
 - Dans un groupe d'élèves handicapés ou aptes partiels.
- ✓ Contenus adaptés : des adaptations sont possibles en jouant sur :
 - Les compétences recherchées en fin de cycle.
 - Le choix des APSA support.
 - Le traitement didactique et pédagogique : mode d'entrée, forme de groupement, traitement de la tâche, etc.
- ✓ Evaluation : deux types d'évaluations se distinguent :
 - L'examen pour lequel il est impératif de se conformer aux textes officiels qui régissent l'examen concerné (CAP, BEP, bac...).
 - Le cycle ne débouchant pas sur un examen : l'enseignant dispose d'une grande liberté pédagogique lui permettant de valoriser s'il le souhaite certaines compétences plus que d'autres afin de ne pas léser l'élève apte partiel par rapport à ses camarades. Il ne s'agit pas de mettre une bonne note par complaisance mais d'être juste.

Cette démarche devrait permettre de contribuer à la réussite des élèves aptes partiels :

- ✓ Réussir sa vie d'élève :
 - Epanouissement individuel.
 - Réussite scolaire.
- ✓ Accès à tous les domaines d'enseignement.
- ✓ Tendre vers l'égalité des chances.

3. Pathologies

Les tableaux qui vont suivre vous fourniront quelques renseignements sur un certain nombre de pathologies dont peuvent souffrir les élèves que nous accueillons en cours. Il est nécessaire de prendre ces informations avec beaucoup de prudence puisque chaque enfant a une évolution et des potentialités qui lui sont propres et auxquelles il sera impératif de s'adapter.

Il sera donc indispensable de s'appuyer en priorité sur les informations fournies :

- ✓ Par le médecin dans le certificat médical d'(in)aptitude partielle.
- ✓ Par l'élève et sa famille sur ce qu'il fait ou non en terme de motricité.
- ✓ Par une évaluation progressive des potentialités au cours des séances d'EPS.

Les fiches regroupent des aptitudes partielles relatives à :

- ✓ Des maladies invalidantes : anorexie, asthme, boulimie, diabète, épilepsie, hémophilie...
- ✓ Des situations découlant d'un handicap : IMC, lésion médullaire, prothèse, scoliose...

ANOREXIE	
PROFIL	<p>Trouble du comportement alimentaire, l'anorexie est une maladie d'origine psychologique due à la peur constante de grossir ou à la croyance d'être gros. Elle se caractérise par un refus de manger ou des vomissements volontaires, une perturbation de l'image du corps et une perte significative de poids.</p> <p>Sur le plan psychologique, elle est caractérisée par un déni de maigreur, une hyperactivité physique et intellectuelle et des pensées obsédantes concernant l'alimentation. L'anorexie s'accompagne souvent d'une période dépressive, d'une fragilité psychologique.</p> <p>Dans la majorité des cas, cette pathologie touche les filles à l'adolescence (12-20 ans) : 10 filles pour 1 garçon. L'anorexie s'accompagne souvent d'aménorrhée (absence de règles).</p> <p>Elle se caractérise par de fréquentes rechutes et des alternances anorexie-boulimie.</p>
MANIFESTATIONS	<p>L'anorexie est difficile à repérer car les performances scolaires (très souvent bonnes) sont conservées jusqu'à un stade avancé de la maladie. Ces adolescents poursuivent leurs activités normalement, mais évitent les relations et fuient les conflits, surtout au sein de la famille.</p> <p>Quelques points peuvent néanmoins mettre à jour cette maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ perte de poids significative, fonte des graisses puis des muscles ; ✓ volonté d'aller au bout de soi-même, jusqu'à l'épuisement ; ✓ faiblesse due à des chutes d'une tension déjà basse ; ✓ ralentissement des battements cardiaques (bradycardie) ; ✓ sensation d'avoir froid (hypothermie notamment des extrémités) ; ✓ fragilité des dents, des ongles et des cheveux ; ✓ sécheresse de la peau ; ✓ œdème des membres inférieurs ; ✓ vomissements dus à une prise importante de laxatifs...
PRECONISATIONS	<p>Il est très souvent difficile d'amener l'adolescent ou sa famille à accepter la prise en charge spécialisée néanmoins il est indispensable de solliciter une aide médicale. Le traitement médical associe une prise en charge nutritionnelle et une psychothérapie individuelle ou familiale ainsi qu'une prise de médicaments.</p> <p>A long terme, le traitement doit prévenir les rechutes, éviter les va-et-vient anorexie-boulimie et limiter l'isolement affectif, relationnel et social.</p>
EN EPS	<p>Deux aspects sont à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'hyperactivité physique dans un objectif de contrôle de poids ; ✓ les carences métaboliques dues à la dénutrition. <p>Il convient par conséquent de limiter l'intensité et la durée de l'effort. Le rapport souvent ambigu à l'effort (souffrances infligées), implique une gestion parfois délicate pour l'enseignant d'investissements très positifs a priori dans les activités physiques.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Aucun type d'activité n'est contre-indiqué s'il est adapté afin d'éviter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les efforts violents (avec charge, ou longs) du fait de la fragilité musculaire, articulaire et tendineuse ; ✓ les contacts rudes, les chocs et les chutes traumatisantes. <p>Les activités artistiques sont recommandées pour les enfants anorexiques ; il s'agit de redécouvrir son corps.</p>

ASTHME	
PROFIL	<p>C'est une inflammation chronique des bronches se manifestant par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ un <u>essoufflement</u> anormal (crise d'essoufflement ou dyspnée) ; ✓ une <u>toux sèche</u>, survenant lors d'un exercice ou la nuit ; ✓ des <u>sifflements</u> (la broncho-constriction gêne le passage de l'air) ; ✓ une <u>oppression thoracique</u> (sentiment de poids sur les poumons).
MANIFESTATIONS	<p>Certains facteurs déclencheurs ou aggravants sont bien connus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'<u>environnement</u> : présence d'acariens, d'animaux, de moisissures... ; ✓ les <u>conditions climatiques et atmosphériques</u> : froid sec, pollution... ; ✓ l'<u>activité physique</u> du sujet : type d'exercice (intensité, durée...) ; ✓ l'<u>état psychologique</u> du sujet : stress, fatigue... <p>On peut différencier plusieurs types de crises d'asthme :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la crise <u>légère</u> : les signes sont présents pendant l'activité mais pas lors du repos ; ✓ la crise <u>sévère</u> : les symptômes de la crise légère persistent ou s'aggravent malgré la prise d'un broncho-dilatateur ; ✓ la crise <u>grave</u> : l'élève transpire au repos, les lèvres deviennent bleues, la lucidité se perd, état de malaise. <p>La crise d'asthme peut également survenir pendant, à l'arrêt de l'activité et parfois même après plusieurs heures de repos ; elle est alors appelée asthme d'effort (bronchospasme induit par l'exercice). Elle résulte alors :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ d'une perte d'eau pendant l'effort qui dessèche les bronches, d'où une irritation et une augmentation de sécrétions bronchiques ; ✓ d'une diminution du débit respiratoire qui réchauffe brutalement les bronches et augmente donc la vasodilatation de ses vaisseaux combiné avec la libération de substances favorisant leurs contractions. <p>Cet asthme d'effort marque traditionnellement 3 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ phase <u>sévère</u> : pendant ou 10' après l'effort ; se finit 30 à 60' après ; ✓ phase <u>réfractaire</u> : 30 à 90' sans gêne (ou quasi sans gêne) ; ✓ phase <u>tardive</u> : manifestation légère de l'asthme 12 à 16 heures après l'exercice. Elle se dissipe dans les 24 heures.
PRECONISATIONS	<p>Eviter les atmosphères froides et sèches ainsi que celles riches en allergènes (poussières, pollens, pollution, tabac...).</p> <p>La présence de rhume, toux, fatigue sont autant de facteurs aggravants.</p> <p>Veiller à bien boire pour favoriser une bonne humidification des bronches.</p> <p>Savoir utiliser son broncho-dilatateur en prévention (avant et après l'effort) et pas seulement en cas de survenue d'une crise.</p>
EN EPS	<p>Quelques points clés permettront d'éviter ou d'atténuer les crises :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>s'échauffer</u> progressivement pour préparer les voies respiratoires ; ✓ <u>respirer par le nez</u> pour humidifier l'air (et éviter d'assécher les bronches). Porter éventuellement un cache-col ; ✓ limiter les tâches motrices intensives quand <u>l'air est froid et sec</u> ; ✓ éviter un <u>environnement pollué et allergisant</u> ; ✓ privilégier les efforts discontinus permet une certaine <u>récupération</u>... <p>Objectifs à développer prioritairement lors des apprentissages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>gérer ses ressources</u>, exploiter les temps de repos ; ✓ apprendre à <u>pratiquer à son rythme</u> (durée, intensité, répétition) ; ✓ construire des repères pour adapter ses efforts...
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Aucune APSA n'est à proscrire à condition d'avoir des intensités modérées et des temps de récupération suffisamment longs et après échauffement complet dans des conditions atmosphériques favorables.</p>

BOULIMIE	
PROFIL	<p>La boulimie est un trouble d'origine psychologique du comportement alimentaire avec des crises caractérisées par un besoin incontrôlé de manger, accompagné ou non de vomissements volontaires. Sans vomissements, la boulimie conduit l'adolescent sur la voie du surpoids et de l'obésité. Avec vomissements volontaires, la prise de nourriture est « <i>compensée</i> » pour garder un poids « <i>normal</i> ».</p> <p>Il existe 2 types de boulimie : l'alternance des privations et des excès et celle qui traduit également un rapport perturbé avec la nourriture et un mal être mais sans volonté d'autodestruction.</p> <p>Dans la majorité des cas, cette pathologie touche les filles à l'adolescence (12-20 ans), 10 filles pour 1 garçon.</p>
MANIFESTATIONS	<p>Signes distinctifs d'une personne boulimique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ comme pour l'anorexie, on constate une hyperactivité physique et intellectuelle et des pensées obsédantes concernant l'alimentation ; ✓ le malade dévore tout et n'importe quoi ; ✓ il purge son corps de calories redoutées en se faisant vomir ; ✓ le malade s'isole ; la boulimie s'exerce seul, à l'abri du regard ; ✓ la manière de manger est souvent distinctive : avale sans mâcher, ne déguste pas, mange très vite ; <p>Chez un boulimique, en général, il y a trois phases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La pré-crise : sentiment de tension pénible, excitation teintée d'angoisse et d'irritabilité, état de manque, recherche de nourriture. ✓ La crise elle-même : perte de contrôle, absorption importante de nourriture en un temps très court, sensation de malaise, vomissements (provoqués puis automatiques). ✓ La post-crise : honte, culpabilité, regrets, volonté de stopper, fatigue, dépression, anxiété, arrêt des règles, ballonnements, rythme cardiaque irrégulier, problèmes digestifs et émotionnels.
PRECONISATIONS	<p>Il est très souvent difficile d'amener l'adolescent ou sa famille à accepter la prise en charge spécialisée néanmoins il est indispensable de solliciter une aide médicale. Le traitement médical associe une prise en charge nutritionnelle et une psychothérapie individuelle ou familiale ainsi qu'une prise de médicaments.</p> <p>A long terme, le traitement doit prévenir les rechutes, éviter les va-et-vient anorexie-boulimie et limiter l'isolement affectif, relationnel et social.</p>
EN EPS	<p>Deux aspects sont à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'hyperactivité physique dans un objectif de contrôle de poids ; ✓ les dérèglements métaboliques dus à la surnutrition ou à la dénutrition, entraînant une moindre résistance à l'effort. <p>Il convient par conséquent de limiter l'intensité et la durée de l'effort. Sans interdire l'exercice physique aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation on doit les encourager à une pratique modérée et éviter tout excès.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Aucun type d'activité n'est contre-indiqué s'il est adapté afin d'éviter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les efforts violents (avec charge, ou longs) du fait de la fragilité musculaire, articulaire et tendineuse ; ✓ les contacts rudes, les chocs et les chutes traumatisantes. <p>Nous recommandons de privilégier les activités de relaxation, stretching.</p>

DIABETE	
PROFIL	Le diabète est une modification de la chimie interne de l'organisme qui se manifeste par une régulation déficiente du glucose dans le sang et une élimination de ce glucose dans les urines qui conduit à une hypoglycémie ou une hyperglycémie.
MANIFESTATIONS	<p>Signes de l'hypoglycémie (concentration basse du glucose sanguin) : fatigue, pâleur, vertiges, tremblements, faiblesse musculaire, troubles visuels, intellectuels (difficulté à se concentrer), du comportement, de la parole, faim, sueurs, perte de conscience éventuelle...</p> <p>Signes de l'hyperglycémie (concentration haute du glucose sanguin) : soif intense, somnolence, fatigue, faiblesse, langue sèche, envie d'uriner, nausée, maux de ventre, vomissement...</p> <p>Les conséquences d'un diabète mal maîtrisé sont : des accidents cardiaques ou cérébraux, une insuffisance rénale, une atteinte de la rétine, des lésions du pied...</p>
PRECONISATIONS	<p>La surveillance de l'enfant doit s'accompagner d'une éducation à la gestion de son diabète : prévention de l'hypo ou hyperglycémie (en-cas réguliers), prendre des sucres rapides lors de la survenue d'une crise.</p> <p>Pour les malades insulino-dépendants le traitement comporte des analyses de sang (ou d'urine) ainsi que des injections d'insuline autorisée dans le cadre scolaire (prévu dans le PAI ou le PPS).</p> <p>Les signes disparaissent environ 20 minutes après la prise de sucre.</p> <p><u>Les erreurs à éviter :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ se re-sucrer trop fortement car cela ferait passer l'organisme d'une hypoglycémie à une hyperglycémie ; ✓ si l'hypoglycémie entraîne l'inconscience il ne faut pas re-sucrer la personne par voie orale mais lui faire une injection de glucagon.
EN EPS	<p>Durant la séquence, l'enseignant surveillera les signes d'appel d'une hypoglycémie et n'hésitera pas à suspendre momentanément l'activité de l'élève pour lui permettre la vérification du taux de glycémie. La trousse de l'élève diabétique doit toujours être emportée sur le terrain de sport. L'enfant doit pouvoir manger pendant les cours s'il le juge nécessaire.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Le type d'activité qui convient le mieux à un diabétique est une activité d'intensité modérée, régulière et de longue durée (type endurance).</p> <p><u>Activités conseillées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'endurance, la gymnastique (d'entretien) ou la natation sont des activités d'intensité constante et qui peuvent être pratiquées longtemps ✓ les sports collectifs associent généralement des phases d'effort intense à des phases de repos et d'effort modéré ; leur grand avantage est que ce sont des activités conviviales et ludiques <p><u>Activités à aborder avec précaution :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les sports violents comme les épreuves de lancer, de saut, de sprint car ils demandent des efforts brefs et intenses et ont un effet hyperglycémiant lié à une sécrétion brutale de catécholamines. ✓ les sports qui se pratiquent seul ou en responsabilité (assurance en escalade) car l'auto surveillance de la glycémie est difficile et en cas de malaise il n'y a aucun de recourt. ✓ les sports de contacts car ils exposent à des traumatismes et peuvent favoriser la survenue ou aggraver l'évolution de complications du diabète (hémorragies rétinienne, blessures aux pieds...).

EPILEPSIE	
PROFIL	<p>C'est une maladie du système nerveux qui provoque des courts circuits de l'activité électrique cérébrale.</p> <p>Les crises épileptiques occasionnelles ne nécessitent pas de traitement particulier et semblent ne pas avoir forcément d'explication néanmoins elles peuvent être dues à un état d'angoisse, de fatigue, de stress.</p> <p>Si l'épilepsie est traitée, l'oubli du médicament peut provoquer une crise</p>
MANIFESTATIONS	<p><u>Signes distinctifs</u> d'une crise d'épilepsie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ convulsions, hypertonie musculaire ; ✓ yeux révulsés ; ✓ morsure de la langue ; ✓ relâchement des sphincters (pertes urinaires...) ; ✓ perte de connaissance. <p>Une fois la crise déclenchée, il n'y a aucun moyen de l'arrêter. La crise dure le plus souvent d'une à deux minutes, parfois moins d'une seconde.</p>
PRECONISATIONS	<p>En général, il n'est pas nécessaire de prévenir le SAMU mais si la crise dure plus de 15 minutes ou si le malade est blessé ou inconscient, l'intervention d'un médecin s'impose.</p> <p>A faire au quotidien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ traitements contre l'épilepsie ; ✓ éviter les facteurs déclenchants (stress, fatigue, efforts épuisants...). <p><u>A faire en cas de crise</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ dégager l'espace autour de l'élève, l'allonger, protéger sa tête ; ✓ attendre la fin des convulsions en surveillant l'élève ; ✓ après les convulsions, le mettre en PLS ; ✓ le rassurer quand il revient à lui. <p><u>A ne pas faire</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ mettre quelque chose dans la bouche ; ✓ donner à boire ou à manger ; ✓ bouger l'élève (sauf en cas de nécessité absolue) ; ✓ contenir les mouvements (risque de fractures et de luxations).
EN EPS	<p>L'activité physique a un effet bénéfique sur l'évolution de la maladie. Les cours d'EPS où la surveillance est constante et la prise en charge rapide de la crise sont conseillés.</p> <p>Le certificat d'aptitude partielle devra permettre une bonne intégration dans le milieu scolaire et plus précisément dans les cours d'EPS.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Les activités praticables <u>sans restriction</u> sont tous les sports où les conséquences d'une perte de connaissance ou d'une chute ne comportent aucun risque particulier (athlétisme sauf lancers, combat, raquettes, sports collectifs...).</p> <p>Les activités praticables <u>avec précaution</u> : tous les sports aquatiques sous surveillance (bonnet de couleur distincte) néanmoins si l'élève est fatigué ou ne se sent pas en forme, qu'il ne nage pas.</p> <p>Les activités <u>interdites</u> sont celles comportant des risques lors de chute ou de perte de connaissance (escalade, gymnastique aux agrès, trampoline, escrime, lancers, tir à l'arc...).</p>

HEMOPHILIE	
PROFIL	<p>L'hémophilie est une maladie héréditaire qui touche les hommes mais dont la transmission est effectuée par les femmes.</p> <p>C'est une maladie hémorragique (liée à la perte de sang) due à l'absence ou au déficit d'un facteur de la coagulation dont les gènes sont portés par le chromosome X.</p>
MANIFESTATIONS	<p>Le saignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ n'est pas plus abondant, ni plus ni moins liquide que chez la personne saine mais il dure beaucoup plus longtemps car la coagulation se développe très lentement ; ✓ se produit dans différentes parties du corps sur d'importantes surfaces : <ul style="list-style-type: none"> ▪ la peau : les ecchymoses (bleus) qui peuvent s'étendre très loin du point de traumatisme. ▪ les muscles : les hématomes peuvent également s'étendre très loin du point d'origine. ▪ les articulations (principalement les genoux, les chevilles et les coudes) peuvent être touchées par la maladie : altération des fonctions articulaires. ▪ le système nerveux (intracrânien ou intracérébral) peut également être atteint à la suite d'un choc d'intensité moyenne ou forte sur la tête (traumatisme crânien).
PRECONISATIONS	<p>La démarche de prise en charge préconisée est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la famille doit prévenir le chef d'établissement qui avertit le médecin scolaire, l'infirmière et l'équipe éducative de l'enfant ; ✓ l'élève doit être porteur d'une carte d'identification contenant les informations indispensables le concernant : groupe sanguin, n° de téléphone d'urgence, médecin traitant, etc. ; ✓ une prise en charge en kinésithérapie est nécessaire lorsqu'un traumatisme déclenche une hémorragie articulaire. ✓ une prise en charge hospitalière immédiate est nécessaire lors de traumatisme crânien d'intensité moyenne ou forte afin d'éviter toute lésion du Système Nerveux Central par compression, qui pourrait se révéler irréversible. <p>Proscription absolue de tout médicament contenant de l'ASPIRINE.</p>
EN EPS	<p>La prudence reste de mise, même si l'élève peut pratiquer de façon adaptée une grande partie des APSA utilisées pour répondre aux programmes d'EPS de collèges et lycées.</p> <p>Le point essentiel à respecter est qu'il faut limiter au maximum les risques de chocs et de compressions, particulièrement à la tête.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Les activités à éviter le plus possible sont les activités de percussion telles que les sports de combat de percussion (boxe, BFS, karaté...).</p> <p>De grandes précautions sont à prendre en ce qui concerne les sports collectifs les activités de combat de préhension, les activités où des chutes sont possibles (patinage, gymnastique, équilibre...).</p> <p>Les activités conseillées sont des activités individuelles (courses de durée ou de vitesse, lancers athlétiques, natation, jonglerie...) ou interindividuelles médiées (activités de raquette par exemple).</p>

OBESITE	
PROFIL	<p>L'obésité correspond à un excès de masse grasse dans le corps, issu d'un déséquilibre entre l'apport calorique et les dépenses énergétiques : l'organisme reçoit plus qu'il ne dépense et donc « stocke » le surplus.</p> <p>L'obésité peut avoir différentes origines qui peuvent se combiner :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ les prédispositions génétiques, l'hérédité ; ✓ la culture alimentaire : malnutrition quantitative et qualitative ; ✓ la sédentarité ; ✓ des phénomènes hormonaux (dérèglements endocriniens) ; ✓ des facteurs psychologiques ; <p>Aujourd'hui, la définition de l'obésité repose entre autres sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et le tour de taille.</p>
MANIFESTATIONS	<p>Les élèves ayant un problème de surpoids peuvent subir des problèmes d'intégration et ainsi agir sur le plan psychologique. Ils essaient d'exister par des attitudes différentes afin de s'affirmer. L'image de soi est souvent difficile à supporter d'autant plus à l'adolescence.</p> <p>Conséquences physiques qu'occasionnent cette pathologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ insuffisances respiratoires, apnée du sommeil ; ✓ risques de maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, diabète, infarctus, taux de cholestérol trop élevé, triglycérides ; ✓ problèmes articulaires du membre inférieur, atteintes du rachis.
PRECONISATIONS	<p>Dans le traitement de l'obésité, la réduction de l'inactivité physique est le facteur prépondérant, associé à un régime alimentaire adapté, voire à un traitement médicamenteux et un suivi psychologique.</p> <p>L'activité physique doit être adaptée aux possibilités de l'élève. Ainsi nous agissons notamment sur des variables temporelles, sur la nature de l'activité choisie, sur le degré d'intensité de la pratique, sur les formes de groupement...</p> <p>Les indications thérapeutiques doivent être un cadre pour l'enseignant d'EPS. Un dialogue avec l'entourage médical est nécessaire.</p>
EN EPS	<p>L'activité physique est déterminante dans le traitement de l'obésité. L'intégration dans le groupe classe est importante socialement. Il faut être à l'écoute de l'élève pour lui permettre une pratique adaptée à ses capacités. L'EPS est la seule discipline où l'élève se meut, l'embarras peut alors rapidement poindre.</p> <p>L'enseignant devra être vigilant à l'apparition d'une fatigue rapide, d'éventuels symptômes de maladies évoquées ci-dessus. L'acceptation du regard d'autrui est essentielle.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>La liste des activités supports n'est pas exhaustive. Il faut prendre en compte le degré d'intensité des activités. On privilégiera les activités à intensité modérée et d'une durée au moins égale à 30 minutes pour privilégier le processus Aérobie, temps à partir duquel les masses grasses sont utilisées comme source majeure de production d'énergie. En deçà, le glycogène hépatique et musculaire est la source principale. Cette activité peut être fractionnée ou continue. Elles mobiliseront une large partie des masses musculaires.</p> <p>L'essentiel est de ne pas dégoûter l'élève de l'effort, mais de pointer les effets positifs de son action sur son corps. La variété des supports est essentielle pour éviter un phénomène de lassitude ou de saturation.</p> <p>La poursuite de l'acquisition de la CC5 s'intègre parfaitement dans le projet de vie actuelle et future de l'élève.</p>

SPASMOPHILIE	
PROFIL	<p>La spasmophilie n'est pas une maladie mais un ensemble de symptômes liés à un comportement. Elle correspond à une hypersensibilité neuromusculaire et affective correspondant à une réaction de peur.</p> <p>La spasmophilie touche les personnes anxieuses, inquiètes de nature voire déprimées. C'est en fait la conséquence d'une hyperventilation provoquée par une tension nerveuse (stress) non contenue.</p> <p>Ses manifestations se produisent de façon inappropriée par rapport à la situation et à l'environnement.</p>
MANIFESTATIONS	<p>La spasmophilie s'identifie par une crise considérée comme proche d'une attaque de panique. Le phénomène d'hyperexcitabilité neuromusculaire se traduit par une personnalité très voisine de l'hystérie</p> <p>Une hyperventilation due à un état de stress et d'angoisse se déclenche ; la victime cherche de l'air.</p> <p>Les symptômes ressentis par l'élève :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ angoisse ; ✓ difficulté à respirer ; ✓ sensation de perte de connaissance ; ✓ palpitations ✓ sensations de chaleur, de froid ; ✓ frissons et tremblements ; ✓ picotements au niveau du cou ; ✓ pointe dans le dos ; ✓ douleur dans la poitrine.
PRECONISATIONS	<p>Une fois que la spasmophilie est détectée, un traitement à prendre au quotidien doit être prescrit.</p> <p>A faire avec la victime en cas de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la faire respirer dans un sac pour lutter contre l'hyper-oxygénation ; ✓ lui parler, la rassurer pour faire baisser l'angoisse ; ✓ l'asseoir pour éviter risque de blessure s'il y a perte de connaissance ; ✓ la mettre au chaud ou la couvrir avec un vêtement. <p>A ne pas faire avec la victime en cas de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ l'allonger afin d'éviter qu'elle ne s'endorme et perde connaissance ; ✓ lui donner des claques sur le visage ; ✓ lui donner à boire ou à manger. <p>La crise survient toujours dans une situation de stress ; elle peut être spectaculaire et affoler l'entourage. Il faut dédramatiser et tranquilliser tout le monde, isoler la victime et lui proposer de respirer calmement dans un sac tout en le surveillant.</p>
EN EPS	<p>Dès que l'hyper ventilation survient, l'élève doit arrêter son effort. Eviter les situations de stress (rassurer avant une évaluation...).</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Les activités physiques, en particulier d'endurance, ont un effet anxiolytique, on favorisera donc la course en durée, la natation longue...</p> <p>Les activités physiques permettent d'apprendre à gérer le stress. Pour cela, le recours à des techniques de relaxation (yoga, sophrologie) peut s'avérer très utile néanmoins aucune pratique physique n'est proscrite (il faut veiller à mettre l'élève en confiance et à atténuer le risque perçu, l'aspect compétitif...).</p>

TETANIE	
PROFIL	<p>La tétanie est une crise considérée comme proche de l'état de panique. C'est un ensemble de symptômes qui s'observe essentiellement chez l'enfant jeune et quelquefois chez la femme. Il se caractérise par des contractions musculaires des extrémités.</p> <p>La tétanie semble être due à une hyperexcitabilité neuromusculaire (excès d'excitation nerveuse ou musculaire). Dans ce cas, les muscles, qui sont commandés par les nerfs, deviennent trop sensibles aux diverses stimulations, ce qui provoque l'apparition de ces contractions.</p> <p>Dans sa forme la plus fréquente, la crise survient dans un contexte psychologique particulier (anxiété, stress).</p>
MANIFESTATIONS	<p>Signes d'une crise de tétanie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ contractures toniques, difficilement réductibles, pouvant durer quelques minutes voire quelques heures et s'accompagnent généralement de crampes et de paresthésies (sensations de fourmillements) ; ✓ contractures fortes et prolongées des muscles des mains (parfois des pieds et du visage également) ; ✓ assez souvent, ces contractures s'accompagnent d'angoisse, de malaise et d'une respiration accélérée. <p>Complications de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ laryngo-spasme à l'origine de la diminution du calibre du larynx ; ✓ convulsions pouvant passer pour une crise épileptique.
PRECONISATIONS	<p>Divers traitements sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ celui de l'affection en cause (notamment en cas d'hypoparathyroïdie) ; ✓ injection lente, intraveineuse, d'une solution contenant du calcium ; ✓ utilisation de certains médicaments (quinine, antihistaminiques) susceptibles de diminuer et/ou de prévenir la survenue des crampes. <p>A faire en cas de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ protéger l'élève : lieu sécurisé, position allongée ou assise ; ✓ rassurer la victime ; ✓ si l'élève perd connaissance, le mettre en PLS. ✓ appeler le SAMU. <p>A ne pas faire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ donner des claques sur le visage ; ✓ donner à boire ou à manger.
EN EPS	<p>Quand l'élève se sent faible ou angoissé pendant l'effort, qu'il modère lui-même son activité ou qu'il se repose.</p> <p>Eviter les situations de stress (rassurer avant une évaluation...).</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Les activités physiques, en particulier d'endurance, ont un effet anxiolytique, on favorisera donc la course en durée, la natation longue...</p> <p>Les activités physiques permettent d'apprendre à gérer le stress. Pour cela, le recours à des techniques de relaxation (yoga, sophrologie) peut s'avérer très utile néanmoins aucune pratique physique n'est proscrite (il faut veiller à mettre l'élève en confiance et à atténuer le risque perçu, l'aspect compétitif...).</p>

DYSLEXIE-DYSORTHOGRAPHIE	
PROFIL	<p>La dyslexie est un trouble spécifique du développement du langage écrit perturbant également l'enfant dans la progression normale de l'apprentissage de la lecture. Elle correspond à une difficulté de reconnaissance, de compréhension et de reproduction des symboles écrits en général, et de l'écriture en particulier.</p> <p>L'enfant dyslexique est d'intelligence normale et ne présente pas d'atteinte psychopathologique ou neurologique.</p> <p>La dyslexie touche 3 à 4 fois plus les garçons que les filles.</p>
MANIFESTATIONS	<p>Les signes des dyslexies recouvrent diverses caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ des élèves lents dans certains domaines (lecture, écriture...). Ils sont très fatigables car les efforts consentis en cours sont coûteux ; ✓ des difficultés à différencier des mots ou des sons proches visuellement ou auditivement. ✓ des difficultés à percevoir et à reproduire une structure rythmique ; ✓ des troubles associés : trouble oculomoteur, trouble de la mémoire visuelle et verbale, trouble de l'attention, des difficultés spatiales et/ou temporelles, trouble de la latéralité et du schéma corporel... <p>La difficulté de communication et d'apprentissage peut engendrer des troubles de l'attention et du comportement et mener à l'échec scolaire.</p>
PRECONISATIONS	<p>Les cas de dyslexie les plus lourds font l'objet d'un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées qui lui permet de bénéficier ainsi d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS). L'enfant dyslexique doit bénéficier d'un suivi orthophonique et d'une pédagogie adaptée.</p> <p>En ce qui concerne la pédagogie, il faudra privilégier les consignes orales, produites en parlant lentement et face à l'élève. Il ne faut pas hésiter à reformuler les consignes. Pour les activités langagières, il faut laisser plus de temps à l'élève. L'aider à développer des stratégies pour un meilleur décodage en lecture.</p>
EN EPS	<p>Il faut avant tout s'assurer que l'élève a compris la consigne qui sera de préférence produite à l'oral. Pour cela, il faut l'interroger et, si besoin, la reformuler. Il faut limiter les bruits parasites et se placer en face de l'élève quand on parle pour mobiliser son attention pendant la consigne.</p> <p>Il faut utiliser un support écrit très lisible, il faut bien distinguer les mots ou même les syllabes (espace inter-mots, parties en caractère gras...).</p> <p>Pour les activités physiques, il faut évaluer et tenir compte du degré de difficulté dans les domaines de la latéralisation et du schéma corporel (problèmes de maladresse et d'équilibre chez certains dyslexiques).</p> <p>Il faut garder à l'esprit leur important état de fatigue compte tenu des efforts fournis en permanence pour palier les difficultés d'apprentissage.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>La plupart du temps, les difficultés rencontrées seront des problèmes de compréhension des consignes (à simplifier et clarifier au maximum).</p> <p>Pour les cas les plus sévères, les difficultés spatiales et/ou temporelles pourront, malgré tout, gêner les apprentissages en EPS.</p> <p>Néanmoins, si les activités basées sur le rythme et l'orientation peuvent engendrer quelques difficultés, elles peuvent aussi être bénéfiques à l'élève en tant que remédiation à ses problèmes.</p>

DYSPRAXIE	
PROFIL	<p>La dyspraxie est un trouble de l'acquisition de la coordination motrice ; on parle également de « <i>syndrome de l'enfant maladroit</i> ».</p> <p>Les dyspraxies peuvent être dues à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ une lésion cérébrale plus ou moins localisées (dyspraxie lésionnelle) ; ✓ un dysfonctionnement cérébral (dyspraxie fonctionnelle). <p>La dyspraxie toucherait environ 4 à 6% des enfants d'une classe d'âge.</p>
MANIFESTATIONS	<p>L'enfant est anormalement maladroit soit globalement (pour toutes les activités) soit pour certains gestes précis (l'habillage, le graphisme...).</p> <p>Il n'arrive pas à automatiser ses gestes mais fonctionne en exécutant une suite de mouvements séquentiels. Tous les gestes sont contrôlés, volontaires, ce qui engendre une dépense très importante au niveau attentionnel et donc une fatigue importante.</p> <p>Il arrive que l'enfant dyspraxique réalise exceptionnellement un geste sans pouvoir le reproduire par la suite.</p> <p>L'enfant dyspraxique souffre de divers symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ des problèmes avec l'écrit (difficulté de réalisation du geste) ; ✓ des troubles de la structuration spatiale (organisation du regard) ; ✓ des difficultés dans la réalisation des gestes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ coordination manuelle difficile ; ▪ course désordonnée ; ▪ problèmes de coordination bras-jambes... ✓ parfois de l'hyperactivité (avec ou sans trouble de l'attention) ; ✓ parfois des troubles de la mémoire...
PRECONISATIONS	<p>Si la dyspraxie est peu importante, on peut aider l'élève à contourner ses difficultés en adaptant les contenus d'enseignement. Si elle est intense, elle pourra être reconnue comme handicap par la MDPH et un AVS pourra éventuellement être attribué à l'élève par le biais d'un PPS.</p> <p>Une évaluation neuropsychologique est nécessaire pour pouvoir déterminer le type de dyspraxie (il en existe neuf types).</p> <p>On préconise un suivi ophtalmologique et orthoptique voire un suivi en rééducation fonctionnelle, orthophonie ou psychomotricité.</p>
EN EPS	<p>Le paramètre général à prendre en compte est le trouble de la coordination motrice. Il faut repérer le degré d'atteinte de l'élève, identifier les domaines moteurs affectés afin d'adapter les contenus.</p> <p>Le manque d'autonomisation du geste aura comme conséquence un temps de réalisation du geste plus long que chez les autres élèves.</p> <p>Le manque d'organisation du regard entraîne des difficultés spatiales donc des problèmes dans le placement, dans le déplacement.</p> <p>Attention, lorsque l'élève parvient exceptionnellement à réaliser un geste sans pouvoir le reproduire, éviter le « <i>Tu vois quand tu veux !</i> ».</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Chaque activité doit être adaptée, que ce soit pour une dyspraxie peu importante ou pour une dyspraxie plus lourde. Ce préalable étant posé, on peut proposer la pratique de : sports collectifs, de raquette, natation, athlétisme (attention pour la course de vitesse et de haies)...</p> <p>Peuvent être proposées avec beaucoup de précautions (périodes de pratique très courtes et contenu extrêmement simplifié et très explicite) toutes les activités demandant de la vitesse, du réflexe, de l'équilibre ou de la précision.</p>

INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE	
PROFIL	<p>La personne atteinte d'infirmité motrice cérébrale (IMC ou IMOC) présente une <u>atteinte motrice d'origine cérébrale</u> : il s'agit d'une lésion des cellules motrices du cerveau et de leurs prolongements et/ou des structures qui les contrôlent. Le terme de référence est maintenant la <u>paralysie cérébrale</u> ; elle englobe les différentes atteintes cérébrales motrices précoces sans distinction des capacités d'apprentissage.</p> <p>Les <u>causes de l'IMC</u> peuvent être une prématurité ou un manque d'oxygène à la naissance, une infection cérébrale, une intoxication, un accident vasculaire cérébral, une malformation cérébrale...</p> <p>La lésion n'évolue pas mais ses <u>conséquences</u> progressent avec la croissance. Les contractions déséquilibrées des muscles peuvent entraver leur croissance (le muscle perd sa capacité d'allongement quand on l'étire), ce qui déforme progressivement les os et les articulations. Les conséquences orthopédiques sur les articulations des pieds, des chevilles, des genoux, des hanches, sur le dos sont alors élevées.</p>
MANIFESTATIONS	<p>Les différentes formes d'atteintes motrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>les formes spastiques</u> (85%) : le tronc est en général « <i>mou</i> », nécessitant un effort volontaire pour se tenir droit. La motricité du visage peut être touchée (ce qui entraîne parfois des difficultés de production de sons et de la parole) une atteinte des quatre membres ou tétraplégie avec atteinte importante du tronc (grande difficulté à se redresser sans aide) peut également se rencontrer ; ✓ <u>les formes dyskinétiques</u> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ les <u>dystonies</u> sont des contractions dysharmonieuses souvent notées sur les doigts et les poignets, elles s'ajoutent souvent à la spasticité et perturbent la coordination des mouvements ; ▪ l'<u>athétose</u> ou « <i>absence de repos</i> » est marquée par des contractions incessantes (sauf dans le sommeil). Elles touchent les membres, le tronc, la face et la bouche, s'accompagnent de faiblesse musculaires, d'hypotonie et perturbent souvent la parole ; ✓ <u>les formes ataxiques</u> : marquées par les difficultés d'équilibre et de motricité fine (tremblements, difficultés de coordination et d'ajustement des gestes fins, lenteur). <p>Les formes mixtes sont les plus fréquentes ; les aspects fonctionnels sont variables (certains enfants n'auront qu'une fatigabilité, d'autres des difficultés importantes à se déplacer).</p> <p>Les troubles associés sont fréquents :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>troubles sensoriels</u> : baisse de l'audition, troubles de la vue (myopie ou hypermétropie, baisse de l'acuité visuelle, troubles de la commande motrice des yeux, difficultés de poursuite oculaire, du repérage visuel...) ✓ <u>troubles centraux</u> pouvant toucher certains apprentissages. Il s'agit de troubles variables ; ils ne sont pas « <i>automatiquement</i> » présents ; <ul style="list-style-type: none"> ▪ troubles neuro-visuels empêchant la reconnaissance de certains éléments visuels (images, couleurs, lettres...) ▪ troubles neuro-auditifs pouvant perturber la compréhension des messages auditifs alors que l'audition est normale ; ✓ <u>troubles praxiques</u> touchant les programmes moteurs automatisés après apprentissage (ex : faire un nœud de lacet). La dyspraxie visuo-spatiale est reliée aux difficultés à prendre des renseignements visuels

	<p>fiables dans l'espace ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>troubles du langage oral</u> : ils peuvent porter sur la compréhension du langage (versant réceptif), sur les capacités d'expression (versant expressif) ou sur les deux domaines réceptif et expressif ; ✓ <u>troubles du langage écrit</u> de type dyslexique. <p>La personne IMC peut également présenter des difficultés de <u>mémoire immédiate</u>, des <u>troubles des fonctions exécutives</u> (planification, stratégie, adaptation) des <u>troubles de l'attention</u>.</p> <p><u>La déficience intellectuelle</u> peut être présente si des domaines cognitifs sont touchés de façon importante.</p> <p><u>L'épilepsie</u> est plus fréquente chez les enfants IMC et peut avoir des conséquences sur les apprentissages, l'attention et le comportement.</p> <p><u>Les troubles liés aux fonctions du corps</u> : troubles respiratoires, infections ORL, difficultés d'alimentation, troubles digestifs, mictions, douleurs...</p>
PRECONISATIONS	<p>Face à la <u>fatigabilité</u> liée à la dépense d'énergie physique et mentale nécessaire au contrôle de la posture et au mouvement il est nécessaire de <u>fractionner les efforts</u>, les adapter, mais pas les supprimer. La fatigabilité augmente dans la journée, elle est à prendre en compte dans les emplois du temps.</p> <p>Des <u>troubles psychoaffectifs</u> sont parfois présents. Emotivité, manque de confiance en soi, sentiment d'incompétence devant des difficultés d'apprentissage, frustration devant la dépendance...</p> <p>Pour les IMC spastiques, dans le travail en classe, une <u>aide en station assise</u>, par un siège moulé sur mesure par exemple, peut être nécessaire au manque de tonicité de son tronc.</p>
EN EPS	<p>L'activité physique se doit d'éviter la répétition d'expériences de force et également de <u>contrôler l'effort</u> car il agit sur le tonus musculaire. Chez l'enfant spastique, elle entraîne une augmentation de la spasticité et donc renforce les schémas de mouvements anormaux spastiques. Ces réactions associées dues à l'effort sont des facteurs d'aggravation. Il faut éviter ces types d'effort surtout lorsque l'enfant est dans une phase d'évolution. L'<u>alternance de différentes APSA</u> doit en limiter l'importance.</p> <p>Prendre en compte la grande fatigabilité des IMC, dépenses importantes en calories et en eau. D'où une nécessité de prévoir une alternance et une durée des <u>temps de repos</u> suffisante.</p> <p>Dans le cas particulier du spina-bifida, le problème essentiel reste celui de l'<u>incontinence</u>. Certains sports comme la natation peuvent être déconseillés. Il faut veiller, quel que soit le sport pratiqué, à ce que l'enfant ait effectué une miction, car l'effort peut la provoquer.</p> <p>Le port d'un <u>corset</u> (après une greffe vertébrale) est parfois prescrit mais sa suppression momentanée est rendue possible après avis médical.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>La plupart des activités sportives chez l'enfant IMC sont possibles. Il faut cependant tenir compte du degré de handicap et de ses conséquences sur les capacités motrices et cognitives propres à chaque élève.</p> <p>Pour les spina-bifida, la musculation couchée sur le dos est un moyen non seulement de renforcer la musculature du tronc et des membres supérieurs, mais aussi un adjuvant dans la maîtrise et l'organisation des transferts, dont l'adolescent aura forcément besoin pour son autonomie.</p>

LESIONS MEDULLAIRES - PARAPLEGIE ET TETRAPLEGIE

PROFIL	<p>La paraplégie est une paralysie des deux membres inférieurs résultant (sauf exception) d'une <u>atteinte de la moelle épinière</u>, traumatique (accidentelle) le plus souvent, mais parfois médicale (maladie). On englobe parfois sous ce terme aussi bien les paraplégies au sens strict (lésions dorsales, lombaires et sacrées), que les tétraplégies (lésions cervicales). La plupart des personnes atteintes de para ou tétraplégie se déplacent en fauteuil roulant, mais ce désavantage, bien visible, s'accompagne de <u>déficiences associées</u> qui, si elles sont souvent cachées, sont très gênantes, voire sources de complications.</p> <p>La paraplégie, au sens strict, signifie <u>paralysie des membres inférieurs</u>. On parle de tétraplégie (un tiers des atteintes médullaires) en cas de lésion cervicale (tétra : quatre membres).</p> <p>Les <u>causes traumatiques</u> (blessures par accident) sont de loin les plus fréquentes ; entre 70 et 80% des lésions médullaires totales. Dans 25% des cas, il s'agit de <u>causes médicales</u> (infection, tumeur, hématome...).</p>
MANIFESTATIONS	<p>Des troubles moteurs intéressent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'<u>atteinte de la motricité volontaire</u> se traduit par une paralysie (atteinte complète, mouvements impossibles) ou une parésie (atteinte incomplète, mouvements partiellement possibles, faible puissance). La topographie de l'atteinte dépend du niveau de l'atteinte vertébro-médullaire. L'intensité de la paralysie peut être homogène dans le territoire touché ou, au contraire, avoir plusieurs niveaux d'atteinte, une parésie (ex : côté droit / côté gauche, partie proximale / distale) ; ✓ La <u>motricité réflexe</u> (tonus musculaire) présente deux cas de figure : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmentation de la réflexivité musculaire par déconnexion entre la moelle épinière et les centres régulateurs centraux (cerveau). On note alors une raideur ou hypertonie (la spasticité) qui s'oppose à l'étirement des muscles et s'accroît avec la vitesse des membres ; ▪ Disparition de la tonicité, définissant alors l'état de flaccidité ou d'hypotonie (paraplégie flasque résultant d'une destruction médullaire complète ou d'une atteinte des racines nerveuses). Il peut être transitoire ou persister définitivement. En ce cas, l'amyotrophie (fonte musculaire) est importante, le risque d'escarre et de phlébite accru ; ✓ Les <u>troubles sensitifs</u> intéressent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La sensibilité superficielle (sensations cutanées : tact fin, douleur, chaud et froid, tact profond). Son absence définit l'anesthésie, sa diminution l'hypoesthésie ; ▪ La sensibilité profonde nous renseigne sur la position exacte de notre corps (dans l'espace et des segments par rapport au corps) ; ✓ Les <u>troubles vésico-urinaires</u> (deux types de dysfonctionnement sphinctérien) : atteinte spasmodique (fonctionnement automatique, hypertonique) ou flasque (fonctionnement autonome, hypotonique) ; ✓ Des <u>troubles neurovégétatifs</u> se manifestent en cas de lésion cervicale et dorsale haute (≥D6) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyper-réflexivité autonome : élévations brusques et intenses de la tension artérielle, accompagnées de céphalées violentes, de sudation avec érythème (rougeur), de frissons... ▪ Hyper ou hypothermie : variations de la température du corps, dues à l'absence de régulation de vasomotricité et de sudation dans le territoire sous-lésionnel.

	<p>On distingue deux grands types de <u>douleurs spécifiques</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Douleurs lésionnelles : atteinte des racines due à la lésion vertébrale ; ✓ Douleurs sous-lésionnelles : viscérale, vasculaire ou musculaire. <p>Des <u>troubles respiratoires</u> résultant de l'atteinte des muscles respiratoires (abdominaux, intercostaux voire du diaphragme) imposent souvent, au début, une assistance respiratoire (intubation ou trachéotomie) relayée par la kinésithérapie qui assurera la « <i>toilette bronchique</i> » (technique préventive de l'expiration et de la toux). Le déficit des muscles abdominaux peut être compensé par le port d'une sangle abdominale.</p> <p>Les <u>troubles circulatoires</u> découlent de la désadaptation cardio-vasculaire à l'effort (déficit du retour veineux vers le cœur). Le débit sanguin est diminué et ne peut s'accroître normalement en cas d'effort physique, d'où une grande fatigabilité.</p> <p>L'immobilité forcée entraîne une décalcification osseuse, ou <u>ostéoporose</u>.</p>
<p>PRECONISATIONS</p>	<p>La prévention des <u>escarres</u> dans les territoires anesthésiés (matelas spéciaux, changement de position toutes les deux/trois heures) doit se faire au plus tôt.</p> <p>La lutte contre l'<u>obstruction bronchique</u> est souvent prioritaire chez le tétraplégique (abdominaux paralysés et impossibilité de tousser). La prévention des infections bronchiques passe là encore par des changements fréquents de position et par des séances de respiration dirigée et de percussion thoracique.</p> <p>Le traitement de <u>rééducation</u> doit permettre au blessé de retrouver au maximum son autonomie personnelle, en utilisant toutes les ressources que lui permettent les muscles situés dans le territoire sus-lésionnel, et en apprenant à connaître et à contrôler autant que possible des fonctions situées dans les territoires lésionnel et sous-lésionnel.</p> <p>La <u>kinésithérapie</u> entretient la mobilité articulaire dans les territoires atteints, lutte contre les rétractions qu'entraînent les contractures et développe la force des muscles non paralysés.</p> <p>L'<u>ergothérapie</u> sert particulièrement chez le tétraplégique : apprentissage et perfectionnement des gestes quotidiens (toilette, habillage et alimentation), l'étude des aides techniques et des adaptations nécessaires au domicile et pour les déplacements (fauteuil, voiture...).</p> <p>Les <u>activités physiques</u> font partie intégrante de la rééducation. De nombreux sports sont praticables et recommandés, tant lors de la phase de rééducation active au centre de rééducation, qu'à titre personnel.</p> <p>La <u>rééducation vésico-sphinctérienne et intestinale</u> doit rétablir un cycle continence-évacuation compatible avec la vie sociale. La vidange peut être assurée par des sondages.</p>
<p>EN EPS</p>	<p>Il convient de tenir compte de l'accessibilité des installations (temps de déplacement, marches ou obstacles...). La manipulation du fauteuil requiert beaucoup d'énergie et il conviendra donc de proposer des temps de repos régulièrement et de durée suffisante.</p>
<p>PRATIQUE DES ACTIVITES</p>	<p>Les compétences recherchées en EPS sont compatibles avec les possibilités des élèves en fauteuil néanmoins, en fonction de leur degré de mobilité, les APSA et les tâches devront parfois être adaptées. Il est intéressant de parfois placer un ou plusieurs vis-à-vis en fauteuil.</p>

PIED BOT (VARUS EQUIN)	
PROFIL	Déformation grave du pied.
MANIFESTATIONS	<p>Le pied bot est une malformation congénitale complexe du pied caractérisée par des rétractions tendineuses et musculaires associées à des malformations osseuses, de sorte que l'appui du pied sur le sol n'est plus normalement réparti sur la région plantaire. Un déséquilibre des muscles du pied est associé : hypertonie avec souvent rétractation du tendon d'Achille et du jambier postérieur. Cette déformation est due dans 90% des cas à une malposition intra-utérine du fœtus (pied coincé en extension entre les fesses du fœtus et la paroi utérine).</p> <p>L'enfant marche sur ses orteils et sur le rebord extérieur du pied :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ pied déformé au niveau de la cheville (problème d'appui : déplacements difficiles et relativement lents) ; ✓ équilibre instable (risque de chutes plus ou moins violentes) ; ✓ difficulté lors des déplacements (gestes et positions difficiles voire impossible à réaliser, chaussures orthopédiques presque obligatoires).
PRECONISATIONS	<p>Plus le traitement commence tôt, plus les chances de réussite sont élevées. Entrepris dès la naissance, il consiste en des manipulations quotidiennes en vue d'assouplir et de redresser le pied, suivies de la pose d'attelles ou de plâtres pour maintenir le pied en bonne position.</p> <p>En cas de bonnes corrections, ce traitement est poursuivi jusqu'à l'âge de la marche. Sinon, on pratique avant cet âge, une intervention chirurgicale visant à libérer les muscles rétractés et allonger le tendon d'Achille, suivie d'une immobilisation plâtrée de deux à trois mois. Dans tous les cas, le traitement kinésithérapique et orthopédique (attelle, chaussures, plâtre...) sera poursuivi jusqu'à la fin de la croissance. En fin de croissance, d'autres opérations peuvent être pratiquées en cas de déformations osseuses ou de rétractions musculo-tendineuses trop importantes.</p> <p>En pratique, l'enfant atteint connaît son problème et agit en fonction. Il faut néanmoins l'inciter à bouger afin de ne pas lui faire sentir qu'il est différent des autres. Sans le pousser au-delà de ses limites, une pratique physique adaptée ne peut être que bénéfique.</p>
EN EPS	<p>L'élève atteint peut présenter différents profils :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ se cachant derrière son problème, il peut refuser de pratiquer certaines activités, voire chercher à obtenir une inaptitude totale ; ✓ volontaire, il essaye de faire un maximum de choses. L'enseignant doit alors contraindre la pratique quand les risques sont trop élevés.
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Il n'y a pas de restriction particulière en matière d'APSA ; il faut toutefois faire en sorte que l'élève conserve au maximum ses chaussures orthopédiques pour pratiquer. Les activités nu-pied sont autorisées dans la mesure du possible, tout en interdisant les pratiques en milieu instable où l'équilibre est précaire (poutre, escalade...).</p> <p>Les activités reposant essentiellement sur la prise d'appui, notamment unipodal, doivent être limitées (saut en hauteur, saut en longueur...).</p> <p>Les déplacements se faisant plus ou moins difficilement, les activités où les courses sont importantes devront faire l'objet d'une attention particulière. L'élève peut courir mais il faut adapter les conditions de pratiques à ses capacités physiques.</p>

PROTHESE	
PROFIL	L'élève porteur d'une prothèse des membres peut pratiquer l'ensemble des activités sportives avec une adaptation ou non des situations pédagogiques selon les cas.
MANIFESTATIONS	Selon qu'il s'agit d'une agénésie congénitale, accidentelle ou suite à une intervention chirurgicale, d'un membre supérieur ou d'un membre inférieur, la prise en compte de l'élève sera différente. Par ailleurs, le degré de pratique antérieure d'une activité physique, intra ou extra-scolaire sera déterminante pour l'acquisition de nouvelles compétences tant sur les plans moteur, anatomique et physiologique, que psychologique et social.
PRECONISATIONS	<p>Le dialogue est primordial pour inciter l'élève à venir en Education physique et découvrir ou redécouvrir le plaisir de pratiquer une APSA. « <i>Le regard de l'autre</i> » sera le frein le plus grand ; mettre à nue sa prothèse ou l'enlever si besoin (en natation pare exemple) est un défi à relever pour se sentir comme les autres.</p> <p>La qualité de la prothèse est également génératrice de progrès (composantes, poids...). L'utilisation d'un fauteuil roulant peut permettre une mobilité plus grande et permettre une pratique physique collective plus intense, mais doit être proposée avec diplomatie pour ne pas révéler un plus grand handicap.</p> <p>Le suivi avec le médecin est nécessaire pour adapter chaque activité. Les précautions à observer sont de l'ordre de la douleur ressentie à l'effort, des frottements engendrés par la répétition des gestes et le contact du moignon avec la prothèse, et l'équilibre général du corps avec une gestuelle privilégiée d'un côté et des conséquences anatomiques et physiologiques générées par les transferts de charge de travail entre côté amputé et sain.</p> <p>Le port de la prothèse doit entraîner une vigilance plus importante en ce qui concerne la sécurité de l'élève et de ses camarades en ce qui concerne d'éventuels contacts.</p>
EN EPS	<p>Les compétences à acquérir sont les mêmes que pour les autres élèves avec une priorité aux connaissances sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la sécurité : anticiper ses déplacements et ceux des autres pour éviter les contacts (prothèse ou fauteuil) ; ✓ l'autonomie ; ✓ la santé ; ✓ l'estime de soi.
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>Toutes les activités physiques sont praticables par les élèves porteurs de prothèse néanmoins la natation reste la plus adaptée.</p> <p>Les autres activités doivent être aménagées selon les cas tant au plan de la sécurité que de la progression personnelle de l'élève selon ses capacités.</p> <p>Pour les élèves en fauteuil certaines activités sont privilégiées comme les activités de visées (tir à l'arc, sarbacane), les activités artistiques, tennis de table, foot-fauteuil...</p>

SCOLIOSE	
PROFIL	<p>La scoliose est une déformation de la colonne vertébrale. Il faut bien distinguer la scoliose vraie de ce qu'on appelle l'attitude scoliotique. Celle-ci est juste une déformation immédiate et réversible de la colonne due à une mauvaise position ou un mauvais mouvement.</p> <p>Elle correspond à une déformation permanente de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace, par déplacement progressif des vertèbres les unes par rapport aux autres (rotation des vertèbres). Elle apparaît pendant la croissance et est 8 fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons.</p> <p>Deux cas de scoliose :</p> <p>dans 30% des cas, la scoliose est due à des maladies provoquant la déformation de la colonne (affections neurologiques ou musculaires, maladie génétique, paralysie, myopathie...);</p> <p>en dehors des cas précédemment cités, il n'y a pas, la plupart du temps, de cause retrouvée ; 70% des scolioses n'ont pas de causes réelles.</p>
MANIFESTATIONS	<p>La scoliose est souvent dépistée de façon systématique par le médecin scolaire, le pédiatre ou le médecin de famille. A la maison c'est souvent l'asymétrie entre les bras, le bassin, les hanches et les épaules qui intriguent les parents, avec parfois l'impression d'avoir une épaule trop haute ou une jambe trop courte.</p> <p>Afin de diagnostiquer une scoliose, un examen clinique se pratique régulièrement par l'observation de l'équilibre du rachis : on mesure la gibbosité (bosse), ainsi que les déformations et les angulations par rapport au pli inter fessier. La scoliose peut alors prendre deux aspects : elle peut être en forme de S ou de C. souvent une différence de longueur entre les deux jambes est constatée.</p> <p>La scoliose peut amener des complications dans 10 à 20% des cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la bosse peut devenir proéminente, douloureuse et gênante ; ✓ la déformation de la colonne vertébrale peut rendre la marche difficile et les efforts pénibles (gêne fonctionnelle) ; ✓ la rotation des vertèbres risque de provoquer des douleurs (crises de sciatiques, à force de compression nerveuse) ; ✓ complications respiratoires : si le thorax est lui aussi déformé.
PRECONISATIONS	<p>Il existe trois grandes techniques, pouvant être associées et combinées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ la rééducation par kinésithérapie, à base de gymnastique correctrice intensive et d'activité physique adaptée pour remuscler le dos ; ✓ le corset de soutien : dans les formes graves de la maladie ; ✓ les interventions chirurgicales, réalisées en fin de croissance, si la scoliose évolue mal. Elles consistent en la fusion de plusieurs vertèbres entre elles grâce à une greffe osseuse.
EN EPS	<p>Une activité physique modérée est tolérée dans certaines mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ pas de porter trop lourd (acrosport à éviter en tant que porteur) ; ✓ pas de position délicate (geste avec rotation du bassin, souplesse...); ✓ limiter les appuis trop répétés et successifs style rebond pour éviter les répercussions dans le bas de la colonne vertébrale (saut).
PRATIQUE DES ACTIVITES	<p>La natation est vivement conseillée (nage sur le dos) pour ce type de problème : bienfait de la position (allongé dans l'axe du déplacement) et de l'eau (allègement du poids du corps).</p>

SYNDROME ROTULIEN (ou FEMORO PATELLAIRE)	
PROFIL	Dans la majorité des cas cette pathologie atteint le sexe féminin entre 12 et 18 ans. Il apparaît lors de changements morphologiques (croissance, prise de poids, etc. ou d'activités ou reprise d'activités sportives après un long arrêt).
MANIFESTATIONS	<p>DOULEUR : Essentiellement une douleur d'effort, elle peut être ressentie également au repos. Elle peut être chronique et siège à la face antérieure du genou (atypique et plus ou moins diffuse).</p> <p>Lors « d'accrochages du genou », ce sont des douleurs vives qui surprennent le patient lors d'un mouvement de flexion-extension, le plus souvent brutal et à froid.</p> <p>Elle peut provenir d'une malformation d'une des structures osseuses ou fibreuses de l'articulation du genou et ne doit pas être attribuée aux ménisques (displasie rotulienne).</p> <p>BLOCAGE : Le genou se bloque lors d'un effort brusque, la descente d'un escalier ou la réception d'un saut.</p> <p>LÂCHAGE DANS L'AXE : il se produit dans les mêmes circonstances, et le genou se dérobe, la personne est déséquilibrée et peut tomber.</p>
PRECONISATIONS	<p>Seule une bonne prise en charge rééducative peut favoriser le retour progressif à une activité physique normale.</p> <p>Pour éviter les douleurs, il faut diminuer les forces de frottement de la rotule en modifiant sa trajectoire pendant la flexion. Pour une meilleure efficacité il faut augmenter la masse musculaire.</p> <p>La faiblesse du quadriceps entraîne la prédominance des muscles fléchisseurs du genou (les ischio-jambiers). La raideur des fléchisseurs augmente le travail de l'extenseur (le quadriceps) lors de la marche (à plus forte raison lors de la montée d'escaliers).</p> <p>Le travail rééducatif consiste à étirer les ischio-jambiers, faire travailler le quadriceps en isométrique (simple contraction du muscle, sans entraîner le déplacement et sans résistance) et en piscine.</p> <p>Le renforcement isométrique du vaste interne dans les derniers degrés d'extension et l'étirement des droits antérieurs sont également conseillés.</p> <p>Le port d'une genouillère à fenêtre rotulienne peut-être conseillé.</p> <p>La marche genou « verrouillé » en extension active sera recommandée ; elle permettra de mettre au repos la rotule, de faire travailler le quadriceps en isométrie, d'étirer les muscles postérieurs et d'éviter les lâchages.</p> <p>L'intervention chirurgicale est pratiquée en dernier recours mais les témoignages divergent quant à l'efficacité des différentes méthodes employées.</p>
EN EPS	<p>La prudence reste de mise pour être à l'écoute de l'élève si le médecin autorise néanmoins (souvent après négociations avec le médecin scolaire et/ou l'infirmière et l'enseignant) la pratique adaptée des activités. La difficulté réside dans l'adhésion de l'élève et/ou sa complaisance pour pratiquer ou non en EPS mais l'enseignant ne peut pas décider seul de ce que doit faire l'élève, afin de ne pas aggraver son cas.</p> <p>La douleur répétitive est signe de l'arrêt complet des activités.</p>
PRATIQUE DES ACTIVITES	Voir dossier de l'académie de Versailles qui décrit les aménagements possibles dans les épreuves du bac, à suivre dans un bon nombre de pratiques physiques.

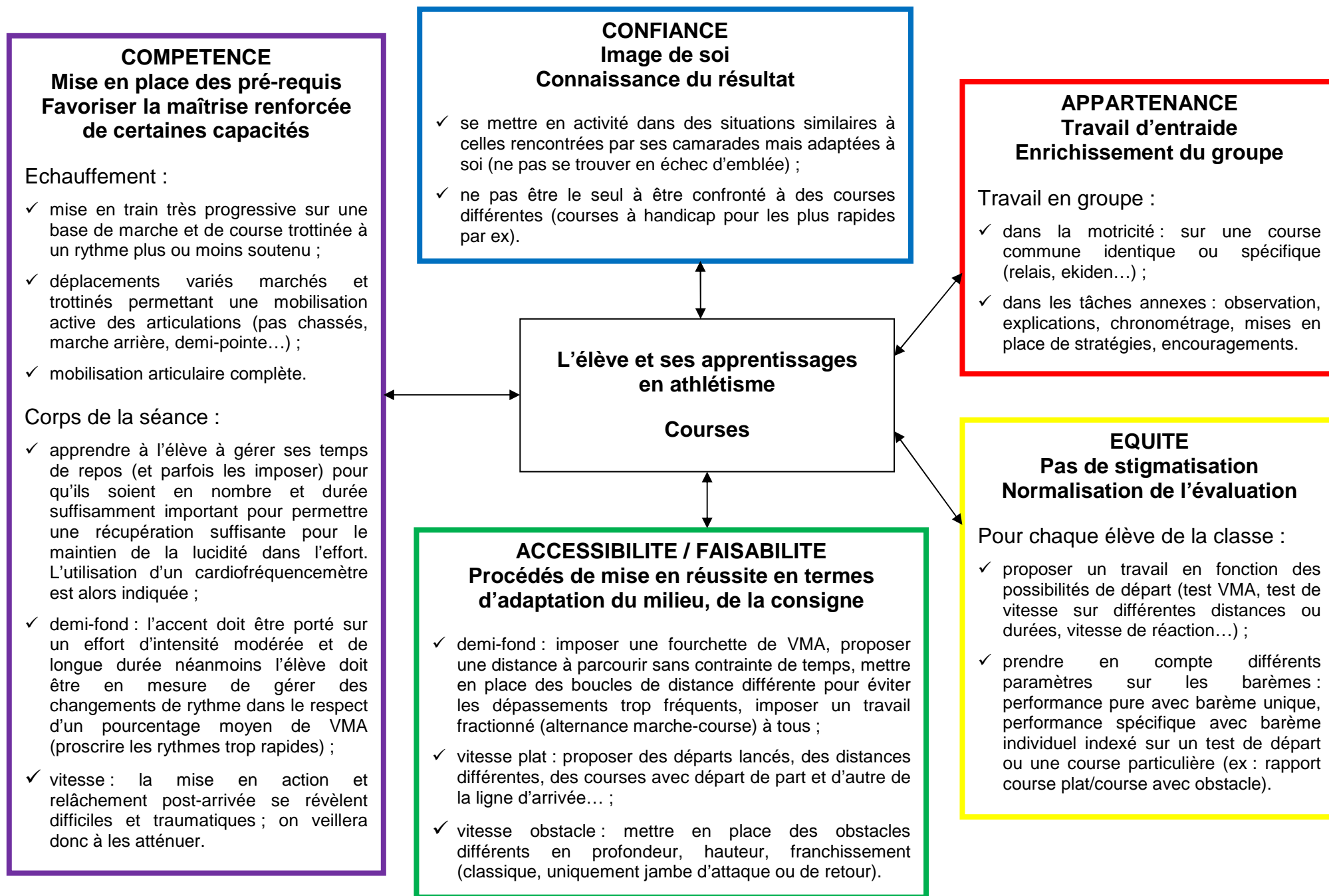
4. Pistes de réflexion, exemples pour l'élève obèse

Notre travail dans cette deuxième partie, repose sur la prise en compte du ressenti de l'élève. Il s'agit d'intervenir sur ses représentations pour favoriser sa mise en apprentissage. Cela amène à une démarche de différenciation qui, dans l'idéal, devrait être accessible à tous les élèves (handicapés, aptes partiels ou aptes totaux).

Au-delà de la connaissance de la spécificité de certains handicaps (cf. fiches d'identifications), l'hétérogénéité reste forte en leur sein de part la psychologie de l'élève et de son vécu (moteur, relationnel...). D'autre part, l'enseignant et ses conceptions, l'APSA support et ses exigences, amèneront à prendre en compte certaines dimensions en priorité pour mettre l'élève en réussite.

Nous ne présentons ici que quelques pistes de réflexion concernant l'élève obèse. Nous avons volontairement mis l'accent sur la mise en activité motrice afin d'éviter la dérive sur surinvestissement dans certains rôles sociaux (observateur, juge, arbitre...).

Nous avons développé le concept d'« *option valorisante* » (O.V.) permettant de construire une exigence amplifiée (négociée avec l'élève) de certains aspects de l'apprentissage et ce jusqu'à l'évaluation. Cela renvoie à la capacité de mise en projet (CMS 4 en collège, CM3 au lycée et LP). Au fil de son cursus, l'élève devra construire ce projet de façon de plus en plus autonome.



COMPETENCE

**Mise en place des pré-requis
Favoriser la maîtrise renforcée
de certaines capacités**

Echauffement :

- ✓ mise en train très progressive sur une base de marche et de course trottinée à un rythme plus ou moins soutenu ;
- ✓ déplacements variés marchés et trottinés permettant une mobilisation active des articulations (pas chassés, marche arrière, demi-pointe...) ;
- ✓ mobilisation articulaire complète.

Corps de la séance :

- ✓ apprendre à l'élève à gérer ses temps de repos (et parfois les imposer) pour qu'ils soient en nombre et durée suffisamment important pour permettre une récupération suffisante pour le maintien de la lucidité dans l'effort. L'utilisation d'un cardiofréquencemètre est alors indiquée ;
- ✓ demi-fond : l'accent doit être porté sur un effort d'intensité modérée et de longue durée néanmoins l'élève doit être en mesure de gérer des changements de rythme dans le respect d'un pourcentage moyen de VMA (proscrire les rythmes trop rapides) ;
- ✓ vitesse : la mise en action et relâchement post-arrivée se révèlent difficiles et traumatiques ; on veillera donc à les atténuer.

CONFIANCE

**Image de soi
Connaissance du résultat**

- ✓ se mettre en activité dans des situations similaires à celles rencontrées par ses camarades mais adaptées à soi (ne pas se trouver en échec d'emblée) ;
- ✓ ne pas être le seul à être confronté à des courses différentes (courses à handicap pour les plus rapides par ex).

APPARTENANCE

**Travail d'entraide
Enrichissement du groupe**

Travail en groupe :

- ✓ dans la motricité : sur une course commune identique ou spécifique (relais, ekiden...) ;
- ✓ dans les tâches annexes : observation, explications, chronométrage, mises en place de stratégies, encouragements.

**L'élève et ses apprentissages
en athlétisme**

Courses

ACCESSIBILITE / FAISABILITE

**Procédés de mise en réussite en termes
d'adaptation du milieu, de la consigne**

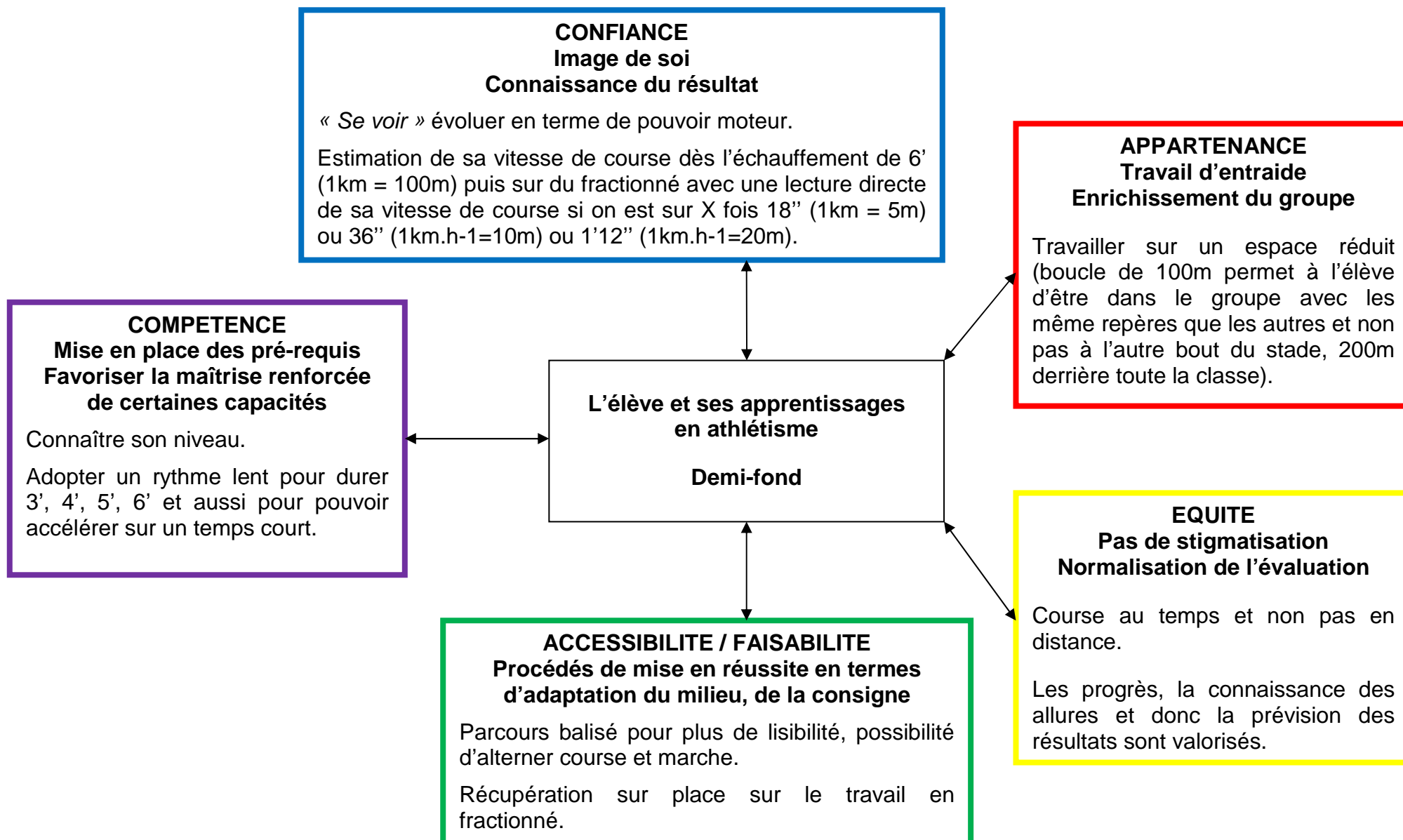
- ✓ demi-fond : imposer une fourchette de VMA, proposer une distance à parcourir sans contrainte de temps, mettre en place des boucles de distance différente pour éviter les dépassements trop fréquents, imposer un travail fractionné (alternance marche-course) à tous ;
- ✓ vitesse plat : proposer des départs lancés, des distances différentes, des courses avec départ de part et d'autre de la ligne d'arrivée... ;
- ✓ vitesse obstacle : mettre en place des obstacles différents en profondeur, hauteur, franchissement (classique, uniquement jambe d'attaque ou de retour).

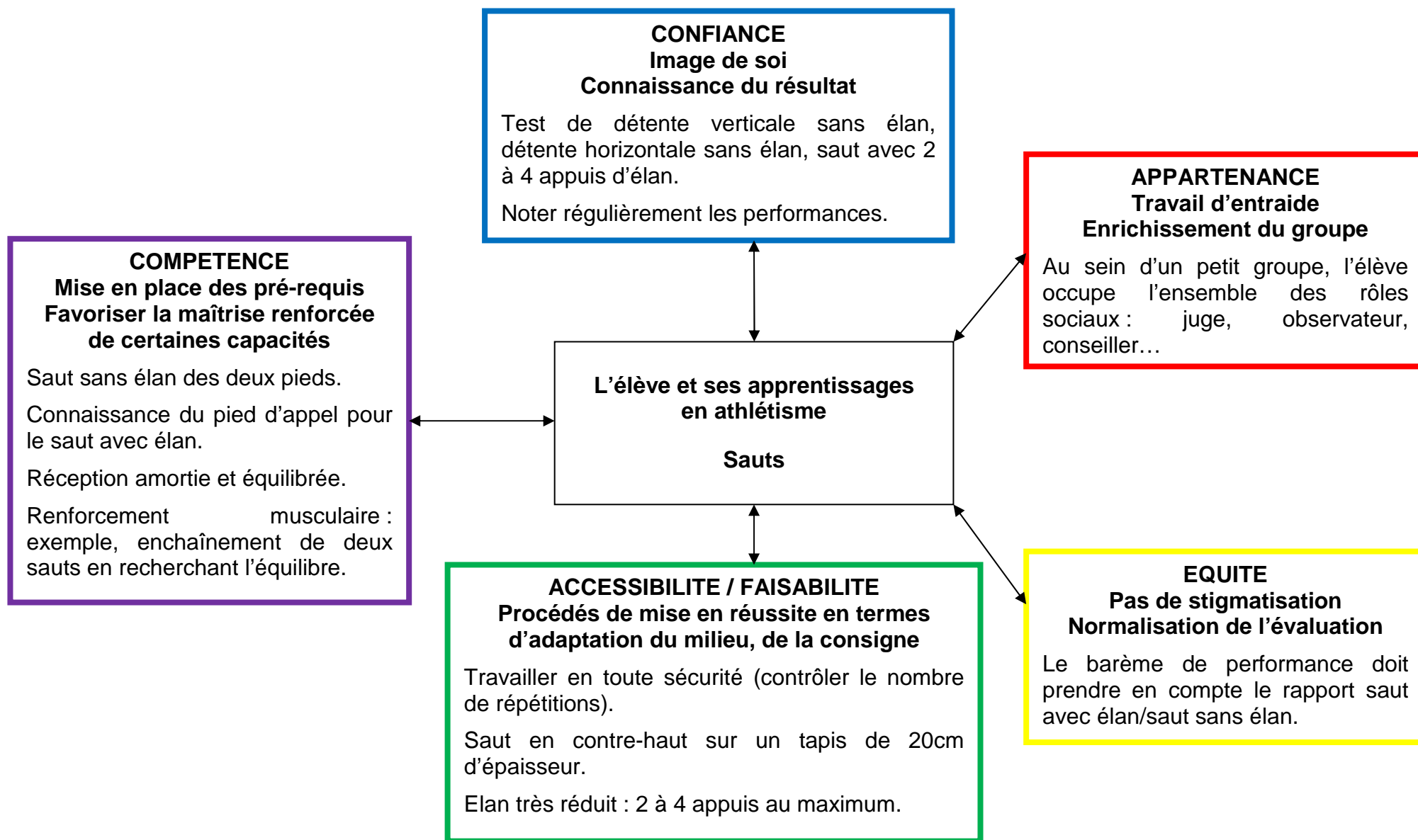
EQUITE

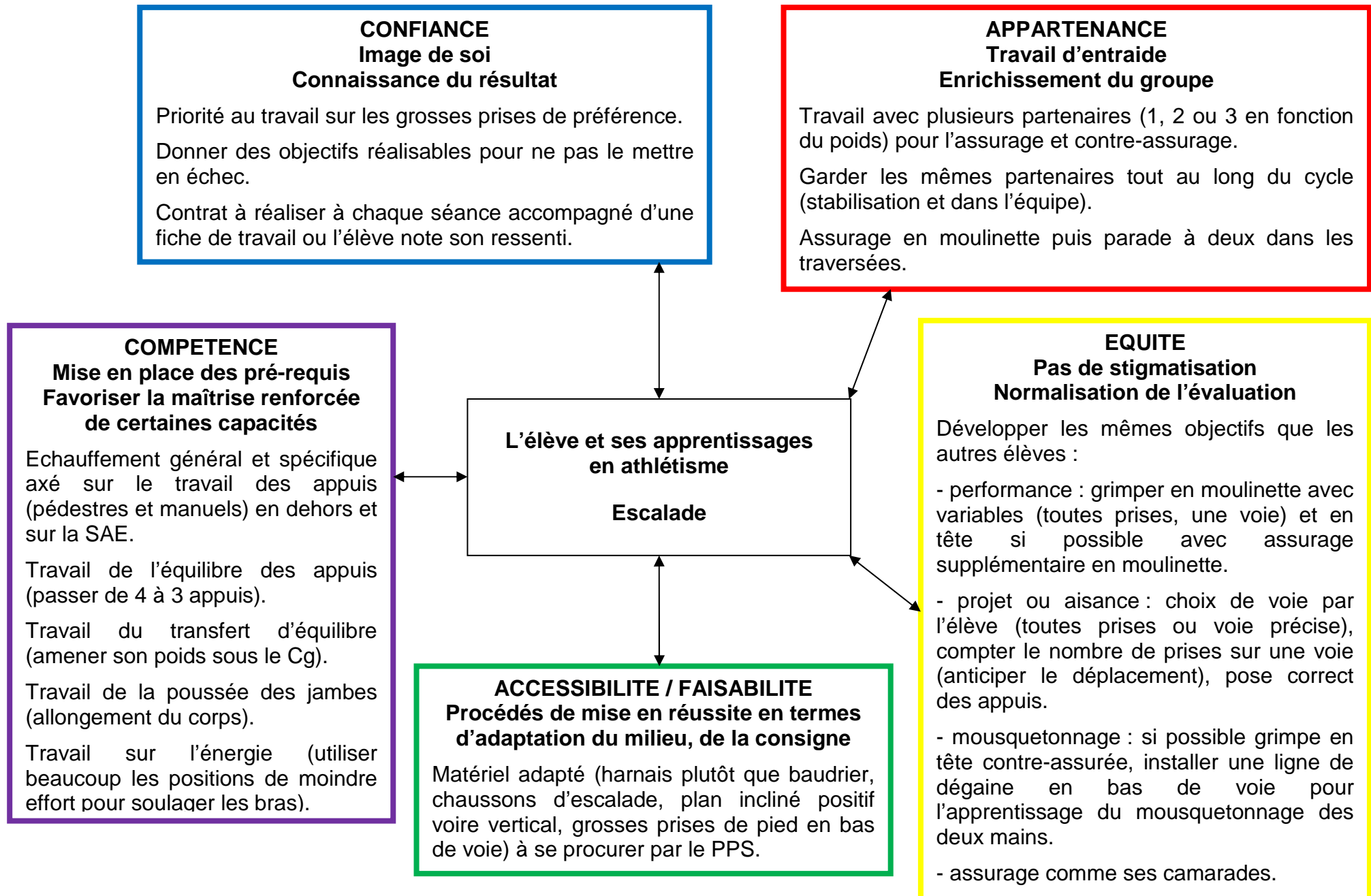
**Pas de stigmatisation
Normalisation de l'évaluation**

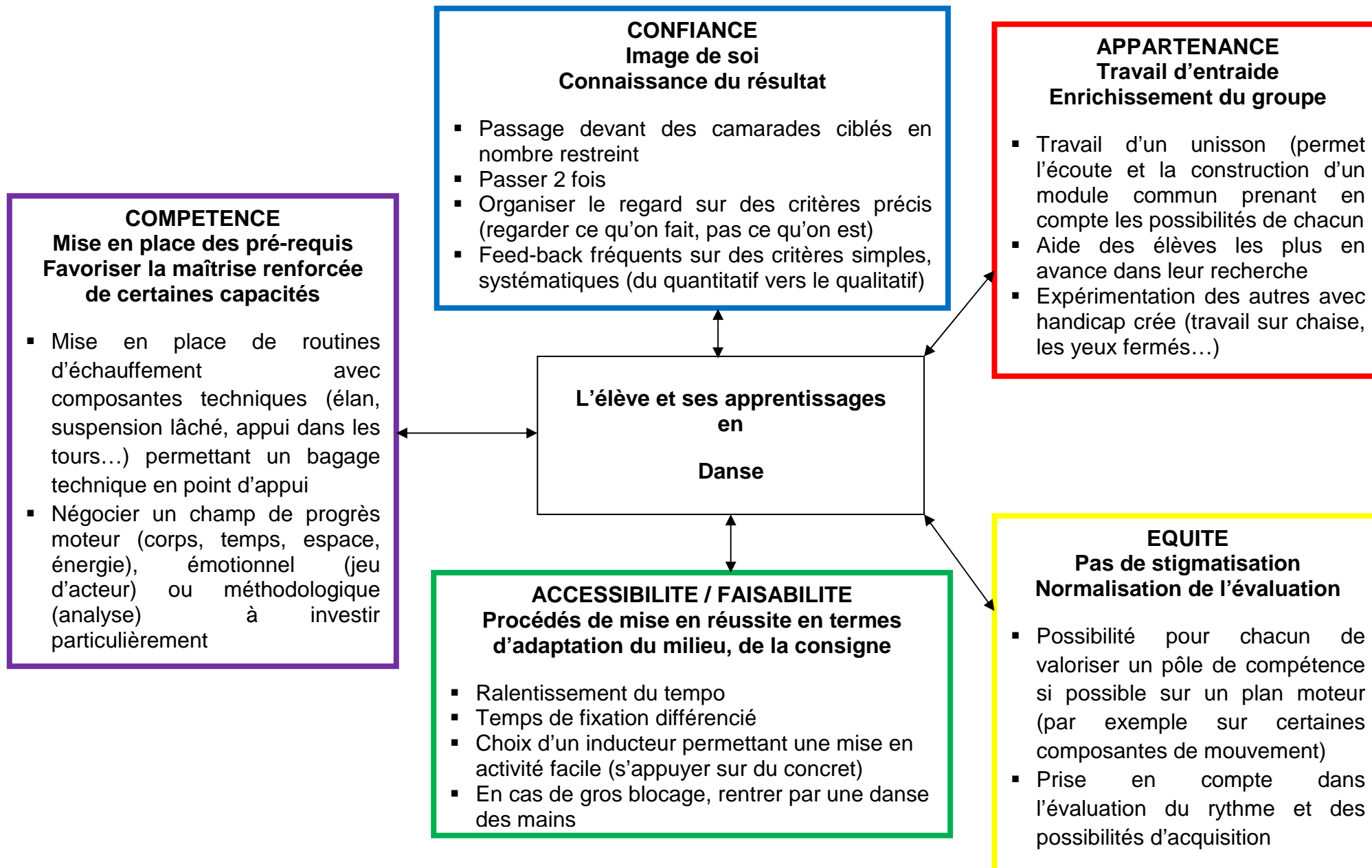
Pour chaque élève de la classe :

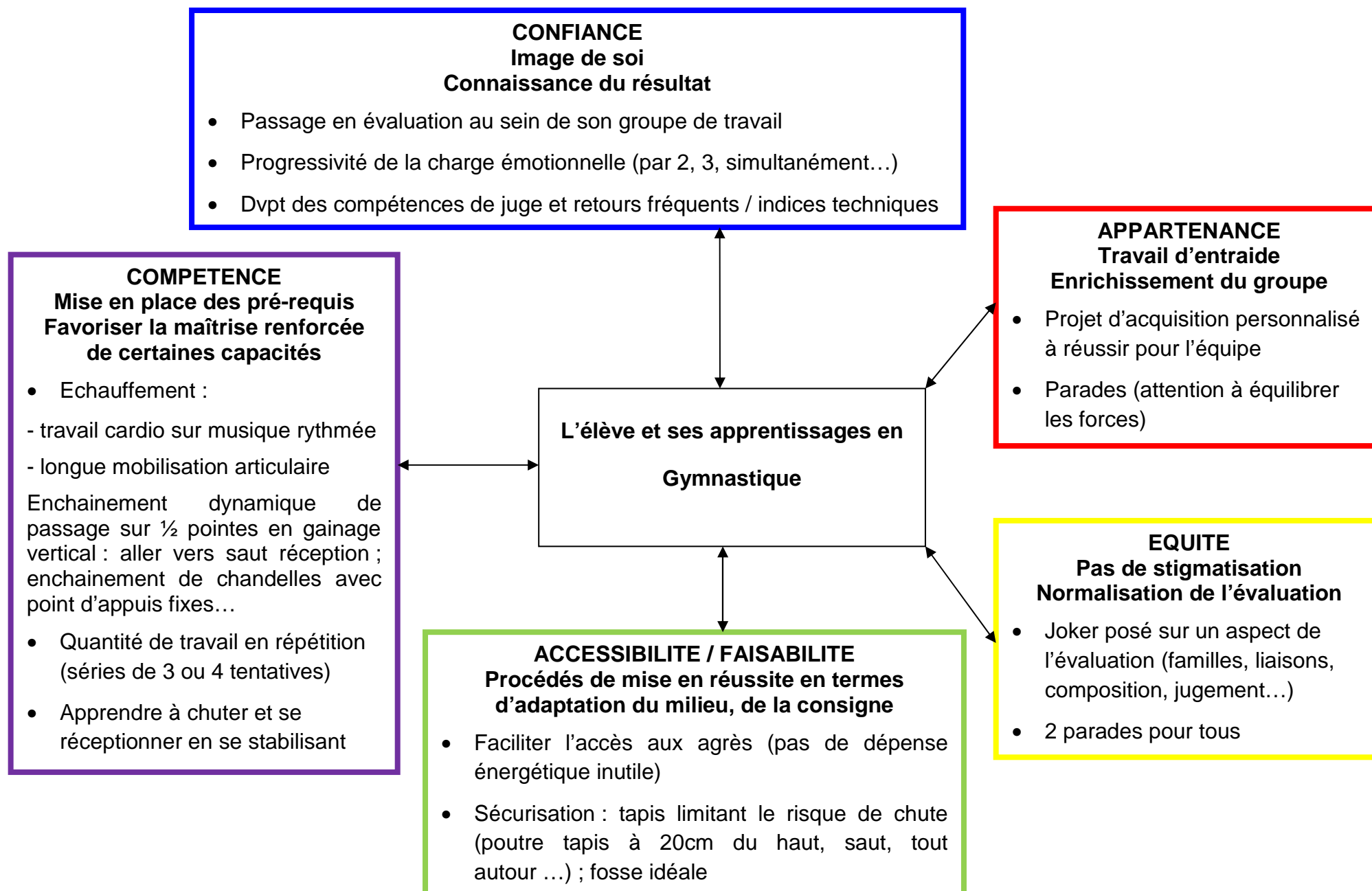
- ✓ proposer un travail en fonction des possibilités de départ (test VMA, test de vitesse sur différentes distances ou durées, vitesse de réaction...) ;
- ✓ prendre en compte différents paramètres sur les barèmes : performance pure avec barème unique, performance spécifique avec barème individuel indexé sur un test de départ ou une course particulière (ex : rapport course plat/course avec obstacle).











Pré-requis : un cycle effectué en seconde (objectifs : 1/ maîtrise manuel et pédestre 2/ maîtrise de la rotation longitudinale en position debout et couchée 3/maîtrise de la rotation avant (ex : au sol, et en barre basse 1m20 de hauteur).

