

Programme National de Pilotage – Colloque national organisé par la DGESCO et l'ESEN
18 et 19 Mai 2009 – École supérieure de l'éducation nationale

Table ronde 1 Éducation à la santé et à la gestion de la vie physique et sociale

Dr Christine CORDOLIANI,
médecin conseiller technique
auprès du recteur de l'académie de Versailles

L'éducation des enfants handicapés a été longtemps dominée par l'objectif de soigner les déficiences à l'origine des handicaps, en se centrant sur les soins et la rééducation. Petit à petit, la notion d'interaction entre l'environnement et la personne handicapée s'est imposée comme un élément essentiel à considérer. La loi de 2005, qui est une forme d'aboutissement de l'évolution de la réflexion et des recherches de dizaines d'années sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées, précise, dès sa définition du handicap, cette notion de conséquence de la déficience sur l'environnement et la vie en société. Ce n'est pas l'environnement qui crée le handicap, mais, selon l'action qui sera faite sur l'environnement, le retentissement de la déficience aura des conséquences plus ou moins importantes sur la vie en société de la personne handicapée.

Après avoir présenté, de façon générale, l'apport de l'éducation physique et sportive dans la construction de l'individu social en devenir qu'est l'élève, je m'attacherai à mettre en lumière les points particuliers à prendre en compte lorsque cet individu social est porteur d'un handicap. Je m'attacherai enfin à la problématique particulière des élèves présentant des troubles importants des fonctions cognitives, qui illustre, plus encore que d'autres handicaps, l'importance des dimensions physiques, psychologiques et sociales à considérer, autant pour les jeunes eux-mêmes que pour leurs pairs et les professionnels qui travaillent avec eux.

A – Éducation à la santé et EPS

Si l'on s'intéresse au retentissement sur la vie sociale de l'éducation physique et sportive, il faut rappeler l'évolution de l'éducation physique, qui a pu être considérée comme un auxiliaire de la médecine, chargé de consolider les constitutions déficientes. Progressivement, en même temps que se développait une conception globale de la santé, le caractère préventif de l'éducation physique s'est imposé, dépassant le mode strictement hygiéniste. La santé est devenue un concept global, renvoyant au bien-être physique, au bien-être psychologique ainsi qu'au bien-être social. La définition de l'OMS, bien qu'ancienne, doit toujours être rappelée pour contrer une tendance spontanée à réduire la bonne santé à l'absence de maladie.

La contribution au bien-être physique est sans doute l'effet le plus communément admis. Si l'on prend l'exemple de l'amélioration des capacités motrices, elle est en elle-même source d'une meilleure adaptation à son environnement mais elle joue aussi un rôle dans l'estime de soi, dans la confiance dans sa capacité à apprendre et rend possible l'intégration dans un projet collectif. On voit bien que les trois dimensions de la santé globale sont concernées dans cet exemple et particulièrement sa composante sociale.

L'éducation physique a aussi une utilité sociale plus visible, liée à la prévention de pathologies invalidantes telles que l'obésité, les maladies cardio-vasculaires ou l'ostéoporose. Cependant, il est prouvé que les seules informations sur les dangers de la "malbouffe" et de la sédentarité ont peu d'effet sur les comportements des adolescents, peu concernés par la prévention de maladies qui les frapperont à l'âge adulte, alors qu'ils sont dans une phase de dénégation du vieillissement et de la mortalité. Si l'objectif est bien d'infléchir les modes de vie, c'est par l'envie de pratiquer une activité physique tout au long de la vie que l'on peut espérer y tendre. C'est donc une relation de plaisir à la pratique sportive qu'il convient de construire en EPS, aboutissant à un mode de vie plus actif, moins sédentaire et plus ouvert sur les autres.

B – Gestion de la vie physique et sociale

Au-delà de l'objectif de prévention et de promotion de la santé globale, les objectifs de santé publique se sont précisés par une approche de responsabilisation de l'individu concernant l'entretien de sa "bonne santé" et de ses potentialités tout au long de sa vie. Il s'agit de former des individus autonomes, responsables de la qualité de leur vie physique, grâce à une meilleure connaissance de leur corps, en introduisant un rapport de sens. Chez l'adolescent, si on se focalise sur la préparation du futur adulte responsable, on laisse de côté ce qui constitue son questionnement principal dans la gestion de sa vie physique : les effets de la puberté, le questionnement sur sa "normalité", l'importance du regard des autres qui peut devenir problématique dans les situations motrices. Pour l'enseignant d'EPS, la connaissance du développement psycho-affectif de l'adolescent et de son rapport au corps est un facteur indispensable de compréhension des enjeux pour atteindre les objectifs à réaliser dans une pratique pédagogique individualisée.

C – Des préoccupations identiques pour les élèves handicapés

La tentation est grande de considérer l'objectif de santé globale comme réservé aux seuls "bien portants", au motif que les malades et les handicapés auraient comme seul souci d'être soignés ou de ne plus souffrir ; si cela est sans doute vrai pour les maladies aiguës, les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes ou de handicaps ont, peut-être plus encore que les autres, une aspiration au bien-être psychologique et à l'insertion sociale, même si l'objectif de remédier aux conséquences négatives du handicap doit être maintenu. L'éducation physique a alors toute sa place comme vecteur de l'amélioration des capacités physiques, motrices et psychiques des élèves handicapés.

Afin d'assurer des actions pédagogiques cohérentes avec les valeurs à promouvoir, il faut avoir conduit une réflexion sur l'approche de l'enseignement à des élèves à besoins spécifiques :

1. Respecter les différences

Dans la relation à l'autre, malade ou handicapé, le respect de la personne se présente comme la valeur morale de référence. Si le respect de l'autre est classiquement traduit par les limites à s'imposer pour ne pas empiéter sur la liberté de l'autre, en ce qui concerne les personnes handicapées, plusieurs attitudes viennent fréquemment empiéter sur cette position éthique.

Une des attitudes fréquemment observées est une attitude excessivement autoritaire et dénuée d'écoute, souvent fondée sur la méconnaissance des capacités de l'élève handicapé, trop souvent défini par ses seules inaptitudes (cela renvoie aux rédactions des certificats médicaux d'inaptitude, basés sur une conception réglementaire conçue dans une logique de sécurité, ou "d'absence de nuire", fondement de la pratique médicale).

L'autre attitude, encore plus courante, est la sympathie excessive, dans un souci de compréhension marquée par l'ingérence de l'affect, qui se traduira par une omniprésence du professionnel aux côtés de l'élève, allant jusqu'à faire à sa place. Ce type d'attitude surprotectrice est inhibant pour l'élève et risque de diminuer ses capacités, elle est à l'opposé de la sollicitude émancipatrice.

La bonne attitude pour réaliser l'accomplissement personnel au regard du respect des différences est de considérer que le développement optimal de la personne est une finalité fondamentale, pour autant qu'on ne le conçoive pas indépendamment des liens qui unissent cette personne aux autres ; pour les jeunes handicapés, on a pu constater régulièrement l'effet bénéfique du partage d'expériences avec des jeunes valides (rencontres sportives, activités de loisir).

2. Conserver les exigences

On a vu que la compassion risque de modérer les ambitions nécessaires à l'accomplissement optimal des élèves handicapés, au profit du relationnel et de la socialisation. D'où l'importance du mot scolarisation qui a remplacé le terme intégration dans la loi de 2005 ; il ne suffit plus d'accueillir, mais d'avoir des exigences d'apprentissage.

Mais dès qu'il s'agit d'apprentissage et plus seulement d'intégration, on se rend compte que le principe du respect des différences ou des caractéristiques d'un individu se heurte souvent à un autre principe moral fondamental, l'égalité de traitement des personnes.

Il n'est pas rare d'entendre des enseignants affirmer que si l'élève est intégré, c'est donc qu'il peut et doit faire absolument comme tout le monde. Les possibilités d'adaptations sont encore souvent mal comprises, le terme d'accessibilité est encore souvent réduit à celle des locaux, et la centration sur l'élève et ses difficultés se traduit encore trop souvent par une individualisation de l'enseignement qui tend à l'isoler de ses camarades. Cet isolement n'est favorable ni aux apprentissages scolaires ni à l'apprentissage de la vie commune. Il faut tendre au contraire à proposer aux jeunes des activités physiques favorisant des interactions entre pairs, dans le but de promouvoir, à côté de l'accomplissement personnel, des valeurs liées à la volonté de vivre ensemble.

3. Considérer l'ensemble de la situation de l'élève handicapé

La prise en compte des différences est d'autant plus délicate qu'elle comporte toujours des aspects subjectifs. Une même différence peut être vécue différemment selon les sujets. Tous les jeunes n'acceptent pas de façon identique les modalités d'enseignement qu'appelle leur incapacité. Certains vont refuser des adaptations qui les distinguent des autres, ou alors refusent, au nom de leur déficience, des exigences scolaires auxquelles ils pourraient satisfaire.

L'important pour l'enseignant est de bien connaître ce que l'on peut appeler les particularités de l'élève, qui comprennent à la fois ses incapacités, ses aptitudes et le regard qu'il porte sur son handicap. Il est frappant de constater que des jeunes qui débute une maladie invalidante telle qu'un diabète peuvent avoir, à l'adolescence, une image particulièrement négative de leur corps, du fait des injections qui jalonnent leur quotidien et les marquent au sceau de l'anormalité, alors que des jeunes présentant des handicaps congénitaux ou acquis dans la petite enfance, avec parfois des dysmorphies très visibles, peuvent avoir conservé une image de soi très positive.

Cette diversité impose aux enseignants d'avoir une connaissance suffisante des élèves handicapés qu'ils vont accueillir dans leur classe, en scolarisation individuelle mais aussi collective. En effet, l'obligation organisationnelle de catégoriser les Unités Pédagogiques d'Intégration (UPI) pourrait laisser croire qu'il s'agit de la multiplication par dix ou douze de jeunes handicapés identiques, pour lesquels un type d'adaptation pédagogique acquis au cours d'un stage académique servirait de sésame à une pédagogie réussie. La simple lecture d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) ne peut suffire, les rencontres avec les familles et les soignants sont un préalable indispensable. Il ne s'agit nullement de trahir un secret professionnel inscrit dans le Code pénal, mais d'appréhender, par un contact direct avec ceux qui connaissent le mieux le jeune, non pas un diagnostic, mais tous les aspects qui seront à prendre en compte dans la mise en œuvre de l'enseignement pour ce jeune particulier.

D – À propos des élèves présentant des troubles importants des fonctions cognitives (TIFC)

J'ai choisi de m'arrêter sur ce handicap du fait de sa complexité et de ce qu'il n'est pas celui qui vient à l'esprit en premier lorsqu'on parle à un public de professionnels de l'EPS. C'est pourtant le handicap qui regroupe le plus grand nombre d'élèves handicapés scolarisés, avec le paradoxe de présenter un handicap justement lié à l'apprentissage, cœur de l'École.

De quel handicap parle-t-on sous la terminologie de "troubles importants des fonctions cognitives" ? On devine qu'il s'agit de tout ce qui n'est pas moteur ou sensoriel, donc relevant du champ mental. Lorsqu'on essaie de discerner à quelle population précise renvoie la notion de handicap mental, on se heurte à quelques difficultés. On a longtemps opposé, de façon totalement étanche, les enfants présentant un handicap mental, qui serait dû à un déficit d'intelligence, fixé une fois pour toutes, et qui étaient orientés vers le secteur médico-éducatif, et les enfants atteints de maladies mentales, considérées comme évolutives, qui étaient orientés vers les établissements et services de soins. Ces derniers ne relevaient pas des commissions de l'éducation spéciale, alors qu'ils étaient pourtant porteurs d'un handicap, au sens du désavantage social induit par leur pathologie. La notion de handicap psychique est ensuite apparue en 2002, elle est devenue officielle dans la loi de 2005.

Les textes sur les CLIS et les UPI rassemblent sous le terme de "troubles importants des fonctions cognitives" des élèves ayant des besoins théoriquement suffisamment proches, mais des pathologies d'origine diverses : retard mental global, difficultés cognitives électives, troubles psychiques graves, troubles graves du développement (incluant l'autisme et les troubles apparentés). Si on peut s'interroger sur une terminologie dans laquelle il n'est question ni de mental ni de psychique, c'est l'hypothèse de difficultés cognitives communes et le souhait d'éviter de nommer les pathologies et d'échapper au médical qui a prévalu au choix de cette terminologie. L'inconvénient est que cette entrée par le cognitif n'est pas forcément opérante pour l'enseignant si

on ne précise pas à quoi ces difficultés correspondent. On voit là que l'importance, développée plus haut, de la connaissance la plus précise possible des difficultés et des aptitudes de ces élèves est capitale pour que l'enseignant puisse prendre en charge de façon efficace les élèves concernés.

Ce qu'il convient de chercher à savoir, ce sont les difficultés les plus incapacitantes, parmi celles sans doute communes aux élèves porteurs de TIFC : S'agit-il de troubles de la mémoire, de la perception, de la relation, du raisonnement ? Cependant, même en connaissant le type de difficultés, c'est encore le plus souvent insuffisant : par exemple la lenteur d'un élève porteur de trisomie 21 est bien différente de celle d'un enfant autiste.

Pour les élèves porteurs de TIFC, l'observation par les enseignants des élèves en situation d'apprentissage est essentielle, c'est elle qui permet de s'appuyer sur les compétences que ces jeunes ne savent jamais exprimer spontanément. En effet, la caractéristique commune à tous ces élèves est la conviction qu'ils ont de leur incompétence, souvent inculquée par les adultes depuis leur plus jeune âge, alors même qu'ils ont des aptitudes dans un certain nombre de domaines, qu'il convient de reconnaître et développer, afin qu'ils puissent les mettre en œuvre dans toutes les situations d'apprentissage et particulièrement au sein d'un groupe. Ces élèves ont bien souvent des capacités qu'ils montrent en relation duelle avec l'adulte, mais qui sont difficiles à reproduire en autonomie et sous le regard des autres.

Pour ces jeunes, la gestion de la vie physique et sociale est donc un objectif particulièrement important, qui conditionne l'autonomie à l'âge adulte. L'EPS, à la différence d'une activité physique de rééducation, passive par essence, est une discipline particulièrement essentielle comme vecteur de cet apprentissage par l'amélioration de la motricité, le plaisir de l'activité physique, l'intégration à une activité de groupe et l'accès à un mode de vie plus autonome. Par ailleurs, l'EPS permet souvent de faire le constat d'aptitudes plus difficilement repérables dans les disciplines reposant sur la connaissance de la langue écrite mais transposables dans ces disciplines, une fois qu'elles sont repérées. Elle permet aussi, par le regard porté par les pairs et les adultes sur une différence souvent dérangeante, de modifier les comportements dans le sens de la citoyenneté et de la tolérance des autres élèves comme des adultes qui ont souvent une réticence plus grande à accueillir ces élèves que des élèves présentant un handicap moteur ou sensoriel.

Références bibliographiques :

- *Delignières (Didier) : L'éducation physique : une éducation pour la santé (2004)*
- *Deschamps (Jean-Pierre) : L'adolescent et la prévention - 1993*
- *Garel (Jean-Pierre) : respecter les différences : une exigence ambivalente (nouvelle revue de l'AIS n°19 (2002)*
- *Michaud (P.A.), Alvin (Patrick) : La santé des adolescents (1997)*
- *Perrin (Claire) : La santé en EPS : de l'évidence à l'éducation ; Spirale – 2000 n°25 (83-88)*