



HAL
open science

La connaissance des élèves en situation de handicap, une condition de leur réussite

Jean-Pierre Garel

► **To cite this version:**

Jean-Pierre Garel. La connaissance des élèves en situation de handicap, une condition de leur réussite. EPS : Revue education physique et sport, 2003, 302, pp.17-20. hal-04054164

HAL Id: hal-04054164

<https://inshea.hal.science/hal-04054164>

Submitted on 31 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

2003

Année européenne des personnes handicapées

DES APPARENCES QUI PEUVENT ÊTRE DÉCOURAGEANTES

Des capacités physiques sous-estimées

L'intégration d'un élève handicapé en éducation physique suscite généralement d'autant plus de réticences que sa déficience est manifeste et laisse présager de lourdes incapacités. S'il participe malgré tout aux cours d'EPS, l'évidence de son altération physique risque de restreindre les ambitions d'apprentissage que l'on nourrit à son égard.

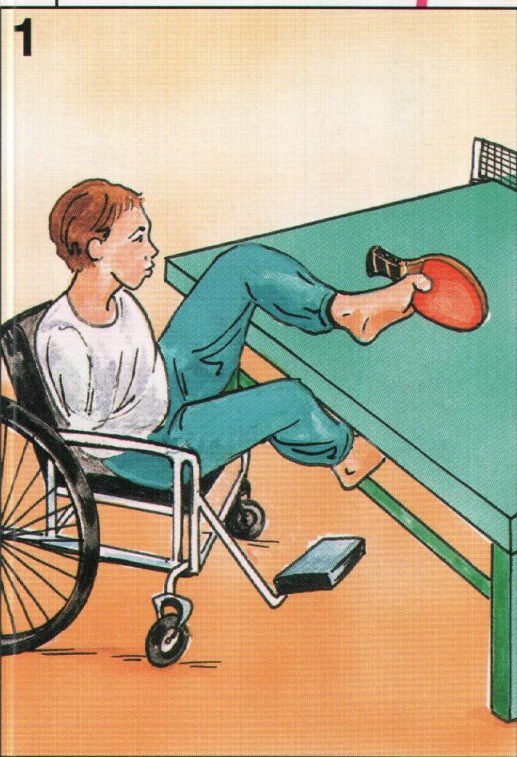
Ainsi, une locomotion difficile, impliquant une aide matérielle (fauteuil roulant, cannes, etc.), entraîne souvent une appréciation générale trop pessimiste de ses possibilités.

Quant à pratiquer le tennis de table malgré des mouvements parasites des membres supérieurs ou malgré l'absence de bras, en tenant un manche adapté de la raquette avec la bouche ou avec le pied, voilà qui peut paraître



PHOTO : AUTEUR

La pratique de l'éducation physique et sportive par des jeunes handicapés se heurte souvent aux représentations que l'on se fait de leurs possibilités. Trop pessimistes ou optimistes, elles font obstacle à leur réussite. D'où l'importance de dépasser les préjugés qui s'y attachent et d'ouvrir des perspectives de progrès en identifiant les difficultés et les ressources de ces élèves singuliers.



LA CONNAISSANCE DES ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP

incroyable. Et pourtant... De même, on imagine mal, à tort, que celui dont la déficience visuelle entrave la lecture puisse participer à des activités où des ballons sont en jeu. Inversement, ceux dont l'apparence ne les singularise pas trop sont plutôt bien acceptés.

Une fragilité trop vite attribuée

Les enseignants qui ont peu d'expérience avec des élèves handicapés leur attribuent parfois une fragilité excessive et adoptent envers eux une attitude surprotectrice. Leur crainte de l'accident semble notamment liée à l'aisance motrice visible dont témoigne les jeunes, notamment pour se déplacer. Elle a donc des chances d'être majorée pour ceux qui sont aveugles et minorée pour les malvoyants, alors que ces derniers

peuvent avoir une fragilité oculaire supérieure.

À partir de la fragilité physique, réelle ou supposée, il est fréquent d'inférer une fragilité psychologique qui exige de ne pas confronter ces élèves à des situations jugées susceptibles de les mettre en difficulté et donc de les dévaloriser. Or, savoir manifester une audace raisonnée est encore plus important pour un élève handicapé que pour un autre. S'il ne sait pas mesurer les risques liés à

UNE CONDITION DE LEUR RÉUSSITE

PAR
J.-P. GAREL



son action et s'il n'a pas appris à les surmonter, il risque de ne pas quitter volontiers son environnement habituel, d'accroître sa dépendance et donc de limiter son intégration.

Déficiência et motivation pour l'activité physique

On pourrait penser que les élèves atteints d'une déficiéncia physique doivent rencontrer de telles difficultés lors de la pratique

d'une APSA qu'ils ne peuvent avoir pour elle un véritable intérêt. Or beaucoup témoignent de leur désir d'expériences motrices semblables à celles des valides (1) et s'y engagent volontiers dès lors qu'elles leur sont accessibles.

La pratique d'activités artistiques au regard d'altérations du corps et des sens

L'apparence du corps occupe une place privilégiée au service de

valeurs promues par la modernité : le bien-être, la beauté, la séduction. Dans ces conditions, la prégnance de normes corporelles déprécie les personnes qui ne peuvent pas les atteindre, notamment celles qui sont affectées d'une déficiéncia physique. Dévalorisées par l'image d'un corps altéré, elles sont a priori disqualifiées pour pratiquer des activités physiques artistiques dont les critères d'appréciation sont essentiellement esthétiques. Pourtant,

lorsqu'elles s'y adonnent, elles surprennent et se surprennent elles-mêmes.

La tentation thérapeutique

Que l'éducation physique et le sport puissent être bénéfiques à des jeunes présentant une déficiéncia mentale, physique ou sensorielle est une idée qui a dû vaincre bien des résistances pour s'imposer. Aujourd'hui encore, certains prônent une approche corporelle à dominante thérapeutique.

C'est là une conception qui confond l'EPS avec la rééducation psychomotrice ou la kinésithérapie, qui méconnaît la contribution thérapeutique de l'éducation physique, et qui entrave l'intégration de l'élève en ne lui permettant pas d'accéder à la pratique d'activités physiques socialement valorisées.

À L'OPPOSÉ, DES AMBITIONS IRRÉALISTES

Si l'absence d'information concernant les possibilités des personnes handicapées maintient souvent des représentations dévalorisantes et décourageantes, inversement, il faut se méfier de connaissances ou d'exemples qui conduisent à des représentations exagérément optimistes.

Des difficultés ignorées

L'apparence de certains élèves ne laisse pas deviner les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans certaines situations. C'est le cas de ceux qui sont porteurs d'une dyspraxie visuo-spatiale (encadré 1) et dont l'intégrité physique paraît a priori normale, alors qu'ils sont bien davantage handicapés par leur maladresse dans des jeux de balle que leurs camarades paraplégiques en fauteuil roulant.

La négation du handicap

Parfois, la connaissance des élèves handicapés, de leurs besoins et des stratégies singulières d'enseignement qu'ils nécessitent se heurte à des conceptions qui relèvent d'un prêt-à-porter pédagogique rétif à tout infléchissement et expriment une volonté de normalisation. C'est ainsi que, pour l'apprentissage de sports collectifs à des adolescents aveugles, des enseignants envisagent de reproduire des procédures valables pour les voyants en les confrontant à une

1. REPÈRES SUR LES DÉFICIENCES MOTRICES

On se limitera aux déficiéncias les plus fréquemment rencontrées en situation d'intégration scolaire.

L'infirmité motrice cérébrale (IMC)

Elle est due à une lésion très précoce du cerveau. Comme dans les atteintes plus tardives, notamment par traumatismes crâniens, les atteintes neurologiques, une fois fixées, ne sont plus évolutives.

Les différents types cliniques

L'IMC entraîne des perturbations du tonus musculaire, de la régulation automatique des mouvements et de leur commande volontaire. On distingue trois principaux types cliniques :

- le syndrome spastique. La spasticité se caractérise par la libération d'activités motrices réflexes normalement inhibées. Les difficultés d'ajustement postural et de contraction-décontraction entraînent une plus ou moins grande lenteur gestuelle. Les raideurs sont accentuées par l'étirement passif, le froid et les émotions.

- le syndrome athétosique. Il se manifeste par l'existence de mouvements involontaires, lents, arythmiques, irréguliers et de petite amplitude. Sur un fond tonique perturbé, le sujet athétosique a des difficultés à développer un geste intentionnel adapté.

- le syndrome ataxique. Beaucoup plus rare, il se traduit par des troubles de l'équilibre et de la marche ainsi que par des difficultés de coordination des mouvements.

Une pathologie souvent associée : la dyspraxie visuo-spatiale

Parmi les troubles éventuellement associés à l'IMC, nous retiendrons ici la dyspraxie visuo-spatiale. C'est en effet une pathologie fréquente et trop souvent méconnue, qui concerne notamment nombre d'enfants IMC anciens prématurés. Elle se traduit par :

- des difficultés praxiques. Elles affectent la capacité de programmation et de planification des mouvements qui composent un geste complexe. De ce fait, les élèves sont plus ou moins maladroits.

- des troubles visuo-spatiaux. L'altération de l'oculomotricité entraîne notamment une exploration peu efficace d'un champ visuel, par exemple pour localiser un joueur dans l'espace de jeu, et une poursuite oculaire discontinue, qui rend difficile la perception d'objets ou de sujets en mouvement.

Les lésions médullaires

Les troubles moteurs

Les déficits sont liés à des troubles de la conduction de l'influx nerveux moteur et sensitif.

Sur le plan moteur, les interruptions de la moëlle se caractérisent par :

- le niveau neurologique de la lésion. C'est le niveau supérieur de la moëlle qui a été lésé. La paralysie des membres est d'autant plus importante que le niveau neurologique supérieur de la lésion est

élevé : si le sujet est atteint au niveau des membres supérieurs, il est dit tétraplégique ; en dessous on parle de paraplégie ;

- l'étendue de l'atteinte. Lorsque la moëlle est complètement détruite, elle interrompt totalement le trajet de l'influx nerveux du cerveau aux muscles : la paralysie des muscles situés en dessous du niveau de la lésion est dite complète. Si la moëlle n'est pas complètement détruite, l'influx peut passer plus ou moins. La paralysie des muscles situés en dessous du niveau atteint est dite incomplète ;

- le caractère flasque ou spastique de la lésion. La partie de la moëlle située en dessous de la lésion, même dans le cas d'une lésion complète, peut ne pas être détruite. Dans ce cas de paralysie spastique, elle répond aux stimulations externes par des mouvements réflexes exagérés. D'où des contractures, des rétractions, et des mouvements de flexion ou d'extension involontaires et très gênants.

Si la moëlle située sous la lésion est détruite, il n'y a plus d'activité réflexe et les muscles sont inertes. La paralysie, dite alors flasque, est moins gênante.

Les troubles associés éventuels

Par rapport à l'EPS, on retiendra principalement des difficultés d'adaptation à l'effort, d'autant plus importantes que la lésion est haute, une thermorégulation déficiente, qui entraîne une grande sensibilité à la température ambiante, et des troubles sensitifs : l'absence de sensibilité provenant du niveau sous-lésionnel peut être à l'origine d'escarres et une perte de la sensibilité profonde affecte la perception de positions corporelles dans l'espace.

Les maladies neuromusculaires

Les maladies neuromusculaires comprennent des affections qui touchent l'unité motrice, c'est-à-dire le neurone moteur, la synapse (la jonction neuromusculaire) ou le muscle lui-même. En grande majorité évolutives, elles aboutissent à une diminution progressive de la force musculaire. Les enfants ou adolescents qui en sont atteints sont très fatigables.

La forme la plus grave et la plus fréquente des maladies neuromusculaires est la dystrophie musculaire de Duchenne de Boulogne. Elle se traduit par une atrophie progressive de la fibre musculaire. L'enfant perd la capacité de marcher vers dix ans. L'accroissement de la faiblesse musculaire entraîne une insuffisance respiratoire, des déformations articulaires et des déviations rachidiennes.

Les déficiéncias motrices d'origine ostéo-articulaire

Elles peuvent relever d'une malformation, de lésions rhumatismales, de lésions infectieuses, de déviations rachidiennes, d'accidents, entraînant par exemple une amputation. Ces déficits moteurs, parfois sévères et douloureux, ne laissent pas de séquelles neurologiques.



situation de jeu global (la « situation de référence »), certes simplifié, mais malgré tout hors de leur portée. En effet, pour celui qui est aveugle, il ne peut y avoir de jeu global sans avoir acquis au préalable quelques éléments techniques de ce sport ainsi qu'une capacité minimale à se situer dans l'espace du terrain, s'y déplacer, percevoir les déplacements des joueurs et les trajectoires du ballon.

Des extrapolations hasardeuses

Les performances réalisées par des élèves handicapés ne sauraient être exigées de tous ceux présentant un handicap apparemment semblable. Si on considère la qualité de pratique du basketball dont peuvent témoigner des joueurs aveugles (2), il faut comprendre qu'elle n'a pu être obtenue que dans des conditions particulières : les élèves possèdent des capacités cognitives qui leur ont permis une bonne représentation de l'espace d'action, ils ont pu construire leurs repères spatiaux en apprenant à jouer dans l'environnement familier et adapté du gymnase de leur établissement scolaire et leur professeur d'EPS est particulièrement compétent. Dans ces conditions, le niveau de jeu atteint est remarquable, mais il serait imprudent de le décontextualiser et d'attendre de tous les élèves aveugles de telles performances.

POUR UNE CONNAISSANCE PLUS JUSTE DES ÉLÈVES EN SITUATION DE HANDICAP

Les difficultés d'intégration ne sont pas toujours celles que l'on croit

On a pu constater que les principaux obstacles à l'intégration en EPS peuvent tenir moins à des déficiences physiques, sensorielles ou cognitives qu'à des difficultés comportementales et relationnelles (3).

Des possibilités de réussite à identifier

Des jeunes particulièrement maladroits, atteints de dyspraxie visuo-spatiale, peuvent se révéler relativement performants dans certaines activités physiques qui ne les placent pas face à des contraintes particulières, telles que reproduire fidèlement un modèle gestuel ou saisir des objets en mouvement.

2. LE FOOT-FAUTEUIL

C'est un véritable sport de compétition, pratiqué essentiellement par des personnes atteintes d'une infirmité motrice cérébrale ou d'une maladie neuromusculaire invalidante. Il se joue sur un terrain de basket, délimité latéralement par des bordures en plan incliné. Les buts sont matérialisés par des poteaux. Les équipes, mixtes, sans limite d'âge, se composent de quatre

joueurs, dont un gardien, qui évoluent en fauteuil électrique équipé de pare-chocs. Si certains principes d'action sont les mêmes que ceux du football ordinaire et donnent lieu par exemple à des un-deux spectaculaires, les joueurs acquièrent des techniques spécifiques, tel le tir déclenché à partir d'une rotation du fauteuil pour lui conférer un maximum de puissance.

sans doute l'exemple le plus surprenant, puisque certaines activités physiques leur demeurent accessibles, par exemple la natation, le slalom, le tir à la sarbacane, le foot-fauteuil (encadré 2), la gymnastique, par exemple sur un agrès constitué de plans inclinés (dessin 2), et même la danse en fauteuil.

De leur côté, les jeunes aveugles peuvent pratiquer de très nombreuses activités, même les plus étonnantes : tir à l'arc (encadré 3), sports collectifs, activités de pleine nature. Quant aux élèves présentant une déficience auditive ou des troubles importants des fonctions cognitives, leur très grande hétérogénéité interdit de dresser un tableau général de leurs capacités physiques et d'exclure a priori certaines activités physiques.

Des jugements moins globaux

Parmi les enseignants consciencieux que certaines déficiences exigent des stratégies particulières, tous n'échappent pas à un jugement malgré tout trop hâtif,



Paradoxalement, les activités physiques artistiques peuvent s'avérer moins difficiles que d'autres pour eux, car ce type de contraintes peut être mino- ré au profit de l'expression du sujet et donc d'une motricité plus libre (4).

Plus généralement, quelles que soient ses incapacités, tout individu a des potentialités qu'il convient d'identifier et de mobiliser, car c'est en grande partie sur elles que les apprentissages pourront s'étayer. Par exemple, les

progrès en judo d'un sujet hémip- létique tiendront pour beaucoup à la mise en jeu de ses fonctions corporelles intactes.

Des activités physiques accessibles à tous

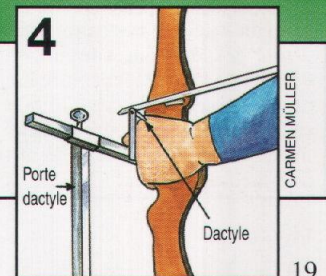
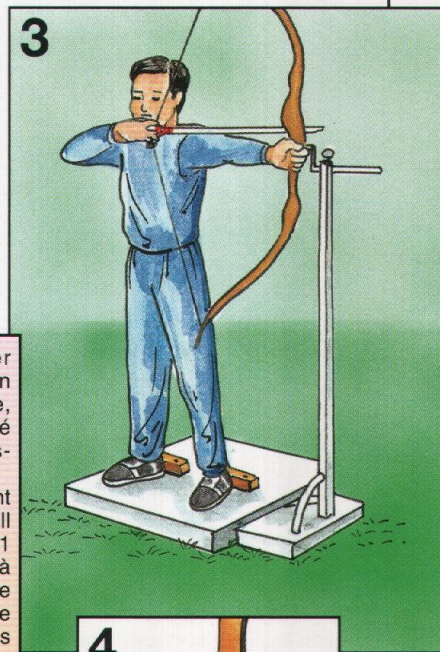
Même les incapacités les plus lourdes préservent des possibilités de réussite en EPS. Les élèves infirmes moteurs cérébraux ou atteints de myopathie qui ne peuvent pas sortir de leur fauteuil électrique (hors- mis pour la natation) en sont

3. LE TIR À L'ARC PRATIQUÉ PAR DES PERSONNES AVEUGLES

Le matériel utilisé comporte une planche avec un tasseau qui permet, par un repérage tactilo- kinesthésique plantaire, un bon positionnement des appuis (des- sin 3). Sur cette planche est fixée une potence munie d'un porte- dactyle dont le réglage s'effectue dans le plan horizontal et verti- cal. Le dactyle remplace en quelque sorte le viseur. À la dif- férence du viseur d'un archer voyant, solidaire de l'arc donc du lanceur, il est solidaire de la potence et non de la position du corps.

En bandant son arc, l'archer cherche avec sa main avant un contact léger avec le dactyle, sans s'y appuyer car il est monté sur un dispositif souple (des- sin 4).

L'enseignant ou un élève voyant renseigne sur le résultat du tir. Il indique la zone atteinte (de 1 à...), situe l'impact par rapport à l'axe médian de la cible en se référant au cadran d'une horloge (référence mobilisée dans l'apprentissage de la locomotion), et précise la distance de l'impact par rapport au centre de la cible. Par exemple : « dans la 6, à 10 heures, à peu près à 8 cm du centre ».





englobant par exemple aveugles et malvoyants dans la catégorie « déficience visuelle » au point de recourir à une même démarche pédagogique pour tous.

Or, si on doit favoriser chez l'élève aveugle des modalités de prise d'informations tactilo-kinesthésiques et auditives (encadré 4), cette stratégie n'est pas adaptée aux malvoyants. Avec eux, il s'agit prioritairement de mobiliser leurs potentialités restantes de vision fonctionnelle.

Il faut ajouter que la distinction entre aveugles et malvoyants n'est qu'un premier pas dans la prise en compte de l'hétérogénéité, insuffisante pour rendre compte des particularités individuelles que masque la définition des catégories. En effet, deux élèves malvoyants dont l'acuité visuelle est identique peuvent être très inégalement gênés selon la situation.

Ce serait aussi une erreur de vouloir attribuer aux personnes atteintes d'un même type de déficience des caractéristiques psychologiques communes. Les troubles cognitifs particuliers induits par certaines lésions cérébrales n'ont pas la même intensité d'un sujet à l'autre et les caractéristiques psychoaffectives sont encore plus variables. Une même appréciation portée sans distinction sur l'ensemble d'une population est dangereuse : penser que « les IMC sont émotifs », comme on le lit parfois, risque d'induire une attitude surprotectrice et de se dédouaner d'une observation attentive de chaque sujet.

On peut par contre avancer que l'équilibre psychologique de jeunes atteints d'une déficience motrice congénitale, même non évolutive comme dans le cas de l'infirmité cérébrale, a pu être grandement perturbé. N'avoir jamais pu vivre les expériences motrices et ludiques des enfants valides n'est pas sans conséquence psychoaffective, de même que la dépendance à laquelle certains sont réduits et le fait d'être parfois perçu comme fou au vu d'une apparence dérangeante. Le pouvoir sur son environnement d'une personne présentant une déficience motrice rencontre bien des obstacles et de cette impuissance peuvent résulter des sentiments de frustration, d'insécurité et d'incompétence.

4. REPÈRES SUR LES DÉFICIENCES VISUELLES

Une population hétérogène

La déficience visuelle est définie selon deux facteurs : l'acuité visuelle, c'est-à-dire l'aptitude de l'œil à apprécier les détails, et le champ visuel, ou étendue de l'espace qu'un œil peut embrasser. Elle recouvre deux catégories de personnes :

- celles qui sont aveugles. Est considéré comme légalement aveugle quiconque a une acuité visuelle inférieure à 1/20 du meilleur œil après correction et un champ visuel réduit à 10° pour chaque œil ;
- celles qui sont malvoyantes (ou « amblyopes »). Elles ont une acuité visuelle du meilleur œil, après correction, comprise entre 4/10 et 1/10 et un champ visuel réduit à 20° pour chaque œil.

Au-delà des chiffres, ce sont surtout les différentes façons de mal voir qu'il est utile de connaître. Les troubles peuvent notamment se manifester dans un environnement lumineux ou dans la pénombre, porter sur la vision de loin ou de près, la netteté des images (à défaut, distances, reliefs, contrastes et couleurs sont mal appréciés), l'adaptation aux changements de lumière (dans le cas d'un terrain moitié ombre moitié soleil), la perception des couleurs, ou d'une couleur en particulier, la fixation d'un détail en raison de secousses rythmiques des globes oculaires. Enfin, remarque importante pour l'EPS, un jeune dont la vision périphérique (indispensable pour la détection du mouvement et l'appréciation globale de l'espace environnant) est altérée sera très gêné dans les jeux de balle, contrairement à celui dont c'est la vision centrale qui est défaillante et qui, lui, sera en difficulté pour lire ou identifier un repère précis au sol.

La confiance en soi lui fait trop souvent défaut (5). Mais les répercussions psychologiques de la déficience ne sont pas les mêmes selon les individus.

Une information mesurée qui laisse place à l'observation de l'élève en situation

Parmi les informations médicales, les contre-indications doivent bien sûr être respectées à la lettre. Par ailleurs, connaître une incapacité d'un élève peut éviter de se fixer des objectifs irréalisables, et savoir qu'une atteinte est évolutive évite de concevoir une évaluation qui mettrait

l'accent sur le déclin des performances. Toutefois, la pertinence de l'information sur les possibilités des élèves tient à la prudence avec laquelle elle est dispensée. La réalité est trop complexe pour que l'on puisse déduire totalement les capacités d'un élève en EPS à partir de considérations médicales : à partir des mêmes caractéristiques individuelles (acuité visuelle, etc.), on constate une grande diversité de comportements et de performances dans des situations impliquant la vision. À la diversité des pathologies s'ajoute celle des personnes et de leur histoire individuelle :

Les modalités de prise d'information privilégiées par les personnes aveugles

Le toucher

Les informations tactiles et kinesthésiques se conjuguent pour fournir des indications sur les aspects spatiaux de l'environnement, mais elles sont moins performantes que la vision. En effet, le toucher renseigne mal sur le mouvement ; il est tributaire, pour la localisation à distance, des déplacements qui permettent l'appréhension, de proche en proche, de zones d'espace successives, et un balayage trop rapide ou mal conduit de la main peut laisser échapper un objet, même situé dans l'espace proche. Les récepteurs tactiles de la plante du pied fournissent également des informations (« tactilo-kinesthésiques plantaires ») utilisables pour le repérage dans l'espace.

L'audition

En l'absence de vision, c'est essentiellement grâce à l'audition que s'effectue la saisie des informations à distance et leur traitement en termes spatiaux.

Les sources sonores directes. La localisation et l'identification des sons sont primordiales dans le déclenchement d'une action orientée et dans les déplacements.

Les sources sonores indirectes. Le sens des masses et des obstacles, ou écholocation, correspond aux capacités de détection des échos naturels et au traitement des informations fournies par ces échos. C'est le procédé qu'utilisent les chauve-souris ou les dauphins.

Les meilleures performances sont réalisées lorsque l'obstacle est à une distance qui correspond à peu près à l'espace brachial.

chaque enfant ou adolescent est irréductible à un portrait-type. Un enseignement adapté nécessite donc de se fonder sur l'observation attentive de l'élève, toujours singulier, sans préjugés, sans se focaliser sur le déficit ni sur le sujet indépendamment de la situation à laquelle il est confronté.

Jean-Pierre Garel

Professeur agrégé d'EPS,
Centre national d'études
et de formation
pour l'enfance inadaptée
(CNEFEI).
www.cnefei.fr

Notes

- (1) De Barbot (F.), « Enfant handicapé moteur : enfant malade », in *Lieux de l'enfance* (dossier « L'enfant malade et son corps »), n° 9-10, pp. 219-230, 1987.
- (2) Garel (J.-P.), Siros (M.), *Enseigner des sports collectifs aux aveugles*, Cnefei, 1992.
- (3) Garel (J.-P.), « L'intégration des élèves de SEGPA en éducation physique et sportive », *La nouvelle revue de l'AIS*, n° 14, pp. 61-71, 2001.
- (4) Garel (J.-P.), « Expressions corporelles à l'épreuve d'altérations du corps et des sens », *La nouvelle revue de l'AIS*, n° 18, pp. 97-106, 2002.
- (5) Gérard (É.), « Être infirme moteur cérébral », in *Les représentations de soi*, Perron (R.), (dir.), pp. 179-200, Privat, 1991.

Bibliographie

- Brunet (F.), Mautuit (D.), *Activités physiques adaptées aux personnes déficientes intellectuelles*, Dossier EPS n° 60, Éd. Revue EPS, 2003.
- Brunet (F.), Bui-Xuan (G.), *Handicap mental, troubles psychiques et sport*, coéd. FFSA AFRAPS, 1991.
- Garel (J.-P.) (dir.), *Éducation physique et handicap moteur*, Nathan, 1996.
- Pasqualini (M.), Robert (B.) (dir.), *Handicapés physiques et inaptes partiels en EPS*, Dossier EPS n° 23, Éd. Revue EPS, 1996.
- Pierrick (B.), Ninot (G.), *Les déficiences motrices*, Éd. Revue EPS, coll. Pour l'action, 2002.
- Raynard (F.), *Se mouvoir sans voir. Éducation et rééducation fonctionnelle des aveugles et des malvoyants*, Yva Peyret, 1991.

Varray (A.), Bilard (J.), Ninot (G.) (dir.), *Enseigner et animer les activités physiques adaptées*, Dossier EPS n° 55, Éd. Revue EPS, 2001.

Guides Handiscol, ministère de l'Éducation nationale, 2001 (à commander au 08 10 55 55 01 ou téléchargeables sur : www.education.gouv.fr, rubrique handiscol) :

- ... pour les enseignants qui accueillent un élève présentant une déficience visuelle.
- ... pour les enseignants qui accueillent un élève présentant une déficience motrice.
- ... pour les enseignants qui accueillent un élève sourd.

Publications de la fédération française du Sport Adapté (9, rue Jean Daudin, 75015 Paris) et de la fédération française Handisport (44, rue Louis Lumière, 75020 Paris).