

Déficience motrice

Mon élève :

Les caractéristiques des déficiences motrices

Informations extraites du guide Handiscol' « Guide pour les enseignants qui accueillent un élève présentant une déficience motrice » accessible sur le site (<http://intescol.free.fr/TELECHAR/GUIDES/handiscol%20motrice.pdf>) ou en version papier auprès de la cellule d'écoute Handiscol' (numéro Azur : 0810 55 55 01).

Les atteintes motrices

Les déficiences motrices d'origine cérébrale

Elles sont dues à des lésions très précoces des structures du cerveau, qui se traduisent par des infirmités motrices d'origine cérébrale proprement dites (IMC ou IMOC), ou bien à des atteintes plus tardives, par traumatismes crâniens, accidents vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales.

L'infirmité motrice cérébrale :

On distingue trois principaux types cliniques : le syndrome spastique, le syndrome athétosique et le syndrome ataxique.

– Le syndrome spastique

La spasticité se caractérise par la libération d'activités motrices réflexes normalement inhibées par le cortex pyramidal, lésé dans le cas de ce syndrome. 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 – ou dyskinétique

Il résulte d'une atteinte des noyaux gris centraux. Il se caractérise par l'existence de mouvements involontaires, lents, arythmiques, irréguliers et de petite amplitude. Les mouvements sont particulièrement gênants quand ils touchent la face et perturbent la parole. Sur un fond tonique perturbé, le sujet athétosique a des difficultés à développer un geste intentionnel adapté – l'amplitude en est exagérée ou bien bloquée par des contractions.

– Le syndrome ataxique

Plus rare, il est dû à une lésion du cervelet. Il se caractérise par des troubles de l'équilibre et de la marche ainsi que des troubles de la coordination des mouvements.

Le traumatisme crânien :

Plusieurs centaines d'enfants ou d'adolescents sont chaque année victimes d'un grave traumatisme crânien consécutif à un accident de la circulation, du sport ou à un accident domestique. En raison de la plasticité osseuse, les lésions cérébrales localisées par fractures et contusions sont moins fréquentes que les atteintes diffuses dues à l'ébranlement de la masse encéphalique. La violence du choc provoque généralement la perte de conscience et l'entrée dans un coma. Le pronostic de récupération varie en fonction de la gravité de chacune des lésions diffuses et de leur association mais également de la durée et de la profondeur du coma.

Les déficiences motrices d'origine médullaire et/ou neuromusculaire

Les lésions médullaires dues à un traumatisme ou à une maladie.

Une lésion médullaire due à une malformation congénitale : le *spina-bifida*.

Les maladies neuromusculaires.

Les déficiences motrices d'origine ostéo-articulaire

L'ostéogénèse imparfaite.

Des troubles associés aux déficiences motrices

Dans le cadre scolaire, les problèmes d'apprentissage des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice sont beaucoup plus liés aux troubles associés à la déficience qu'à l'incapacité physique proprement dite. Ces troubles, qui, ne sont pas proportionnels à l'atteinte motrice visible, accompagnent essentiellement les déficiences d'origine cérébrale. Outre la lenteur, fréquemment rencontrée dans la réalisation des tâches scolaires, ce sont des troubles pouvant être dus à une épilepsie mais également et surtout des troubles neuropsychologiques. Des difficultés psychoaffectives peuvent aussi être présentes.

L'épilepsie

C'est un trouble de l'excitabilité cérébrale susceptible de provoquer des crises convulsives.

Les troubles neuropsychologiques

Il peut s'agir de troubles acquis à la suite d'un traumatisme crânien, avec la perte de fonctions déjà installées. Il peut s'agir également de troubles de développement liés à la difficulté d'installer une fonction, en raison d'une lésion précoce du cerveau dans le cas d'une infirmité motrice cérébrale. Ces troubles neuropsychologiques, circonscrits à des domaines particuliers, ne doivent en aucun cas être compris comme l'expression d'une déficience intellectuelle.

On reconnaît principalement :

- les troubles praxiques,
- les troubles neurovisuels,
- les troubles du langage, écrit et oral,
- les troubles de la mémoire,
- les troubles des fonctions cognitives, dites « fonctions exécutives ».

Les aspects psychoaffectifs

Les déficiences motrices sont susceptibles d'avoir des conséquences psychoaffectives dont certaines sont plus spécifiques à une atteinte particulière :

- Le jeune IMC est souvent décrit comme étant émotif.
- Pour le sujet paraplégique, des difficultés peuvent exister en fonction de sa situation sphinctérienne et des astreintes qu'elle provoque : insécurité et dévalorisation liées au retentissement social de mictions mal contrôlées ainsi que dépendance affective liée à la dépendance pour les soins.
- Quant au traumatisme crânien, les troubles psychoaffectifs, souvent liés aux troubles neurologiques, peuvent se traduire par des états dépressifs ou bien, à l'inverse, des états d'agitation ou d'instabilité. On observe également des comportements désinhibés et inadaptés, tels qu'isolement, colère, manque de contrôle émotionnel, paroles et gestes déplacés.

Mon élève :

.....

.....

.....

Enseignant-référent :

.....

Contact équipe pluridisciplinaire :

.....

Services de soins ou praticiens intervenant dans le suivi :

.....

.....

Place de l'enfant en tant qu'élève

Classe d'âge

Pour mon élève (entourer) : PS – MS
GS – CP – CE1 – CE2 – CM1 – CM2

Niveau de connaissance

Pour mon élève (entourer un ou deux niveaux) : PS – MS – GS – CP – CE1
CE2 – CM1 – CM2

Scolarisation (une ou plusieurs classes)

Lorsqu'un enfant ne peut absolument pas participer à une activité, prévoir son accueil dans une autre classe, ou placer un temps de rééducation sur ce créneau.

Pour mon élève :

.....

.....

.....

Matériel spécifique

Pour l'enfant : une grande diversité d'appareillages adaptés (membres supérieurs ou inférieurs), aide à la locomotion (cannes, fauteuil, déambulateur, « flèche » à roulettes), siège-coquille, verticalisateur...

Demandé et/ou fourni par la famille, le service de suivi ou de soins.

Pour mon élève :

.....

.....

.....

À l'école, pour l'enfant : mobilier scolaire adapté (table et sièges ergonomiques).

Peut être sollicité dans le cadre du plan Éducation nationale d'équipement matériel des élèves handicapés, mais relève d'abord de la collectivité locale.

Aménagements de l'école: rampes d'accès fixes ou mobiles, en envisageant toutes les situations (BCD, salles spécialisées, cour d'école, restaurant...); adaptation des toilettes (barres d'appui, sur-sièges...).

Pour mon élève :

.....
.....
.....

Solliciter la collectivité locale en l'associant à la réflexion préparant le projet.

Pour mon élève :

.....
.....
.....

Place de l'élève dans la classe

Adapter l'espace de travail: l'utilisation d'un fauteuil impose une table assez haute sous laquelle il puisse se glisser, l'ordinateur éventuel nécessite des branchements et de la place.

Faciliter les déplacements au sein de la classe, dans l'école (passage entre les tables, rangement des sacs...).

Pour mon élève :

.....
.....
.....

Influence du handicap sur le comportement

L'image du corps, les difficultés d'organisation et d'analyse de l'espace, la sur-sollicitation de l'enfant (école, rééducation, soutien scolaire...) peuvent avoir des répercussions sur le comportement. La prise en charge spécialisée peut entraîner une relation particulière enfant-adulte (surprotection, manque de distance, tendance à accaparer l'attention, manque d'autonomie «induit», assistanat...).

Pour mon élève (dater chaque indication notée) :

.....
.....
.....

Information aux autres élèves, aux familles

Il peut être fait appel au service de soins ou de suivi, ou bien au médecin scolaire.

Pour mon élève
Médecin scolaire:
Réfèrent du service:
Information aux élèves:
.. .. .
Information aux parents:
.. .. .

Lieux et temps de rééducation

La rééducation peut avoir lieu :
à l'école : dans la classe ou dans une autre salle par un service de soins ou par un praticien libéral ;
hors de l'école : sur temps scolaire (dans un service de soins ou en libéral) ; hors temps scolaire (dans un service de soins ou en libéral).

Les conditions en sont définies dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation et de la convention.

Pour mon élève (décrire les modes d'organisation selon le projet et la convention, et les dates de mise en place ou de modification) :
.. .. .
.. .. .
.. .. .
.. .. .

Rôle de la famille

Elle est amenée à intervenir dans les transports (elle les assume elle-même, ou, grâce à une aide, les fait assurer par taxi...), pour des accompagnements spécifiques (lors de sorties par exemple), pour effectuer la demande d'AVSi.

Les notes prises en réunion de suivi, ou les synthèses établies à leur issue, peuvent utilement être jointes à cette fiche au fur et à mesure du déroulement du projet.

Pour mon élève (noter chaque élément nouveau et le dater) :
.. .. .
.. .. .
.. .. .
.. .. .
.. .. .
.. .. .