

# ***COURS GÉNÉRAUX***

## ***« Moniteur Sportif Educateur »***

### **THÉMATIQUE 3**

**Facteurs déterminants de l'activité  
et de la performance**

### **MODULE 2**

**Handicaps et pratiques sportives**

## Cours généraux de la formation « Moniteur Sportif Educateur »

### Thématique 3 : Facteurs déterminants de performance et de l'activité

#### Module 2 : Handicaps et pratiques sportives

---

**BENOIT Nicolas**, Centre d'Aide à la Performance Sportive (CAPS), UCL  
[nicolas.benoit@uclouvain.be](mailto:nicolas.benoit@uclouvain.be)

**LIBERT Jonathan**, Ligue Handisport Francophone,  
[Jonathan.libert@handisport.be](mailto:Jonathan.libert@handisport.be)

**XHROUET Sébastien**, Ligue Handisport Francophone,  
[s.xhrouet@parnasse-isei.vinci.be](mailto:s.xhrouet@parnasse-isei.vinci.be)

**Fédération Wallonie-Bruxelles**, Administration Générale du Sport (Adeps), Direction Vie Fédérale, Service « Formation de cadres sportifs ».  
[adeps.formationdecadres@cfwb.be](mailto:adeps.formationdecadres@cfwb.be)

---

#### ⇒ **RESUME :**

Le module CG2\_Th3\_Mod1\_ "Définition des facteurs de performance" a permis de démontrer que la réalisation d'une « performance sportive » est le résultat de l'intégration de plusieurs paramètres, de plusieurs facteurs déterminants.

Ces dernières années, de nombreuses avancées ont été menées pour octroyer la place qu'il se doit aux Sportifs moins valides. Chaque personne en situation de handicap peut s'épanouir et dépasser ses limites grâce au Sport en fonction de ses possibilités et ambitions personnelles.

La définition et la compréhension des caractéristiques des personnes moins valides, mais aussi les incidences de leur handicap sur leur pratique sportive, sont indispensables à la définition des déterminants de la performance sportive des sportifs « handisports ».

Ce module tente une première approche des principaux handicaps, moteurs, sensoriels et mentaux. Il envisage les recommandations de base pour l'accompagnement des sportifs présentant ces types d'handicaps.

#### ⇒ **RESULTATS D'ACQUIS D'APPRENTISSAGE :**

Au terme de cette unité de formation, le candidat moniteur sportif éducateur aura appréhendé, compris et retenu les principaux handicaps et leurs incidences sur la pratique sportive. Une bonne connaissance de ces éléments devrait permettre au moniteur sportif d'intervenir sur le terrain en connaissance de cause auprès des sportifs moins valides.

⇒ **METHODOLOGIE :**

- Exposé magistral
- Séance « questions-réponses »

⇒ **SUPPORTS DE COURS :**

- Syllabus
- Foire aux questions (FAQ)
- Présentation assistée par ordinateur (PAO)

⇒ **MODALITES D'EVALUATION :**

- Questionnaire à choix multiple (QCM)

⇒ **CHARGE THEORIQUE DE TRAVAIL POUR LE CANDIDAT :**

- En présentiel :
  - 1.5 heures de cours magistral
  - 15 minutes d'évaluation
- En non présentiel :
  - 4 heures d'étude indépendante et personnelle en guise de préparation à l'évaluation

⇒ **NORMES D'ENCADREMENT ET DE MATERIEL :**

- 1 formateur : pas de nombre maximum de candidats ;
- Syllabus, PAO, notes personnelles des candidats

⇒ **COMPETENCES ET EXPERIENCES UTILES A LA FONCTION DE CHARGE DE COURS :**

Les formateurs en charge de ce module doivent faire preuve des qualifications / compétences spécifiques. Ils devront être agréés par le Service Formation de cadres de l'Administration Générale des Sports

- Etre détenteur d'un diplôme / d'un titre / d'un certificat d'aptitude pédagogique en Education Physique (finalité « didactique » ou « entraînement ») ou Kinésithérapie ;
- Faire preuve (justification) de connaissances particulièrement pointues et d'une expérience utile effective dans le domaine de l'accompagnement, de l'encadrement et/ou de l'entraînement sportif pour les Athlètes HandiSports.

Ce module de formation apportera des réponses aux questions suivantes (liste non exhaustive) :

- ✓ **Quels sont les handicaps couramment rencontrés dans la pratique sportive ? (p 5)**
- ✓ **Qu'est-ce qu'une paralysie ? (p 5)**
- ✓ **Quelles sont les causes des paraplégies et tétraplégies ? (p 6)**
- ✓ **Quels sont les troubles moteurs d'une paraplégie ou d'une tétraplégie ? (p 6)**
- ✓ **Quelles sont les autres troubles des paraplégies et des tétraplégies ? (p 6)**
- ✓ **Quelles sont les complications liées aux paraplégies et aux tétraplégies ? (p 6)**
- ✓ **Quels sports peuvent pratiquer les paraplégiques et les tétraplégiques ? (p 7)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de paraplégie, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 8)**
- ✓ **Qu'est-ce qu'une hémiplégie ? (p 9)**
- ✓ **Quelles sont les causes d'une hémiplégie ? (p 9)**
- ✓ **Qu'est-ce qu'un traumatisé crânien ? (p 9)**
- ✓ **Quelles sont les caractéristiques d'une hémiplégie ? (p 9)**
- ✓ **Quelles sont les complications liées aux hémiplégies ? (p 10)**
- ✓ **Quels sports peuvent pratiquer les hémiplégiques ? (p 10)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints d'hémiplégie, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 10)**
- ✓ **Qu'est-ce que l'infirmité motrice cérébrale ? (p 11)**
- ✓ **Quelles sont les causes de l'Infirmité Motrice Cérébrale ? (p 11)**
- ✓ **Quelles sont les caractéristiques de l'infirmité motrice cérébrale ? (p 12)**
- ✓ **Quelles sont les complications liées à l'IMC ? (p 12)**
- ✓ **Quels sports peuvent pratiquer les IMC ? (p 13)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints d'IMC, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 13)**
- ✓ **Qu'est-ce que la sclérose en plaques ? (p 14)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de sclérose en plaque, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 15)**

- ✓ **Quelles sont les séquelles de poliomyélite ? (p 15)**
- ✓ **Quelles sont les aptitudes au sport pour une personne ayant des séquelles de poliomyélite? (p 15)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de séquelles de poliomyélite, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 16)**
- ✓ **Qu'entend-on par « myopathies » ? (p 16)**
- ✓ **Quelles sont les aptitudes au sport chez une personne atteinte de myopathie ? (p 17)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de myopathie, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 18)**
- ✓ **Qu'est-ce que le Spina Bifida ? (p 18)**
- ✓ **Qu'est-ce qu'une amputation ? (p 49)**
- ✓ **Quelles sont les causes d'une amputation ? (p 20)**
- ✓ **Quelles sont les caractéristiques d'une amputation d'un membre supérieur ? (p 21)**
- ✓ **Quels sports peuvent pratiquer un amputé des membres supérieurs ? (p 21)**
- ✓ **Quelles sont les caractéristiques d'une amputation d'un membre inférieur ? (p 22)**
- ✓ **Quels sports peuvent pratiquer un amputé des membres inférieurs ? (p 22)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints d'amputation, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 23)**
- ✓ **Quelles sont les différentes causes des déficiences visuelles ? (p 24)**
- ✓ **Quels sont les différents types de déficient visuel ? (p 26)**
- ✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de déficience visuelle, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ? (p 27)**
- ✓ **Qu'est-ce qu'un déficient intellectuel ? (p 27)**
- ✓ **Quels sont les principes de classification chez la personne en situation de handicap ? (p 28)**
- ✓ **Quel est le but de la classification ? (p 28)**
- ✓ **Qui établit la classification ? (p 29)**
- ✓ **Qu'est-ce que la classification basée sur le type de handicap (classification médicale) ? (p 29)**
- ✓ **Qu'est-ce que la classification selon le sport pratiqué (classification fonctionnelle) ? (p 29)**

Dans le même ordre d'idée de la réflexion méthodologique qui a prévalu dans le module CG2\_Th3\_Mod1\_ "Définition des facteurs de performance", la définition et la compréhension des caractéristiques des personnes moins valides, mais aussi leurs incidences sur la pratique sportive, sont indispensables à la définition des déterminants de la performance sportive des sportifs moins valides.

Davantage d'informations, de concepts et de compétences seront développées dans le cadre des formations spécifiques spécialisées dans le domaine de l'accompagnement du sportif moins valide.

### ✓ **Quels sont les handicaps couramment rencontrés dans la pratique sportive ? <sup>1</sup>**

#### **Les paraplégiques et tétraplégiques**

Le nombre des paraplégiques et tétraplégiques ne cesse d'augmenter, les accidents en occasionnent de nombreux nouveaux cas par an.

Actuellement, correctement traités, leur espoir de vie est comparable à celui d'une personne valide, ce qui explique leur nombre grandissant.

#### ✓ **Qu'est-ce qu'une paralysie ?**

Une **paraplégie** est une paralysie, généralement symétrique, des membres inférieurs, pouvant remonter plus ou moins haut sur le tronc. Lorsque la paralysie, qui touche les membres inférieurs et le tronc, atteint également les membres supérieurs, il s'agit par définition d'une **tétraplégie**.

Il faut bien savoir ce qu'est une paralysie : **c'est l'impossibilité d'exécuter des mouvements volontaires dans la région qui est dite « paralysée ».**

Si nous prenons l'exemple d'une paraplégie, le sujet, grâce à son cerveau, envoie des ordres moteurs pour remuer ses jambes, celles-ci ne remuent pas parce qu'elles ne reçoivent pas ces ordres moteurs. En effet, les ordres moteurs élaborés par le cerveau passent par la moelle épinière avant d'être

---

<sup>1</sup> Voir aussi des modules de spécialisation « sport moins valides » dispensés dans le cadre des formations sportives spécifiques

exécutés par les muscles. Or, en cas de paraplégie, la moelle épinière généralement lésée en un point, ne laisse plus passer que partiellement ou complètement les ordres moteurs<sup>2</sup>.

### ✓ **Quelles sont les causes des paraplégies et tétraplégies ?**

Parmi les très nombreuses causes des paraplégies et tétraplégies, quatre sont importantes :

- **Les traumatismes :** Il s'agit rarement d'une plaie de la moelle épinière. Le plus souvent, la moelle épinière est contusionnée ou écrasée à la suite d'une fracture de la colonne vertébrale (accidents de la route, chutes d'une grande hauteur, accidents du travail, de sport ...).
- **Les myélites :** Ce sont des maladies brutales ou progressives qui peuvent léser plus ou moins gravement la moelle épinière. Un cas particulier est celui de la sclérose en plaques.
- **Les tumeurs :** Elles compriment la moelle épinière, il faut les enlever chirurgicalement le plus rapidement possible ; après intervention, la paraplégie peut persister.
- **Les accidents vasculaires :** Les vaisseaux nourriciers de la moelle épinière peuvent être détruits ou se trouver bouchés, la portion de moelle normalement irriguée par ces vaisseaux se nécrose.

### ✓ **Quels sont les troubles moteurs d'une paraplégie ou d'une tétraplégie ?**

En dehors de sa cause, une paraplégie ou une tétraplégie se définit par son niveau neurologique, et par le caractère complet ou incomplet, flasque ou spastique des paralysies.

### ✓ **Quelles sont les autres troubles des paraplégies et des tétraplégies ?**

La paraplégie ou la tétraplégie ne se résume pas aux troubles moteurs que nous venons d'envisager ; il faut encore y ajouter les troubles sensitifs, les troubles sphinctériens.

### ✓ **Quelles sont les complications liées aux paraplégies et aux tétraplégies ?**

Nous ne citerons que les principales : les escarres, les rétractions musculaires, la fragilité osseuse par ostéoporose et les complications urinaires.

---

<sup>2</sup> Voir aussi CG2\_Th3\_Mod2\_La « machine humaine » à l'effort

### ✓ **Quels sports peuvent pratiquer les paraplégiques et les tétraplégiques ?**

Les paraplégiques pratiquent presque tous les sports. Sauf exception (paraplégie très basse ou incomplète), le paraplégique se déplace en fauteuil roulant. Il est donc normal et très utile qu'il pratique les sports en fauteuil roulant :

- L'athlétisme : courses en fauteuil roulant, lancers, ...
- Le tennis de table,
- Le tir à l'arc, sport qui autorise facilement une intégration avec les valides,
- L'escrime, qui développe l'équilibre dans le fauteuil et l'intervention des muscles du tronc,
- Le basket-ball en fauteuil roulant, sport rapide, qui permet d'acquérir une véritable virtuosité dans l'usage du fauteuil roulant, et apporte les joies d'un sport d'équipe,
- Le tennis, qui permet d'acquérir une grande adresse dans le maniement du fauteuil et peut se pratiquer contre un valide,
- L'haltérophilie, ou plutôt pratique du développé couché (aussi appelée dynamophilie).
- La natation est également très prisée des paraplégiques qui retrouvent dans l'eau une partie de leur agilité perdue. Pour les paraplégiques complets, la propulsion se fait uniquement avec les membres supérieurs, pour les tétraplégiques, elle est encore possible grâce à des mouvements des épaules. Dans l'eau, les risques de traumatismes sont réduits. Par contre, le froid peut accentuer les contractures et entraîner des positions en flexion des membres inférieurs qui gênent la progression. Les contractures peuvent également déclencher des fuites d'urines, il vaut mieux que les paraplégiques vident leur vessie avant de se mettre à l'eau.

Tous ces sports développent l'adresse et la force des membres supérieurs, particulièrement utiles lorsque l'on est paraplégique.

Les tétraplégiques, en fonction de leur lésion, peuvent eux aussi pratiquer un certain nombre de sport :

- Le rugby en fauteuil roulant (réservé aux tétraplégiques),
- Natation
- Cyclisme (handbike)
- Tennis (quads)



- Tennis de table
- ...

✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de paraplégie, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?**

Il doit :

1. Connaître les sportifs paraplégiques qui lui sont confiés : niveau neurologique de la paraplégie ou de la tétraplégie, caractère complet ou incomplet des paralysies, existence de déformations des membres.
2. Se méfier des escarres qui contre-indiquent la pratique sportive. Pour les paraplégiques en fauteuil roulant, les escarres risquent d'apparaître dans la région ischiatique. Lorsque nous sommes assis, les os du bassin (os iliaques) reposent sur le siège par une de leur partie que l'on appelle ischion. Il existe donc là un point de pression et instinctivement nous changeons fréquemment de position pour le ménager. Le paraplégique, privé de sensibilité et de mouvement, ne le peut pas... Des rougeurs puis des ulcérations risquent d'apparaître rapidement dans ces régions, il faut les surveiller. Il est nécessaire de changer de position ou de se soulever en prenant appui sur les bras du fauteuil pour faciliter la circulation sanguine dans les muscles fessiers.
3. Se méfier d'autres complications comme une fièvre d'origine urinaire qui contre indique aussi la pratique sportive. Rappelons au passage que le paraplégique ou le tétraplégique doit boire abondamment.
4. Avoir en tête la fragilité osseuse relative des membres paralysés.
5. Connaître la fatigabilité qui peut être rapide chez des sportifs paraplégiques et tétraplégiques récemment handicapés.

La très grande majorité des paraplégiques et tétraplégiques sportifs sont bien adaptés à leur handicap et connaissent bien tous ces problèmes. Il faut leur faire confiance et les écouter.

## **LES HEMIPLEGIQUES**

### ✓ **Qu'est-ce qu'une hémiplégie ?**

Comme son nom l'indique, l'hémiplégie est la paralysie de la moitié du corps dans le sens vertical. Il existe donc deux possibilités d'hémiplégie : droite ou gauche.

Si nous prenons l'exemple d'une hémiplégie droite, ce sont le côté droit de la figure, le membre supérieur droit et le membre inférieur droit qui sont paralysés.

Les hémiplésies sont dues à des lésions de la zone motrice de la partie gauche ou droite du cerveau.

### ✓ **Quelles sont les causes d'une hémiplégie ?**

Schématiquement les causes d'hémiplésies sont différentes chez le sujet d'un certain âge et chez le sujet jeune.

**Chez les sujets d'un certain âge :** L'hémiplégie est souvent due à une hémorragie cérébrale (Accident Vasculaire Cérébral). Ce ne sont pas ces personnes en situation de handicap d'un certain âge que l'on trouve sur les terrains de sport.

**Chez les sujets plus jeunes :** L'hémiplégie est le plus souvent la conséquence d'un traumatisme crânien, ou bien encore d'une petite malformation vasculaire cérébrale (angiome) pouvant entraîner une hémorragie. Ces sujets jeunes peuvent avoir des activités sportives.

### ✓ **Qu'est-ce qu'un traumatisme crânien ?**

On parle de traumatisme crânien quand le choc a été suivi d'un coma long et qu'il est suivi de séquelles neurologiques. L'hémiplégie en fait très souvent partie.

### ✓ **Quelles sont les caractéristiques d'une hémiplégie ?**

Une hémiplégie se caractérise, en plus de son côté, droit ou gauche, par l'intensité des paralysies et leur éventuelle prédominance sur une région, son caractère flasque ou spastique et l'existence ou non de troubles associés.

✓ **Quelles sont les complications liées aux hémiplésies ?**

Elles sont relativement rares, citons :

**Les rétractions musculaires et articulaires :** Au membre supérieur, elles peuvent : bloquer l'épaule, coude au corps, bloquer le coude en flexion, bloquer les doigts en griffes. Au membre inférieur, elles peuvent placer le pied en équinisme, c'est-à-dire en extension permanente.

**La spasticité :** Lorsqu'elle est très importante, elle peut être considérée comme une véritable complication, car elle étouffe les possibilités motrices volontaires.

✓ **Quels sports peuvent pratiquer les hémiplésiques ?**

Les hémiplésiques rencontrent plus de difficultés pour pratiquer les sports que ne le laisserait supposer la possibilité qu'ils ont généralement de pouvoir efficacement marcher.

La très grande majorité d'entre eux pratique les sports debout : athlétisme, courses et lancers, tennis de table, tir aux armes, ...

Quant à la natation, ils ne se contentent pas de nager sur le côté mais pratiquent, avec un peu d'habitude et plus ou moins bien, tous les styles, rencontrant de difficiles problèmes d'équilibration du fait de leur spasticité.

Aucun hémiplésique ne ressemble à un autre hémiplésique, ni à une autre personne en situation d'un autre handicap, ce qui ne favorise pas l'organisation de compétitions pour eux.

✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints d'hémipléxie, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?**

Il doit

1. Bien comprendre le handicap que représente une hémipléxie, handicap dont on ne perçoit pas toujours de façon évidente l'importance, surtout lorsqu'il existe des troubles associés ;
2. Proposer des activités sportives qui font travailler les deux côtés du corps, quoique l'hémiplésique utilisera toujours de préférence son côté sain ;
3. Se méfier d'une comitialité associée ainsi que des troubles de l'humeur.

## **LES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX**

### ✓ **Qu'est-ce que l'infirmité motrice cérébrale ?**

Le terme d'Infirmité Motrice Cérébrale « I.M.C. » a été créé dans les années 1955 par le neurologue Guy TARDIEU. La terminologie anglaise et américaine est « *paralysie cérébrale* » (Cerebral Palsy). Ce terme est impropre car le cerveau n'est pas paralysé mais bien blessé dans certaines zones. Dans la classification sportive, ce terme de « Cerebral Palsy » est utilisé.

L'infirmité motrice cérébrale est un **ensemble de troubles neurologiques qui résultent d'une atteinte des parties profondes du cerveau survenant soit juste avant, soit au moment, soit juste après la naissance**. Ce handicap neurologique n'est pas héréditaire.

*Définition : « L'Infirmité Motrice Cérébrale est une séquelle motrice d'une lésion cérébrale accidentelle survenue dans la période « périnatale » (« autour de la naissance »), c'est-à-dire parfois « avant » (« in-utéro »), parfois au moment de la naissance, parfois juste après. Il s'agit donc d'une souffrance néonatale, non évolutive et non curable ».*

Ce n'est donc, ni une malformation cérébrale, ni une maladie héréditaire, c'est la conséquence de l'agression d'un cerveau sain, c'est donc un « accident ».

**On parle d'I.M.C. – d'Infirmité Motrice Cérébrale – quand les séquelles sont purement motrices et qu'il y a conservation de l'intelligence.**

### ✓ **Quelles sont les causes de l'Infirmité Motrice Cérébrale ?**

Nous n'en citerons que quelques-unes :

#### **Anténatales (70% des cas) :**

- décollement du placenta du fœtus, entraînant un grave manque d'oxygène au niveau de son cerveau,
- intoxication de la future mère (tabac, alcool, drogue, diabète, ..),

#### **Néonatales (20 % des cas) :**

- incompatibilité sanguine du facteur rhésus entre la mère et le fœtus (fœtus rhésus + et mère rhésus -),
- accouchement difficile ou trop prolongé,

- anoxie (manque d'oxygène) du nouveau-né (obstruction des voies aériennes, enroulement du cordon ombilical autour du cou, etc...),
- enfin, actuellement, la prématurité, c'est-à-dire naissance avant la fin de la période permettant un développement suffisant et normal du cerveau de l'enfant.

**Postnatal (10 % des cas) :**

- convulsions
- traumatismes
- encéphalite

✓ **Quelles sont les caractéristiques de l'infirmité motrice cérébrale ?**

L'infirmité motrice cérébrale réalise des tableaux extrêmement divers. Il ne s'agit pas de paralysies, mais plutôt de troubles du tonus musculaire et de la régulation automatique des mouvements, c'est-à-dire la présence de mouvements involontaires et incontrôlables. Il s'y ajoute des difficultés de la commande volontaire, l'infirmes moteur cérébral n'arrivant pas à organiser ses mouvements.

✓ **Quelles sont les complications liées à l'IMC ?**

Bien d'autres troubles peuvent accompagner les aspects cliniques principaux que nous avons décrits :

- troubles de la sensibilité,
- troubles de la vue, souvent mauvaise, avec quelquefois existence de paralysies oculaires entraînant un strabisme (le sujet louche),
- troubles de la parole, qui est scandée, mal articulée, quelquefois incompréhensible, accompagnée d'une hyper salivation,
- comitialité, c'est-à-dire crises d'épilepsie,
- déficience intellectuelles.

Malgré la gravité et la complexité de leur handicap, les enfants infirmes moteurs cérébraux sont souvent très attachants, avec des possibilités mentales très correctes. Il faut savoir qu'ils sont très émotifs, une difficulté inattendue, une réprimande ou une grande joie peuvent entraîner une exagération de tous leurs troubles, notamment de leur hypertonie et de leurs mouvements

involontaires. Après un long apprentissage, ils sont capables de mieux se dominer, et le sport est un des moyens les plus sûrs de leur donner cette possibilité.

✓ **Quels sports peuvent pratiquer les IMC ?**

Les infirmes moteurs cérébraux peuvent pratiquer tous les sports, leur aptitude dépend en fait de la gravité de leur atteinte, extrêmement variable d'un sujet à l'autre.

- Les plus atteints pratiquent en fauteuil roulant, notamment le tennis de table et l'athlétisme ; il existe même des compétitions spéciales pour eux, telles les courses en fauteuil roulant, en se propulsant avec les pieds, ou bien encore les courses en tricycle. Pour ceux qui sont en fauteuil électrique, il existe le foot- fauteuil qu'ils pratiquent avec des myopathes.
- Les moins atteints pratiquent debout : l'athlétisme, le tennis de table, l'escrime, et même la voile, les sports de lutte, le football.
- Tous peuvent pratiquer la natation, mais les difficultés sont grandes : recrudescence de leur hypertonie dans l'eau froide, recrudescence émotive de leurs mouvements involontaires, troubles de la coordination respiratoire. Cependant, grâce à un long travail d'apprentissage, a peu près tous peuvent apprendre à nager.

✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints d'IMC, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?**

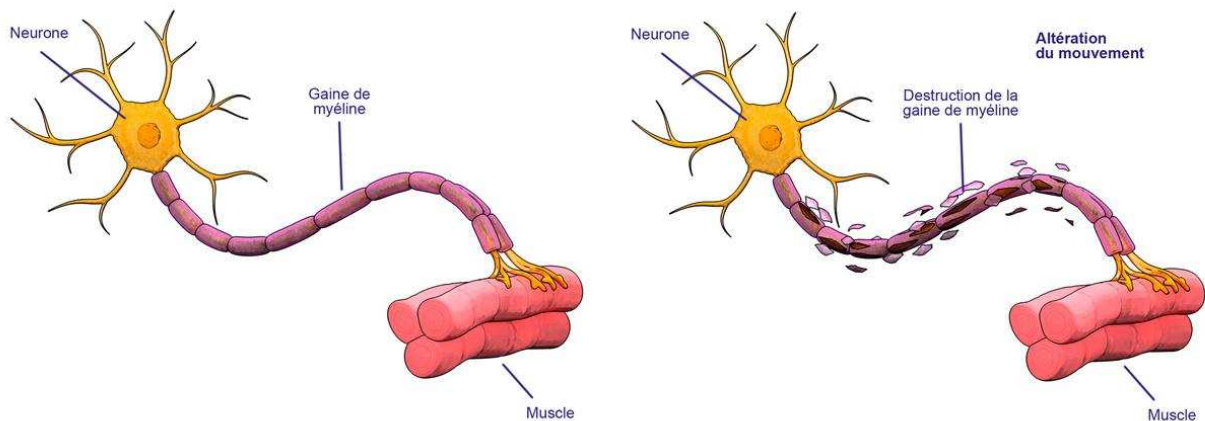
Il doit :

1. Avant tout se rendre compte de l'importance du handicap et de l'intrication des différents troubles neurologiques,
2. Se méfier d'une comitialité,
3. Faire preuve d'une très grande patience et utiliser une pédagogie souple, détendue, cherchant à mettre l'infirmes moteur cérébral en confiance.

## LES AUTRES MALADIES

### La sclérose en plaques

Cette maladie d'origine encore inconnue, provoque une démyélinisation (perte de la gaine isolante de myéline) de l'appareil neurologique par plaques. Les zones atteintes ne fonctionnent plus.



**Figure 1 : Sclérose en plaques** (images tirées de [www.ipsante.com](http://www.ipsante.com), site visité le 12/12/2012)

L'état du patient dépend de la localisation de ces atteintes. Une atteinte transitoire du nerf optique est un mode fréquent de début, il peut exister un syndrome cérébelleux, une paraplégie le plus souvent spastique, des troubles vésico-sphinctériens.

Cette maladie est évolutive par poussées. L'évolution est très variable d'un sujet à l'autre. Les poussées sont plus ou moins régressives.

Il n'existe pas de traitement de fond. Les seules possibilités résident dans un entretien pour éviter les complications surajoutées : orthopédiques, cutanées, urinaires.

La fatigue et les efforts qui peuvent l'induire sont des facteurs de déclenchement de poussées et sont donc interdits.

Les sclérosés sont souvent déprimés ou au contraire quelquefois euphoriques.

✓ ***Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de sclérose en plaque, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?***

Il doit demander et recevoir du médecin les conseils concernant les possibilités de la personne et les limites autorisées dans les exercices.

***Les séquelles de Poliomyélite.***

Les séquelles de poliomyélite sont des paralysies définitives qui résultent de l'atteinte des corps cellulaires des neurones périphériques, dans la substance grise de la moelle épinière, par le virus poliomyélitique.

La poliomyélite, éradiquée en Belgique depuis la vaccination obligatoire, est due à un virus qui pénètre dans l'organisme soit avec l'eau de boisson, soit par baignade en eau douce polluée. Elle est en cours d'éradication mondiale. Mais ceux qui ont été atteints, il y a des années, sont encore très nombreux : ils ont une durée de vie normale.

Une fois dans l'organisme, les virus se localisent sur les méninges du cerveau et de la moelle épinière, mais surtout, ce qui est infiniment plus grave, se localisent en plus ou moins grand nombre sur la substance grise de la moelle épinière, y détruisant les corps cellulaires des neurones périphériques.

Le virus poliomyélitique n'atteint que les cellules nerveuses motrices et respecte les cellules nerveuses sensibles, ce qui explique qu'il n'existe jamais aucun trouble sensitif dans la poliomyélite. Dans n'importe quelle région du corps, l'on peut toucher, appliquer du chaud et du froid, piquer, tout est parfaitement ressenti. De ce fait, le risque d'escarre est presque inexistant.

Autre particularité : la poliomyélite n'entraîne pas de trouble sphinctérien, c'est-à-dire n'entraîne aucune perturbation de la commande et de l'exécution des mictions urinaires et des défécations

✓ ***Quelles sont les aptitudes au sport pour une personne ayant des séquelles de poliomyélite?***

Les patients atteints de séquelles de poliomyélite représentent un groupe qui va en diminuant parmi les sportifs en situation de handicap. Cependant, les épidémies qui ont sévi avant la vaccination ont créé un grand nombre de sujets en situation de handicap qui ont encore l'âge de faire du sport.

L'aptitude à l'exercice physique des sujets atteints de séquelles de poliomyélite est absolument extraordinaire. Ceci est dû au fait que le handicap est d'ordre uniquement moteur et que tous les



muscles restant peuvent être efficacement utilisés. Il n'est, pour s'en rendre compte, que de remarquer le grand nombre de ceux qui, bien qu'étant gravement atteints des membres inférieurs, ont gardé la possibilité de déambuler.

Les poliomyélitiques peuvent pratiquer et pratiquent tous les sports.

La natation les favorise car l'absence de pesanteur dans l'eau leur permet d'utiliser au mieux leurs muscles. De plus, les membres paralysés sont légers et ne gênent pas la progression. L'on rencontre parmi les sujets atteints de séquelles de poliomyélite de véritables champions dont il est difficile de remarquer qu'ils sont paralysés lorsqu'ils nagent.

Ceux qui sont gravement atteints des membres inférieurs et qui se déplacent en fauteuil roulant, se tournent volontiers vers le basket-ball en fauteuil roulant, ou ils réussissent très bien.

✓ ***Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de séquelles de poliomyélite, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?***

Ce rôle est relativement simple, il doit :

1. Bien connaître l'étendue des paralysies du sujet sportif ; si une atteinte sur un membre inférieur est évidente, ne pas méconnaître une atteinte moins visible, par exemple au niveau d'une épaule, d'une main ou du tronc.
2. Se méfier de la fragilité osseuse des membres frappés par la poliomyélite avec risque de fractures.
3. Bien connaître les problèmes orthopédiques qui peuvent se poser, par exemple une instabilité du genou ou de la hanche qui peut être aggravée par la pratique inconsidérée d'un sport. Citons l'exemple d'un genu-recurvatum qui peut être aggravé par la pratique de l'escrime debout.

## **Les Myopathies**

Le terme de myopathies s'adresse aux dystrophies musculaires progressives : maladies musculaires, de nature dégénérative, et d'évolution progressive. Ce sont des affections le plus souvent familiales et héréditaires. La variété de ces maladies est importante.

Actuellement, on sait que les myopathies sont la conséquence de l'absence d'une ou plusieurs protéines de liaison dans la fibre musculaire. Cette absence est liée à une anomalie chromosomique portant sur un ou plusieurs gènes.

Parmi les très nombreux types de myopathies, les plus fréquentes sont :

- la myopathie de DUCHENNE de BOULOGNE,
- la myopathie des ceintures, de BECKER,
- la myopathie facio-scapulo-humérale.

Insistons sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une atteinte des cellules nerveuses. Ces maladies n'entraînent pas de paralysies au sens propre du terme mais une diminution progressive de la force musculaire, par atteinte des fibres musculaires.

#### ✓ **Quelles sont les aptitudes au sport chez une personne atteinte de myopathie ?**

Il est admis que les myopathies sont aggravées par tous les exercices physiques fatigants. Il est donc hors de question de proposer à des myopathes des compétitions physiquement éprouvantes.

Inversement, l'absence totale d'exercice physique est capable d'entraîner des complications, telles des rétractions musculaires qui aggravent le handicap. Il faut donc trouver un compromis et recommander des exercices physiques non fatigants.

Les sports pratiqués sont donc la natation, plus exceptionnellement l'athlétisme ou le tennis de table. Deux sports sont ouverts largement car ne demandant pas d'effort musculaire :

- le tir à air une potence qui soutient la carabine et nécessite seulement alors adresse et précision,
- le football en fauteuil électrique (powerchair football) qui se joue à 4 contre 4 sur un terrain de basket avec un ballon plus gros qu'un ballon de foot qui est poussé avec un pare-chocs fixé au fauteuil vers le but de l'adversaire.

En pratique, il faut distinguer la myopathie de type DUCHENNE de BOULOGNE qui contre indique en fait tout effort physique, et les autres myopathies de l'âge adulte, qui évoluent très lentement ou qui peuvent se stabiliser et donc bénéficier d'exercices physiques plus intenses.

✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de myopathie, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?**

Il doit :

1. Connaître le caractère évolutif de la maladie et, parmi les myopathies, distinguer celles à évolution rapide qui contre indiquent tout effort physique et celles à évolution lente.
2. Etre particulièrement prudent et ne pas révéler le caractère évolutif de leur maladie. 3 - Tenir compte, à la lettre, des recommandations médicales.

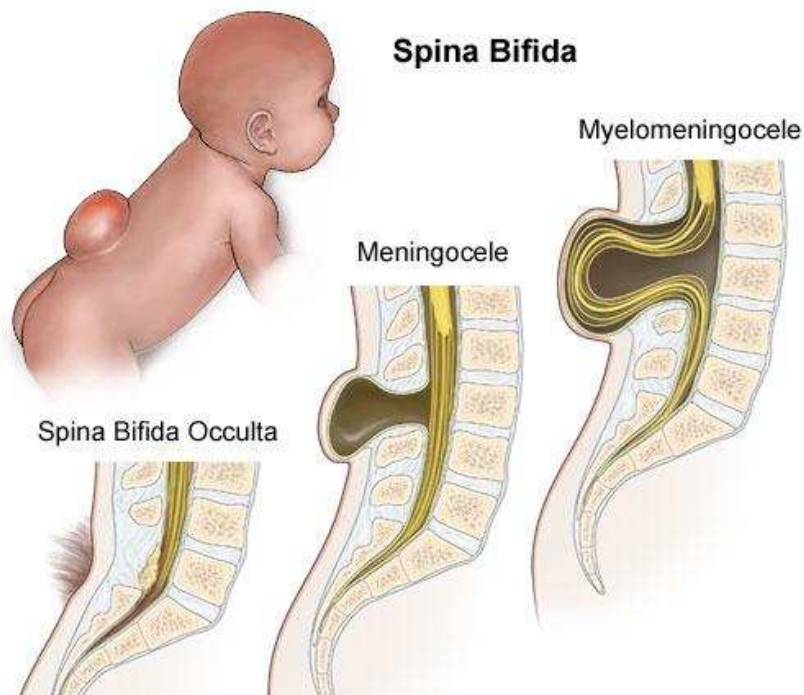
## **Le Spina Bifida**

Le spina bifida est une malformation localisée de la moelle épinière, de ses enveloppes et des vertèbres qui l'entourent. Il désigne habituellement les formes où se produit, à travers la malformation osseuse, une hernie (myéломéningocèle) contenant du tissu nerveux (moelle et/ou racines) entraînant dès la naissance une paraplégie d'importance et de niveau variable. L'atteinte sphinctérienne et la présence d'autres malformations (hydrocéphalie fréquente) du système nerveux central s'ajoutent le plus souvent au tableau moteur.

Il existe trois sortes de spina bifida, différenciées par la gravité de la malformation :

- La myéломéningocèle : la forme la plus grave ; caractérisée par la saillie de la moelle épinière et de ses membranes (les méninges) par une ouverture dans la colonne vertébrale ;
- La méningocèle : seules les méninges font protrusion ;
- Le spina bifida occulta : la forme la plus bénigne ; la brèche dans les vertèbres est recouverte par la peau. Il est le plus souvent asymptomatique : il n'y a pas de hernie de tissu nerveux ; il est très fréquent (10 % de la population), sans conséquence, et n'est dépisté qu'à la radiologie.

La plupart du temps, ces malformations sont situées dans la partie inférieure du dos ou au niveau des hanches. Au Canada, environ 1 bébé sur 2 500 naît avec un certain degré de spina bifida.



**Figure 2 : Spina Bifida** (images tirées de [www.yalemedicalgroup.org](http://www.yalemedicalgroup.org), site visité le 12/12/2012)

La cause exacte du spina bifida reste à ce jour inconnue. Une erreur se produit au cours des 2 premiers mois qui suivent la conception, mais les spécialistes en ignorent la cause précise. Il a été démontré que les femmes qui ont un faible taux d'acide folique (une vitamine B) sont plus sujettes à donner naissance à des enfants atteints d'une malformation du tube neural.

Le spina bifida n'est presque certainement pas dû à un gène unique, et il peut se manifester au cours de n'importe quelle grossesse ; toutefois, certaines personnes sont prédisposées à la maladie. Ainsi, les femmes qui ont un antécédent familial de malformation du tube neural courent un risque plus élevé de donner naissance à un bébé atteint d'une telle malformation. Les couples qui ont déjà eu un enfant avec un spina bifida courent un risque légèrement plus élevé d'avoir un autre bébé atteint d'une malformation du tube neural.

Néanmoins, la plupart des cas de spina bifida surviennent dans des familles n'ayant aucun antécédent de la maladie.

Parmi les autres facteurs de risque pour le spina bifida, on retrouve l'obésité et le diabète non contrôlé.

Le facteur géographique ou ethnique : fréquence plus élevée dans les pays du nord (8/1000 naissances en Angleterre, 0,5/10000 en France, pratiquement aucune en Afrique)

## LES AMPUTATIONS

### ✓ Qu'est-ce qu'une amputation ?

L'amputation est la perte définitive d'une partie ou de la totalité d'un membre. Elle peut être congénitale ou acquise.

### ✓ Quelles sont les causes d'une amputation ?

#### Les amputations congénitales

Elles sont dues généralement à un défaut dans la formation de l'embryon : certaines sont d'origine toxique (Thalidomide).

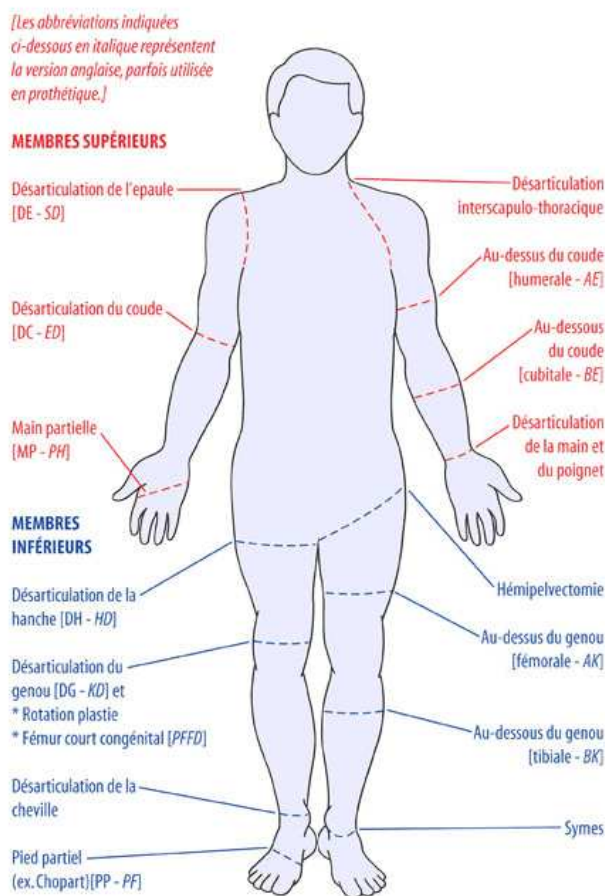


Figure 3 : Différents niveaux d'amputation (images tirées de [www.walamps.ca](http://www.walamps.ca), site visité le 12/12/2012)

Les amputations congénitales sont en fait des agénésies, c'est à dire des absences du développement d'une partie ou de la totalité d'un membre et non des amputations au sens propre du terme.

### **Les amputations acquises**

- L'artérite des membres inférieurs représente à elle seule environ 70 % des causes d'amputation. L'artère détériorée finit par se boucher totalement ce qui entraîne une gangrène du pied ou de la jambe et il faut amputer. L'artérite, maladie dégénérative, frappe les sujets d'un certain âge ; il est exceptionnel qu'ils aient la possibilité de pratiquer un sport.
- Les traumatismes, blessures de guerre, accidents de la voie publique ou du travail, peuvent conduire à l'amputation.
- Les amputations pour tumeurs cancéreuses. Elles sont destinées à enlever des tumeurs qui sont mortelles en l'absence d'extirpation large. Ce genre de tumeurs survient surtout chez des sujets jeunes qui, malgré leur amputation, ont souvent le désir légitime de connaître les joies du sport.

### **✓ Quelles sont les caractéristiques d'une amputation d'un membre supérieur ?**

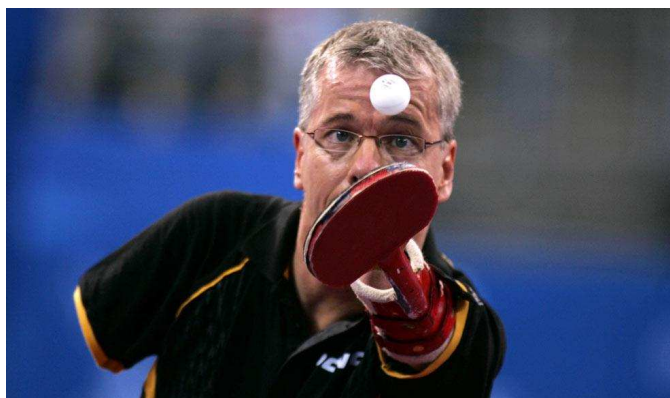
Les amputés de membres supérieurs ne représentent environ que 20 % du total des amputés.

### **✓ Quels sports peuvent pratiquer un amputé des membres supérieurs ?**

L'appareillage est exceptionnellement utilisé pour la pratique sportive où il représenterait plus une gêne ou un danger qu'une aide.

Lorsqu'il s'agit d'amputation d'un seul membre supérieur, c'est avec le membre normal que le sportif pratique le tennis de table, l'escrime, les lancers, le tir à air, etc... Les amputés des membres supérieurs ne sont pas gênés pour pratiquer les courses et les sauts, si ce n'est peut-être par des problèmes d'équilibration du tronc. Remarquons au passage que, pour courir, mieux vaut être amputé d'un bras que d'avoir le même bras paralysé et inerte.

Les amputés des deux membres supérieurs, en règle générale, n'utilisent pas non plus leur prothèse pour pratiquer leur sport; ils sont capables de courir, de sauter, de jouer au tennis de table en fixant la raquette sur un moignon ou bien encore en la tenant entre le menton et l'épaule, de nager très efficacement, etc...



✓ **Quelles sont les caractéristiques d'une amputation d'un membre inférieur ?**

Les amputés des membres inférieurs représentent environ 80 % des amputés.

✓ **Quels sports peuvent pratiquer un amputé des membres inférieurs ?**

Les amputés de jambe, correctement appareillés, peuvent pratiquer la marche, les lancers, les sauts, le volley assis, le tennis de table, le cyclisme, etc. Sans leur prothèse, ils pratiquent le saut en hauteur et surtout la natation où ils réussissent merveilleusement. On peut remarquer ici que l'absence d'un pied gêne très peu les performances en natation.

Les amputés fémoraux peuvent pratiquer avec leur prothèse la marche, le tennis de table, l'escrime, le volley assis, les lancers, et même grâce aux nouveaux pieds, le saut en longueur. Sans leur prothèse, ils pratiquent le ski, le saut en hauteur et la natation et, là encore, se débrouillent merveilleusement dans l'eau. Il en est de même pour les désarticulés de hanche.

Les amputés bilatéraux sont nettement plus gênés. Certains peuvent pratiquer les lancers, le tir à l'arc, le tennis de table, et, sans leur prothèse, la natation. Souvent, ils pratiquent des activités en fauteuil : basket, tennis, course, ski, ...

✓ **Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints d'amputation, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?**

Il doit :

1. Bien connaître le ou les niveaux d'amputation, en sachant que c'est le nombre de segments et d'articulations manquant qui compte et non pas tellement la longueur du ou des moignons, sauf pour la classification de certains sports (ex. : natation).
2. Connaître la gravité des amputations bilatérales. Lorsqu'un membre supérieur est amputé, on peut tout faire avec l'autre ; lorsqu'un membre inférieur est amputé, on peut quand même marcher correctement avec une prothèse. Par contre, l'indépendance fonctionnelle est compromise en cas d'amputation des deux membres supérieurs et l'indépendance de marche est quelquefois impossible à obtenir en cas d'amputation des deux membres inférieurs.
3. Se méfier de l'état du moignon. Un bon moignon est un moignon indolore dont la peau est en bon état et qui supporte parfaitement la prothèse. Une emboîture mal adaptée peut-être cause de striction, d'œdème du moignon, ou encore de crampes et de contusions dues à une mauvaise répartition des zones d'appui. Mieux vaut interdire temporairement la pratique sportive que de voir se transformer en ulcération une rougeur ou une zone de macération. En fait, un sportif amputé, conscient de son handicap, connaît généralement très bien tous ces problèmes.
4. Ne pas faire prendre de risques exagérés à un amputé. C'est ainsi qu'une chute, chez un amputé, peut être grave si elle entraîne par exemple une fracture du membre opposé sain. Heureusement, de telles chutes sont rares. Pour les amputés du membre supérieur, les chutes peuvent entraîner des lésions de la face ou du crâne par difficulté pour se rattraper ou se protéger.
5. Dissuader les amputés d'un membre inférieur qui n'utilisent jamais un fauteuil roulant de pratiquer un sport en fauteuil mais les orienter vers un sport compatible avec leur handicap : volley assis, natation ou tir à l'arc par exemple.
6. Se rappeler que la marche, le saut ou la course avec une prothèse, à performance égale, demande plus d'énergie que la même activité chez un valide.



## **LES DEFICIENTS VISUELS**

### **✓ Quelles sont les différentes causes des déficiences visuelles ?**

Elles sont multiples :

- Affections héréditaires : albinisme, rubéole
- Affections acquises :
  - o traumatiques (accidents, blessures de guerre),
  - o décollement de rétine, hémorragie rétinienne, maladies et tumeurs du globe oculaire, causes médicamenteuses,
  - o trachome,
  - o lésions des nerfs optiques et du cortex occipital.

Parmi les différentes étiologies, il faut séparer les affections précoces, acquises à la naissance ou dans les premières années de la vie, des affections plus tardives. Dans ces derniers cas, les déficients visuels ont perdu la vue après avoir pris connaissance de l'espace environnant et du monde extérieur. Leurs performances sont presque toujours supérieures à celles des aveugles nés.

Le handicap visuel retentit globalement sur le comportement du sujet et les répercussions sont d'autant plus importantes que le déficit visuel est complet et que l'affection a été contractée précocement : retard psychomoteur chez l'enfant et insuffisance de développement physique à l'âge adulte. La difficulté de pratiquer régulièrement, surtout pendant l'enfance, contribue à favoriser l'apparition de mauvaises attitudes : mauvais port de la tête, attitude asthénique, insuffisance respiratoire, insuffisance musculaire.

Le comportement psychomoteur est d'autant plus affecté que la cécité survient avant l'âge de 12 ans. Les principaux troubles que l'on observe touchent le schéma corporel et la structuration de l'espace. En effet, l'absence de stimulation visuelle rend difficile la prise de conscience de la situation spatiale du corps. Ce trouble de la perception statique s'aggrave lorsqu'on y ajoute une composante dynamique.

Le retentissement psychologique engendré par le handicap visuel est très variable ; il est fonction non seulement du tempérament propre à chaque sujet, mais surtout de l'entourage familial. L'intégration du malvoyant est socialement réalisable dans la mesure où le milieu familial réagit

sainement vis-à-vis du handicap en évitant toute attitude de confinement et de surprotection. Cette notion apparaît fondamentale et concerne plus spécialement les aveugles de naissance.

Les obstacles rencontrés à cette insertion sociale favorisent le repli de la personne en situation de handicap sur lui-même. Il en résulte une tendance à l'introversion qui peut développer des aspects psychologiques pathologiques et s'associer à des phénomènes dépressifs. Dans certains cas, la cécité est très mal acceptée et conduit à des réactions de revendication affective et sociale.

Si les fonctions neuromotrices et psychologiques peuvent subir d'importantes modifications dans les suites d'un handicap visuel, des études ont permis de montrer que les fonctions intellectuelles n'étaient pas touchées.

L'aveugle va compenser la perte de la vue par l'utilisation d'autres organes sensoriels, en particulier le tact et l'ouïe. Il va même hypertrophier les fonctions de ces organes dans le sens de la finesse et de la précision.

Le toucher qui, habituellement, n'a qu'un rôle complémentaire à celui de la perception visuelle, devient alors l'élément principal de la représentation spatiale de l'environnement. Pour le sauteur en hauteur aveugle, la palpation de la barre avant le saut est le seul mode de connaissance qui lui permettra d'intégrer la situation exacte du fil dans l'espace, et de prendre ses marques.

Pour les rameurs aveugles, c'est un repère métallique fixé sur la poignée qui leur permet de reconnaître la position exacte de la pelle.

L'ouïe intervient dans certaines situations sportives bien particulières ; son rôle, très différent de celui du tact, permet généralement de localiser, de s'orienter, de suivre une piste. Ainsi, par exemple, le fondeur avance à la voix et au bruit des skis du guide.

Il est important de signaler que les appareils locomoteur et cardio-vasculaire sont généralement indemnes et que l'aveugle est un des rares sportifs en situation de handicap susceptibles de pratiquer des sports à forte consommation maximale d'oxygène comme l'aviron, le ski de fond, le cyclisme.

Un apprentissage du mouvement est beaucoup plus difficile que chez le voyant et nécessite, de la part de l'enseignant et de l'enseigner, une persévérance soutenue.

Dans les sports utilisant un guide, le choix de ce dernier est fondamental et conditionne la réussite des performances. Outre les rôles de stimulation et de mise en confiance, le guide doit respecter les

mêmes consignes que celles destinées à l'entraîneur et à l'entourage, à savoir : éviter les situations d'insécurité et de surprotection.

La pratique du sport chez les déficients visuels peut être considérée, tant au plan physique que psychologique, comme un procédé d'épanouissement. Les bénéfices sont d'autant plus évidents que les activités physiques et sportives ont été commencées à un jeune âge.

### ✓ **Quels sont les différents types de déficient visuel ?**

Pour la pratique sportive en compétition au plan international, il y a trois classes de déficients visuels.

#### **Classe B 1 : NON-VOYANTS (B = Blind = aveugle en anglais).**

Dans cette classe, la cécité est complète ou pratiquement complète. La sensation lumineuse peut être perçue, mais il existe une impossibilité de reconnaître les objets et les contours, à quelque distance que ce soit, et dans toutes les directions.

#### **Classe B 2 : MALVOYANTS PROFONDS**

On trouve dans cette classe tous les amblyopes profonds ayant une baisse très importante de l'acuité visuelle : moins de 1/30e du meilleur œil avec correction. On trouve également dans cette classe tous ceux dont le champ visuel est extrêmement rétréci, moins de 5°, ce qui équivaut à une vision très limitée, comme si l'on regardait à travers le canon d'un fusil. Les possibilités visuelles qui restent à un malvoyant de la classe B2 peuvent lui permettre de se déplacer et de reconnaître les objets et les contours.

#### **Classe B 3 : MALVOYANTS**

Se retrouvent dans cette classe les amblyopes ayant une acuité visuelle inférieure ou égale à 1/10 pour le meilleur œil, avec correction, ou ceux dont le champ visuel est inférieur à 20° d'ouverture. Ils se déplacent aisément, reconnaissent les objets et peuvent voir de près.

La classification du handicap visuel doit être établie par un ophtalmologiste qui établit un certificat précisant pour chaque œil l'acuité visuelle et le champ visuel.

✓ ***Dans le cadre d'activités sportives pour moins valides atteints de déficience visuelle, quels sont les rôles essentiels du responsable sportif ?***

Outre ce qui précède, le responsable sportif doit savoir que :

1. tout entraînement ou compétition demande le calme : il faut donc proscrire les cris, excitations, applaudissements.
2. les amblyopes, avec déficience évolutive, doivent être éduqués "comme des aveugles", mais en milieu bien éclairé.
3. la possibilité de pratiquer certaines activités physiques est fonction du degré de l'amblyopie et des risques d'aggravation des lésions oculaires. Il convient donc d'éliminer tout risque de traumatisme oculaire direct ou indirect et toute cause d'hyperpression au niveau de la face pour ceux qui ont les globes oculaires fragiles et en conséquence interdire :
  4. tout exercice prolongé où la tête est inclinée vers le bas,
  5. dans le cas d'un glaucome (hypertension oculaire), tout exercice en apnée, est contraindiqué (dynamophilie, plongée sous-marine, plongeon en piscine) dans les courses de vitesse,
  6. toute répétition trop fréquente de sauts pour lesquels on devra enseigner l'amorti à la réception,
7. tout plongeon et, dans certains cas, adopter des lunettes protectrices en piscine.

## ***Les déficients intellectuels***

✓ ***Qu'est-ce qu'un déficient intellectuel ?***

Le handicap mental est la conséquence de limitations des facultés cognitives et en particulier de l'efficacité intellectuelle. Il se définit par l'existence d'un quotient intellectuel (QI) inférieur à la normal et de troubles de l'adaptation sociale. Il se manifeste à tous les âges mais dans bien des cas dès l'enfance. Les causes en sont multiples ; on retiendra en particulier le rôle des affections génétiques, congénitales, infections, intoxications,....

Sous le terme de handicap psychique, on entend les conséquences de troubles relationnels de l'individu vis-à-vis de lui-même et de son entourage. Il peut être consécutif à certains troubles cognitifs d'origine neurologique mais, le plus souvent, est la conséquence d'une maladie psychiatrique du domaine de la névrose grave ou de la psychose. Le handicap psychique génère le plus souvent des troubles du comportement et des troubles affectifs, perturbant l'adaptation sociale.

Il s'agit d'un état durable ou épisodique avec périodes de rémission, avec ou sans altérations des facultés mentales. Il peut apparaître à tous les âges de la vie

Handicap mental et handicap psychique peuvent être isolés mais ils sont en fait souvent intriqués entre eux. Ils peuvent s'ajouter et s'aggraver ; les frontières peuvent être floues, notamment chez l'enfant, dans un contexte de dysharmonie évolutive. Il existe donc des zones de recouvrement pour la prise en charge des personnes entre les secteurs sanitaire (dont psychiatrique), social, voire judiciaire.

✓ **Quels sont les principes de classification chez la personne en situation de handicap ?**

✓ **Est-ce que la classification a toujours existé ?**

La classification fut d'abord basée sur l'atteinte même : certaines épreuves en natation étaient réservées aux amputés du bras, d'autres aux amputés de la jambe ou à ceux souffrant de séquelles de polio... Mais la multiplication des handicaps entraînant la multiplication des classes, le système devenait très complexe à gérer. Les compétitions comprenaient un maximum d'épreuves et les champions foisonnaient, sans comparaison possible de leurs performances. Après les Jeux de Séoul en 1988, le système a été réformé sur base d'une classification fonctionnelle : basée sur les exigences motrices spécifiques à chaque discipline sportive.

✓ **Quel est le but de la classification ?**

La classification a pour but de permettre la compétition à chance égale pour des personnes en situation de handicap dont la déficience n'est jamais tout-à-fait parfaitement la même. Autrement dit, elle a pour principe de définir des groupes, des classes de déficients physiques, aussi homogènes que possible, qui vont concourir dans certaines épreuves bien définies.

Si le sportif ne fait pas de compétition, il n'est pas nécessaire de le classer. Cependant, établir la classification est toujours souhaitable, comme complément de l'examen d'aptitude dont nous avons détaillé les modalités. En effet, ceci aboutit à plus de précision dans la qualification et la quantification de la déficience physique et nécessite un effort supplémentaire de réflexion.

### ✓ **Qui établit la classification ?**

Suivant les disciplines, soit cela sera un médecin ou un kinésithérapeute soit cela sera un groupe de personnes comprenant : un médecin, un technicien et un sportif. Parfois, la classification ne peut être réalisée que par des personnes agréées après formation.

En fait, pour un sportif débutant en compétition, n'importe quel médecin de rééducation ou kinésithérapeute habitués des bilans musculaires et articulaires pourra classer approximativement tout sportif en comparant son bilan aux règlements de classification. En revanche, pour un sportif plus performant, il sera impératif qu'il soit testé par un "classificateur" bien au fait de la classification dans la discipline donnée.

Avant une grande compétition, la classification peut toujours être vérifiée par les médecins de la Commission Médicale de la Fédération. En cas de contestation, une procédure d'appel est prévue par le règlement intérieur de la Fédération.

### ✓ **Qu'est-ce que la classification basée sur le type de handicap (classification médicale) ?**

Les compétitions sont organisées pour tel ou tel type de handicap et uniquement pour eux. Les classifications sont précises, souvent anciennes et bien rodées.

Voici les quatre classifications : sportifs en fauteuil roulant, sportifs amputés, sportifs infirmes moteurs cérébraux et sportifs déficients visuels.

### ✓ **Qu'est-ce que la classification selon le sport pratiqué (classification fonctionnelle) ?**

Ces classifications ont été conçues avec une approche fonctionnelle, c'est-à-dire sur base de la capacité physique et athlétique restante du sportif et en fonction de la discipline pratiquée. Selon ce système, des athlètes présentant des déficiences différentes peuvent s'affronter les uns les autres s'ils présentent un degré égal d'aptitude fonctionnelle. Cette classification peut parfois jouer en défaveur des sportifs qui seront très bien entraînés ou qui auront développé des compensations meilleures que d'autres vis à vis d'une même déficience. Elles peuvent admettre tous les types de handicap de l'appareil locomoteur. En pratique, il faut demander au sportif quel est son sport et consulter la classification correspondante.

Voici quelques exemples en fonction de la discipline :

### ***Classification pour le Basket-Ball en fauteuil roulant***

Quatre classes sont définies qui permettent d'attribuer au joueur une valeur de 1 à 4 points. La classification peut être affinée avec des demi-points. Une équipe de basket-ball en fauteuil roulant comporte cinq joueurs dont le total des points sur le terrain ne doit pas dépasser 14 points en match international.

Huit classes sont à distinguer en Basket-ball. Les classes vont de 1.0 à 4.5 (Classes 1.0, 1.5, 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 et 4,5)

#### Exemple :

Classe 1 : Ces athlètes sans abdominaux ne peuvent exercer une rotation active du tronc. De façon générale, ce sont les paraplégiques de niveau jusqu'à D7 et au-dessus

Classe 4 : Ces athlètes ont une mobilité active sur le plan sagittal et frontal, et peuvent se pencher sur au moins un côté en associant parfois un mouvement d'abduction de hanches pour maintenir leur équilibre. Ils ont en général un niveau neurologique L5 et en dessous

La classification est établie par l'observation du joueur en action, éventuellement confirmée par un examen médical.

### ***Classification an Natation***

Le système de classification pour la natation repose sur un examen sur table (testing musculaire, coordination, amplitudes articulaires, mensurations de moignon, analyse du tronc) suivi de tests dans l'eau (nage, départ, virage) et d'observation en compétition.

Un valide a un total de 300 points pour la nage libre, le dos et le papillon et de 290 points pour la brasse :

#### *Nage libre, dos et papillon :*

- Membre supérieurs 110 points,
- Membre inférieurs 120 points,
- Tronc 50 points,
- Départ 10 points,

- Virages 10 points.

*Brasse idem sauf : membre inférieurs 100 points et tronc 40 points.*

Le handicap minimal pour courir est une perte de 15 points à l'examen sur table. Dans chaque discipline, les athlètes sont classés en catégories selon leur déficience. Les catégories commençant par S désignent la nage libre, le dos et le papillon, celles commençant par SB désignent la brasse et celles commençant par SM désignent le quatre nages individuelles. Les athlètes sourds et malentendants sont classés en catégorie S15 - SB15 - SM 15. Les déficients visuels sont classés en trois catégories : 11 (S11 - SB11 - SM11), 12 (S12 - SB12 - SM12) et 13 (S13 - SB13 - SM13). Les personnes en situation de handicap moteur sont classées en dix catégories S (S1 à S10), en huit catégories SB (SB2 à SB9) et en huit catégories SM (SM3 à SM10) selon leurs capacités fonctionnelles. Cette classification nécessite une grande habitude, mais on peut réaliser une première approche grâce à des profils pour chaque classe avec des exemples de handicap qui ont été définis.

*Exemple de profils de classification pour le crawl, le papillon et le dos.*

Classe S1 (40-65 points) :

1. Tétraplégie complète C6 ou séquelles de polio équivalentes
2. Quadriplégie très sévère avec un faible contrôle de la tête et du tronc et des mouvements très limités de tous les membres pour la propulsion.
3. Arthrogrypose sévère touchant les 4 membres avec un mouvement très restreint des membres supérieurs et une faible propulsion des membres inférieurs.

Classe S8 (216-240 points)

1. Paraplégie de niveau L4-L5 ou séquelle de polio comparable.
2. Diplégie minime avec une atteinte du tronc minime - Hémiplégie légère - Spasticité légère des quatre membres.
3. Double amputation fémorale avec des moignons de longueur supérieure à la moitié des cuisses - Double amputation tibiale de longueur inférieure au 1/3 de la jambe - Amputation brachiale ou atteinte fonctionnelle comparable à une lésion complète du plexus brachial - Amputation des deux mains comprenant au moins 1/4 de la paume
4. Sévère limitation articulaire des membres inférieurs.



### ***Classification au Tennis***

Pour être admissibles à participer aux divisions ouvertes masculines et féminines des tournois de tennis en fauteuil roulant sanctionnés par la FIT et aux Jeux Paralympiques, les joueurs doivent détenir un certificat médical attestant qu'ils sont atteints qu'une incapacité physique permanente. Cette incapacité physique permanente doit entraîner une perte importante de fonctionnalité dans une jambe de l'athlète, ou les deux.

Pour pouvoir participer à la division quad, un joueur doit satisfaire aux critères d'incapacité physique permanente stipulés ci-dessus. De plus, l'athlète doit avoir une perte importante de fonctionnalité dans un membre supérieur, ou les deux. Pour de plus amples informations, consultez le guide de tennis en fauteuil roulant de le FIT.