

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE L'EDUCATION POPULAIRE ET DU SPORT
(INSEPS)



MEMOIRE DE MAITRISE
ES- SCIENCES ET TECHNIQUES DE L'ACTIVITE PHYSIQUE
ET DU SPORT

**REPRESENTATION DE L'ENSEIGNEMENT
DE L'EPS CAS DES ENFANTS HANDICAPES
PHYSIQUES : DES CENTRES VERBO-
TONAL ET TALIBOU DABO DE DAKAR
ET DE L'INEFJA DE THIES**

Présenté Par :

Yvan Emmanuel Latyr TINE

Sous la Direction de :

M. MAMADOU NDIAYE

Diplômé d'Etudes Approfondies en Sciences de l'Education
Professeur d'Education physique

Année Universitaire : 2001-2002



DEDICACES

Papa Alphonse et Maman Lucienne vous êtes des personnes qui me sont chères. Ce travail est à vous. Permettez-moi, O Mère de vous dire ici que vous êtes une bonne mère et une bonne mère on se la garde.

Je vous le dédie aussi chers frères et sœurs : Jean Pierre, Michel, Marie Pauline, Anna, Jean Noël.

A mes amis : Ezéckiel TINE, Pierre TINE, Jean Jacques FAYE, Wenceslas NDIONE, Robert TINE, Jean Paul FAYE, André DIOP, Samuel NDIONE, Bernard NDIONE, Pascal SENE, François T. DIOUF, Jean Michel DIENE, Pascal DIOP, Jean Marie TINE, Barthélemy TINE, Adolphe NDIONE, Clément J. NDIONE, Charlis B. TINE, Georges THIAW, Laurent R. THIAW, Marcel TINE, Christian TINE, Jacques SECK, Natalina NDIONE, Annick NDIONE, Madeleine NDIONE, Véronique SARR, Marie Lucienne TINE, Lisa NDIONE, Elisabeth NDIONE, Thérèse Y. NDIONE, Marie Sassoum TINE, Marie Gaye TINE, Elie MENDY, Viviane A. DIOP etc.

A mes promotionnaires : Joseph F. DIE NE, Algassimou DIALLO, Patrick DIOMPY, Amadou SFCK, Ousseynou LO, Awa SARR, Juliette MENDY, Seynabou E. L. NDONG, Khady DIEDHIOU.

A mes cousins : Jean Paul Tine, Célestin TINE, Louis TINE, André TINE, Bernard TINE, Hélène Georgette TINE, Augustin TINE, Diodj TINE, Pauline TINE, Nadége NDIONE, Sébastien NDIONE, Anta NDIONE, Aby DIAKHATE, Vieux (Gabriel), Augustin NDONG, Pauline NDONG, Jean Félix NDIONE etc.

A mes Oncles et Tantes

A mes grands-pères et grande-mères : Augustin Boucar NDIONE, Guina NDIONE, Jean Pierre Lamane TINE, Marguerite NDIONE, François Christophe TINE, Augustine DIOP, Edouard FAYE, Rose Ndiouma NDIONE, Rose DIOP Joséphine Ndew DIOP, Anna TINE.

IN MEMORIUM

A la mémoire de Feu Marie Diagne TINE et de feu Emile Demba TINE :
vous avez été pour moi plus qu'une grande-mère et un père, vous étiez en effet, mes
amis .

Permettez-moi, en ce jour, de m'incliner devant votre âme pieuse et de
regretter votre absence , je vous dis merci pour tout ce que vous avez fait pour moi,
sachez que vous serez toujours dans ma mémoire et dans mon cœur.

Que Dieu le Tout Puissant, vous garde dans sa miséricorde et vous accueille
au paradis.

REMERCIEMENTS

A mon Directeur de mémoire : Monsieur Mamadou NDIAYE, dans ce travail vous vous êtes investi corps et âme et vous n'avez ménagé aucun effort. Soyez pour cela remercié vivement.

A Mme Faye NDIAYE épouse de mon Directeur de mémoire, je tiens à vous dire merci pour les conseils et le soutien moral, mais aussi pour l'affection maternelle que vous m'avez présentée.

A tout le corps professoral de l'INSEPS par qui j'ai acquis ces connaissances et particulièrement à Monsieur KANE, Monsieur SECK, Monsieur SANE, Monsieur SANO, Madame Aminata Diack NDIAYE qui m'ont beaucoup soutenu dans ce travail, par leurs conseils et leurs orientations.

A Anastasie THAIW (Mme DIAKHATE), chère mère
Depuis que je suis à l'INSEPS vous avez tout fait pour ma réussite, j'en suis très reconnaissant. Merci beaucoup

A Monsieur Grégoire qui m'a ouvert sa bibliothèque durant les vacances, mais aussi aux conseils que quiconque donnerait à son fils. Merci.

A toutes les personnes qui ont accepté de répondre à ces entretiens : Monsieur Valentin THIOMBANE, Docteur SY, Monsieur MBACKE, Monsieur NIASSY, Monsieur BA etc. je vous dis merci de tout mon cœur.

A mes parents, et aux bonnes volontés qui m'ont beaucoup soutenu dans mes études, je tiens à vous dire mes remerciements je veux parler de : Joseph B. TINE et sa femme (Lili), Madame Joséphine NDIONE, Monsieur Stanislas NDIONE et sa femme (Hélène) Madame Pauline TINE, Monsieur André Latyr THIAW, Monsieur Daniel NDIONE et sa femme (Louise), Monsieur Didier TINE.

Aux secrétaires qui ont vraiment eu l'amabilité et beaucoup de patience pour la finition de ce travail : Mme MBAYE Abibatou MBENGUE, Mlle Marie Rose DIOUF et Mlle Amy FALL de la CANTINE 75 Petite porte COUD en face PM4 etc.

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE : PARTIE INTRODUCTIVE	1
INTRODUCTION GENERALE	2
PROBLEMATIQUE	4
DEUXIEME PARTIE : LA REVUE DE LA LITTERATURE	6
Introduction	7
I- DEFINITION DES CONCEPTS	8
1. Handicap.....	8
A. Evolution du concept de handicap.....	8
B. Les définitions de l'ONU et de l'OMS du handicap	10
2. Le concept de représentation	12
II- NATURE ET CONSEQUENCES DU HANDICAP PHYSIQUE	15
1. Types de handicaps physiques	15
A. Les handicapés sensoriels.....	15
A1-La déficience visuelle	16
A2- La surdité	17
B. Les handicapés moteurs.....	19
B1- Les lésions siégeant au niveau de la moelle.....	19
B2- Atteinte du muscle ou Myopathie	20
B3- Infirmité Motrice cérébrale (IMG).....	20
B4- Les troubles dystrophiques	21
B5- Les atteintes microbiennes	21
B6- Les atteintes ostéo-articulaires ou arthrogrypose	21
B7- Les atteintes d'origines diverses.....	22
2. Les conséquences sur la personne handicapée physique.....	22
A. Les problèmes fonctionnels	22
B. Les conséquences psychologiques	25
B1- L'image de soi	25
B2- L'identité	27

C. Les conséquences sur les interactions sociales	28
C1. Les conséquences sur la vie professionnelle	29
C2. Les conséquences sur la scolarisation des enfants	29
C3. L'attitude de la famille	30
C4. Les conséquences sur la pratique d'activité physique et Sportive.....	30
C5. conclusion	32
III : La représentation sociale du handicap physique	33
1. La problématique du handicap physique en Afrique	33
2. Les considérations sur le handicap physique.....	34
IV : Handicap physique et éducation physique et sportive	36
1.La représentation de l'EPS	36
A. Les finalités de l'éducation physique et sportive.....	36
B. L'utilité de l'éducation physique et sportive	37
C. La représentation de l'EPS.....	38
2. EPS et personnes handicapées physiques.....	39
Conclusion de la revue de littérature.....	40
TROISIEME PARTIE : LE CADRE PROBLEMATIQUE ET METHODOLOGIE	41
Introduction	42
I. Le cadre problématique	43
II. Méthodologie	44
1. Les sujets	44
2. L'instrument de collecte des données	45
3. Protocole	46
4. Collecte des données	46
5. <i>Traitement des données</i>	47
QUATRIEME PARTIE : PRESENTATION-ANALYSE ET DISCUSSION DES DONNEES	48
Thème I : La représentation du handicap physique	49
1. Représentation de la déficience selon l'origine ou les causes	49
2. La représentation sociale du handicap physique	52
Thème II : La prise en charge des handicaps physiques : type d'établissement le plus Propice.....	54
Thème III : Handicap physique, image de soi, identité et EPS.....	57

Thème IV : La représentation de l'EPS en milieu spécialisé	59
1. Les infrastructures	59
2. La représentation du professeur d'EPS par les administrateurs et les professeur d'EPS eux mêmes	61
3. La représentation de l'EPS	62
A. La représentation des parents	62
B. La représentation des administrateurs	63
C. La représentation des élèves	64
D. La représentation des intervenants en EPS	65
Thème V : La représentation de la relation pédagogique en milieu spécialisé.	67
1. Les rapports enseignant-enseigné et enseigné-enseigné	67
2. Le rapport enseigné-savoir	69
CONCLUSION GENERALE	70
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES	77

PREMIERE PARTIE : PARTIE INTRODUCTIVE

INTRODUCTION GENERALE

La déclaration des droits de l'enfant, adoptée en 1959 par l'Assemblée générale des Nations Unies stipule dans son article 7 que « l'enfant doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale, et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société ». C'est dire donc que tous les enfants sans distinction sont pris en considération par cet article et nul ne peut contester qu'il s'applique, entre autres, aux enfants handicapés.

Toutefois, on notera que la prise en charge scolaire des enfants handicapés est bien récente, surtout dans les pays en voie de développement.

En effet, en raison de la complexité du milieu, la prise en charge des jeunes handicapés a soulevé beaucoup de débats ces dernières années. Les études de SARR (1981), DESCHAMPS, MANCIAUX SALBREUX, VETTER et ZUCMAN (1981) ont tenté chacune de donner des réponses à cette question.

Notre étude portera sur la représentation de la pratique de l'E.P.S des personnes handicapées physiques.

Les études sur les représentations ont fait l'objet de plusieurs recherches en sciences de l'éducation plus particulièrement en psychologie sociale. Pour notre part, nous aborderons les représentations des pratiques sportives en milieu spécialisé à partir d'une approche socio-éducative. Il s'agira pour nous de réfléchir sur les représentations de l'E.P.S et les relations avec le handicap physique. Les conclusions de notre travail nous permettront de juger de la place de la pratique de l'E.P.S dans nos centres spécialisés.

Cette étude comprendra trois parties : la première partie, théorique, nous présentera les représentations du handicap physique, la deuxième partie consistera à énoncer le cadre problématique et la démarche méthodologique, la troisième partie sera consacrée à la présentation, à l'analyse et à la discussion des résultats de notre recherche.

PROBLEMATIQUE

Le handicap physique, dans la société préindustrielle en Afrique était considéré comme une punition divine ou ancestrale (SARR, 1981). Ainsi l'individu, avant même la naissance, était porteur des caractères de sa personnalité. Cette conception traditionnelle de la personne que ERNY (1987) a illustré dans ses études sur l'éducation de l'enfant africain, inscrit les handicapés physiques dans le registre moindre et les voue à jouer les rôles secondaires dans la société.

Qui plus est, dans la civilisation occidentale les perceptions sur le handicap n'ont pas beaucoup évolué. En effet, Nietzsche, dans la philosophie contemporaine, avec son « surhomme » ne laissait aucune place aux handicapés. Il les abandonnait à leur sort pour « hâter le pas avec les forts » : c'est la loi de la sélection naturelle.

Suite à l'influence de ces différentes conceptions, la pratique des activités physiques et sportives à ses débuts s'est inscrite sur la même lancée, c'est-à-dire l'exclusion des handicapés du champ social.

Ainsi, pendant longtemps on a eu une perception négative du handicap. A cette époque, les personnes porteuses de handicap étaient encore confrontées à plusieurs problèmes dans la vie active.

Il a fallu l'éclairage de la médecine pour qu'un regard nouveau puisse voir le jour. En effet, à partir de la période de l'entre-deux-guerres, de nouvelles considérations sur le handicap verront le jour : les héros de la guerre sont revenus avec des tares, ils présentent des handicaps physiques pour certains. Ces différents handicaps sont souvent synonymes de courage et d'honneur rendu à la nation.

L'ONU et la science médicale par l'entremise de la médecine rééducative ont renforcé tour à tour le sentiment de curiosité et d'intérêt vis-à-vis du handicap et de ses conséquences. Elles se présenteront en effet comme des catalyseurs de bon nombre de décisions et d'actions au profit des personnes handicapées. Nous n'en voulons pour preuve que la déclaration des droits des personnes handicapées et le

choix de l'année 1981 comme année internationale de la personne handicapée, laquelle sera suivie d'une décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées.

Fort de cela, au Sénégal, l'année 1985 fut décrétée « année de la condition physique et du sport pour tous ». C'est de là d'ailleurs, qu'est partie l'idée de la pratique d'activités physiques et sportives pour les personnes vivant avec un handicap physique au Sénégal. Les Activités Physiques et Sportives sont aujourd'hui perçues comme nécessaires à l'épanouissement, au développement harmonieux de la personne handicapée.

Sous l'impulsion de l'UNICEF, en collaboration avec l'ONU la prise en charge des jeunes handicapés physiques s'est légèrement améliorée. Dans cette prise en charge la pratique d'activités physiques semble souhaitable. C'est en partant de cette situation que nous avons voulu étudier la manière dont les intervenants en EPS, les administrateurs, les parents et les enfants handicapés perçoivent l'impact de la pratique d'activités physiques sur le développement des personnes handicapées physiques. Ce qui nous amène à poser les questions suivantes :

- Quelle est la représentation que les intervenants en E.P.S se font de la pratique physique chez les handicapés ?
- Cette perception varie t-elle selon que l'intervenant appartient à une structure scolaire spécialisée ou normale ?
- Cette perception varie t-elle selon le formateur ?
- Comment les personnes handicapées physiques elles-mêmes perçoivent-elles l'EPS en rapport avec leur handicap ?
- Comment les parents perçoivent-ils le rôle de l'EPS dans la prise en charge des personnes handicapées physiques ?
- Quelle représentation les administrateurs scolaires se font-ils du rôle de l'EPS dans la prise en charge de la personne handicapée physique ?

C'est à ces questions que nous tenterons de répondre dans cette étude.

DEUXIEME PARTIE :
REVUE DE LA LITTERATURE

INTRODUCTION

La littérature qui existe sur le plan international et national est dominée par des œuvres médicales et professionnelles. Ce sont des œuvres telles que : « Médecine du sport » (1984) de GUILLET, GENETY et BRUNET-GUEDJ et des mémoires de maîtrise sur le plan national tels que celui de MBENGUE (1982). On notera que beaucoup de ces œuvres n'abordent pas directement les problèmes socio-économiques auxquels sont confrontés les handicapés physiques. Les ONG toutefois, nous présentent un travail sur le terrain qui est quelque peu riche en information. Elles traitent souvent les problèmes des handicapés en trois (3) points majeurs. Du point de vue physique, psychologique et social. Le handicap physique peut avoir des conséquences d'ordre :

- physique : lié à la mobilité, aux gestes quotidiens et aux problèmes locaux moteurs ;
- psychologique, c'est-à-dire comment le handicap est-il assumé ?
- social : lié à la famille, à la dimension professionnelle et aux loisirs.

Quant aux œuvres qui traitent des pratiques physiques des handicapés, elles nous donnent tous un large aperçu sur les représentations bien récentes de cette pratique. Parmi les ouvrages qui abordent le problème dans ce sens on peut citer entre autres : Le mémoire de SALL (1987), THIOMBANE(1994), Dossiers EPS n°23 (1994), A quoi sert l'EPS ? (1996) etc.

C'est en nous basant sur ces écrits que nous avons organisé notre revue de littérature en quatre chapitres :

- La définition des concepts de handicap et de représentation,
- Nature et conséquences du handicap physique,
- La représentation sociale du handicap physique,
- Handicap physique et éducation physique et sportive.

I- Définition des concepts

1- Handicap

Bon nombre de difficultés surgissent pour définir la notion de handicap ; son contenu semble en effet susceptible d'interprétations aussi diverses que subjectives. On peut essayer de préciser ce qu'il désigne aujourd'hui en mettant en évidence son évolution et en nous basant sur quelques définitions dont celles de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

A - Evolution du concept de Handicap

Le terme de handicap est la résultante de la contraction de trois mots de la langue anglaise : « *Hand in (the) cap* » qui signifie « *La main dans la casquette ou le chapeau* » (HAMONET, 1990, p.7). selon cet auteur : « *il sert à désigner un jeu dans lequel les partenaires se disputent des objets personnels dont le prix est fixé par un arbitre. Chacun est mis dans un chapeau* ».

Puis dès 1754, il est appliqué aux jeux hippiques. D'abord à la compétition entre deux chevaux puis à des courses de plusieurs chevaux. Après avoir traversé la manche avec ce sens, le golf s'empare du terme pour classer les joueurs selon leurs performances.

Ensuite dans le dictionnaire apparaît un sens figuré indiquant une gêne ou une situation à obstacle. C'est vers les années 40 selon le dictionnaire « Le Robert » que le terme est employé au sens médical pour expliquer le désavantage né d'une infirmité ou d'une maladie. Ce glissement intervient en fait alors que naissent les lois et institutions fondant la réadaptation fonctionnelle rendue nécessaire par l'augmentation brutale et exponentielle du nombre des handicapés du fait de la deuxième guerre mondiale.

Le substantif « handicapé » a commencé à être employé ; sans doute parce que plus opérationnel et surtout moins gênant que les termes caducs d'incurables, de débiles, d'infirmités, d'invalides ou d'impotents. En réalité, ces appellations, toutes défectueuses ne s'appliquent que par comparaison à une moyenne, c'est-à-dire à une normalité biologique. Les termes « Infirmités » et « Invalidité » ne rendent pas compte d'une situation sociale ; ils ne décrivent qu'un état, une différence entre l'homme « normal » et l'homme « anormal » selon une étiquette tirée d'une normalité supposée fondée sur le sexe, l'âge, la religion, l'état physique ou mental, en fonction des croyances ou des représentations d'un groupe donné.

C'est ainsi qu'au Sénégal, la personne atteinte de défiance, quels que soient le degré et la nature, est encore dans certains milieux appelés : « Genn Walu nit » littéralement en français : « moitié d'homme ». La violence de l'expression métaphorique a conduit à l'utilisation des termes « aji wañee ku » (le diminué). La portée de ces termes est aussi frappante que dévalorisante. En réaction à cela, les associations des personnes handicapées du Sénégal s'approprient le terme handicapé qu'elles traduisent en Wolof par « Waay Laago yi » qui pourrait signifier le handicapé. Il ne s'agit pas d'un simple glissement sémantique, mais de la volonté d'affirmer qu'un homme fut-il handicapé, ne saurait se réduire à son statut, tant il est vrai que la différence est toujours de nature sociale et représentationnelle.

De manière beaucoup plus satisfaisante, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) nous propose une définition de la notion d'handicap à laquelle elle associe les notions de déficiences (lésionnelles, infectieuses,...) , d'incapacités (fonctionnelle...) et d'inadaptations (intégration sociale...).

B- Définitions de l'O.N.U et de l'O.M.S du Handicap

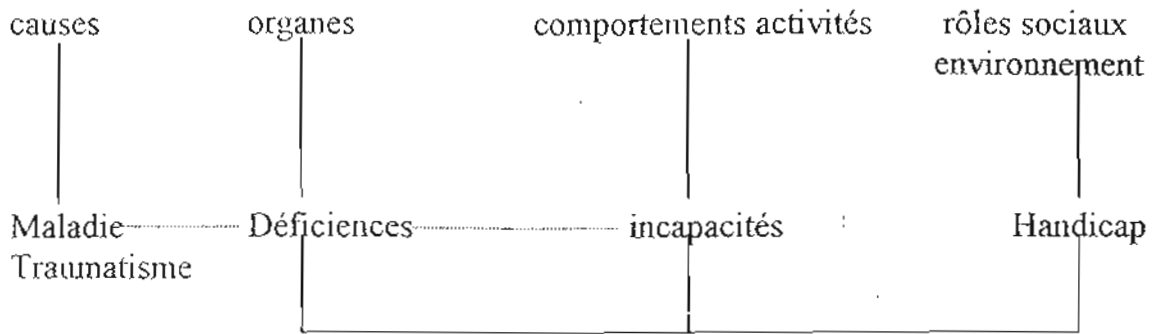
L'Organisation des Nations Unies (ONU), à travers la déclaration des droits des personnes handicapées du 9 décembre 1975, nous propose la définition suivante du terme « handicapé » : il désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou une partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale, d'un fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques et mentales.

Dans cette définition nous constatons que le terme handicap est associé à des notions de déficience, d'incapacité à mener une vie sociale normale. Cette définition, tout en essayant de nous donner une approche explicative de la notion semble être quelque peu générale. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) dans un souci de clarification nous propose une définition plus opérationnelle. Pour ce faire, elle décompose le concept de handicap en déficience, incapacité et désavantage :

- la déficience ; représente la perte ou l'altération d'une structure (anatomique) mais aussi d'une fonction (physiologique ou psychologique)
- l'incapacité porte sur la perte ou la limitation d'une capacité d'accomplir une activité.
- le désavantage, conséquence de la déficience ou de l'incapacité ; correspond à l'aspect situationnel de l'handicapé, c'est-à-dire une difficulté à assurer son rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs culturels et économiques.

Cette « *approche tridimensionnelle* » ou « *trilogie de Wood* » (HAMONET, 1990, p.32) nous donne une vue plus concrète du terme handicap. Elle met en relation quatre éléments qui composent le processus d'apparition des handicaps. « *Ce sont, d'une part, les maladies ou traumatismes (diagnostics identifiables par la Classification Internationale des Maladies (C.I.M) ; et d'autre part les déficiences, les incapacités et les handicaps identifiables par la Classification Internationale des Déficiences Incapacités et Handicaps (C.I.D.I.H) »*

(HAMONET, 1990, p. 33) qui s'organise selon le plan suivant



Il apparaît ainsi que le handicap est la résultante sociale et environnementale d'une déficience et d'une incapacité organique.

En effet, la déficience est liée tout d'abord à l'organisme. Elle est de nature lésionnelle. Elle correspond à une anomalie, une manifestation, une insuffisance ou une perte d'un organe, d'un groupe d'organes ou d'une fonction spécifique de ceux-ci. La déficience peut être d'origine congénitale ou acquise, permanente ou temporaire. La déficience selon HAMONET (1990, p.34) se subdivise en neuf grandes catégories :

- «1- Déficiences intellectuelles
- 2- Autres déficiences du psychisme
- 3- Déficiences du langage et de la parole
- 4- Déficiences auditives
- 5- Déficiences de l'appareil oculaire
- 6- Déficiences des autres organes
- 7- Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
- 8- Déficiences esthétiques
- 9- Déficiences des fonctions générales, sensibles ou autres. »

Ces différentes déficiences entraînent des conséquences sur le plan fonctionnel. Et ainsi, l'organisme présente en réponse à ces déficiences, une incapacité fonctionnelle. Elle se manifeste dans la réalisation des activités et dans leur comportement quotidien de la vie de la personne handicapée.

En somme, même si la déficience est de nature physique et s'intéresse particulièrement au corps, il n'en demeure pas moins qu'elle entraîne des incapacités, c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité de réaliser ou d'accomplir certaines activités.

De cette déficience et incapacité, il en résulte une inadaptation sociale. La personne présente ainsi des difficultés d'adaptation aux exigences sociales. D'où la nature sociale du handicap. Le handicap correspond ainsi à un désavantage social d'une personne qui n'est rien d'autre que la conséquence sociale du déficit et de l'incapacité. Ces derniers limitent ou interdisent la réalisation de certaines activités sociales ou professionnelles.

Dans la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous distinguons deux aspects implicites. D'une part la nécessité de montrer les difficultés auxquelles sont confrontés les handicapés, d'autre part, une volonté de remise en cause et de dépassement de la part des personnes handicapées. En ce qui nous concerne, nous étudions ici le handicap physique en rapport avec l'Education physique et sportive (E.P.S) et les représentations que se font les enseignants d'E.P.S, les responsables administratifs, les élèves des établissements d'enseignement spécial du Sénégal et les parents de ces élèves.

2. Le concept de représentation

Le caractère plurivoque du concept de représentation fait qu'il est difficile de lui trouver une définition consensuelle. En effet la notion de représentation peut être synonyme de croyance, image, opinions, idées etc. (DOISE, PALMONARI et LORENZI-CIOLDI, 1992). Donc on peut comprendre que cette représentation nécessite la mise en commun de plusieurs éléments. Finalement, qu'est ce qu'une représentation ?

Les représentations sont des constructions mentales élaborées par des sujets ou des individus en situation d'apprentissage (BOURGEOIS et NIZET, 1997). Elles aident à comprendre une situation, à résoudre un problème (CORDIER et al, 1990) ou favorisent la communication dans un groupe (MOSCOVICI, 1961).

Ces différentes approches font des représentations un concept intégrateur au carrefour de plusieurs champs de recherche.

La caractéristique de base de la notion de représentation est qu'elle est « *une forme de savoir pratique, reliant un sujet à un objet* » (JODELET, 1989 p. 43). Ainsi toute représentation est une représentation de quelque chose ou de quelqu'un ; ce qui signifie que la représentation est influencée par les caractéristiques du sujet ou de l'objet. En référence à notre étude nous pouvons dire que la représentation de l'EPS (objet) dépend du statut du sujet (administrateurs, enseignants ou élèves des centres spécialisés).

Autrement dit, la représentation entretient avec son objet des rapports de symbolisation c'est-à-dire qu'elle l'interprète pour lui donner une signification. C'est en ce sens d'ailleurs que la représentation est assimilée à un processus de construction. Ainsi cette élaboration aboutit à une forme de modélisation de l'objet représenté à partir de support verbal et / ou comportemental.

Par ailleurs, la représentation en tant que savoir pratique lié à un objet, peut être influencée par l'expérience du sujet. Par exemple la proximité ou la distance du sujet vis-à-vis du handicap pourrait susciter des représentations différentes du handicap physique.

A la lumière de ce qui précède nous pouvons avec profit définir la représentation comme « *une grille de lecture à travers laquelle on décode une certaine réalité. Cette grille qui est constituée de tout un héritage socio-historique nous est léguée dès notre naissance à travers les multiples inter-actions et communications que l'on entretient avec notre entourage proche et éloigné* » (LE CREN, 1996 p 252).

Autrement dit ce n'est pas l'objet réel (EPS ou handicap physique) qui détermine les discours des sujets mais les représentations qu'ils s'en font. En enseignant l'éducation physique à des personnes handicapées, les intervenants ne tiennent pas souvent compte du handicap physique, mais sont influencés plutôt par les représentations qu'ils s'en font. Ainsi ce qu'ils pensent du handicap physique, se trouvent être à la base de leurs actions.

En définitive, une représentation est toujours liée à un ou des objets, lesquels sont dans notre étude l'éducation physique et le handicap physique. C'est-à-dire comment les administrateurs, les intervenants en EPS, les élèves handicapés et leurs parents se représentent-ils la pratique de l'EPS des enfants handicapés physiques.

II : NATURE ET CONSEQUENCES DU HANDICAP PHYSIQUE

La nature et les conséquences du handicap physique sont diverses et variées. En effet, chaque handicap physique est spécifique et engendre par la même occasion des conséquences spécifiques. Nous tenterons par-là de noter les types de handicap physique les plus rencontrés et nous verrons leurs conséquences sur la personne handicapée physique.

1- Types de handicaps physiques

Il existe plusieurs types de handicaps physiques. Le handicap physique se rapporte à des insuffisances constatées au plan moteur et sensoriel. En effet, l'Encyclopedia Universalis les classe en deux types selon leur nature : les handicaps sensoriels, aveugles et amblyopes, sourds et malentendants..., et les handicaps moteurs, amputés, paralysés, victimes d'une malformation...(1996, p.197). Dans un premier nous allons aborder le handicap sensoriel.

A- Les handicapés sensoriels

Ils sont constitués surtout par les personnes souffrant de déficit au niveau des organes de la vue et de l'ouïe. « La cécité et la surdité sont deux déficits très différents qui entraînent de la part de l'entourage des réactions diverses. Environ 70 millions de personnes dans le monde sont touchées par ces déficits selon Encyclopedia Universalis (p. 1996). Nous entreverrons leurs spécificités en deux catégories : d'une part, les déficiences liées à la vision et d'autre part, celles liées à l'ouïe.

A1- La déficience visuelle

La déficience visuelle regroupe un grand nombre de catégories, à l'origine une très grande diversité de déficience visuelle. En effet, toute personne ayant une vision inférieure à 4/10 de son œil après correction est considéré comme déficient visuel. Selon l'importance de la déficience nous distinguons plusieurs sortes de catégories. Elles oscillent entre l'amblyopie qui est une vision de 4/10, à la cécité complète où le patient se trouve dans le noir total.

Dans la littérature plusieurs auteurs ont essayé d'opérer une classification. RAYNARD (1991, p. 14), nous propose différentes sortes de classifications ; selon lui certains auteurs préfèrent la classification suivante :

- Amblyopie de 1 à 3/10
- Déficience visuelle profonde de 1/50 à 1/10
- Cécité égale à 1/50

Par exemple il nous présente la classification de Pierre Henry qui s'articulera en cinq (5) catégories :

- aveugle absolu ;
- aveugle ayant recouvré un peu de vision après chirurgie ;
- perception lumineuse
- bonne vision suivie de chute de l'acuité
- passage de l'amblyopie à la cécité brutale ou progressive

Ensuite, il nous propose la classification de l'Organisation Mondiale de la santé (O.M.S) qui retient deux paramètres essentiels :

- l'acuité visuelle
- le champ visuel

Les définitions de l'OMS ont des soubassements médicaux selon RAYNARD (1991). C'est ainsi qu'à son tour, il nous propose une classification fonctionnelle. Cette classification met en exergue le caractère instrumental de l'œil, lequel prend en considération sa fatigabilité, ses facultés d'accommodation, ses capacités de vision diurne ou nocturne. Sa classification est résumée dans le tableau suivant (p.15) :

	Vision en dixième	Vision des formes	Sensibilité à la lumière	Indépendance
Amblyopie légère	3 à 4	Vision correcte	Vision correcte	Bonne
Amblyopie moyenne	1 à 3		Vision correcte	Bonne
Déficients visuels profonds	1/50 à 1		Vision très gênée par les variations de luminosité	Très variable
Cécité	Moins de 1/50 et noir total		Vision très faible ou nulle	Nécessité de canne ou de chien

Ces différentes tentatives de classification nous ont permis de faire une approche exhaustive sur la nature de la déficience visuelle.

4.2- La surdité

La surdité est la déficience liée à l'organe de l'ouïe. « *Le nombre total des personnes sourdes ou souffrant d'une grave atteinte de l'ouïe dans le monde est énorme, il est estimé à 70 millions* ». (MILANDOU, 1981, p. 121). La surdité varie suivant le degré du déficit.

SEGUILLON (1994, p. 167) en spécifie quatre formes :

- « - *La surdité légère : la perte auditive est inférieure à 40 décibels (db) ;*
- *La surdité moyenne : la personne perçoit de nombreux éléments du message car la perte auditive se situe entre 40 et 70 db ;*
- *La surdité sévère : la personne peut percevoir la mélodie du message parlé car la perte se situe entre 70 et 90 db ;*
- *La surdité profonde : la personne ne perçoit pas la parole car la perte auditive est supérieure à 90 db ».*

Quant à MILANDOU (1981), il nous propose de distinguer deux sortes de surdités : les surdités de transmission et les surdités de perception.

La surdité de transmission atteint en général l'oreille externe et moyenne. Elle est généralement due aux malformations du conduit auditif ou du pavillon (tympaan perforée, ...). Cette surdité n'est pas profonde et est plus facile à soigner.

La surdité de perception quant à elle est profonde, généralement elle atteint l'oreille interne ou les voies nerveuses.

En outre, la surdité a souvent des retentissements sur le langage, par exemple la surdité profonde entraîne en même temps une mufté.

Les causes de la surdité peuvent survenir pendant la grossesse, à la naissance ou après la naissance.

Pendant la grossesse, elles peuvent être causées par certaines maladies sexuellement transmissibles (MST), par exemple la syphilis de la mère ; certaines maladies infectieuses de la mère au début de la grossesse : rubéole, rougeole, toxoplasmose, l'alcoolisme, la tuberculose, le rachitisme, le manque d'oxygène, un mariage consanguin, etc.

A la naissance, la surdité est souvent consécutive à un accouchement difficile et prolongé (césarienne, emploi de fers ou forceps) à une prématurité, une anoxie néonatale ou à un traumatisme obstétrical pouvant provoquer une hémorragie dans l'oreille interne, les méninges ou la substance cérébrale.

Après la naissance, l'enfant peut devenir sourd des suites d'une affection du cerveau et des méninges (encéphalites, méningites). Il y a aussi les otites suppurées, les atteintes métaboliques (diabète infantile), les bruits très forts pouvant perforer le tympan, etc.

A présent nous allons nous intéresser aux handicaps moteurs

B- Les handicaps moteurs

Les handicaps moteurs sont très nombreux. On y trouve très souvent les amputations, les atteintes neurologiques centrales et périphériques les affections musculaires ou ostéo-musculaires, etc. Ces différents handicaps peuvent être d'origines diverses : traumatiques, congénitales, infectieuses, etc.

LACHENAL et PETITET (1994) nous présentent une classification des déficiences motrices en sept groupes distincts : les lésions siégeant au niveau de la moelle, atteinte du muscle ou myopathie, infirmité Motrice Cérébrale (I.M.C), les troubles dystrophiques, les atteintes microbiennes, les atteintes ostéo-articulaires ou arthrogrypose et les atteintes d'origines diverses.

B1- Les lésions siégeant au niveau de la moelle.

Ils sont au nombre de quatre ; la poliomyélite antérieure aiguë les lésions traumatiques ou tumorales, la dégénérescence médullaire, et les lésions congénitales.

La poliomyélite antérieure aiguë est due à un virus qui s'attaque aux neurones moteurs de la corne antérieure de la moelle épinière. Ce qui provoque parfois une paralysie musculaire et une perturbation de la croissance osseuse.

Quant à la dégénérescence médullaire, ses causes sont mal connues. Toutefois cette déficience est évolutive et héréditaire. Les maladies les plus connues de ce type sont : Weerdirig Hoffmann, Charcot Marie, Freidreich – Pierre Marie.

En ce qui concerne, les lésions traumatiques ou tumorales, elles sont la résultante d'une section ou d'une compression de la moelle à la suite d'une fracture ou d'une luxation de la colonne vertébrale ou d'une tumeur. Elles sont souvent causées par des accidents de la circulation, des chutes et des tumeurs intra ou extra médullaire.

Enfin, les lésions congénitales sont dues à des malformations à la naissance de la partie inférieure de la moelle : Spina-Bifida.

B2- Atteinte du muscle ou myopathie

Les atteintes du muscle sont nombreuses et elles se regroupent sous le nom de « Dystrophie Musculaire Progressive » ou Myopathie. La forme la plus fréquente est le « Duchenne de Boulogne », maladie paralytique évolutive et héréditaire. Elle touche d'abord les racines puis se propage vers les extrémités et vers le tronc.

B3- Infirmité Motrice Cérébrale (I.M.C)

Elles sont dues à des troubles moteurs induits par des atteintes cérébrales touchant essentiellement les zones motrices de cerveau et les zones de perception visuelle.

Les causes purement accidentelles apparaissent dans la période périnatale à la suite soit d'un accouchement avant terme ou délicat, soit d'une maladie de l'enfant pendant la première année. On distingue pour cette déficience : l'Athétose, la Spasticité et l'Ataxie.

B4- Les troubles dystrophiques

Ces troubles apparaissent pendant le développement de l'enfant et touchent souvent les articulations, les os et la colonne vertébrale. Au niveau des articulations, le plus fréquent des troubles se trouve à la hanche : c'est l'ostéochondrite, touchant essentiellement les enfants entre 5 et 15 ans.

Au niveau des os, nous constatons deux déficiences majeures, d'une part une insuffisance de la croissance en longueur, c'est la chondrodystrophie et d'autre part la maladie de Lobstein, qui entraîne une trop grande fragilité au niveau des os. Au niveau de la colonne vertébrale nous avons la scoliose idiopathique.

B5- Les atteintes microbiennes

Ces atteintes surviennent à suite de l'envahissement des os par des colonies microbiennes connues.

Nous pouvons citer : l'Osteolyélite, la tuberculose osseuse et le rhumatisme articulaire.

B6- Les atteintes ostéo-articulaires ou arthrogrypose

En général, ce sont des malformations congénitales. Elles sont causées par une absence d'un ou de plusieurs membres ou par une malformation d'une articulation lors du développement ontogénétique et à une ankylose congénitale des articulations.



B7- Les atteintes d'origines diverses

Nous avons les amputations traumatiques, les séquelles de brûlures graves, les hémarthroses répétées chez les sujets hémophiles, etc.

Cette classification de LACHENAL et PETITET n'est pas exhaustive comme toute classification, mais elle a le mérite de nous montrer le siège des différents handicaps moteurs. Cependant, elle ne nous montre pas le niveau ou la lourdeur du handicap. En effet, le tétraplégie et le paraplégie sont tous des lésions siégeant au niveau de la moelle épinière. Toutefois le tétraplégique a un handicap moteur plus prononcé que le paraplégique, car ce premier a les quatre membres et le tronc paralysés, tandis que le second souffre d'une paralysie des jambes seulement.

2. Les conséquences sur la personne handicapée physique.

Le handicap physique se rapporte comme nous venons de le voir à des insuffisances avérées au plan moteur et sensoriel. Ces insuffisances varient selon le type de handicap. Elles entraîneront des conséquences diverses notamment sur le plan fonctionnel, l'image de soi, l'identité de la personne et les interactions sociales.

D'abord comment se caractérisent les problèmes fonctionnels.

A. Les problèmes fonctionnels

Les problèmes moteurs des personnes handicapées physiques sont nombreux et spécifiques à chaque handicap. Nous recenserons ceux qui leur sont communs et verrons quelques cas selon la spécificité du handicap.

Le déficit ou la difficulté dans le déplacement est un problème moteur qui touche tous les handicapés physiques. La gradation maximale au niveau de ce déficit se retrouve chez les handicaps lourds. C'est-à-dire que les problèmes de fonctionnalité varie avec le niveau du handicap physique ; plus le handicap est prononcé plus la motricité est affectée.

Nous pouvons citer ici le cas de la cécité pour les aveugles et de la tétraplégie pour les handicapés moteurs. Il faut noter que chez les sourd-muets, les difficultés dans le déplacement sont moins importantes comparées aux premiers. Souvent aux problèmes de déplacement et de mobilité chez les handicapés moteurs, il faut ajouter aussi une mauvaise vascularisation des régions atteintes, d'où une fragilité extrême de la peau à ce niveau. En somme, avec des problèmes de déplacement, de développement des muscles, de mobilité et de vascularisation, il faut y associer souvent, surtout dans le cas des traumatismes, les douleurs névralgiques. En effet, NDIAYE (1999) témoigne de cette douleur nerveuse chez les handicapés. Souvent dans le cas d'un traumatisme, le handicapé est confronté à des douleurs nerveuses : se sont les douleurs secondaires.

LE CAPLIN disait à ce propos que « *c'est la douleur qui constitue le véritable handicap* » (1982, p. 45). Ainsi à quel type de problèmes fonctionnels peuvent être confrontées les personnes handicapées physiques ?

Le handicap physique peut engendrer des troubles de l'attitude. « *Pour un physicien, l'attitude est la position qu'ont dans l'espace les uns par rapport aux autres des pièces mécaniques ; ces dernières subissent la force de pesanteur en fonction de leur distribution dans le milieu* » (RAYNARD, 1991, p. 47). L'attitude dépend donc de la position qu'ont tous les os du squelette les uns des autres, mais aussi du comportement moteur de l'individu et de sa morphologie. C'est dire donc que l'attitude du handicapé physique sera fortement troublée. Chez les déficients visuels la peur due à la non-voyance ou à la mal voyance influence l'attitude et la déforme car cette attitude est sous le contrôle aussi des systèmes nerveux centraux et/ou neurovégétatifs.

De plus, aux problèmes de l'attitude il faut associer des déficits et troubles de la perception. « *La perception permet de saisir, par contact direct ce que sont les éléments de l'environnement. Elle conduit à la connaissance et peut-être visuelle, auditive ou tactile* » (RAYNARD, 1991, p. 43). Ces troubles de la perception se présenteront aussi chez les déficients auditifs.

On observe aussi chez les handicapés physiques des troubles de l'équilibre et de la coordination et cela surtout chez ceux souffrant de déficience visuelle.

En effet, en physique on parle d'équilibre d'un corps lorsque son centre de gravité tombe dans le polygone de sustentation. Les troubles de l'attitude dues aux déficiences physiques ont tendance à déplacer ce centre de gravité et ainsi, créer un déséquilibre comportemental.

Quant à la coordination, elle est la capacité d'agencer des éléments ou des mouvements pour constituer un ensemble cohérent. Elle est donc en relation directe avec la posture et l'équilibre et subit aussi des troubles. D'où un défaut dans le contrôle du geste constaté chez les personnes handicapées physiques. Le déficit de coordination n'est cependant pas irréversible ; l'entraînement peut bien l'améliorer, de même que l'expérience.

Enfin, nous noterons des troubles de communication surtout chez les sourd-muets. En effet, la communication est le problème majeur chez eux, car au problème du manque de sensibilité de l'oreille s'ajoute souvent une perte du langage. Cette difficulté de communication liée à la surdité varie aussi suivant le vécu personnel du sujet. Il diffère selon l'environnement éducatif et familial. Bien souvent, chez ceux dont la surdité a été précoce, on rencontre des difficultés de raisonnement et d'abstraction.

En somme, les séquelles des déficiences physiques sont nombreuses. Elles partent des troubles de déplacement, aux troubles de communication en passant par les troubles de coordination, d'équilibre, de mobilité, de vascularisation etc. Mais à ces troubles il faut associer des domaines de compensation lesquels varient selon le type de handicap et sa lourdeur. Ils peuvent être d'ordre cinesthésique, visuel, auditif, intellectuel, corporel, tactile, olfactif. Les problèmes physiques des handicapés sont souvent liés à leur handicap. Il leur semble être les plus difficiles

contourner, car les insuffisances physiques seront toujours pour les handicapés la plus grande épreuve à surmonter. Certainement que l'EPS pourrait être d'un apport considérable dans ce processus. Ces contraintes physiques seront accentuées par des problèmes psychologiques ; c'est à ces derniers que nous allons nous intéresser dans la section qui suit.

B. Les conséquences psychologiques

Il va sans dire que le handicap physique a des répercussions psychologiques sur la personne handicapée physique. En effet, l'esprit et la pensée sont souvent bouleversés devant une impuissance du corps. Ces contraintes psychologiques peuvent être analysées à trois niveaux : l'image de soi, l'identité de la personne handicapée physique et les interactions entre la personne handicapée physique et son entourage.

B1- L'Image de soi

L'image de soi est la perception que l'on se fait de soi-même, de sa personne. Comme nous le dit SAMI-ALI (1984, p. 3) « *L'image est tour à tour réaction et banalité, projection et absence de projection. Projection que médiatise le corps propre en tant que schéma de représentation, dont le pouvoir structurant est décelable partout où se pose la question de l'origine de la représentation : du corps de l'objet et des conditions spatio-temporelles, de leur apparition* ».

L'image de soi est liée aux notions de spatialité, de temporalité, de latéralité et de représentation corporelle. En effet, la représentation du corps dans l'esprit est significative dans l'édification de la personne. Toutefois le schéma corporel ou image du corps peut-être considéré comme une intuition d'ensemble ou connaissance immédiate que nous avons de notre corps à l'état statique ou en mouvement dans le rapport de ses différentes parties entre elles et surtout dans ses

rappports avec l'espace et les objets qui nous environnent. Le schéma-corporel n'est pas une donnée initiale, ni une entité biologique ou physique. C'est le résultat et la condition de justes rapports entre l'individu et son milieu. D'où le « regard de l'autrui » c'est-à-dire le rapport avec l'autrui est aussi un aspect déterminant dans la constitution de l'image de soi.

L'image de soi du handicapé physique est souvent négative. Elle se manifeste par un manque de confiance en soi et un rejet de son propre corps. En effet les problèmes de structuration spatio-temporelle liés aux problèmes de déplacement, de mobilité et de peur engendrent de la part du handicapé physique un manque de confiance en soi.

Les problèmes de mobilité et d'exploration du milieu environnant entraînent une structuration spatio-temporelle et une latéralité très mauvaise. D'où des répercussions corporelles. Il existe ainsi une mauvaise différenciation entre le corps et le milieu pour certains handicapés physiques. Car tout schéma corporel suppose d'abord l'existence d'une image spatiale préalable. En effet « *connaître son corps c'est reconnaître l'espace, ouvrir la sensorialité, enrichir l'expressivité. Connaître l'espace c'est posséder toutes les données de la relation corps-espace-corps et de la relation des éléments de l'espace entre eux* » (RAYNARD, 1991, p. 57).

Vu les difficultés rencontrées dans la construction de l'image de soi de toutes personnes handicapées physiques, il en suivra des difficultés quant à l'acceptation et l'assumption du handicap. L'exemple le plus marquant est le retour du « membre fantôme » surtout chez les amputés, qui témoigne de l'incapacité d'accepter le handicap par l'esprit.

En outre, l'absence d'une partie du corps ou le manque d'activité de cette dernière doublé par le regard négatif que lui porte la société ou le regard d'autrui sur la personne handicapée, peut le mener à un état de névrose. Cette névrose peut se

traduire par un rejet de sa personne et de sa nature. Les difficultés sur la perception de soi provoquent chez les personnes handicapées physiques un sentiment de gêne et de malaise lié à la mutilation et au symbolisme qui s'y rattache : c'est le complexe d'infériorité.

Ainsi toute la personnalité du handicapé se retrouvera « infectée » par le handicap. Son affectivité n'en sera pas épargnée. L'affectivité est l'ensemble des dispositions temporaires à ressentir plus ou moins bien les dangers, les difficultés. Le handicap ruine psychologiquement et affectivement. La solitude et le sentiment d'inutilité qui anime le handicapé le ronge et le détruit. D'où ces traits de caractère souvent négatifs chez les personnes handicapées physiques.

B3. L'Identité

L'identité de base des handicapés physiques n'est pas univoque. Elle varie souvent, suivant les handicaps physiques. Nous tenterons de voir ici les quelques traits saillants de cette personnalité très controversée.

Le complexe d'infériorité est à l'origine de la grande timidité que présentent ces populations. Ce qui entraîne un certain retrait vis-à-vis de la société. Avec cette personnalité mitigée, cette personne handicapée physique a souvent un problème d'intégration et son amour propre en est plus ou moins blessé. En outre, les vicissitudes de la vie font que bien souvent, pour le handicapé, la vie n'a plus de sens, sa raison d'être. Toutefois cet appel à la mort est plus déclaré que réel. L'aveu de l'incapacité à se départir de la société en général et l'incompréhension qui en résulte renforce la résignation à son handicap qui devient un poids dans la conscience. La passivité et l'abandon à leur destiné et à la volonté divine est l'un des traits marquants de cette personnalité du handicapé physique.

Nous observons pour certains un état de révolte. Un handicapé du nom de NDIAYE (1999, p. 67) affirmait que : « *comme Job, je suis un terrible révolté* ». La révolte se manifeste souvent par un retour sur soi-même et par un dégoût manifeste face aux institutions, aux lois, aux normes... de la société.

Un autre type de personnalité peut se manifester chez les personnes handicapées physiques. En effet la peur et l'inquiétude sont aussi des typologies de caractère que l'on rencontre chez la personne handicapée physique. Une inquiétude quant à leur sort consistant à se demander ce que l'avenir leur réserve. Le pessimisme qui les anime est le fruit d'une souffrance quotidienne à la fois psychique et physique et d'une peur. Or la souffrance combinée à la peur change de façon inouïe notre vision du monde.

Enfin, on peut souligner le sentiment de défaitisme à l'égard de la société et de la vie en général. Il témoigne de l'abdication du handicapé face à son sort. En effet, THEVENOT (1990, p. 59) disait à ce propos que « *assumer la souffrance est un combat où l'on n'est jamais sûr d'avoir gagné. Il faut du courage, parfois de l'héroïsme toujours une longue patience* » si non l'on a tendance à baisser les bras et à renfoncer une fois de plus encore la résignation.

Le handicap physique est à l'origine de plusieurs attitudes négatives. Toutefois l'environnement, le milieu familial et l'attitude de la société face au handicap physique sont des situations déterminantes quant à la personnalité ou le caractère de la personne handicapée physique.

C. Les conséquences sur les interactions sociales

L'un des débats qui soulèvent beaucoup de passion aujourd'hui est celui de l'intégration sociale des personnes handicapées physiques. En effet il a été établi qu'un désavantage physique entraîne souvent un désavantage social. BOCQUIER (1996) et BLANC (1995) dans leurs études respectives sur « Insertion et mobilité professionnelle à Dakar » et « les handicapés au travail : analyse d'un dispositif d'insertion professionnelle » tirent la sonnette d'alarme. Ils nous montrent combien cette insertion tant voulue dans le monde du travail est restée insuffisante. De même au plan scolaire, familial et sur la pratique des activités physiques et sportives les handicapés sont oubliés ou niés.

C1. Les conséquences sur la vie professionnelle

Nous pouvons dire que souvent handicap physique rime avec pauvreté, mendicité, dépendance, etc. Voilà autant de caractéristiques que l'on associe aux handicapés (BLANC, 1995 et BOCQUIER, 1996). Les handicapés sont souvent astreint à jouer les seconds rôles dans la société et ainsi sont écartés des systèmes de production et des instances de décision. Ils sont considérés comme les « parasites » de la société moderne : ils sont supposés vivre au dépend des autres.

Au niveau de la fonction publique souvent, les conditions de recrutement du personnel ne sont pas accessibles aux personnes handicapées. En effet, il est très rare de trouver des hauts fonctionnaires handicapés dans les services de l'Etat. Nous pouvons conclure par-là que la politique sociale ne favorise pas l'épanouissement des personnes handicapées physiques dans le secteur professionnel. Nous pouvons citer par exemple le cas d'un instituteur de la région de Tambacounda dont l'admission au concours des volontaires de l'éducation a été annulée pour cause de handicap.

C2- Les conséquences sur la scolarisation des enfants

De même, le milieu scolaire n'est pas du tout propice à l'intégration des enfants handicapés. Notre système d'enseignement ne prend souvent pas en compte la spécificité des handicapés. Ils sont souvent laissés pour compte et les quelques centres spécialisés dont nous disposons sont confrontés à des problèmes matériels et didactiques. Les maîtres comme les professeurs ne sont pas préparés à la prise en charge de ces cas spécifiques. En somme, le programme de l'enseignement général n'est pas adapté aux exigences des besoins du handicapé physique. Il ne prend pas en compte leurs besoins spéciaux.

Enfin, les parents sont souvent réticents à l'envoi de leurs enfants handicapés physiques dans un milieu où leur sécurité n'est pas garantie : c'est l'expression du sentiment de protectionnisme à l'égard des enfants handicapés, pour

d'autres c'est l'innocence, ou tout simplement l'ignorance de la nécessité de scolariser ces personnes « diminuées ».

C3- L'attitude de la famille

Le handicap étant souvent considéré comme étant la résultante d'une punition divine ou ancestrale, les personnes qui en sont victimes, sont donc vouées à l'exclusion du milieu des « valides ». En effet, à défaut du rejet total de la famille, le handicapé souffre plus ou moins de la solitude. En outre, la famille du handicapé pâtit aussi de ces considérations, elle est ainsi « pointé du doigt et à la limite même marginalisée ». La personne handicapée physique devient par la même occasion un « fardeau ou un poids » à supporter. Elle représente la honte et le déshonneur pour la famille.

Devant cette situation contraignante, la famille du handicapé a tendance à l'isoler du reste de la société pour éviter les commérages.

En plus « le handicapé en général se considère comme un être incomplet réduit à l'impuissance » selon MBENGUE (1982, p. 9). Ce dernier montre que les croyances populaires ne permettent pas à la personne handicapée de fonder un foyer. BATUKEZANGA (1981, p.54) nous dit que : « *En voyant le film Le regard des autres, réalisé en France par le CHAM, nous avons été surpris de constater l'angoisse que ressent le handicapé européen ou le handicapé de la société développée devant trois phénomènes qui le mettent dans une situation de détresse. Il s'agit de son infirmité face à la famille, face au travail, et enfin face à la sexualité* ». En effet le problème des rapports affectifs est un problème dont le handicapé souffrirait plus de son infirmité.

C4. Les conséquences sur la pratique d'activité physique et sportive

La relation sport et handicapé physique a souffert pendant longtemps d'une très grande ignorance de la part des personnes handicapées physiques et de la société. Aujourd'hui, malgré la dynamique de sensibilisation entreprise par le Comité National Handisport, la pratique des activités physiques et sportives par les

personnes handicapées physiques reste toujours problématique. En effet le sport semble être incompatible avec le handicap physique au regard des « personnes valides » et ce sentiment est partagé par certains handicapés physiques. Le témoignage de Doudou CISSE dans le mémoire de MBENGUE (1982, p. 36), nous le montre : *« Mes camarades handicapés moteurs s'étonnent de me voir m'entraîner et me disent que le sport est réservé à ceux qui ont leurs membres. Certaines personnes valides se moquent de moi, par contre il y a d'autres plus compréhensibles qui m'encouragent »*.

En outre, les problèmes observés au niveau du sport peuvent être transposés au niveau de la pratique de l'éducation physique et sportive. Là, également, les obstacles sont réels car les professeurs ou les maîtres ont « peur » de faire pratiquer l'éducation physique aux personnes handicapées physiques. La méconnaissance du handicap et le manque de formation spécifique sont la cause principale de cette peur. En plus, l'enfant handicapé physique est souvent victime des moqueries de ces camarades qui jugent mal sa participation au cours d'éducation physique et sportive (EPS). Fort de cela, les enfants handicapés physiques sont souvent exclus du cours d'EPS.

Il faut enfin rappeler que les textes réglementaires (instructions officielles) sont muets quant à la pratique ou non des Activités Physiques et Sportives pour les personnes handicapées. Donc, ce qui n'exclut pas leur participation, sous certaines conditions, aux séances d'EPS à l'image de ce que l'on fait dans certains centres spécialisés.

C5. Conclusion

En somme, le constat est qu'à tous les niveaux les personnes handicapées sont laissées en rade et ne sont pas prises en compte. Elles sont la victime d'une société qui chemine avec les plus forts, pour laisser les faibles à leur sort. En effet, le constat est là, il nous suffit de jeter un coup d'œil dans nos rues pour comprendre le sort des handicapés : la mendicité, la pauvreté sont les lots quotidiens de nos handicapés. Face à cette situation nous affirmons que l'intégration est la prise en charge des personnes handicapées est devenue une nécessité. Et nous estimons que le sport et l'EPS peuvent être de puissants facteurs d'intégration sociale.

III. LA REPRESENTATION SOCIALE DU HANDICAP PHYSIQUE

La représentation c'est l'action de faire apparaître de manière concrète une image abstraite. En outre, nous pouvons dire avec FAYE (1998, p.9) que « *Elle constituerait une sorte de représentation imagée des copies intégrées dans le cerveau, des constructions représentatives, objectives auxquelles le sujet accorde une signification* ». Dès lors, elle n'est rien d'autre que le prolongement des perceptions vis-à-vis de cette chose. Ainsi, elle entraînera des attitudes plus au moins positives. PIERON (1979, p. 39) définit l'attitude comme « *une réaction plus au moins émotionnelle envers un stimulus quelconque. Elle est une structure préparatoire orientée au point de vue perceptif ou réactionnel* ».

La représentation du handicap physique se présente dans la problématique du handicap physique en Afrique, les différentes considérations qu'elles suscitent et enfin les nouvelles mentalités qui s'en dégagent.

I. La problématique du handicap physique en Afrique

Le handicap physique revêt un double aspect dans la société africaine. On peut parler du désavantage lié à la déficience physique et de celui du désavantage économique lié au sous-développement. En effet, on trouve en Afrique des populations handicapées avec des conditions d'existence qui se résument à la mendicité, à la pauvreté extrême, à la famine, à la maladie et à la misère.

Le handicap physique représente ainsi une des plaies vives de l'Afrique, un des véritables obstacles au développement de nos états.

En outre, notre continent présente différentes sortes de handicaps physiques causés par des facteurs multiples. Ils ont une prolifération exponentielle liée à la malnutrition, aux affections comme l'onchocercose ou cécité des rivières, la lèpre, les poliomyélites, les accidentés des guerres tribales, ethniques ou étatiques. SARR (1981, p. 154) tire sur la sonnette d'alarme en disant que « *l'infirmité est donc une*

menace pour tous ». L'évolution du handicap physique porte préjudice à notre système économique et par-là même à la prise en charge et la réinsertion de personnes handicapées physiques.

2. Les considérations sur le handicap physique

« Le terme « handicap » véhicule aujourd'hui des connotations négatives voire péjoratives et suscite des modes de comportements inadmissibles au niveau du grand public ». SARR (1981, p. 154). En effet, les personnes handicapées physiques sont victimes très souvent des préjugés nés de l'ignorance ou de l'indifférence.

Par ailleurs, le handicap physique est souvent considéré comme la résultante d'une punition ou d'un mauvais sort qui nous est jeté. L'existence des mythes et des superstitions qui se déploient autour du handicap physique renforce davantage ces attitudes mentales négatives.

En outre, les handicapés physiques sont présentés comme des bouches inutiles, à la limite même comme des « parias ». Ils sont souvent écartés de la communauté et sont voués généralement à la pauvreté et à la dépendance.

Et pourtant, on trouve parmi ces derniers des hommes de génie, des héros et même de grands intellectuels. Nous pouvons citer entre autres Soundiata Keïta (roi de l'empire du Mali), Beethoven auteur de la neuvième symphonie, Louis Braille et Roosevelt Célèbre président des États-Unis d'Amérique et vainqueur avec les forces alliées de la Seconde Guerre Mondiale...

Lorsqu'on voit de tels exemples de succès et de réussites, nous nous devons de revoir nos attitudes et d'aider les personnes handicapées physiques à se réaliser. Face à cette discrimination, il est donc urgent de réagir pour transformer les attitudes et les mentalités vis-à-vis des handicapés en sensibilisant de manière rapprochée sur le handicap en dédramatisant le problème pour l'analyser dans l'optique de sa dimension humaine, nous pouvons susciter de nouveaux comportements de solidarité et de compréhension.

Le changement des mentalités passe par la lutte contre l'indifférence, voire l'hostilité qui empêche à ces personnes de s'intégrer harmonieusement dans la société. Il passe aussi par l'explication des causes du handicap au niveau scolaire pour une meilleure reconversion des mentalités dès le bas âge.

En outre, au-delà de la sensibilisation et du changement de comportement, il nous fait aussi une prise en charge et un suivi constant de ces personnes à besoins spéciaux afin de faciliter leur réinsertion sociale. Le sport et l'EPS par exemple peuvent jouer un rôle dans ce sens. Aujourd'hui l'ONU et ses organismes spécialisés comme l'UNICEF, l'OMS sont à l'origine de bon nombre d'actions entreprises en faveur des personnes handicapées en général.

En effet, les différentes résolutions de ces organismes demandent aux états membres des efforts immenses pour la prise en charge des personnes handicapées.

Au Sénégal, nous notons l'existence de trois centres :

- l'INEFJAS (Institut National d'Education et de Formation des Aveugles du Sénégal)
- le centre verbo-tonal, spécialisé dans prise en charge des enfants déficients auditifs
- le centre Talibou Dabo, spécialisé dans l'éducation des enfants déficients moteurs.

Ce qui peut sembler insuffisant au regard de la population totale des handicapés. Ainsi des efforts restent à faire pour un meilleur dépistage et réinsertion des personnes handicapées. Il faut toutefois noter dans notre pays l'existence d'une volonté politique affirmée dans la prise en charge de ses personnes à besoins spéciaux. Mais souvent les moyens et la mise en œuvre rencontrent des difficultés qui minorent les réalisations.

IV. HANDICAP PHYSIQUE ET 'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

PARLEBAS définit l'éducation physique comme étant « la pédagogie des « *conduites motrices* ». Quant à LE BOULCH (1973) dans « L'éducation par le mouvement » montre l'importance de l'action motrice dans la vie de l'enfant.

Si l'on suit ces deux penseurs, l'éducation physique et sportive devrait jouer un rôle primordial dans le milieu scolaire et dans l'enseignement en général.

De nos jours, quelle est la représentation sociale de l'éducation physique ? Et où se situent les rapports entre éducation physique et handicap physique.

1. La représentation de l'EPS

En étudiant, la représentation de l'EPS, nous passerons par trois aspects. D'abord, nous analyserons les finalités de l'EPS, ensuite nous verrons l'utilité de l'EPS pour enfin chercher à savoir la perception sociale qui y découle.

A. Les finalités de l'éducation physique et sportive

Au Sénégal, l'éducation physique et sportive tire ses finalités de la « loi d'orientation de l'éducation nationale » n° 71 – 036 / PM.SGG.SI du 3 Juin 1971. Cette loi s'est fixée deux buts essentiels :

- 1- Elever le niveau culturel de la population
- 2- Former des hommes et des femmes libres capables de contribuer au développement de la science et de la technique et d'apporter des solutions efficaces aux problèmes, de développement national.

Etant soucieuse des problèmes de l'éducation et de la nécessité d'adapter à la situation sociale, politique, économique et culturelle. L'éducation physique au Sénégal à l'instar des pays occidentaux s'est fixée trois buts :

- La recherche du développement organique et foncier : d'où l'éducation physique tend à amener l'organisme vers une grande efficacité et un meilleur équilibre
- L'éducation motrice fondamentale : qui tourne autour de trois facteurs, les facteurs d'exécutions ; le facteur perception-information et la coordination motrice
- Le développement des qualités de caractère c'est-à-dire le sens de l'initiative ; la maîtrise de l'émotivité ; le courage ; la volonté ; l'affinement du goût du beau ; le sens esthétique ; le sens de la responsabilité, de la coopération, du respect des règles et sens de la retenue.

Au regard de ses finalités, qu'en est-il maintenant de son utilité ?

B - L'utilité de l'éducation physique et sportive

L'analyse des finalités assignées à l'EPS constitue un cadre de référence dans la définition de l'utilité de l'EPS. En effet, l'éducation physique et sportive vise l'acquisition des connaissances et la construction de savoirs qui s'exercent à travers les activités physiques et sportives et fondent la culture physique et sportive de chaque individu.

« L'EPS sert à donner des réponses sur ce qui doit être à un moment donné la « culture motrice » (LE BOULCH), ou la « culture physique et sportive » (MARSENARCH) proposée à tous les élèves en relation avec des interprétations de ce que sont les exigences ou les opportunités civilisationnelles, culturelles, mais aussi d'ordre identitaire qu'elle doit considérer ». (RECOPE, 1996, p. 185).

Le « savoir gérer sa vie physique » nécessite un enseignement en pratique physique et sportive, avec un soubassement à vocation incitative et tout cela harmonieusement renforcé par l'épanouissement physique et intellectuel. Nous notons par-là que l'EPS permet l'acquisition de connaissances et la construction d'un savoir physique tout en introduisant la notion de plaisir. Le plaisir ressenti après la pratique d'activités physiques et sportives permet de noter un démarcage essentiel entre l'EPS et les autres disciplines de la sphère scolaire.

Aujourd'hui, les finalités de l'éducation physique et sportive mettent l'accent sur la formation aux loisirs physiques et sportifs. Cependant toute formation exige, en effet, un apprentissage, une incitation et un plaisir ressenti dans l'exécution. C'est-à-dire de nos jours que l'EPS servirait à la création d'un « type d'homme » inspiré par la pratique des activités physiques et sportives.

C. La représentation sociale de l'EPS

L'éducation physique et sportive est victime d'une mauvaise représentation au niveau scolaire.

L'enseignant d'EPS est souvent considéré comme un « amasseur d'enfant ». C'est pour cela que « *beaucoup d'enseignants cherchent leur reconversion vers d'autres métiers ou demandent un congé de disponibilité pour préparer des concours* » (ALIN 1996, p. 205.) Toutefois, cette tendance, même si elle existe chez nous, est difficilement perceptible.

Dans le contexte de la crise sociale, culturelle, économique qui est le nôtre, l'EPS se trouve paradoxalement de plus en plus sollicitée en même temps qu'elle est confrontée à des problèmes de structuration dans le planning annuel de l'enseignement général. En effet elle souffre de la concurrence des autres disciplines. Elle trouve difficilement sa place dans le champ scolaire.

Or, les théories et les discours sur l'éducation physique et sportive sont fort nombreux. Mais la mise en pratique rencontre des difficultés d'ordre représentationnel. En effet, tantôt l'enseignant d'EPS est souvent perçu comme un entraîneur sportif tantôt comme un simple animateur chargé d'amuser les élèves. Ainsi l'EPS est considérée comme une matière non-déterminante dans l'orientation future des élèves.

En définitive, nous constatons que la représentation de l'EPS en général est en opposition avec ses finalités. Dès lors, il nous faut amorcer une politique de revalorisation de l'EPS dans la sphère scolaire.

2. EPS et Personnes handicapées physiques

La pratique des activités physiques et sportives par les personnes handicapées physiques rencontrent beaucoup de problèmes liés à l'inaccessibilité et à l'inadaptation des infrastructures doublées par une représentation négative du handicap.

Toutefois, ces préjugés sur la pratique des activités physiques et sportives des personnes handicapées physiques ont beaucoup évolué. Au début les activités physiques étaient réservées aux personnes « valides ». Puis avec l'éclairage de la médecine ré-éducative est apparue une pratique d'activités physiques et sportives à vocation ré-éducative avant d'aboutir à une pratique effective du sport adapté aux personnes handicapées.

Il faut noter que dans les pays en voie de développement comme le nôtre, la nécessité de pratiquer des activités physiques et sportives pour les personnes handicapées n'est pas très en vue.

Au Sénégal, la pratique de l'activité physique et sportive pour les personnes handicapées est bien récente. En effet, elle date de « *l'année de la condition physique et sport pour tous* »(1985).

En rapport avec les finalités de l'éducation physique et sportive aujourd'hui, la formation des handicapés physiques est devenue une nécessité car la culture du « savoir gérer sa vie physique » est plus que nécessaire pour une meilleure intégration et réinsertion sociale de cette catégorie de la population. Cependant, dans notre enseignement général la mise en œuvre de ce projet rencontre plusieurs difficultés. Des difficultés liées à la formation des intervenants, aux finalités de l'enseignement qui ne se préoccupent pas des personnes handicapées physiques, à des considérations négatives sur l'intérêt de cette pratique pour les personnes handicapées physiques.

On remarquera au passage qu'il n'existe au Sénégal que trois établissements spécialisés dans l'éducation et la formation des personnes handicapées : l'UNEFJA, le centre Verbo-tonal et le Centre Talibou Dabo, EFATA, SOS de Thiès.

CONCLUSION DE LA REVUE DE LITTERATURE

Cette partie nous a permis d'abord, de définir les concepts de handicap et de représentation. En ce qui concerne le handicap nous avons vu qu'il présente une double signification : une signification anatomique qui distingue les déficiences d'ordres motrices et celles d'ordres sensorielles. L'autre signification met l'accent sur la dimension sociale du handicap c'est-à-dire le désavantage qu'elle produit vis-à-vis de la société.

Pour ce qui est de la représentation nous avons retenu qu'elle est le fruit d'une élaboration personnelle dont le but est interpréter les événements ou les faits sociaux. Ensuite nous avons abordé les questions relatives à la nature aux conséquences du handicap, à la représentation sociale du handicap et à la relation entre éducation physique et handicap physique.

A présent nous allons évoquer les aspects d'ordres méthodologiques

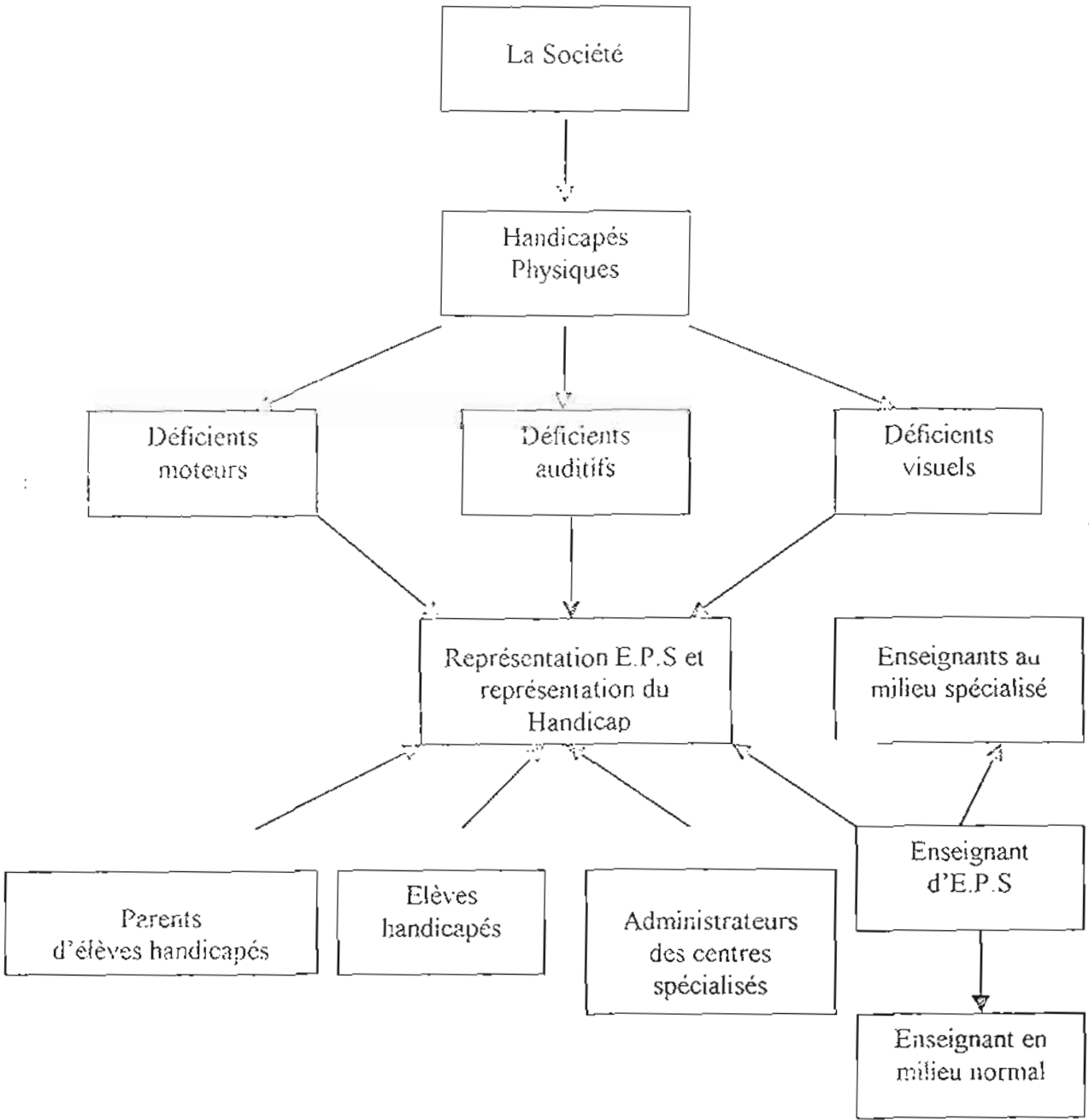
**TROISIEME PARTIE :
LE CADRE PROBLEMATIQUE ET
METHODOLOGIE**

INTRODUCTION

Cette partie présente les procédures que nous avons utilisées pour réaliser cette recherche. Elle comprend six points :

- Le cadre problématique
- Les sujets
- L'instrument de collecte de données
- Le protocole
- La collecte de données
- Le traitement de données.

1- Le cadre problématique



Notre cadre problématique peut être analysé à partir des quatre éléments suivants : la société, la population des handicapés physiques, l'enseignement de l'EPS et les représentations de l'éducation physique et du handicap physique.

Pour la société, nous avons vu qu'elle fonctionne sur la base des représentations que les acteurs sociaux se font des objets sociaux.

Ces objets sociaux sont représentés dans notre travail par le handicap physique et l'enseignement de l'éducation physique. Chacun de ces objets peut faire valoir des représentations diverses et variées de la part des sujets. Ici il s'agit des administrateurs des centres spécialisés, des enseignants d'EPS, des élèves handicapés physiques et des parents.

Le but de ce cadre problématique est de présenter chacun de ces éléments ainsi que la structure qui le caractérise. Nous pensons que ce modèle facilitera la compréhension du phénomène du handicap et de sa représentation dans le champ de l'EPS

II. METHODOLOGIE

1. Les sujets

Dans le cadre de cette étude, la population ciblée est répartie en trois groupes :

- Les intervenants en EPS dans les centres spécialisés : le centre Talibou Dabo de Grand-Yoff, le centre Verbo-Tonal de la Médina et l'Institut Nationale d'Education et de Formation des Jeunes Aveugles du Sénégal (INEFJAS) de Thiès
- les élèves handicapés physiques de ces centres
- les administrateurs de ces centres.

Nous avons constitué les échantillons suivants :

- Au centre Talibou Dabo : un professeur d'EPS, un administrateur en l'occurrence le Directeur et Médecin et deux élèves du centre
- Au centre Verbo-Tonal : un professeur d'EPS, un élève.
- A l'INEFJA : un intervenant en EPS trois élèves et le Directeur des études du centre.

En raison du caractère restreint de certaines populations nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif (cas des professeurs d'EPS).

Puis, dans un souci de comparaison, nous avons relevé l'avis de trois professeurs d'éducation physique et sportive exerçant dans le milieu scolaire normal.

2. L'instrument de collecte des données

Pour cette recherche nous avons utilisé le guide d'entretien . BLANCHET et GOTMAN (1992, p.61) définissent le guide d'entretien comme étant : *« un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview »*

Pour cette enquête nous avons réalisé trois guides d'entretien : le premier administré aux professeurs d'éducation physique et sportive, le second aux administrateurs de ces centres spécialisés et le troisième aux élèves handicapés. Auparavant nos instruments de collecte ont été soumis à un pré-test afin de jauger leur validité.

En effet, nous connaissons les mots de SELLTIG, WRIGHTSMAN et COOK, (1977,p. 293) qui stipulent que : *« L'interview est la technique la plus efficace pour la découverte d'information sur des thèmes complexes et chargés émotionnellement et pour l'analyse des sentiments qui pourraient être responsable d'une opinion qui a été exprimée »*.

3. Protocole

Pour l'administration du guide d'entretien, nous avons choisi le mode d'accès direct avec interviews, c'est-à-dire sans intermédiaire. Nous sommes ainsi passé dans les différents centres cités en leur présentant notre projet. A la population qui voulait collaborer, nous avons pris rendez-vous et nous lui avons demandé de répondre librement aux questions selon leur entendement.

Pour leur permettre de rentrer dans le débat nous leur avons posé une question ouverte de départ : « *Pour vous Monsieur, le handicap physique c'est quoi ?* » Pour favoriser la production d'un discours linéaire et structuré nous avons disposé de trois techniques d'interventions : la contradiction, la consigne ou question externe et la relance.

- La contradiction consistait à faire une intervention s'opposant au point de vue développé précédemment par l'interviewé.
- La consigne nous permettait d'introduire un thème nouveau.
- La relance est une sorte de résumé plus ou moins déductif et plus ou moins fidèle, qui s'inscrit dans la thématique développée par l'interviewé.

4. Collecte des données

Muni de notre guide d'entretien et d'un magnétophone nous nous sommes rendus dans les différents centres suivant nos rendez-vous. De là nous avons recueilli les informations sur cassette. Après avoir enregistré les discours de nos populations, nous sommes passés à la transcription du message orale de manière littérale en message écrit. Car comme BLANCHET et GOTMAN (1992, p.21) nous le disent « *l'analyse s'effectue sur le « corpus » c'est-à-dire l'ensemble des discours produits pour les interviewers retranscrits de manière littérale* ».

Pour notre population qui était sourd-muet, nous avons procédé à une transcription des guides d'entretien sur une feuille blanche à laquelle ils ont transcrit eux aussi leurs réponses.

5. Traitement des données

Il faut avant de parvenir aux résultats de la recherche effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse des discours. Nous l'avons effectuée dans le sens d'une analyse de contenu.

Après une lecture de notre corpus, nous avons choisi de faire une analyse de contenu thématique. Pour cela nous avons défini cinq thèmes sur la base de notre problématique :

- La représentation du handicap physique
- La prise en charge des handicapés physiques : type d'établissement le plus propice
- Handicap physique, image de soi, identité et E.P.S
- La représentation de l'E.P.S en milieu spécialisé
- La représentation de la relation pédagogique en milieu spécialisé

Au travers de cette analyse thématique du corpus et des résultats obtenus, nous avons pu statuer sur notre question de recherche.

QUATRIEME PARTIE :
PRESENTATION – ANALYSE ET DISCUSSION
DES DONNEES

THEME 1 : LA REPRESENTATION DU HANDICAP PHYSIQUE

1- Représentation de la déficience selon l'origine ou les causes

Question 1 : « A quoi attribuez-vous la cause du handicap physique :
surnaturelle ou/et naturelle ? »

Cause du handicap physique	Population	Administrateurs Les centres spécialisés	Intervenants en E.P.S		TOTAL
			Milieu spécialisé	Milieu normal	
Naturelle		1	3	1	5
Surnaturelle		0	0	0	0
Surnaturelle et naturelle		1	0	2	3
TOTAL		2	3	3	8

Source : Enquête

Ce tableau à double entrée nous présente deux points de vue distinct : d'une part ceux qui croient que le handicap physique est lié à des causes naturelles (5/8) et d'autre part ceux qui pensent que les causes peuvent être à la fois surnaturelles et naturelles (3/8). En somme, nous voyons que toute notre population (8/8) s'accorde à dire que le handicap physique est d'origine naturelle. Toutefois pour l'un des administrateurs et les deux intervenants en EPS évoluant dans l'enseignement général les causes pourraient présenter un caractère à la fois surnaturel et naturel. Pour ces derniers, l'impuissance de la science dans l'explication de certains handicaps physiques et de la nécessité de tant remettre en la volonté divine, sont la preuve de l'existence d'une main étrangère agissant sur la personne. Ce qui pourrait signifier que l'action de l'homme semble être vaine face au handicap, d'où éventuellement une certaine résignation des intervenants.

Nous constatons aussi que les professeurs d'EPS des milieux spécialisés sont tous unanimes sur le fait que les causes sont purement naturelles. Ainsi nous pouvons penser que la distance vis-à-vis du handicap physique influe sur la représentation qu'on s'y fait. Vivre donc avec les personnes handicapées permettrait de mieux les connaître et de mieux comprendre le phénomène du handicap.

Les causes du handicap physique sont multiples et diverses. DESCHAMPS, MANCHLAUX, SALBREUX, VETTER et ZUCMAN (1981) ont tenté de nous exposer les différentes causes qui sont à l'origine du handicap physique. Toutefois, même si dans certains cas on ne peut faire un diagnostic précis de la cause d'un handicap physique, nous nous accordons avec l'OMS qu'elle est purement et simplement naturelle.

Question 2 : – « Quelles différences faites-vous entre les différents types handicaps Physiques ? »

Cette question adressée aux administrateurs, qui montrent que le handicap physique est lié à une déficience qui porte sur le corps humain. Il est moteur lorsqu'il touche l'appareil locomoteur et sensoriel lorsqu'il touche les différents sens : la vue, l'ouïe et le langage...

La différenciation qu'ils opèrent entre différents handicaps physiques est liée aux organes atteints qui engendrent des incapacités sur plan moteur ou sensoriel. Pour eux, en effet chaque handicap physique présente des désavantages :

- Le handicapé moteur est souvent confronté à des incapacités fonctionnelles concernant surtout la locomotion et la mobilité.
 - Quant aux handicapés visuels, ils présentent des problèmes de locomotion lié à l'orientation dans l'espace et des difficultés d'interactions avec leur environnement.
 - Les auditifs eux ont des problèmes de communication et d'expression.

Nous notons qu'ils ne mettent pas l'accent sur les désavantages sociaux qui peuvent en découler. Cette perception du handicap physique est purement médicale. Il va s'en dire que cette limitation du handicap à son caractère mécanique témoigne d'une représentation anatomique du handicap physique.

Question 3 : – « Le handicap physique est-il un handicap technique et / ou social ? »

Face à cette question, nos intervenants en E.P.S du milieu spécialisé et nos administrateurs s'accordent à dire que : « *Le handicap physique est technique lié à la motricité et à la sensibilité* » et ils jugent parfois même que : « *l'emploi du terme handicap a un aspect rébarbatif et que la tendance serait de le suppléer avec la notion de personnes à besoin spéciaux* ».

Quant aux intervenants en E.P.S opérant dans l'enseignement général, ils développent une représentation défavorable à la dimension sociale du handicap physique. Ils jugent le handicapé comme condamné et évoquent les désavantages sociaux face à la compétition naturelle qui régit la société où le désavantage physique engendrerait des désavantages sociaux. Cette croyance confirme la relation déjà évoquée à la question 1 entre le type de représentation et l'expérience du sujet. C'est dire que plus on est proche de la personne handicapée plus on la comprend et mieux on la connaît.

Les intervenants en E.P.S du milieu spécial et les administrateurs pensent quant à eux qu'il est loin d'être condamné. Il ne souffre que d'une déficience physique.

En somme, même si le handicap n'est pas une fatalité, il présente néanmoins des désavantages sociaux qui peuvent être améliorés avec la prise en charge effective des personnes vivant avec le handicap physique dans les centres spécialisés ou en milieu scolaire intégré.

2- La représentation sociale du handicap physique

Question 4 : - « L'enfant handicapé physique peut-il être aussi intelligent comparativement aux autres enfants de son âge ? »

Question 5 : - « Les personnes handicapées physiques sont-elles récupérables si on considère que la société les juge souvent comme condamnées ? »

Nos administrateurs et intervenants en EPS dans les centres spécialisés pensent que l'enfant handicapé physique à priori, est aussi intelligent que ceux « valides » du même âge, dès fois même ils sont d'une intelligence supérieure. Toutefois, ils signalent que dans certains cas l'absence d'une prise en charge peut induire des retentissements sur les capacités intellectuelles du jeune handicapé physique.

En effet, des études faites par l'O.M.S sur les handicaps physiques ont révélé des troubles psychiques en rapport avec le quotient intellectuel chez certains sourds-muets et même chez certains déficients visuels qui n'ont pas eu la chance de bénéficier d'une prise en charge précoce. D'où la nécessité d'opérer des dépistages afin de permettre une prise en charge effective et en temps opportun.

L'existence d'un potentiel intellectuel, plus ou moins important fait que même si nos enquêtés pensent que le handicap physique présente un désavantage social, ils s'accordent à dire que la personne handicapée physique est récupérable.

Cependant, si la prise en charge n'est pas effective les chances d'autonomie et d'intégration de la personne seront amoindries. C'est en ce sens que nous réaffirmons que l'EPS pourrait ici être d'un apport incalculable même si nos enquêtés ne le disent pas de manière implicite.

Question 6 : - « La réinsertion d'une personne handicapée physique dans le milieu normal est-elle une entreprise facile ? »

Suite aux problèmes analysés précédemment, les administrateurs nous disent que cette « entreprise » n'est pas du tout facile car aux problèmes de dépistage des handicaps s'ajoute aussi le problème de la prise en charge et de la formation des intervenants.

D'où la nécessité de réfléchir sur la nature de cette prise en charge. En effet, est-elle plus effective en milieu spécialisé ou dans l'enseignement général ?

Toutefois, ces propos peuvent signifier que les administrateurs sont conscients de la spécificité des besoins des personnes handicapées. Donc à besoins spéciaux, compétences spéciales selon eux.

Nous entrevoyons par-là aussi que la prise en charge nécessite une connaissance des enfants handicapés physiques, de leurs difficultés, de leurs problèmes et des méthodes de formation et d'éducation adéquate à chaque type de handicaps, afin que cette prise en charge soit effective.

THEME II : LA PRISE EN CHARGE DES HANDICAPES PHYSIQUES : TYPE D'ETABLISSEMENT LE PLUS PROPICE

Ce thème répond à la question administrée aux intervenants en EPS et aux administrateurs. Elle est libellée ainsi:

Question 7 : - « La prise en charge des personnes handicapées physiques se fait-elle mieux en milieu spécialisé que dans l'enseignement général ? »

A cette question deux tendances nettes se dégagent :

- D'une part, tous nos intervenants en EPS tous les niveaux confondus s'accordent à dire que : « *La prise en charge est meilleure en milieu spécialisé.* »
- D'autre part, les administrateurs pensent qu' « *elle est la plus efficace si les moyens sont réunis dans l'enseignement général.* »

Nous notons par-là qu'au sein des deux groupes distincts du point de vue des fonctions exercées, se forment deux représentations liées au type d'établissement le plus propice à la prise en charge des personnes vivant avec un handicap.

Si nos professeurs d'EPS pensent que la prise en charge est meilleure dans le milieu spécialisé c'est peut-être parce qu'ils se représentent les centres spécialisés comme un lieu destiné à faire acquérir aux jeunes handicapés physiques des connaissances ou des savoir-faire qui leur serviront pour leur intégration sociale.

Si nos administrateurs au contraire pensent qu'elle se ferait mieux dans le milieu normal, c'est peut-être parce qu'ils se représentent ce dernier comme l'espace le plus favorable à l'intégration, la socialisation et la réinsertion des jeunes handicapés physiques. D'où la nécessité pour ces derniers d'une école intégratrice, car comme ils nous le disent « *on ne peut former quelqu'un qui est appelé à vivre dans un milieu donné en l'excluant de ce milieu* ».

On pourrait se demander alors, si leur réponse n'est pas aussi motivée par la tendance actuelle au Sénégal qui est de « *faire de l'école intégratrice une réalité* » (MARONE 2001, p.8). A ce propos, MARONE journaliste au quotidien « le Soleil » montre la nécessité d'une politique d'éducation intégratrice pour lutter contre la discrimination intrinsèque et extrinsèque dont les handicapés sont victimes.

En parcourant la littérature sur la question, nous avons constaté des avantages et des inconvénients à tous les niveaux de la prise en charge, que ce soit en milieu spécialisé ou normal. SARR (1983, p. 39-40) essaie de nous en donner quelques indicateurs.

Selon elles, le milieu normal présente des avantages qui sont réels. La socialisation et l'intégration des personnes handicapées physiques semblent être meilleures en milieu normal car comment pourrait-on imaginer qu'un adulte handicapé puisse se trouver à l'aise dans un monde de valides avec ses exigences sociales, culturelles, économiques, si, enfant, il n'a pas eu l'occasion d'être confronté au monde des enfants normaux de son âge ?

Le processus « *d'assimilation-accomodation* » de Piaget n'a de sens qu'avec la confrontation de l'individu à son environnement ou à autrui. Le milieu normal facilite ainsi l'apprentissage de la vie communautaire et favorise l'intégration d'un enfant handicapé dans le groupe des « valides ».

Ce milieu présente, toutefois des inconvénients, nous avons par exemple les barrières architecturales. Au Sénégal, les normes de construction des édifices publics ne prennent pas en considération les spécificités des personnes souffrant d'un handicap physique.

Souvent, les infrastructures sont difficilement accessibles aux handicapés et en plus la surcharge numérique des classes pose des problèmes d'intégration. A cela il faut ajouter les complexes d'infériorité que ressentent les handicapés physiques et les risques de rejet de l'enfant handicapé par ses camarades « valides ».

Quant au milieu spécialisé, il faut constater que ces établissements présentent des avantages certains : des conditions matérielles favorables, des effectifs réduits, des équipements pédagogiques pluridisciplinaires et organisés, une surveillance et suivi des enfants mieux assurés.

Le problème majeur dans ces types d'établissement, c'est l'exclusion et la marginalisation. Ils ne favorisent pas l'intégration sociale de la personne handicapée physique. Ils nécessitent aussi des ressources financières très importantes pour l'achat et l'entretien de matériels adaptés.

En somme, selon la représentation que l'on se fait de l'éducation des personnes handicapées physiques nous pouvons envisager deux orientations :

- celle qui traduit un besoin d'inculquer dans un milieu spécialisé, des connaissances pour une intégration future ;
- celle qui cherche l'autonomie et l'intégration à tous les niveaux de la société, dans une école intégratrice.

THEME III : HANDICAP PHYSIQUE, IMAGE DE SOI IDENTITE
ET EPS

Question 8 : « - Quel bénéfice tirez-vous de la leçon d'EPS ? »

Sur le plan physique les enfants handicapés physique disent qu'ils acquièrent de la force qui leur permet d'être mobiles et de se mouvoir plus facilement.

Nous pouvons dire que ces enfants jugent l'activité physique comme étant un moyen de rééducation physique, mais aussi comme un moyen de renforcement musculaire.

Il faut aussi noter que la représentation du corps comme étant un ensemble de muscles qui se développent avec la pratique de l'activité physique transparait dans l'image que les enfants handicapés se font de leur corps. L'image du corps semble être bien favorable, car la prise de conscience de ces aptitudes physiques implique aussi une prise de conscience du corps. L'image que le jeune handicapé se fait de son corps par la pratique de l'EPS est qu'il n'est pas condamné et qu'il est capable de réaliser des prouesses physiques.

La réussite d'une activité physique engendre chez le jeune handicapé physique, l'estime de soi et la prise conscience de son identité certes différente des autres mais ayant un rôle à jouer dans la société.

Question 9 : « - Que ressentez-vous après une séance d'EPS ? »

Les réponses varient entre :

- « - *je me sens capable de faire de grandes choses.*
- *Je sens que les autres n'ont rien de plus qu moi.*
- *Je me sens bien physiquement, moralement et mentalement. »*

A travers ces réponses nous percevons deux aspects des représentations des enfants : d'une part, les considérations qu'ils se font du handicap physique et d'autre part, les acquis psychosociologiques qu'ils tirent de la séance d'EPS.

Nous retrouvons ici encore l'estime de soi, sentiment qui réduit les complexes dus aux handicaps physiques. Le handicap ne se présente plus comme une fatalité ; les réussites dans les jeux permettent l'affirmation de son identité et le renforcement de la confiance en soi. Ces deux aspects témoignent de l'état mental de ces jeunes handicapés. Ils sont fiers d'eux-mêmes et ils pensent « *que les autres n'ont rien de plus qu'eux* ». On sent qu'ils ont le désir de se faire valoir, de montrer leur savoir-faire et même de rivaliser avec les « valides ». Dans l'étude de la signification du jeu chez l'enfant, CHATEAU (1967, p.28) exprime ses sentiments en ces termes : « *par ses réussites de jeu, l'enfant affirme son être, il proclame sa puissance et son autonomie* ».

De ce fait, le milieu des valides n'est plus considéré comme un milieu excluant. Ainsi les conséquences du complexe d'infériorité sont réduites. L'enfant handicapé physique de là, ressent la nécessité de se faire une place dans ce monde et ainsi de se faire reconnaître.

THEME IV : LA REPRESENTATION DE L'EPS EN MILIEU SPECIALISE

Analyser la représentation de l'EPS en milieu spécialisé, c'est aussi déterminer la place qu'occupe cette matière dans le programme scolaire. On peut l'apprécier par rapport aux infrastructures sportives, à la représentation que se font les intervenants et à la représentation de l'EPS en milieu spécialisé.

1. Les infrastructures

Question 10 : « que pensez vous de la situation des infrastructures sportives dans les milieux spécialisés » ?

Les administrateurs et les intervenants en EPS du milieu spécialisé pensent que l'éducation physique est le « *parent-pauvre* » des centres spécialisés. En effet, ils disent tous que : « *les infrastructures sportives sont suffisantes au nombre et le peu qui existe n'est pas adapté aux enfants* ».

Le manque d'infrastructures témoigne de la place qu'occupe l'EPS dans l'éducation et la formation des jeunes handicapés. En effet, l'éducation physique joue les seconds rôle dans cette formation en milieu spécialisé. Elle n'est pas bien prise en compte car ses outils de travail ne sont pas en nombre suffisant et le peu qu'on y trouve, est mal adopté aux jeunes.

Notons là un problème d'information et d'ignorance vis-à-vis de la pratique de l'EPS. Il se trouve que les autorités en charge de l'éducation sont bien souvent en déphasage par rapport aux réalités du handicap physique. Ainsi, on constate qu'ils se font une représentation non-conforme aux spécificités du handicap. Toutefois, un effort important a été fait ces dernières années. On note en effet une meilleure intégration de l'éducation physique dans la gestion du handicap physique comme en témoigne la présence d'enseignant ou de professeur d'éducation physique et sportive plus ou moins spécialisé dans ces centres.

Question 11 : « - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'enseignement de l'EPS dans votre centre ? »

En dehors des difficultés liées aux infrastructures sportives, les intervenants répondent qu'ils sont confrontés aussi à l'insuffisance du volume horaire affecté à l'éducation physique.

L'insuffisance du volume horaire témoigne encore une fois la place qu'occupe l'EPS dans la sphère scolaire. La pratique de l'éducation physique, même en milieu spécialisé, semble être victime de préjugés anciens qui la dénaturent et qui la réduisent à un niveau moindre par rapport aux autres matières de la sphère scolaire.

Question 12 : « - Avez-vous un barème officiel adapté à la pratique de l'EPS ? »

Tous nos intervenants en EPS des centres spécialisés déplorent l'absence d'un barème adapté à l'image des pays occidentaux. Toutefois, ils essaient quand même d'évaluer leurs sujets suivant leurs critères propres.

Comme nous l'avons dit ci-dessus, l'absence de barème adapté, témoigne encore une fois de la marge qui existe entre les instructions officielles et la réalité qui est présente dans les centres spécialisés, mais aussi et surtout du manque d'importance accordée à la pratique de l'EPS dans ces centres

2. La représentation du professeur d'EPS par les administrateurs et les professeurs d'EPS eux-mêmes

Question 13 : « - Etes-vous satisfait du travail de vos intervenants en EPS ».

A cette question administrée aux administrateurs, deux réponses frappantes y surgissent :

« - je ne suis pas en contact direct avec eux, mais d'après l'écho que j'en ai, notre prof d'EPS est d'une grande dévotion et les enfants aiment ce cours.

- Je suis satisfait de son travail, car les enfants sortent très joyeux et ils ont hâte de faire le cours ».

Dans ces deux discours on relève d'une part un désintéressement du travail qu'effectue sur le terrain l'intervenant en EPS, mais aussi et surtout la représentation du professeur d'éducation physique dans le milieu scolaire.

En effet, le désintéressement au travail du professeur d'EPS est en corrélation avec la représentation que l'on a du métier. Dans ces discours, il ressort que l'intervenant en EPS est pris pour un « amuseur-d'enfants ». Qu'importe ce qu'il réalise sur le terrain, l'essentiel est que les enfants en sorte épanouie.

Nous constatons par-là, que la représentation du professeur d'éducation physique en milieu spécialisé est sensiblement la même que celle de l'enseignement en général. Les travaux effectués par DORVILLE (1991) sur le sujet montrent que les parents d'élèves et les autres professeurs ont des représentations traditionnelles et ils refusent partiellement l'identification du « prof de gym » à ses collègues. Le professeur d'EPS est donc appelé à jouer les seconds rôles dans la prise en charge des jeunes handicapés physiques.

Question 14 : « - La prise en charge des personnes handicapées physiques nécessite-t-elle des compétences spécifiques en pédagogie de l'éducation physique et sportive ? »

Nos intervenants en EPS pensent tous qu'elle nécessite des compétences spécifiques en pédagogie, « *car à besoin spécifique, intervention spécifique* » disent-ils.

Nous notons par-là que la question de la formation des intervenants en EPS est soulevée. L'absence de compétences pédagogiques pour la prise en charge des enfants handicapés, prouve la nécessité de revoir notre système de formation des intervenants en EPS. En effet, dans les centres de formation des intervenants en EPS, la pratique de l'éducation physique au niveau des handicapés physiques n'est pas prise en compte. Une politique en cette faveur sera la bienvenue.

3. La représentation de l'EPS

A - La représentation des parents

Question 15 : « - Selon vous comment les parents perçoivent-ils l'apport de l'EPS dans la formation de leurs enfants ? ».

Cette question posée aux administrateurs, nous présente deux attitudes des parents :

- *« Certains sont surpris et contents de voir leurs enfants pratiquer des activités physiques et sportives.*
- *D'autres par contre n'accordent aucun intérêt, ils se désintéressent même de la pratique de l'éducation physique ».*

L'étonnement que manifeste certains parents devant la pratique physique de leurs enfants handicapés physiques signale la représentation que les parents se font du handicap et de l'éducation physique. En effet, pour ces parents l'éducation physique est une activité réservée aux « valides ». Ils ne croient pas leurs enfants capables de courir, de sauter, de rouler à l'image de tous les enfants de leur âge : « *c'est donc une belle surprise pour les parents* » selon un des administrateurs interrogés.

Le désintéressement remarqué chez d'autres parents, est la preuve qu'ils n'accordent aucun intérêt à la pratique de l'EPS dans la formation et l'éducation de leurs enfants. Car comme nous le dit DORVILLE (1991, p.13) : « *L'EPS ne compte pas dans l'orientation future des élèves* » semble penser ces parents.

B - La représentation des administrateurs

Question 16 : « Quelle importance accordez-vous à l'EPS dans la prise en charge des personnes handicapées physiques ? »

Nos administrateurs nous disent que : « l'éducation physique et sportive joue un rôle capital dans la mesure où par le jeu, elle permet l'épanouissement, la rééducation physique, mentale et sociale du jeune handicapé physique. »

Nous notons que les administrateurs ont une représentation ludique de l'EPS. Elle se présente comme une séance d'animation. La raison d'être de l'éducation physique et sportive en milieu spécialisé serait donc pour eux l'épanouissement des enfants par le biais des activités « ludo-motrices ». Les activités « extramuros » sont des moments privilégiés pour se délasser et se libérer de la pression des séances « intramuros ».

Question 17 : « - Est-il préjudiciable pour l'enfant handicapé physique de ne pas recevoir une formation en EPS ? »

Pour nos administrateurs, « *tout corps à besoin de mouvement pour s'épanouir* ». La séance d'EPS est le moment par excellence le plus indiquée pour produire du mouvement.

Nos administrateurs nous révèlent que l'EPS se présente comme une rééducation motrice. Elle consisterait à une réparation bio-mécanique de l'organisme. Notons que cette représentation conteste avec celle évoquée plus haut (question 16).

C - La représentation des élèves

Question 18 : « - Quel bénéfice tirez-vous de la leçon d'EPS ? »

L'exploitation des récits de vie de nos élèves nous a permis de cerner trois représentations vis-à-vis de la pratique de l'EPS. Nous avons la représentation de l'EPS comme moyen d'acquisition de nouvelles techniques, celle considérant l'EPS comme sensation de bien-être et enfin celle relative à l'EPS comme synonyme d'amusement.

La représentation de l'EPS varie donc en fonction de l'objet que l'on attribue à la discipline. Ainsi, pour certains enfants, ils se présentent comme un moyen d'apprendre des techniques en rapport avec la fonctionnalité ; sous cet angle elle serait une rééducation motrice.

Pour d'autres par contre, au-delà de la rééducation motrice, elle aurait un caractère hygiénique et médical à l'image de la « gymnastique suédoise ».

Pour les autres enfin, elle se présenterait comme le lieu propice pour l'épanouissement physique. Pour eux, la séance d'EPS est donc un cours réservé à l'amusement. Elle se présente sous la forme d'une animation sportive où l'accent est mis sur le plaisir de jouer.

D - La représentation des intervenants en EPS

Question 19 : « - Quels sont les buts prioritaires de l'EPS en milieu spécialisé »

En relation avec l'expérience, les buts prioritaires de l'EPS en milieu spécialisé varient. C'est ainsi que l'intervenant le plus ancien (5 ans) pensent que les buts de l'EPS en milieu sont les mêmes que celle de l'éducation physique en milieu normal. Tandis que les autres moins anciens (1 et 2 ans) et les intervenants en EPS du milieu normal pensent qu'elle doit se présenter sous la forme d'une « animation sportive ».

Si l'on en croit à nos résultats, l'ancienneté serait aussi déterminante dans la représentation de l'éducation physique en milieu spécialisé. L'assimilation des buts de l'EPS en milieu spécialisé à ceux du milieu normal pour l'enseignant le plus ancien montre qu'il ne fait pas de différence majeure entre les enfants normaux et handicapés physiques. Il développe ainsi, le courant de l'acceptation de la diversité au sein de l'EPS et détruit à cet effet, la « coquille » dans laquelle on enferme souvent les jeunes handicapés.

Tandis que les intervenants en EPS moins anciens, opérant dans le milieu spécialisé et ceux du milieu normal, considèrent l'EPS en milieu spécialisé comme une activité ludique. Notons au passage que cette représentation de l'éducation physique est en marge avec les orientations nationales de l'éducation physique et sportive.

Question 20 : « - Est-il préjudiciable pour l'enfant handicapé physique de ne pas recevoir une formation en EPS ? »

Pour nos intervenants en EPS, « *c'est le plus grand tort qu'on puisse faire à un enfant handicapé physique, car avant toute prise en charge, l'enfant handicapé a besoin d'être stabilisé par la rééducation physique, domaine dans lequel les activités physiques et sportives occupent une place de premier plan* ».

A cet effet, l'éducation physique se présente dans leurs croyances comme une rééducation fonctionnelle. Ce discours témoigne que même si les éducateurs en EPS conçoivent l'EPS en milieu spécialisé comme ayant les mêmes buts que le milieu normal en même temps qu'elle soit une activité ludique, comme vu ci-dessus, il n'en demeure pas moins que son objectif spécifique en milieu spécialisé est la rééducation fonctionnelle ou plutôt une contribution à cette rééducation motrice. En rapport avec le handicap physique on comprend bien que les orientations de l'EPS se trouvent fortement influencer par la rééducation. Ces enfants en effet, ont un besoin de réadaptation motrice qui est permanent. L'EPS serait donc un moyen de développement des capacités organiques, foncières et motrices des jeunes handicapés physiques.

Question 21 : « - La pratique des activités physiques et sportives peut-elle améliorer une déficience physique ? »

A cette question nos intervenants en EPS sont tous unanimes que la pratique de l'éducation physique a des vertus thérapeutiques incontestables. Toutefois il faut signaler ici que les intervenants en milieu normal avertissent que cette pratique doit être « *bien faite* » pour qu'elle soit efficace.

Nous pouvons noter ici qu'au-delà du souci de prévention de nos intervenants en EPS du milieu normal, cette image reflète le doute ressenti vis-à-vis de ses capacités de prendre en charge la pratique de l'activité physique des personnes handicapées. Ce doute traduit ce qu'on appelle le niveau d'expectation, c'est-à-dire une évaluation avant terme par les enseignants de ses compétences pour enseigner l'EPS aux handicapés. Ici on note un écart entre ce que l'enseignant pense pouvoir faire et la satisfaction des besoins spécifiques des handicapés. Les enseignants s'estiment certainement plus ou moins incapables de remplir leurs tâches, et de parvenir à faire progresser ces enfants.

THEME V : LA REPRESENTATION DE LA RELATION PEDAGOGIQUE
EN MILIEU SPECIALISE

1. Les rapports enseignant-enseigné et enseigné-enseigné

Question 22 : « - Pensez-vous que les activités de groupe sont faciles à organiser avec les enfants handicapés physiques ? »

A cette question, nos intervenants en EPS déclarent que : *« dans ce milieu, il n'est jamais facile d'organiser des activités physiques et surtout les activités de groupe. Parce que souvent la population n'est pas homogène et chaque handicapé a des besoins spécifiques ; dès lors une prise en charge individuelle est souhaitable ».*

La complexité des handicaps physiques et leurs diversités compliquent la prise en charge en EPS et surtout l'organisation des activités de groupe. En effet, les activités de groupe sont très difficiles en général à organiser chez les enfants compte-tenu de leur nature égocentrique, la relation avec autrui n'est pas bien élaborée et le processus de socialisation est en cours. Chez les enfants handicapés en plus de ce problème, nous constatons au niveau des élèves une grande diversité dans une même classe. On peut avoir par exemple des différences de taille, des handicapés légers et des lourds...

Cette différence peut présenter des avantages psychologiques au niveau du groupe. Elle peut susciter des « rivalités interne » et être source de motivation pour une auto-réalisation.

Question 23 : « Est-il nécessaire que les enfants handicapés physiques soient associés à l'enseignement qu'ils reçoivent » ?

Nos intervenants en EPS, optent pour une méthode participative. Parce que selon eux, celui qui reçoit l'enseignement doit être au cœur de la relation pédagogique.

Cette vision de la relation est en accord avec le courant des méthodes actives. Pour cette approche, l'enfant est au centre de la relation pédagogique. En définissant « *les périodes sensibles* » Montessori (1936) nous montre que le développement de l'enfant suit un ordre chronologique. Pour nous en convaincre, elle révèle qu'il y a un âge pour tout : marcher, parler, courir...

Question 24 : « - Comment se déroule en général votre leçon d'EPS ? »

Les enfants nous révèlent que souvent les professeurs procèdent d'abord à un des présences, puis ils passent à l'exposition du cours et ensuite ils donnent des directives à respecter. « *Nous débutons souvent le cours par des échauffements, pour passer aux exercices de la séance du jour, par exemple le basket, le volley, l'athlétisme, etc. Nous terminons la leçon, par un résumé du cours fait par le prof. qui insiste souvent sur les fautes les fréquentes commises* ».

La séance d'EPS que nous présente les enfants à un sens univoque. Elle relève du processus « émission-réception » privilégiant ainsi la fonction d'enseignement.

Cette présentation de la relation pédagogique est en contradiction avec les révélations des professeurs d'EPS (cf. question 23). Il y a donc un problème qui se pose : à quoi donc est dû cet écart ?

Cet écart représente, la différence qui existe entre les conceptions théoriques et la pratique. En effet la pratique témoigne d'une conception ancienne de l'éducation qui met l'accent sur la transmission du savoir sans tenir compte des besoins de l'enfant.

2- Le rapport Enseigné-Savoir

Question 25 :- « Quel bénéfice tirez-vous de la leçon d'E.P.S ? »

Les enfants nous répondent de cette sorte :

« La leçon d'E.P.S, si cela dépendait de moi, nous la ferions tous les jours, car j'y apprends beaucoup de techniques ».

L'intérêt suscité par la séance d'E.P.S est très significatif. Il témoigne de la volonté de vouloir acquérir un savoir-faire ou des connaissances techniques.

Pour eux la séance d'E.P.S doit leur permettre d'améliorer leur mobilité, leur orientation, en somme leur fonctionnalité. Mais, l'EPS se résume t-elle à cela ? Que fait-on de son caractère éducatif ?



CONCLUSION GENERALE

Dans les années 80, beaucoup de travaux ont été consacrés à l'éducation et à la formation des jeunes handicapés. Cet intérêt manifesté vis-à-vis des personnes vivant avec le handicap est motivé par le souci de socialiser et d'intégrer ces minorités dans la sphère sociale, mais aussi par ce courant humaniste qui est en nette progression au sein de la société.

C'est pourquoi nous avons tenu à étudier les représentations que les intervenants en E.P.S, les administrateurs, les élèves handicapés et les parents d'élèves handicapés se font du handicap physique et de la pratique de l'éducation physique en milieu spécialisé. Car nous sommes d'avis que comprendre ces dernières pourrait contribuer à améliorer le statut du handicapé physique au sein de ces institutions en particulier et de la société en général.

Dans notre démarche, nous avons commencé par aborder la question du handicap du point de vue théorique dans le cadre de la représentation du handicap physique, puis nous nous sommes appesantis sur la pratique de l'éducation physique en général et plus particulièrement chez les handicapés physiques.

Après avoir saisi la portée du handicap physique et les représentations que s'en font les administrateurs, les enseignants d'E.P.S du système scolaire normal et spécial, les enfants handicapés et leurs parents, nous avons présenté notre cadre problématique et notre démarche méthodologique. Cette dernière a fait suite à la présentation des résultats de notre enquête lesquels nous ont montré que le handicap physique n'est plus perçu comme une fatalité. Cela va sans dire que les préjugés qui étaient autour du handicap ont disparu ou du moins tendent à disparaître.

Toutefois, force est bien de constater que, dans nos différents centres, la pratique de l'E.P.S est restée à l'état embryonnaire. Elle est aussi confrontée à des problèmes d'infrastructures et de représentation négative de la discipline, souvent considérée comme un cours de divertissement. Il sied cependant de noter une

volonté de donner à l'E.P.S la place qui lui revient de droit. Elle se heurte, en réalité, à des perceptions traditionnelles des pratiques physiques en milieu scolaire. Nous voudrions pour terminer évoquer quelques limites de notre travail et envisager un certain nombre de perspectives. En raison du thème de la recherche, l'entretien semblait être plus judicieux. *« Dans les études sur les représentations et les conceptions l'entrevue est cruciale. En effet, il serait hasardeux de tenter de clarifier des comportements reliés à des conceptions personnelles sans s'adresser aux acteurs eux-mêmes »* nous dit NDIAYE (2002, p. 95). En effet nous sommes persuadés qu'une étude sur la représentation de l'éducation physique en milieu spécialisé, demande ou exige de donner la parole aux acteurs pour mieux saisir son contenu.

Toutefois, la nature qualitative de cette recherche, pose des problèmes de généralisation, mais aussi il y a la tendance qu'ont les interviewés de vouloir projeter une image personnelle positive... Ce qui peut entraîner des écarts entre ce que les acteurs font et ce qu'ils prétendent faire. C'est le cas par exemple des intervenants en EPS.

Convaincus de ce fait, nous jugeons qu'une analyse faite sur le terrain en milieu spécialisé avec comme objectif une observation des situations pédagogiques auxquelles sont confrontés les intervenants en E.P.S nous permettront de répondre à la question liée aux comportements réels des enseignants d'E.P.S. Cette analyse nous offrira également l'opportunité de confronter les réponses verbales et les attitudes et comportements des professeurs pendant la séance d'éducation physique.

Toutefois, cette recherche aiderait certainement à mieux comprendre la situation de l'enseignement de l'E.P.S dans les milieux spécialisés et à redéfinir certaines options méthodologiques ou politiques en vue d'une meilleure prise en charge des personnes souffrant d'un handicap physique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- ALIN, C. (1996) Identité, Pertinence et Existentialité de l'éducation physique. In B-X. RENE (Dir), A quoi sert l'éducation physique et sportive ?, 29 (p. 203-211). Paris : Editions Revue E.P.S.
- 2- AVANZINI, G. (1986). De l'intégration. Revue Binet-Simon, 608, III, 18-20.
- 3- BATUKEZANGA, Z.(1981). L'éducation en faveur des handicapés physiques au Zaïre. Revue Educafrica, Spécial Décembre 1981, 45-56. Dakar : UNESCO.
- 4- BLANC, A. (1995). Les handicapés au travail : analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle. Paris : Dunod!
- 5- BLANCHET, A. & GOTMAN, A (1992). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan
- 6- BOCQUIER, P. (1996). Insertion et mobilité professionnelle à Dakar. Paris : Crstom éditions, Thèse inédite.
- 7- BOURGEOIS, E. & NIZET, J. (1997). Apprentissage et formation d'adultes Paris .PUF.
- 8- CHATEAU, J. (1967). L'enfant et le Jeu. Paris : Les éditions du Scarabée.
- 9- Constitution de la République du Sénégal (2000).
- 10-CORDIER, F. & al. (1990). Connaissances et représentations. Paris : Dunod.
- 11-COURTINE, F (1996). A quoi sert l'E.P.S dans le champ du handicap ? Effets des pratiques physiques et sportives sur les rapports entre l'infirmité et la société. In, B-X. RENE (Dir), A quoi sert l'éducation physique et sportive ?, 29, (p. 222-224). Paris : Editions Revue E.P.S.
- 12-DELIGUIERES, D. & GARSULT, C. (1996). Apprentissage et utilité sociale : Que pourrait-on apprendre en E.P.S ? In, B-X. RENE, A quoi sert l'éducation physique et sportive ?, 29, (p.155-161). Paris : Editions Revue E.P.S.
- 13-DESCHAMPS, J-P., MANCIAUX, M., SALBREUX, R., VETTER, J. & ZUCMAN, E. (1981). L'enfant handicapé et l'école. Paris : Flammarion Médecine – Sciences.
- 14-DESROSIERS, P. & TOUSIGNANT, M.(1979). L'éducation physique à l'élémentaire. Québec : PUL.
- 15-DOISE, W., CLEMENCE, A. & LORENZI- CIOLDI, F. (1992). Représentations sociales et analyse de données. Grenoble : PUF.
- 16-DORVILLE, C. (1991). Représentations de l'enseignant d'E.P.S par les parents d'élèves et les professeurs. Université de Lille II : U.F.R. – STAPS.

- 17-DUCHE, I-J. & LECUYER, R. (1986). A propos de l'interprétation des enfants présentant un handicap. Revue le Binet-Simon, 608, III, 3-17.
- 18-Encyclopoedia Universalis. (1996). Corpus 11, et Corpus 17. Paris : S.A.
- 19-ERNY, P. (1987). L'enfant et son milieu en Afrique noire. Paris : Editions L'Harmattan
- 20-Extrait de l'INSERM. (1984). Réduire les handicaps. Paris La documentation française
- 21-FAYE, S. (1998). Etudes des perceptions relatives à l'éducation physique et sportive dans l'enseignement élémentaire : le cas de l'IDEN de Dakar / Médina. Dakar : UCAD – INSEPS, Mémoire de maîtrise Inédit.
- 22-GUILLET, GENETY, BUNET & GUEDJ J., (1984). Médecine du Sport. Paris : Masson.
- 23-HEIPERTZ, W., BETTNER, D. & HEIPERTZ-HENGST, Ch. (1990) Médecine du Sport : Abrégé à l'usage des médecins, Entraîneurs, Etudiants et Sportifs. Paris : Vigot.
- 24-HAMONET, C. (1990). Les personnes handicapées. Paris : P.U.F.
- 25-HOUSSAYE, J.(1979). Sujet, mort et folie en pédagogie. In Le sujet de l'éducation. Paris : Beauchesne
- 26-LACHENAL, B. & PETITET, J-C. (1994) Les déficiences motrices. In M. PASQUALINI & B. ROBERT(Eds), Dossiers E.P.S. 23. Handicapés physiques et inaptes partiels en E.P.S. (p.185-191). Paris : Editions Revue E.P.S
- 27-LE BOULCH, J. (1973) L'éducation par le mouvement : La psychocinétique à l'âge scolaire. Paris : E.S.F.
- 28-LE BOULCH, J. (1989). Sport éducatif. Paris : E.S.F
- 29-LE CAPLIN, M-J. (1982). Un nouveau printemps. Paris : SOS.
- 30-LE CREEN, F. (1996). Etude préliminaire des représentations sociales de l'activité physique chez les aînés (e) s les Montréalais (es) : perspectives éducatives. In, B-X. RENE (Dir) A quoi sert l'éducation physique et sportive ?, 29, (p. 251-258). Paris : Editions Revue E.P.S.
- 31-MARONE, S. Entretien avec Mme DIALLO, A-R. : responsable du volet de l'éducation spéciale et intégratrice au Sénégal). Quotidien « Le Soleil » du 17 juillet 2001, (p.8).
- 32-MBENGUE, A. (1982). Le Sport et les handicapés moteurs. Dakar : UCAD –INSEPS, Mémoire de maîtrise inédit

- 33- MILANDOU, F. (1981). L'institut des jeunes sourds de Brazaville. Revue Educafrica, spécial décembre 1981. 121-134. Dakar : UNESCO.
- 34- MONTESSORI, M (1936). L'enfant. France : Desclée de Brouwer.
- 35- MOSCOVICI, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Paris : PUF
- 36- NDIAYE, B. (1999). Corps brisé, Foi blessée. Paris : Karthala.
- 37- NDIAYE, M. (2002) Représentation des compétences professionnelles de l'enseignement : le cas des professeurs de l'enseignement secondaire public. Dakar : ENS-CUSE, Mémoire DEA inédit.
- 38- ORLIC, M-L. (1978). Méthode de rééducation psycho-motrice. Paris : E.S.F
- 39- PAILLARD, C. (1998). Entretien. SMS, 12, 6-7.
- 40- PAILLER, D. (1998). Entretien. S.M.S, 12, 3-5.
- 41- PIAGET, J. (1964). Six études de psychologie. Paris : Denoël.
- 42- PIERA, J-B. (1994). Handicap moteur et sport. In H. MONOD, R. AMORETTI/ J. RODINEAU, (Eds), Médecine du sport pour le praticien, Paris : SIMEP.
- 43- PIERON, H. (1979). Vocabulaire de la psychologie. Paris : P.U.F.
- 44- RAYNARD, F. (1991). Se Mouvoir sans voir. Corcelles – Le Jarat (Suisse) : Yva Peyvet Editeur.
- 45- Recueil des textes réglementaires, relatifs à l'éducation physique et sportives (L.O.). (1972). Dakar : Direction de la formation et du contrôle, Ministère de Jeunesse et des Sports
- 46- RECOPE, M. (1996). L'éducation physique et sportive comme lieu privilégié pour une cognition et une culture motrice. In B-X. RENE (dir) A quoi sert l'éducation physique et sportive ?, 29, (p. 185-196). Paris : Editions Revue E.P.S.
- 47- SALL, A_B. (1987). Influence des activités physiques sur le développement psychomoteur des jeunes aveugles. Dakar : UCAD – INSEPS, Mémoire de maîtrise inédit.
- 48- SAMI-ALI. (1984). Corps réel, corps imaginaire. Paris : Bordas.
- 49- SARR, S. (1981). Handicap et société en Afrique. Revue Educafrica, Spécial Décembre 1981. 153-164. Dakar : UNESCO.
- 50- SELLTIZ, C. WRIGHTSMAN, I-S. & COOK, S-W. (1977). Les méthodes de recherche en sciences sociales. Montréal : HRW.

- 51- Séminaire de formation de l'ENSP de Rennes. (Novembre 1989). Les techniques Educatives et thérapeutique de Handicap chez l'enfant et l'adolescent. Rennes : CTNERHI/ENSP.
- 52- THEVENOT, X. (1990). Souffrance, Bonheur, Ethique. Salvator : Mulhouse.
- 53- THIOMBANE, V. (1994) les effets de la pratique du Judo sur les Handicapés de Handisport Sénégal. Dakar : UCAD-INSEPS, Mémoire de maîtrise inédit.
- 54- ULMAN, J. (1989). De la gymnastique aux sports modernes. Paris : Vrin.
- 55- UNESCO. (1996/1997). Rapport sur les écoles intégratrices et programme de soutien communautaire Paris : UNESCO
- 56- VILARASAU, K. (2001). Ouvrir l'école à la différence. Revue valeurs mutualistes, 210, mars 2001, 19-23 Paris : EMGEN/Syndicat de la presse sociale.
- 57- WALL, W-D. (1986). Education constructive des enfants handicapés et déviants Paris : UNESCO.



A decorative border resembling a scroll, with a vertical strip on the left side and rounded corners at the top and bottom. The word "ANNEXES" is centered within this border.

ANNEXES

ANNEXE 1

ORGANISATION DES NATIONS-UNIES

DECLARATION DES DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES

L'Assemblée générale,

Consciente de l'engagement que les Etats membres ont pris, en vertu de la Charte des Nations Unies, d'agir tant conjointement que séparément, en coopération avec l'Organisation, pour favoriser le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi et les conditions progrès et de développement dans l'ordre économique et social,

Réaffirmant sa foi dans les droits de l'homme et les libertés fondamentales et dans les principes de paix, de dignité et de valeur de la personne humaine et de justice sociale proclamés dans la Charte.

Rappelant les principes de la Déclaration universelle des droits de l'homme, des Pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, de la Déclaration des droits de l'enfant et de la Déclaration des droits du déficient mental, ainsi que les normes de progrès social déjà énoncées dans les actes constitutifs, les conventions, les recommandations et les résolutions de l'Organisation internationale du Travail, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, de l'Organisation mondiale de la santé, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organisations intéressées.

Rappelant également la résolution 1921 (LVIII) du Conseil économique et social, en date du 6 mai 1975, sur la prévention de l'invalidité et la réadaptation des handicapés.

Soulignant que la Déclaration sur le progrès et le développement dans le domaine social a proclamé la nécessité de protéger les droits et d'assurer le bien-être et la réadaptation des handicapés physiques et mentaux.

Ayant à l'esprit la nécessité de prévenir les invalidités physiques et mentales et d'aider les personnes handicapées à développer leurs aptitudes dans les domaines d'activités

les plus divers, ainsi qu'à promouvoir, dans toute la mesure possible, leur intégration à une vie sociale normale.

Consciente que certains pays, au stade actuel de leur développement, ne peuvent consacrer à cette action que des efforts limités.

Proclame la présente Déclaration des droits des personnes handicapées et demande qu'une action soit entreprise, sur les plans national et international, afin que cette déclaration constitue une base et une référence commune pour la protection de ces droits :

1. Le terme « handicapé » désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales.
2. Le handicapé doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les handicapés sans exception aucune et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, l'état de fortune, la naissance ou sur toute autre situation, que celle-ci applique au handicapé lui-même ou à sa famille.
3. Le handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. Le handicapé, quelles que soient l'origine, la nature et la gravité de ses troubles et déficiences, a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens du même âge, ce qui implique en ordre principal, celui de jouir d'une vie décente, aussi normale et épanouie que possible.
4. Le handicapé a les mêmes droits civils et politiques que les autres êtres humains ; le paragraphe 7 de la Déclaration des droits du déficient mental est d'application pour toute limitation ou suppression de ces droits dont le handicapé mental serait l'objet.
5. Le handicapé a droit aux mesures destinées à lui permettre d'acquérir la plus large autonomie possible.
6. Le handicapé a droit aux traitements médicaux, psychologiques et fonctionnels, y compris aux appareils de prothèse ou d'orthèse ; à la réadaptation médicale et

sociale ; à l'éducation ; à la formation et à la réadaptation professionnelles ; aux aides, conseils, services de placement et autres services qui assureront la mise en valeur maximale de ses capacités et aptitudes et hâteront le processus de son intégration ou de sa réintégration sociale.

7. Le handicapé a droit à la sécurité économique et sociale et à un niveau de vie décent. Il a le droit, selon ses possibilités, d'obtenir et de conserver un emploi ou d'exercer une occupation utile, productive et rémunératrice, et de faire partie d'organisations syndicales.
8. Le handicapé a droit à ce que ses besoins particuliers soient pris en considération à tous les stades de la planification économique et sociale.
9. Le handicapé a le droit de vivre au sein de sa famille ou d'un foyer s'y substituant et de participer à toutes activités sociales, créatives ou récréatives. Aucun handicapé ne peut être astreint, en matière de résidence, à un traitement distinct qui n'est pas exigé par son état ou par l'amélioration qui peut lui être apportée. Si le séjour du handicapé dans un établissement spécialisé est indispensable, le milieu et les conditions de vie doivent y être aussi proches que possible de ceux de la vie normale des personnes de son âge.
10. Le handicapé doit être protégé contre toute exploitation, toute réglementation ou tout traitement discriminatoires, abusifs ou dégradants.
11. Le handicapé doit pouvoir bénéficier d'une assistance légale qualifiée lorsque pareille assistance se révèle indispensable à la protection de sa personne et de ses biens. S'il est l'objet de poursuites judiciaires, il doit bénéficier d'une procédure régulière qui tienne pleinement compte de sa condition physique ou mentale.
12. Les organisations des handicapés peuvent être utilement consultées sur toutes les questions concernant les droits des handicapés.
13. Le handicapé, sa famille et sa communauté doivent être pleinement informés, par tous moyens appropriés, des droits contenus dans la présente Déclaration

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN ADMINISTRE AUX INTERVENANT EN EPS

I. QUESTION D'IDENTIFICATIONS

1. Dans quel type d'établissement intervenez-vous : normal ou spécialisé ?
2. Si spécialisé ; quelle est la nature du handicap de ses pensionnaires ?
3. Depuis combien de temps exercez-vous dans votre établissement ?
4. Que pensez-vous de la situation des infrastructures sportives dans les milieux spécialisés
5. Quelles sont les APS que vous enseignez dans ce centre ?
6. quel est l'horaire accordé à la pratique de l'EPS
 - Pourquoi selon-vous ?
 - Est-ce suffisant ?
7. Avez-vous un barème adopté à la pratique des APS de vos élèves ?

II. LA PERCEPTION DES INTERVENANT A PROPOS DE L'IMPACT DES APS SUR L'EDUCATION DES PERSONNES HANDICAPEES PHYSIQUES

1. Pensez-vous que les activités de groupe sont faciles à organiser avec les personnes handicapées physiques ?
 - Pourquoi selon-vous ?
2. L'enfant handicapé physique peut-il être aussi intelligent comparativement aux enfants normaux de son âge ?
3. La pratique d'APS peut-elle améliorer ou développer son intelligence ?
4. La pratique d'APS peut-elle améliorer une défiance physique ?
5. Pensez-vous que certains comportements de groupe sont améliorés avec la pratique des APS des jeunes handicapés physiques ? (tolérance, solidarité...)
Comment ?
6. La personne handicapée physique est généralement considérée comme condamnée.
Qu'en pensez-vous ?
7. quelles sont selon vous les buts prioritaires de l'EPS liés aux PHP ?
8. la leçon d'EPS est généralement considérée comme une séance de récréation cela est-il encore plus vrai pour les enfants handicapés physiques ?
9. est-il nécessaire que les personnes handicapées physiques soient associées à l'enseignement qu'elles reçoivent ?
10. le handicap physique est-il un handicap technique et / ou social ?
11. la prise en charge des personnes handicapées physiques nécessite-t-elle des compétences spécifiques en pédagogie de l'EPS ?
12. à quoi attribuez-vous la cause du handicap physique surnaturelle ou naturel ?
13. la prise en charge des personnes handicapées physiques se fait-elle mieux en milieu spécialisé ou dans l'enseignement général ?
14. Est-il préjudiciable pour l'enfant handicapé physique de ne pas recevoir une formation en EPS ?

ANNEXE 3

GUIDE D'ENTRETIEN ADMINISTRE AUX ENFANTS HANDICAPES PHYSIQUES DES CENTRES SPECIALISES

- 1) Comment se fait en général votre leçon d'EPS ? Par quoi commencez-vous ? comment se déroule la partie principale et comment elle se termine ?
- 2) Que ressentez-vous après une séance d'EPS ?
- 3) Quel bénéfice tirez-vous de la leçon d'EPS ? Qu'est-ce qu'elle vous apporte ?

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN ADMINISTRE AUX ADMINISTRATEURS SCOLAIRES DES CENTRES SPECIALISES POUR PERSONNES HANDICAPEES PHYSIQUES

I – APPROCHE GENERALE

- 1) Quelles différences faites-vous entre les différents handicaps physiques ? (moteur, visuel et auditif) ?
- 2) Les personnes handicapées physiques sont-elles récupérables, si on considère que la société en générale les considère comme condamné ?
- 3) La réinsertion d'une personne handicapée physique dans le milieu normal est-elle une entreprise facile selon-vous ?
- 4) Combien de pensionnaires avez-vous en charge ?

II – LE ROLE DE L'EPS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES PHYSIQUES

- 1) Quelle importance accordez-vous à l'EPS dans la prise en charge des personnes handicapées physiques ?
- 2) Quel est l'horaire accordé à la pratique de l'EPS ?
 - Pourquoi selon-vous ?
 - Est ce suffisant ?
- 3) Etes-vous satisfait du travail de vos intervenants en EPS ?
- 4) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'enseignement de l'EPS dans votre établissement ?
- 5) Que pensez-vous de la situation des infrastructures sportives dans les milieux spécialisés ?
- 6) Selon-vous comment les parents perçoivent-il l'apport de l'EPS dans la formation de leurs enfants ?
- 7) L'enfant handicapé physique peut-il être aussi intelligent comparativement aux enfants normaux de son âge ?
- 8) Le handicap physique est-il un handicap technique et/ou social ?
- 9) A quoi attribuez-vous la cause du handicap physique : surnaturel ou naturelle ?
- 10) La prise en charge des personnes handicapées physiques se fait-elle mieux en milieu spécialisé ou dans l'enseignement général ?
- 11) Est-il préjudiciable pour l'enfant handicapé physique de ne pas recevoir une formation en EPS ?