

CHARTRE LOISIRS HANDICAP

*Protocole d'accueil des enfants
en situation de handicap en Accueils
de loisirs et Séjours de Vacances*

Ce dossier n'est pas définitif, il peut encore subir quelques modifications.

SOMMAIRE

Contexte

Les accueils de loisirs et séjours de vacances

La notion d'enfants en situation de handicap

L'enfant en situation de handicap en accueil de loisirs et séjour de vacances

Le protocole d'accueil

Le projet de la structure

La préparation de l'accueil

Le déroulement de l'accueil

Le suivi de l'accueil

Les documents de liaison

Les partenaires

Annexes

I - Les organisateurs d'Accueils de Loisirs et de Séjours de Vacances signataires de la Charte Loisirs / Handicap

(Documents transmis lors de la signature de la Charte)

II - Cellule d'accompagnement et liens utiles

(Documents transmis lors de la signature de la Charte)

III - Informations complémentaires relatives à la notion de handicap

IV - Extraits Guide méthodologique à l'usage des formateurs dans le cadre des formations BAFA :

1 - Les Attentes réciproques des parties

2 - Les Fiches techniques

V - Informations concernant l'enfant en situation de handicap

1 - Informations Générales

2 - « Vie quotidienne »

3 - « Vie Sociale »

VI - Bilan d'accueil de la famille/du tuteur

VII - Bilan d'accueil de la structure

Contexte

L'intégration sociale des personnes en situation de handicap relève d'un souci éthique et d'une volonté politique largement affichée dans les pays occidentaux.

Les personnes en situation de handicap peuvent rencontrer certaines difficultés dans leur vie quotidienne ; les loisirs interviennent donc comme un acteur privilégié d'insertion et de réhabilitation.

La volonté politique et institutionnelle sur le département de la Haute-Loire a permis une mutualisation de compétences afin de proposer aux enfants en situation de handicap d'intégrer un accueil de loisirs ou séjour de vacances.

Cette réflexion, conçu par un groupe de travail issu d'une concertation départementale, a pour buts :

- ✓ d'inciter les organisateurs d'accueil de loisirs et de séjours de vacances à accueillir des enfants en situation de handicap,
- ✓ d'aider les équipes pédagogiques à construire un accueil adapté,
- ✓ d'aiguiller les familles dans les centres reconnus pour leurs compétences dans le domaine.

Le **groupe de travail** propose un référent par secteur d'activité :

Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports :

Régine VERDAN

Conseiller Sport Jeunesse Handicap :

Pierre-Emmanuel BARUCH

Conseil général :

Docteur Patrick DANEL

Services d'accompagnement :

SPMS

SSESD

Maison Départementale des Personnes Handicapées :

André BERTRAND

Ce protocole a donc pour objectif d'accompagner les structures, de valoriser leur démarche et d'informer les parents de l'action engagée sur les structures reconnues et signataires du protocole ; il respecte les limites et les champs de compétences des organisateurs d'accueil de loisirs et séjours de vacances.

Les signataires du protocole d'accueil s'engagent à assister à une réunion annuelle afin de faire le point sur l'accueil des enfants en situation de handicap.

Pour sa part, la DDJS de la Haute-Loire proposera chaque année une formation (théorique et pratique) d'une semaine environ, pour l'accueil d'un public en situation de handicap.

Les familles contacteront directement les structures d'accueil pour inscrire leur enfant.

Dans le cas où cet accueil de loisirs ou séjour de vacances ne peut pas accueillir l'enfant, les familles pourront se renseigner auprès du Conseiller Sport Jeunesse Handicap 43 qui les orientera dans leurs démarches et qui répondra dans la mesure du possible à leurs interrogations.

Les accueils de loisirs et séjours de vacances



Les centres de vacances et de loisirs sont des accueils collectifs qui proposent une offre d'animation, d'activité régulière et diversifiée, en dehors des temps d'école, dans les temps de vacances et de loisirs. Ils s'adressent à tous les enfants et les adolescents de l'âge de leur scolarité à leur majorité.

Dans ces accueils les enfants et/ou les adolescents participent, sous la responsabilité d'un encadrement qualifié à cet effet, à des activités de loisirs éducatifs et de détente, qui sont structurées autour d'un projet éducatif propre à chaque organisateur et d'un projet pédagogique propre à chaque équipe d'encadrement.

Les missions d'une structure d'accueil :

- ✓ Alternier des activités variées et organisées avec des moments de détente du groupe,
- ✓ Favoriser la participation individuelle, le développement de l'autonomie et des responsabilités,
- ✓ Permettre l'apprentissage de la vie en communauté et du respect des différences de chacun.

Les activités qui peuvent être proposées :

- ✓ Activités physiques,
- ✓ Activités culturelles et d'expression artistique,
- ✓ Activités scientifiques et techniques,
- ✓ Activités de découverte de l'environnement,
- ✓ Activités d'initiation et de découverte des langues et cultures étrangères.

La notion d'enfants en situation de handicap



La loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » apporte une définition légale du handicap.

En effet, selon l'article 2 : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

Par ailleurs, au même titre que la santé, l'éducation, la formation, et l'emploi, **l'accès aux vacances et aux loisirs pour tous est un droit fondamental** inscrit dans la loi dite de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998, et repris dans la loi du 11 février 2005. Tous les citoyens, y compris les personnes handicapées doivent avoir la possibilité de découvrir les richesses naturelles, patrimoniales et culturelles de notre pays.

L'enfant en situation de handicap en accueil de loisirs et séjour de vacances



L'ordonnance du 1^{er} septembre 2005, et le décret du 26 juillet 2006 qui régissent la protection des mineurs, et notamment les accueils de loisirs et séjour de vacances, ne reconnaissent pas de spécificité ni de restriction d'accueil quant à la présence d'enfants en situation de handicap dans ces structures.

De ce fait au regard de la réglementation, **l'enfant en situation de handicap en accueil de loisirs et séjour de vacances est considéré de la même manière qu'un autre enfant.**

Les besoins de l'enfant en situation de handicap et les contraintes de l'équipe d'encadrement doivent être identifiés pour permettre un accueil harmonisé.

Les structures doivent prendre en compte cette spécificité et aménager leur mode de fonctionnement à ce type d'accueil. Cet aménagement peut se comprendre à plusieurs niveaux : adaptation fonctionnelle du lieu d'accueil, spécialisation et qualification des équipes, choix de projets d'animation adéquats, engagement de relations avec les parents, les autres enfants du centre et d'éventuelles équipes médicales...

Le protocole d'accueil

Le protocole d'accueil se construit autour de quatre temps : le projet de la structure, la préparation de l'accueil, le temps d'accueil et le suivi de l'accueil.

Le projet de la structure



L'accueil d'enfants en situation de handicap dans une structure doit correspondre à un véritable désir de celle-ci. A défaut l'enfant ne sera qu'un consommateur d'activités, si la structure prend le risque d'un manque de réflexion et donc de prise en compte de la singularité de l'enfant par l'équipe d'animation.

Pour cette raison, la **place de l'enfant en situation de handicap doit apparaître dans le projet éducatif et pédagogique** de la structure qui souhaite bénéficier du protocole.

La préparation de l'accueil

se RENCONTRER

Une rencontre préalable entre la structure et l'entourage de l'enfant est nécessaire pour bien préparer l'accueil. L'idéal consisterait à un entretien entre la famille, la structure et un professionnel de santé/médico-social (éducateur, médecin...), et cela dans le but de définir clairement les attentes de la famille et de répondre aux questions des structures accueillantes. Un entretien téléphonique ne suffit pas.

La famille :

- ✓ vient avec l'ensemble des documents remplis ;
- ✓ informe la structure en lui donnant des indications relatives à l'état de santé de l'enfant (protocole d'accueil individualisé s'il existe, recommandations du médecin et de l'éducateur...).

La structure :

- ✓ transmet le projet pédagogique et le programme d'activités ;
- ✓ renseigne la famille sur le déroulement de l'accueil proposé ;
- ✓ informe des conditions et des limites d'accueil ;
- ✓ écoute les souhaits et essaie d'y répondre dans la mesure des moyens dont elle dispose.

Pour une prise en charge pertinente, l'ensemble de l'équipe d'animation doit prendre en compte les informations transmises par l'entourage de l'enfant.

Le séjour doit s'effectuer dans un **souci total d'intégration**. L'animateur spécialisé sert de référent à l'enfant mais doit être pleinement intégré à l'équipe pédagogique. C'est donc **l'ensemble de l'équipe qui prendra en charge l'enfant**, et pas seulement l'animateur « formé » qui reste un professionnel « ressource » ; tout comme la Direction pour l'équipe pédagogique.

L'enfant participe, dans la mesure de ses capacités, **à l'ensemble des activités** physiques, culturelles et de loisirs proposées durant le séjour. Une attention supplémentaire sera portée lorsque les activités sont proposées par un prestataire afin que les enfants y participent pleinement **avec l'ensemble du groupe**.



Au terme de cette rencontre, les différentes parties sont en mesure de renoncer à l'accueil : si la structure n'est pas en capacité d'accueillir correctement l'enfant au regard de ses besoins spécifiques ou si l'accueil ne répond pas aux attentes de la famille.

SENSIBILISER les autres enfants

Les enfants et les jeunes sont très sensibles aux différences et à l'impact de celles-ci sur la vie quotidienne. Ils constituent une population sur laquelle il est pertinent de concentrer les efforts. Les accueils de loisirs et séjours de vacances apparaissent comme les meilleurs endroits pour apporter cet éclairage, et fournissent un cadre adapté pour les échanges.



Le thème du handicap touche, en bien des points, aux aspects fondamentaux de la vie en société et de la perception sociale d'autrui: Qu'est-ce que "handicap" signifie réellement? Quelles représentations en avons-nous ? Dans quelle mesure une pratique de loisirs est-elle envisageable dès lors que l'on est handicapé ?

Au travers des jeux, d'animations il est important d'amener les jeunes à réfléchir sur des notions telles que l'intégration, les représentations sociales, la richesse des différences...

COMMUNIQUER

Faire connaître l'existence du projet éducatif et du projet pédagogique de la structure d'accueil aux établissements spécialisés et aux parents d'enfants en situation de handicap.

ORGANISER

Plusieurs points sont à prendre en compte en vue d'un accueil adapté :

1/ Optimiser l'accueil : pour cela il est souhaitable que l'équipe d'animation et de direction ait suivi une formation spécifique « handicap » (*il peut s'agir notamment du BAFA Handicap*). Ainsi les animateurs disposent d'éléments quant aux pathologies qu'ils sont susceptibles de rencontrer. De plus pour le bon déroulement du séjour la direction doit transmettre à l'équipe pédagogique l'ensemble des informations données par la famille et par les professionnels de santé et/ou médico-sociaux.

2/ Informer le médecin référent de l'accueil de loisirs ou du séjour de vacances de l'accueil d'enfants en situation de handicap et le cas échéant les pompiers.

3/ Adapter ses activités en fonction des pathologies susceptibles d'être accueillies (matériel, accessibilité au lieu de pratique...).

4/ Anticiper les problèmes de sécurité et de développement en adaptant les locaux et l'accompagnement « humain » de l'enfant.

Le déroulement de l'accueil



L'accueil de l'enfant correspond peut être au temps le plus « facile » dans la mesure où les difficultés ont été relevées, où la place de l'enfant dans la structure a été élaborée en amont et prise en compte dans le projet de l'équipe.

Afin de gérer au mieux la vie quotidienne dans les structures d'accueil, une **cellule d'accompagnement**, composée par des personnes de terrain, est mise en place. Les intervenants de cette cellule ont chacun un domaine de compétence spécifique.

COMMUNIQUER

Rencontrer l'enfant et les parents régulièrement afin d'évaluer si le projet reste pertinent.

CONFIDENTIALITE

Les informations d'ordre médical sont conservés par le directeur ou transmis à l'assistante sanitaire.

Le suivi de l'accueil



Les structures d'accueil et les familles dressent un bilan quant au déroulement de l'accueil : ils évaluent les aspects positifs et négatifs, et peuvent proposer des voies d'amélioration pour les futures intégrations. Les familles et les centres qui accueillent les enfants se retournent mutuellement un bilan d'accueil.

Les documents de liaison

Afin de préparer au mieux l'accueil des enfants en situation de handicap, il faut établir un partenariat dynamique entre la structure et l'entourage de l'enfant.

Les informations concernant l'enfant :

La famille :

- ✓ L'imprimé « vie quotidienne » ;
- ✓ L'imprimé « vie sociale » ;
- ✓ Le protocole d'accueil individualisé de l'Education Nationale s'il existe;
- ✓ Un courrier complémentaire sur ses relations avec les autres enfants et adultes, ses centres d'intérêts, sa personnalité, et toutes autres informations pouvant être utiles ;
- ✓ Si un matériel est nécessaire pour se déplacer (fauteuil, déambulateur...) ou pour la toilette (fauteuil douche) : donner les caractéristiques techniques, les dimensions (plié et non plié) et le poids du matériel.
- ✓ Le bilan d'accueil que la famille, ou le tuteur, retourne au centre de vacances ou de loisirs.

La structure :

- ✓ Le bilan d'accueil rempli par le centre de vacances ou de loisirs qui a accueilli l'enfant en situation de handicap.

Le médecin traitant :

- ✓ Un certificat de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives proposées durant le séjour ;
- ✓ Si l'enfant suit un traitement : l'ordonnance médicale contenant les prescriptions.

Les partenaires



Annexes

Annexe I – Les organisateurs d’accueils de loisirs et séjours de vacances signataires de la Charte Loisirs / Handicap

Annexe II – Cellule d’accompagnement et liens utiles

Annexe III – Informations complémentaires relatives à la notion de handicap

Handicap sensoriel (liste non exhaustive)

Les enfants **sourds** ou malentendants sont privés des informations sonores : sons, bruits, paroles et ne peuvent pas percevoir un bruit de danger, ou un signal sonore d'alarme. Ils ont du mal à recevoir le message oral si on ne leurs parle pas en face à face en prenant soin d'articuler.

Les enfants **non voyants** ou malvoyants : la classification OMS de la déficience visuelle est basée sur la mesure de l'acuité visuelle de loin et la mesure du champ visuel, c'est-à-dire de la portion de l'espace perçue lorsque l'œil est ouvert et immobile.

Selon la législation, sont considérées comme :

- **aveugles**, les personnes dont l'acuité visuelle de loin est inférieure à 1/20e du meilleur œil après correction ou dont le champ visuel est, pour chaque œil, inférieur à 10° ;
- **déficientes visuelles profondes**, les personnes ayant une acuité visuelle de loin comprise entre 1/20e et 4/10e du meilleur œil après correction ou ayant un champ visuel pour chaque œil compris entre 10° et 20°.

Handicap moteur (liste non exhaustive)

Les enfants **paraplégiques** (paralysés des membres inférieurs) ou tétraplégiques (paralysés des membres inférieurs et supérieurs).

Les enfants **hémiplégiques** (paralysés d'un côté).

Les enfants **myopathes**.

Les enfants **amputés**.

Les enfants **malformés** au niveau des membres.

Les enfants **IMC** (Infirmités Motrices Cérébrales), avec souvent des problèmes de coordination, d'équilibre, de marche, de gestes saccadés... De plus, ces enfants ont généralement un retard intellectuel associé à leur handicap moteur.

Troubles de la santé (liste non exhaustive)

Les enfants atteints de **maladies génétiques** (myopathies, mucoviscidose, ...), sachant que les maladies génétiques qui touchent les muscles **amènent** généralement **à un handicap moteur**.

Les enfants atteints de **maladies dégénératives** (maladie de Crohn, sclérose en plaque...) c'est-à-dire que ces maladies **évoluent dans le temps**. L'enfant peut alors se trouver dans une bonne phase lors du séjour comme dans une période de déclin.

On ne peut pas la prévoir donc la **communication et la confiance avec les parents** est très importante.

Ces maladies sont variées, elles peuvent diminuer l'autonomie de l'enfant. Même si elles ne diminuent pas l'autonomie, elles ont une **influence dans la vie quotidienne et la qualité de vie de l'enfant**.

Les enfants **diabétiques**.

Les enfants **insuffisants cardiaques**.

Les enfants ayant un **dysfonctionnement hormonal**.

Déficiences intellectuelles, maladies mentales, troubles comportementaux

Les enfants **trisomiques**. La trisomie ne doit pas être considérée de façon univoque car les **conséquences** sur l'enfant sont **diverses** suivant le type de trisomie, mais également suivant le vécu de l'enfant (stimulation intellectuelle et physique, surprotection...). Il est donc important d'avoir les informations supplémentaires nécessaires au bon déroulement du séjour (notamment pour la vie quotidienne et la socialisation des enfants).

Les enfants **autistes**. Là encore l'autisme peut se manifester différemment. L'enfant sera suivant les cas plus ou moins impliqué dans la vie sociale. Le changement de leur rythme de vie, la séparation avec la famille sont des paramètres importants sur lesquels il faudra avoir une attention particulière. Demander à la famille les mesures à prendre en cas de crises importantes.

Les enfants atteints d'une **maladie mentale** (schizophrénie, psychopathie...) sont quasi obligatoirement sous traitement. Ils ont souvent des tendances paranoïaques et peuvent avoir un comportement agressif. Mais si le traitement est adapté, les symptômes sont effacés (ou presque). On doit pouvoir contacter le psychiatre qui suit l'enfant.

Les enfants **hyperactifs** ne tiennent pas en place, et sont toujours en mouvement. Ils prennent généralement un traitement qui les calme (plus ou moins). Ils sont habituellement insensibles à l'autorité, c'est-à-dire que la sévérité ne les rendra pas moins « actifs ».

Les enfants **épileptiques** sont souvent sous traitement. Bien relever les gestes à effectuer en cas de crise auprès des parents.

Les enfants atteints de **TOC** (Troubles Obsessionnels Compulsifs) ont souvent des attitudes et des paroles qui dépassent leur pensée.

Annexe IV – Extrait Guide méthodologique à l'usage des formateurs dans le cadre des formations BAFA

1 - Les attentes réciproques des parties

L'enfant ou le jeune mineur handicapé attend du directeur et de l'animateur :

- qu'il le reconnaisse comme un enfant à part entière au sein du groupe (dédramatiser mais ne pas banaliser);
- qu'il fasse preuve d'égalité et de justice ;
- qu'il ait de la stabilité ;
- qu'il respecte son rythme ;
- qu'il respecte sa personne et sa dignité ;
- qu'il prenne du recul en étant un référent en cas de besoin ;
- qu'il prenne en compte ses besoins spécifiques caractérisant le ou les handicap(s) concerné(s) sans le surprotéger.

Qu'il lui permette :

- de partager un temps de vacances ou de loisirs comme et avec tous les enfants ;
- de se sentir en sécurité physique et affective (par exemple, qu'il veille à ce qu'il ne soit pas l'objet de la moquerie des autres enfants) ;
- de vivre des situations favorisant son autonomie et adaptées à ses capacités ;
- de se mesurer par rapport aux autres, aux règles ;
- de prendre du plaisir ;
- de participer à des activités ou à des "aventures".

Les parents attendent du directeur et de l'animateur :

- qu'ils puissent leur faire confiance ;
- qu'ils puissent les rencontrer avant et après le séjour ;
- qu'ils puissent avoir des nouvelles de leur enfant et lui donner des leurs.

Que l'enfant ou le jeune mineur :

- soit en sécurité ;
- bénéficie d'activités adaptées à ses possibilités ;
- se sente bien ;
- vive avec les autres ;
- progresse.

Que l'animateur et le directeur :

- respectent l'hygiène, la santé de l'enfant ;
- respectent les besoins spécifiques de la vie quotidienne de l'enfant ;
- tiennent compte des conseils.

Le directeur attend des animateurs :

- qu'ils respectent les normes (isolement, transport) et les règles de sécurité ;
- qu'ils mettent en oeuvre des actions permettant de répondre à l'attente de l'enfant et de ses parents ;
- qu'ils travaillent en équipe et, dans ce cadre, puissent repérer leurs limites ;
- qu'ils l'informent ;
- qu'ils observent l'enfant ou le jeune mineur pour être en mesure de prendre en charge sa vie quotidienne ;
- qu'ils expriment leurs questionnements et les difficultés rencontrées dans leurs relations auprès de l'enfant ou du jeune mineur handicapé ;
- que chacun ne se considère pas comme seule personne référente de l'enfant ou du jeune mineur, mais comme un repère ;
- qu'ils soient inventifs, créatifs en gardant du bon sens pour permettre la participation aux activités.

Ce qu'attend(ent) du directeur :

L'enfant ou le jeune mineur handicapé :

- qu'il soit garant de la relation éducative enfant/animateur dans le cadre du projet pédagogique ;
- qu'il soit un recours en cas de problème.

Les parents :

- qu'il respecte le projet éducatif de l'organisme choisi ;
- qu'il soit capable de le traduire en projet pédagogique ;
- qu'il soit garant de l'adaptation des activités au rythme de vie de leur enfant ;
- qu'il respecte leur choix de vacances en structure non spécialisée dans l'accueil du public handicapé ;
- qu'il assure la liaison parents/enfant – enfant/parents;
- qu'il soit garant de la confidentialité médicale ;
- qu'il veille au respect du traitement médical et des prescriptions.

L'organisateur :

- qu'il crée un climat de confiance avec les parents ;
- qu'il soit le point de cohésion de l'intégration (le liant à l'ensemble des adultes) ;
- qu'il décide des informations qu'il donne ou non (confidentialité médicale) ;
- qu'il crée les conditions d'accessibilité en veillant à la sécurité tout en responsabilisant l'enfant dans tous les moments de la vie avec les autres enfants ;
- qu'il adhère à son projet d'intégration ;
- qu'il ait une bonne connaissance des divers partenaires, des coordonnées des médecins, du dossier médical de l'enfant et des informations qui lui sont fournies ;
- qu'il garantisse les conditions sanitaires, physiques, matérielles et de sécurité pour l'intégration de l'enfant ; en outre, l'équipe doit recevoir des consignes précises concernant l'évacuation des locaux eu égard aux divers types de déficiences constatées. Il doit veiller, dans la mesure du possible, à héberger en priorité les mineurs ayant une mobilité réduite à proximité d'une issue de secours adaptée.

L'équipe adulte (équipe pédagogique et personnels de service) :

- qu'il maîtrise et adhère au projet d'intégration ;
- qu'il les conseille et les accompagne ;
- qu'il ait une capacité de décision ;
- qu'il ait du recul par rapport à l'ensemble des adultes ;
- qu'il assure le lien avec les différents partenaires dont les parents ;
- qu'il donne toutes les informations nécessaires au bon déroulement du séjour de l'enfant ;
- qu'il crée les conditions favorables à l'expression de chacun ;
- qu'il associe, plus particulièrement, la personne chargée du suivi sanitaire et le cuisinier à la mise en oeuvre de sa démarche intégrante.

Les animateurs stagiaires :

- qu'il assume sa fonction de formateur en mettant en place un dispositif d'accompagnement des stagiaires qui prenne en compte les différents aspects du projet d'intégration.

Le directeur attend de l'organisateur :

- qu'il propose des conditions sanitaires, physiques, matérielles et de sécurité pour l'intégration;
- que ces conditions soient cohérentes avec le projet éducatif de l'organisateur ;
- qu'il lui fournisse les informations nécessaires concernant les enfants ;
- qu'il lui garantisse un soutien et un accompagnement en cas de difficultés.

2 – Les Fiches Techniques

L'enfant handicapé moteur :

Il peut éprouver des difficultés pour se déplacer, il utilise alors :

- des cannes ou un cadre de marche. Il peut être appareillé d'une prothèse qui l'aide à se maintenir debout ;
- une poussette qui demande l'aide d'un tiers pour les déplacements ;
- un fauteuil roulant manuel qui lui permet de se déplacer seul ou qu'il faut pousser ;
- un fauteuil roulant électrique qu'il manœuvre sans aide extérieure.

Pour faciliter l'autonomie de ses déplacements, il est souhaitable que les locaux soient commodes d'accès (absence de marches, d'escalier, seuils de portes mis à niveau, passages suffisamment larges...).

- il peut être plus lent que les autres enfants dans tous les gestes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, aller aux toilettes,...) ;
- il peut avoir besoin d'une aide extérieure pour les actes de la vie quotidienne ;
- il peut se fatiguer plus vite que les autres enfants ;
- lorsqu'il est dans son fauteuil, il a besoin d'aborder l'environnement à sa hauteur. Il faut savoir se baisser pour l'écouter ou lui parler, lui présenter les objets à portée du regard ou des mains... ;
- il peut fréquemment souffrir d'escarres aussi faut-il être très vigilant, examiner la peau aux points de contact et de frottement, masser et changer les points d'appui ;

- il doit manger régulièrement des légumes et des fruits, boire abondamment pour éviter une constipation fréquente chez les personnes en fauteuil.

Lorsqu'un enfant est en fauteuil électrique, il faut :

- penser à charger la batterie tous les jours (le soir) car, sans fauteuil, l'enfant est privé d'autonomie, de déplacement ;
- mettre le fauteuil en charge dans un endroit où il ne sera pas débranché par inadvertance ;
- vérifier que toutes les prises sont bien branchées aussi bien pour la mise en charge le soir que pour le fonctionnement du fauteuil dans la journée pour :
 - le boîtier de commande vers le boîtier électronique ;
 - les prises de la batterie au boîtier électrique ;
 - le boîtier électronique au moteur.
- vérifier le niveau d'eau de la batterie régulièrement : si le niveau est trop bas, ajouter de l'eau distillée.

L'enfant sourd ou déficient auditif :

- il peut a priori tout faire sans risques particuliers et possède toutes les capacités intellectuelles et physiques d'un enfant du même âge ;
- il ne peut être isolé car il est privé des informations sonores : sons, bruits, paroles. Il ne peut pas percevoir un bruit de danger (véhicule arrivant), ou un signal sonore d'alarme ;
- il appréhende le monde principalement par la vue ;
- il a du mal à recevoir le message oral : lui parler simplement à voix d'intensité habituelle de face et bien éclairé (jamais à contre-jour) en articulant correctement mais sans exagérer. En raison de ses difficultés d'appropriation du français oral et écrit, il a également du mal à comprendre ;
- il a besoin de consignes simples et d'explications en anticipation des situations ;
- il importe qu'il soit proche et en vis-à-vis de son interlocuteur pour communiquer ;
- il porte presque toujours des prothèses auditives. Il faut vérifier, si l'enfant est jeune, qu'elles sont en état de marche. Les piles doivent être changées tous les 5 à 7 jours ;
- les situations d'échanges en groupe sont les plus problématiques pour les jeunes sourds. Les prises de parole fusent sans qu'ils puissent identifier les nouveaux locuteurs. Ils perdent alors le fil de la conversation et finissent par s'ennuyer ;
- il faut donc préparer l'enfant, lui expliquer les choses par anticipation et vérifier qu'il a compris : le "quand", "où", "comment" ; "pour quoi faire", "avec qui" ;
- il faut se rappeler que le signal sonore du danger venant de l'arrière n'est pas perçu ;

- tous les documents visuels (photos, images, dessins) sont des outils nécessaires et doivent être précis. Le mime, le geste, l'expressivité globale accompagnant le message oral sont indispensables ;
- il faut être attentif aux caprices ou colères qui peuvent être l'expression d'une incompréhension de la part de l'enfant.

Les prothèses (amplificateurs traditionnels, contours d'oreilles) :

Un enfant sourd appareillé ne peut être considéré comme entendant. Il ne peut pas recevoir tous les sons ou les reçoit avec une distorsion. D'autre part, sa surdité peut avoir entraîné un retard plus ou moins important de langage.

- l'enfant ne doit pas les porter au lit, sous la douche, en jeux d'eau, dans le sable ;
- l'embout de la prothèse doit être propre, non obturé, nettoyé régulièrement ;
- en hiver, sous un bonnet et dans toute position de contact, il faut arrêter l'appareil ou le repositionner dans l'oreille s'il se produit des sifflements ;
- en cas de petits problèmes ORL ou dermatologiques, arrêter le port de l'appareil car il devient gênant ;
- le jeune sourd peut être dérangé par le brouhaha (préau, cantine...) et par le bruit de la circulation ce qui peut nécessiter de fermer son appareil.

Les implants cochléaires :

Il s'agit d'une technique beaucoup plus lourde destinée à certaines catégories de surdité ne pouvant bénéficier d'une prothèse classique. Ils comprennent un microphone qui capte les sons, un microprocesseur qui code ces sons et les renvoie par l'intermédiaire d'une antenne à des électrodes implantées dans la cochlée. La batterie est à recharger chaque jour.

L'enfant aveugle ou déficient visuel :

La classification OMS de la déficience visuelle est basée sur la mesure de l'acuité visuelle de loin et la mesure du champ visuel, c'est-à-dire de la portion de l'espace perçue lorsque l'œil est ouvert et immobile.

Selon la législation, sont considérées comme :

- **aveugles**, les personnes dont l'acuité visuelle de loin est inférieure à 1/20e du meilleur œil après correction ou dont le champ visuel est, pour chaque œil, inférieur à 10° ;

- **déficiences visuelles profondes**, les personnes ayant une acuité visuelle de loin comprise entre 1/20e et 4/10e du meilleur oeil après correction ou ayant un champ visuel pour chaque oeil compris entre 10° et 20°.

Les cas de mal voyance sont très diversifiés et entraînent des conséquences dans la vie quotidienne si différentes qu'il est quasiment impossible de donner des conseils précis. Ainsi, il n'est pas rare qu'un enfant ayant une atteinte de la vision périphérique puisse lire les caractères du dictionnaire alors qu'il a des difficultés à lire les gros caractères d'un panneau publicitaire. De même, certains malvoyants voient relativement bien les objets fixes mais perçoivent mal des objets en mouvement.

Ou encore, un enfant peut se déplacer sans difficulté apparente le jour et se retrouver en situation d'aveugle dès que la nuit tombe. Certains malvoyants ont besoin de plus de lumière que la normale ; à l'inverse, d'autres en ont besoin de moins. Il est alors fréquent que ces derniers portent une casquette même à l'intérieur pour mieux supporter l'excès de lumière...

Par ailleurs, **certaines pathologies impliquent des contre-indications** à certaines activités sportives. Il n'est pas rare que des enfants tentent de les dissimuler, tout simplement par pur intérêt pour l'activité qui leur est interdite ou pour "faire comme les autres" dans un souci d'intégration. Compte tenu de la complexité de la malvoyance, il est impératif que l'encadrement connaisse non seulement ces contre-indications avec précision, mais aussi s'informe auprès de l'enfant et de ses parents des conséquences réelles de son handicap sur les principaux actes de la vie quotidienne. L'encadrement pourra ainsi, en toute sécurité et sans frustrer l'enfant inutilement, l'aider au mieux à s'intégrer dans la limite de ses possibilités.

Déplacements des personnes aveugles et malvoyantes :

- Lorsque celles-ci arrivent dans un lieu inconnu qu'elles devront fréquenter pendant plusieurs jours, il importe de prendre le temps nécessaire pour les aider à se repérer afin qu'elles parviennent, dans les meilleurs délais, à se déplacer seules, avec ou sans canne blanche, selon leur habitude.

- Une personne aveugle ou très malvoyante peut être très opérationnelle dans un endroit connu et faire l'admiration de tous. En revanche, dans un endroit inconnu, elle peut être complètement perdue et avoir besoin d'être accompagnée.

Les personnes voyantes ont souvent bien du mal à comprendre ce phénomène.

- Se déplacer seul, pour un aveugle ou un malvoyant, requiert par ailleurs beaucoup de concentration et cela peut être une cause de fatigue intense, d'autant que cette concentration est souvent nécessaire pour compenser le handicap visuel dans d'autres activités de la vie quotidienne.

- Pour être guidée, une personne aveugle doit tenir le bras de son guide juste au-dessus du coude. Ainsi légèrement décalée en arrière de son guide, elle saura, sans qu'on soit obligé de le lui dire, s'il y a un trottoir à monter ou à descendre... Lorsque le passage devient étroit, le guide mettra son avant-bras dans le dos et l'aveugle comprendra alors qu'il doit marcher bien derrière son guide.

- Évitez à tout prix de tirer ou pousser la personne dans la direction où vous voulez qu'elle aille.

Les personnes aveugles ou malvoyantes impressionnent souvent leur entourage par leur capacité à reconnaître les gens qui les entourent à l'aide d'indices non visuels tels la voix, le parfum, la démarche. Cependant, cet exercice demande de la concentration et beaucoup de personnes sont très étonnées de ne pas être reconnues alors qu'elles l'ont été de nombreuses fois auparavant. Dans ce cas seulement, rappelez votre identité. Signalez à l'enfant que vous sortez de la pièce afin qu'il ne parle pas dans le vide. Si vous voulez donner un objet à l'enfant, mettez-le lui dans la main plutôt que de le poser à proximité, cela lui évitera de le chercher, de le faire tomber... Et puis, ne le voyant pas, au bout d'un moment, il risque d'en oublier l'existence.

Par ailleurs, ayez toujours à l'esprit qu'il y a de nombreuses choses que vous pensez infaisables par un aveugle ou un malvoyant et qui pourtant le sont. À l'inverse, certaines que vous pensez faisables, ne le sont pas sauf avec le concours d'autrui.

Sachez enfin que bien souvent une personne aveugle ou malvoyante met beaucoup plus de temps que vous pour exécuter une tâche et qu'il est alors tentant de la faire à sa place. Mais si l'on fait tout à sa place, la personne risque de se sentir rapidement inutile.

L'enfant handicapé mental :

Chaque enfant a une capacité qui lui est propre.

On peut noter un ralentissement dans les acquisitions des performances de l'intelligence (capacité d'analyse...).

La déficience se traduit, à des degrés divers, par des difficultés de compréhension, de situation dans l'espace et le temps. Les notions de passé, présent et futur ne sont acquises qu'avec un grand retard. Ils peuvent de même facilement s'égarer.

Il éprouve des difficultés d'apprentissage et d'assimilation des notions abstraites, d'expression orale, le tout entraînant une limitation de ses facultés à faire face aux situations de la vie.

On ne peut déterminer de spécificité propre aux handicapés mentaux dans leur comportement, si ce n'est fréquemment l'instabilité.

Le comportement de ces enfants varie suivant la nature et le degré du handicap.

L'enfant polyhandicapé :

L'enfant polyhandicapé est atteint d'un handicap grave qui associe une atteinte intellectuelle sévère et un handicap moteur.

Il est dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne (habillage, toilette, repas).

Il peut également présenter des troubles sensoriels (vision, audition).

L'ensemble de ces atteintes rend difficile la communication qui, souvent, ne s'établit que dans des conditions très spécifiques : calme, sentiment de sécurité, partenaires connus.

Il se déplace souvent en fauteuil roulant et peut porter des appareils orthopédiques (corset, sièges moulés...).

L'enfant autiste :

L'autisme se traduit par un déficit de la communication caractérisé le plus souvent par des troubles du langage et du comportement.

L'enfant autiste a souvent des comportements et des habitudes ritualisés.

Sa vie relationnelle est difficile. On peut observer des manifestations de colère, surtout quand il veut éviter la relation ou si on le perturbe.

Annexe V – Informations concernant l'enfant en situation de handicap

1 – Informations générales

2 – « Vie Quotidienne »

3 – « Vie Sociale »

Annexe VI – Bilan d'accueil Familles / Tuteur

Annexe VII – Bilan d'accueil Structure

INFORMATIONS GENERALES

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Noms des parents ou du tuteur :

Téléphone :

Adresse électronique :

Situation de handicap :

L'enfant est-il suivi par un service d'accompagnement ?

OUI

NON

Si oui, lequel :

Ses coordonnées :

Autorisez-vous la structure d'accueil à prendre contact avec cet établissement ?

OUI

NON

NOM :Prénom :

VIE QUOTIDIENNE

Renseigner chaque ligne avec le chiffre correspondant aux capacités de votre enfant

AUTONOMIE : 1 = *fait seul*
 2 = *fait partiellement ou non correctement*
 3 = *ne peut pas faire*

ORIENTATION	<ul style="list-style-type: none"> - repères temporels - lieux, espaces - conscience du danger
HYGIENE	<ul style="list-style-type: none"> - toilette - douche - brossage de dents
HABILLAGE	<ul style="list-style-type: none"> - haut - bas - gestes fins (boutonnage, laçage...) - chaussures, chaussettes - choix de vêtements - dissociation linge propre/linge sale
ALIMENTATION	<ul style="list-style-type: none"> - se servir - utiliser fourchette ou une cuillère - se servir d'un couteau - gestes fins (ouvrir un yaourt, peler un fruit..) - boire
PROPRETE	<ul style="list-style-type: none"> - s'essuie après les selles - va seul aux toilettes sans incitation
TRANSFERTS	<ul style="list-style-type: none"> - lit-fauteuil - toilette-fauteuil - chaise-fauteuil
DEPLACEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> - marche - court - fauteuil - poussette - déambulateur - canne - nage - monte et descend les escaliers - marche longuement
COMMUNICATION	<ul style="list-style-type: none"> - maîtrise le langage Précisions si troubles du langage :
GESTION	<ul style="list-style-type: none"> - gestion des affaires - écriture - lecture - dessin

NOM :Prénom :

VIE SOCIALE

Renseigner chaque ligne avec le chiffre correspondant aux capacités de votre enfant

AUTONOMIE : 1 = *oui*
 2 = *épisodiquement*
 3 = *non*

ACTIVITE SPORTIVE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En club si oui quel type ▪ Au niveau scolaire si oui quel type
ACTIVITE ARTISTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peinture ▪ Théâtre ▪ Poterie ▪ Autre :
SCOLARITE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CLIS ▪ Classe ordinaire ▪ IME ▪ Autres : A définir
SANTE – SERVICE SPECIALISE

Observations éventuelles :

.....

BILAN D'ACCUEIL – FAMILLE/TUTEUR

NOM : Prénom : Age :

Dates d'accueil : du au

Organisateur :

Lieu d'accueil :

<i>Afin de recueillir votre avis, cochez la case correspondante à chaque ligne.</i>		Satisfaisant(e)	Moyennement Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)
QUALITE	Communication avec la structure d'accueil			
	Encadrement (équipe pédagogique)			
	Accessibilité des locaux			
	Prise en compte du handicap dans la vie quotidienne			
	Activités de loisirs			
	Activités sportives			
APPRECIATION	De l'enfant			
	De la famille			

Difficultés rencontrées par l'enfant :

.....

.....

.....

.....

Propositions éventuelles d'amélioration :

.....

.....

.....

BILAN D'ACCUEIL – STRUCTURE

NOM :Prénom :

Dates d'accueil : duau

Organisateur :

Lieu d'accueil :

Les animateurs ont-ils suivi une formation spécifique pour accueillir des enfants en situation de handicap ?

Oui

Non

S'agit-il d'un accueil :

A temps partiel

A temps complet

Remplissez le tableau suivant en cochant les cases correspondantes :

	Satisfaisant(e)	Moyennement Satisfaisant(e)	Insatisfaisant(e)
Communication avec la famille			
Communication avec l'établissement spécialisé			
Communication avec l'enfant			
Participation de l'enfant aux activités de loisirs			
Participation de l'enfant aux activités sportives			
Intégration de l'enfant au groupe dans la vie quotidienne			
Intégration de l'enfant au groupe lors des activités			

Difficultés rencontrées :

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

Propositions éventuelles :

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