



**INCIDENCES D'UN PROGRAMME
D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES
SUR LA SANTE ET LA QUALITE DE VIE
DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
MENTAL SEVERE VIVANT EN INSTITUTION**



TOULOUSE - NOVEMBRE 2004



DRD Jeunesse et Sports
Midi-Pyrénées / Haute-Garonne



Ligue Midi-Pyrénées

SOMMAIRE

Conseil scientifique – Partenaires	p 3
Résumé	p 4
I – Introduction	p 4
II - Place des A.P.S. dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. (<i>Dr Yves Duchène</i>) Préliminaires 1 Quels objectifs ? 2 Quelles conditions de réalisation ? 3 Conclusion	p 5
III - Objectifs expérimentaux	p 7
IV – Population	p 9
V - Lieux de mise en œuvre	p 9
VI - Programme d'Activités Physiques Adaptées proposé :	p 10
VII – Durée et cadre des Evaluations	p 11
VIII – Evaluation de la Qualité de vie	p 15
IX – Résultats (Pan moteur et Santé)	p 23
X - Discussion et Conclusions	p 23
XI – Bibliographie	p 26

CONSEIL SCIENTIFIQUE :

- Professeur Rivière : Président de la Société Midi-Pyrénées de Médecine du Sport
- Docteur Duchène : Médecin Psychiatre – Médecin de la Ligue M.P. Sport Adapté
- Docteur Sudre : Médecin Psychiatre – Hôpital du Bon Sauveur - Albi
- Docteur Depiesse : Médecin Conseiller du Directeur Régional Jeunesse et Sports
- Géraldine Pipo : Psychologue UJAAD - Hôpital du Bon Sauveur – Albi
- Jean-Noël Lethier : Professeur EPS honoraire – Vice-Président FFSA, départ. Sport

GROUPE DE PILOTAGE : Comité scientifique + personnes suivantes :

Coordonnateur : Alain Déjean : Conseiller Technique Régional « Sport Adapté » DRDJS MP

- Vanessa Lecomte : Psychologue Doctorante Psychopathologie de la santé
- Yoann Val : Educateur Sportif Départemental CDSA 81, titulaire du BEES APSA
- Marie-Pierre Vincens : Maîtrise STAPS MAS « Lucie Nouet »
- Christophe Buc : Educ Sportif (BEES APSA) Foyer “l’Oustal”
- Alain Artinian : Chef de service Foyer « La Renaudié »
- Pascale Bergé : Conseillère Educative APIM Le Barradis

Avec la collaboration de :

- François Brunet : Professeur agrégé EPS, Docteur sociologie.
- Nathalie Pantaléon : Maître de conférence STAPS – UFR Nice
- Roy Compte : Educateur Spécialisé, Maîtrise STAPS, Docteur en Sociologie vice président FFSA, département Etudes & Recherches

Avec le soutien :

- de la Société Midi-Pyrénées de Médecine du Sport
- du service de médecine du sport du CHU Larrey,
- de la Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées,
- de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports de Toulouse,
- de l'Université de psychologie du Mirail...

et l'aide :

- du Ministère de la Santé (PNNS),
- du Ministère de la Jeunesse, des Sports, et de la Vie Associative,
- du Conseil Régional Midi-Pyrénées.

INCIDENCES D'UN PROGRAMME D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES SUR LA SANTE ET LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL SEVERE VIVANT EN INSTITUTION

Alain Déjean (a), Vanessa Lecomte (b)

(a) Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports, Toulouse.

(b) DEA Psychopathologie de la Santé – Université du Mirail, Toulouse

RESUME :

Le but de cette étude est d'évaluer les incidences, (plan moteur, biologique, et de qualité de vie), d'un programme d'Activités Physiques Adaptées pour des personnes en situation de handicap mental sévère vivant en institution (Foyer à Double Tarification, Maison d'Accueil Spécialisée...).

16 personnes handicapées de 4 établissements de la région Midi-Pyrénées ont participé à un programme d'Activités Physiques Adaptées (2 séances de marche, 1 d'Activités Motrices par semaine) durant 6 mois, 7 personnes de ces 4 établissements ont été témoins.

Les résultats obtenus (Baisse de l'Indice de Masse Corporelle et des Triglycérides, augmentation de la distance parcourue en 6 minutes, baisse de la fréquence cardiaque de repos, amélioration de la coordination motrice) permettent d'entrevoir un effet positif d'un mode de vie plus actif, sur la santé.

Les résultats obtenus concernant l'évolution des données de qualité de vie, appréciés à partir d'un questionnaire et d'un graphe dimensionnel, indiquent une tendance qualitative positive.

Mots clefs : Personnes en situation de handicap mental sévère, activités physiques adaptées, santé, qualité de vie.

I - INTRODUCTION :

Les personnes atteintes de handicap mental sévère sont souvent en situation de grande sédentarité, ce qui les place dans une situation « à risque » (troubles cardio-vasculaires, anomalies métaboliques, perte des moyens physiques, surpoids, obésité, perte d'autonomie plus précoce), par un manque général d'activités ou de situations stimulantes.

Démographie : L'augmentation sans précédent de l'espérance de vie des PHM, avec la création d'établissements pour adultes et l'apparition de besoins spécifiques aux personnes handicapées vieillissantes pose le problème de la dépendance, de la santé, de la qualité de vie et de leur prise en charge institutionnelle.

Facteurs environnementaux : Le « sédentarisme » (1) (Clermont Simard) et ses effets (isolement social, perte des capacités physiques et physiologiques, perte d'autonomie, chronicité) souligne le caractère institutionnalisé que prend la sédentarité comme constante d'un mode de vie.

Les APSA permettent d'optimiser la prise en charge non médicamenteuse des personnes handicapées, et représentent une activité incontournable dans une perspective de santé. (Sinon, la sédentarité apporte ses effets délétères sur la santé).

Diverses études scientifiques l'ont prouvé sur la personne ordinaire, nous tentons modestement de le vérifier également, avec des personnes en situation de handicap sévère...

(1) Le sédentarisme et ses effets (repli sur soi, perte des capacités physiques et physiologiques, perte d'autonomie, chronicité) souligne le caractère institutionnalisé que prend la sédentarité comme constante d'un mode de vie. Il montre comment s'installe chez les personnes en situation de handicap mental un cercle vicieux dont les conséquences physiologiques et psychologiques sont dramatiques.

II - Place des Activités Physiques et Sportives dans la prise en charge des personnes en situation de handicap :

Dr Yves DUCHENE (2)

Préliminaires : Place de l'activité physique et sportive au niveau de chaque personne handicapée, c'est un élément apporté à l'arsenal thérapeutique pour contribuer à la santé de chaque personne handicapée, la santé prise au sens large du terme : physique, psychique, moral, social, au niveau de chaque citoyen, (nous serons tous confrontés au handicap, suite à l'accident ou à la maladie, ou aux conséquences de notre vieillissement), au niveau de la politique régionale de santé... (c'est la conférence régionale de santé qui depuis 6 ans trace les grandes priorités de santé publique, et l'un des thèmes permanents est "l'amélioration de la question des handicaps.") ;

Cette politique obéit à 3 principes :

- la connaissance concrète du besoin sanitaire et social,
- la participation de l'expression collective de l'ensemble des actions du champ médico-social (médecins, ensemble des équipes soignantes, services sociaux, usagers, décideurs en matière de santé)
- la réalisation d'actions concrètes efficaces, évaluables, exportables.

Les activités physiques et sportives adaptées sont au cœur de ces données : pour une qualité de vie intégrée aux besoins et aux désirs des usagers, intégrée à l'articulation du sanitaire et du social.

1 Quels Objectifs ? : La sédentarité est fortement préjudiciable à la santé physique, psychique, morale et sociale, et cette sédentarité touche beaucoup plus lourdement, plus cruellement "les populations handicapées".

La mobilisation des capacités existantes (et il y a toujours une capacité, même si elle est minime, à développer), doit nous permettre de lutter contre le "sédentarisme". (1)

On observe que peu d'études scientifiques se sont intéressées aux aptitudes physiques des personnes handicapées. La représentation sociale du handicap renvoie encore souvent, trop souvent à des notions de "faible capacité", de "fatigabilité", qui n'incitent guère à la mobilisation.

L'observation des comportements peut nous amener des éléments de compréhension, et doit nous rappeler la dimension humaine de chaque personnalité, de chaque environnement (institutionnel ou familial), pour la mise en œuvre de programmes adaptés.

Le retentissement de la sédentarité est lourd :

- au niveau cardiovasculaire : Défaut d'adaptation du débit cardiaque au moindre effort, instabilité tensionnelle, augmentation des résistances périphériques...
- au niveau neurologique : Involution globale, diminution de la perception et de l'adaptation au milieu, instabilité, déséquilibre...
- au niveau respiratoire : Atonie des muscles respiratoires, diminution des débits d'échanges, essoufflement...
- au niveau métabolique et rénal : Obésité, diabète, hypercholestérolémie, dysfonctionnements rénaux.
- au niveau de l'os et des articulations : Déminéralisation, décalcification, risques augmentés d'arthrose, de fracture, de diminution du mouvement;
- au niveau fonctionnel : Ralentissement de l'accomplissement des gestes ordinaires de la vie...
- au niveau psychologique : Tendance dépressive, repli sur soi-même, troubles du comportement, mal-être, mal vivre...

- au niveau social : Désinsertion interne (institutionnel, familial), externe (désintéressement à la vie du monde extérieur).

L'objectif des activités physiques adaptées, en complément, en harmonie avec les autres moyens thérapeutiques constitue un champ très intéressant, car la pratique régulière permet de

- **Retarder** (prévention primaire)
- **Ralentir** (prévention secondaire)
- **Réhabiliter** (prévention tertiaire)

Chaque personne, chaque personne handicapée doit avoir, grâce à un programme intégré et adapté : un peu plus de souffle, un peu plus de muscle, un peu plus de souplesse, un peu plus de coordination, un peu plus d'autonomie, un peu plus de bien-être, un peu plus de socialisation...

2 Quelles conditions de réalisation ?

A) Le bilan médical de non-contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives adaptées :

Il comprend 3 temps :

- l'examen médical proprement dit
- l'intégration à un environnement institutionnel, social
- l'expression de la personne handicapée par rapport à un type d'activité physique

Il s'adresse à 3 groupes hétérogènes :

- ceux qui sont actifs pour lesquels il faudra optimiser et maintenir le plus longtemps possible ces activités.
- ceux qui sont sédentarisés, mais aptes aux gestes de la vie courante : il faudra améliorer les capacités et aussi les maintenir le plus longtemps possible.
- ceux qui sont très lourdement handicapés avec une pathologie sévère, mais pour lesquels il y a toujours une capacité, même minime à développer.

L'examen médical est une évaluation globale multifactorielle, avec interrogatoire, examen détaillé de chaque organe (parfois avec des explorations complémentaires)

- appareil cardio-vasculaire : auscultation, prise de tension artérielle, électrocardiogramme éventuel
- appareil ostéo-articulaire ; examen statique et examen dynamique
- métabolisme : surveiller diabète, poids, thyroïde avec un bilan biologique global.

Bilan sensoriel, fonctionnel, nutritionnel ; bilan fonctionnel ; bilan social.

B) L'intégration d'une Activité Physique Adaptée à un individu, à un environnement (institutionnel, familial) : La personne handicapée, sa personnalité, ses désirs doivent être écoutés, respectés, le programme établi est le fruit d'une décision collégiale (médical, paramédical, éducateurs, encadrement...).

C) Le type d'activité :

Au début, il faut s'orienter vers des exercices d'endurance (type marche) en s'inscrivant dans la régularité, dans une progression lente, dans le temps (3 à 4 séances par semaine d'environ 30 à 40 minutes, sans forcer, sans contrainte ; Progresser lentement, se fixer un objectif de 6 mois, de 12 mois : "Start slow, go slow"...

L'échauffement doit être long, il faut éviter les changements de rythme brutaux.

Après l'endurance, développer la force, la souplesse, l'adresse, la coordination motrice, l'équilibre ; Il faut d'abord pratiquer des exercices physiques où l'on recherchera plaisir et loisir ...

Les exercices doivent être l'occasion de se responsabiliser : le patient doit apprendre régulièrement à s'auto évaluer : Le patient doit connaître ses possibilités d'endurance (avec ses progrès...), à décrire sa fatigue, ses sensations (de bien-être, de plaisir), à mieux se connaître lui-même.

Les accompagnants doivent "connaître" ces types d'activités physiques et les dimensions physiologiques et psychologiques.

D) Les résultats : A partir des expériences de terrain, à partir de travaux réalisés par d'autres équipes, le fil conducteur doit nous amener à quantifier les effets bénéfiques des activités physiques adaptées.

Cette évaluation, cette quantification doit nous permettre de témoigner, de poursuivre les efforts déjà engagés, de mobiliser et de diffuser les Activités Physiques et Sportives Adaptées. C'est le but de la mise en œuvre en Midi-Pyrénées de l'évaluation des incidences d'un programme structuré d'Activités Physiques Adaptées.

3 Conclusion : Les activités physiques et sportives adaptées font partie intégrante de l'arsenal thérapeutique dont nous disposons, et elles jouent un rôle majeur dans l'articulation entre le soin et le social. Adaptées à chaque patient, à chaque équipe, elles s'inscrivent dans la démarche pour la qualité de prise en charge.

III – OBJECTIFS EXPERIMENTAUX :

Optimiser la prise en charge non médicamenteuse des personnes afin de lutter contre les effets de la sédentarité...

Ces programmes d'A.P.A. tenteront d'avoir pour effet sur le plan physiologique (au-delà de leurs aspects éducatifs, ludiques, communicationnels) d'améliorer ou de maintenir les capacités physiques nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne, de lutter contre la sédentarité, de résister à la fatigue et aux situations stressantes.

Les programmes sont constitués de 3 séances hebdomadaires d'activités physiques (marches, activités motrices), d'une intensité qui permet un impact sur la fonction cardio-vasculaire, ces activités devront être adaptées, par leurs formes et leurs contenus, aux capacités singulières des sujets et devront répondre à leurs besoins biologiques et sociaux.

Objectifs d'un projet d'activité physique adapté aux personnes handicapées vieillissantes :

Le projet d'A.P.A. doit être intégré au projet institutionnel dont il poursuit les mêmes objectifs généraux. Les outils qu'il met en œuvre, les A.P.A. sont utilisés en complémentarité avec les autres moyens et notamment les autres pratiques corporelles à objectif rééducatif.

Cependant les A.P.A. ont aussi une fonction spécifique de réponse aux besoins du corps qu'elles seules peuvent assurer (ex : capacités physiques – force, vitesse, souplesse, coordination, équilibre etc ... - et physiologiques – capacités cardio-respiratoires, circulatoires etc...)

Ces besoins, encore difficilement identifiés par les professionnels du secteur, ne sont en définitive pas différents de ceux que présentent toutes les personnes vieillissantes, handicapées ou non, même s'ils apparaissent parfois plus précocement et de manière plus massive. (3)

➤ Permettre d'abord à la personne de passer de l'inaction à l'action. Provoquer chez elle l'envie de « bouger son corps ». Il s'agit là de donner ou redonner le goût du mouvement en tenant compte de ses désirs, du sens qu'il donne à l'activité et de ses capacités...

L'aider à rechercher des sensations, des perceptions agréables, jouer sur l'émotion, le plaisir.

➤ Proposer à la personne, dans un climat stimulant, une découverte, ou une redécouverte de l'usage de son corps, de ses possibilités motrices, une réappropriation d'un corps fait pour l'action,

➤ Passer du plaisir du mouvement au projet pour soi, puis au projet avec les autres,

➤ Faire acquérir des apprentissages, des savoirs-faire valorisants,

- Améliorer son autonomie fonctionnelle en agissant sur les qualités physiques de base (telles que l'adresse), de vie quotidienne (inventaire des activités physiques réalisées par la personne sur une journée), mais également en réactivant ses grandes fonctions physiologiques et notamment la fonction cardio-respiratoire (lutte contre la fatigabilité, la sédentarité).
- Renforcer les grands groupes musculaires et améliorer les qualités d'équilibre dans un souci de prévention des chutes,
- Proposer à ces personnes des projets de rencontres qui donnent du sens à leur activité, qui sollicitent leur imagination et les amènent à se projeter dans un futur proche qu'ils préparent ,
- Favoriser la communication par des activités et des pratiques ouvertes sur l'extérieur.

Pourquoi la Marche ? Un des avantages incontestables de la marche est que cette activité est simple et peut être pratiquée partout, en plein air comme à l'intérieur. Par ailleurs, les effets bénéfiques de la marche active sur la santé ont été rapportés par de nombreux auteurs (Pickering, 1997 ; Rance, 2000)

- 1/ Amélioration de l'endurance cardio-respiratoire
- 2/ Contrôle du poids
- 3/ Augmentation de la concentration du « bon cholestérol » (HDL) (Aldred et al., 1994)
- 4/ Lutte contre la perte de masse osseuse
- 5/ Amélioration de l'amplitude musculo-articulaire
- 6/ Sensation de bien-être (Dishman, 1995)

Santé (dont « condition physique ») :

La santé peut être définie comme un "état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé" René Dubos

"Etat complet de bien-être, physique, mental et social, ne consiste pas seulement en l'absence de maladie" OMS ; Ce que des Québécois, soucieux d'être bien compris, ont traduit par *"Plaisir de vivre conscient, durable et partagé"*.

La promotion de la Santé implique un développement et maintien de saines habitudes de vie (Alimentation diététique, sommeil, hygiène de vie dont fait partie une pratique régulière d'activités physiques amenant une dépense énergétique minimale), car la santé est précaire...* (* Santé = Etat précaire qui ne préjuge rien de bon – Jules Romain)

Le parallélisme existant entre la fréquence cardiaque et la dépense énergétique nous donnera des indications sur la mobilisation des sujets afin d'estimer la charge de travail réalisée. Le seuil énergétique de la dépendance est évalué à 15 ml/mn/kg de consommation d'O₂, il s'avère nécessaire d'améliorer l'aptitude aérobie, l'aptitude à l'effort. (4)

Lutte contre l'inactivité physique : (5) Les épidémiologistes (Blair et al., 1992) estiment que l'objectif minimal pour maintenir « une bonne condition physique » est de dépenser environ 150 kcal/jour (tous les jours), ce qui représente une dépense minimale d'environ 1000 kcal/semaine.

[Marche active (4-5 km/h) de 30 min = 150 kcal]

(Il s'agit de comptabiliser toutes les activités physiques journalières. Il va de soi, qu'une dépense minimale de 1000 Kcal/semaine, doit être considérée comme un objectif transitoire. L'objectif à long terme est d'atteindre une dépense de 2000 kcal/semaine. Certains spécialistes de l'activité physique (Paffenbarger et al., 1986) estiment que cette dépense constitue le seuil optimal permettant au sujet de préserver sa santé.)

IV POPULATION :

Définitions des populations qui feront l'objet de l'étude :

Personnes ayant les caractéristiques suivantes :

- retard mental / diagnostic fonctionnel
- absence d'autonomie sociale
- demandant un accompagnement dans la vie quotidienne
- vivant en institution
- manque d'initiative
- faible activité spontanée
- possédant une mobilité leur permettant de marcher
- ne manifestant pas d'opposition active à la participation aux activités physiques proposées
- susceptibles de supporter un cardiofréquencemètre

Après bilan médical de non contre indication à la pratique des activités physiques adaptées permettant l'établissement d'un certificat médical de non-contre-indications à la pratique des Activités Physiques Adaptées.

On observe un surpoids chez 14 sujets, et une obésité pour 3 personnes, soit un poids trop élevé, facteur de risque cardiovasculaire chez 74% des résidents étudiés.

Classification	IMC (kg/m²)	Risque	répartition
Maigreur	< 18,5		4 %
Normal	18,5 – 24,9		22 %
Surpoids	25,0 – 29,9	Modérément augmenté	61 %
Obésité	≥ 30,0	Nettement augmenté	
Classe I	30,0 – 34,9	- obésité modérée	9 %
Classe II	35,0 – 39,9	- obésité sévère	4 %
Classe III	≥ 40,0	- obésité massive	

Tableau – Définition de l'obésité et du surpoids chez l'adulte selon l'OMS (1998)

V - LIEUX DE MISE EN OEUVRE :

Groupes de 4 à 5 personnes (par site), tirées au sort parmi les personnes pouvant intégrer le programme (si cela est possible), possédant une certaine homogénéité sur le plan fonctionnel. 2 personnes constitueront le groupe témoin (dans chaque institution).

Le groupe témoin doit posséder une certaine homogénéité de pathologies, de capacités avec le groupe impliqué dans les APA.

- Foyer L'Oustal – Fonsorbes (31) – 5 participants – 2 témoins
- Foyer « La Renaudié » - Albi (81) 4 participants – 2 témoins
- MAS « Lucie Nouet » Saint-Sulpice (81) 4 participants – 2 témoins
- UJAAD - Hôpital du Bon Sauveur Albi (81) : 3 participants – 1 témoin

Répartition par sexe et âge	Hommes	Femmes	Age moyen
Groupe expérimental	10	6	42,5
Groupe témoin	4	3	49

- MAS « Les Champs Pinsons » - Saint-Orens (31) 5 participants – 2 témoins -Prévus
La réalisation de l'Etude dans cet établissement n'a pas pu ,malheureusement, être mené, malgré la volonté de la direction, à cause de problèmes de fonctionnement et de disponibilité de personnels.

Matériel : Un cardio-fréquence-mètre, avec mémoire, interface et logiciel, sera prêté à chaque établissement par la Ligue Midi-Pyrénées de Sport Adapté. (Cardiofréquencemètres Polar S 810)

VI PROGRAMME D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES PROPOSEES :

3 séances hebdomadaires, d'une durée de 45min à 1h, (30min éventuellement au début), dont au moins une ou deux séances de marche. Les 3 séances hebdomadaires devront être assurées tout au long de l'expérimentation, en utilisant les diverses activités explicitées ci-après :

☞ **MARCHE** : « Entraînement intermittent », avec alternance de marche rapide (\cong 110 % de la vitesse du test de 6 min de marche active) et marche lente (récupération).

☞ **Protocole** : Alternance : 30 sec / 30 sec x 5 répétitions x 3 séries avec 2 minutes de récupération entre les séries. (Cet entraînement intermittent présentant un stimulus permettant d'induire des effets sur les fonctions cardio-pulmonaires et musculaires). (La respiration devra être réglée de façon volontaire sur le rythme du mouvement).

Le reste de la séance étant consacré à une marche de récupération, ou à des situations variées (présentant un caractère ludique, attrayant), permettant d'entretenir la motivation et le plaisir chez les personnes.

[« Lorsque le seuil minima d'effort est à estimer théoriquement, il doit être ajusté sur le terrain par un test de marche de 6 minutes répondant à une consigne de marche active régulière. Les fréquences cardiaques moyennes correspondent aux Fc minima, auxquelles il est « inutile » de s'entraîner. Le programme de ré-entraînement débute à l'intensité du seuil minima (ventilatoire) par efforts répétés sous la forme de charges de travail, en alternant temps de travail et temps de récupération »] (6)

☞ « ACTIVITES MOTRICES »

Parcours ou ateliers destinés à développer les habiletés motrices (Adresse, coordination, équilibre, locomotion, régulation tonique, souplesse,...) (7) et la communication (coopération,...).

Adresse : Caractérisé par le degré de précision et le rendement technique dans l'exécution d'une tâche, par rapport à une norme attendue (critères de réussite).

☞ Exercices de lancers, réceptions (comportant plusieurs répétitions susceptibles d'amener une adaptation) avec des engins variés, des distances et des cibles diverses, de manière à entretenir une pédagogie de la réussite, tout en restant centré sur un développement, une adaptabilité du sujet... (en évitant l'adoption d'un geste stéréotypé).

Equilibration : Fonction qui stabilise la station, à la fois au repos et dans les déplacements, qui permet à l'homme de se maintenir ou de recouvrer l'équilibre à tout moment, grâce à un ajustement approprié de sa musculature.

☞ Stimulant la fonction d'équilibration, en remobilisant les sens, optimisant les appuis, améliorant la proprioception, permettant la réappropriation des réflexes lors de situations imprévues et face aux obstacles (diminution de la surface d'appui, changements « brusques » de direction, mobilisation des segments, de la vision) et apprentissage ou perfectionnement de la capacité à se relever, depuis la position assise ou couchée.

(Le problème de l'équilibration posturale n'est souvent pas une question de contraction musculaire, mais d'harmonie tonique.)

Régulation Tonique : Faciliter le fond tonique du sujet par des exercices de relaxation (générale, différentielle,...). Il importe de faciliter le relâchement neuro-moteur, c'est-à-dire « l'effacement de l'emprise de la fonction tonique sur la fonction de mobilité ».

Coordination : Possibilité de contracter des groupes musculaires différents indépendamment les uns des autres, ce qui implique l'inhibition de certains groupes, donc des possibilités de dissociation. On devra s'attacher à la Qualité de réalisation de l'exercice demandé, c'est-à-dire à la précision, l'économie et la maîtrise de son exécution.

Locomotion : Coordination dynamique générale nécessaire pour le déplacement du corps selon des formes variées. Cette fonction ne s'affirme, ne s'épanouit que par l'exercice. Mise en jeu de déplacements variés, adaptés à différents obstacles, permettant des prolongements dans la vie quotidienne...

Communication : Placer le sujet dans des situations faisant intervenir à différents niveaux, de façon nécessaire, des communications motrices et/ou des contre-communications motrices... (Communication motrice : interaction de coopération motrice / partenaires)
(Contre-communication motrice : interaction d'opposition motrice / adversaires).

Souplesse : Qualité physique qui permet de réaliser un geste avec le plus d'aisance possible et une grande amplitude.

Des exercices sont par exemple proposés dans le cadre d'un programme de prévention de la sarcopénie, par l'Hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal (Marianne Baron et Michel Caouette) et François Brunet. [Etude exploratoire à paraître] (8)

☞ Des RENCONTRES en « ACTIVITES MOTRICES », des parcours « MARCHÉ VERTE » seront organisés périodiquement, dans le cadre du programme coordonné par la Ligue Midi-Pyrénées de Sport Adapté, afin de dynamiser les pratiques d'activités physiques dans un cadre convivial ...

VII - DUREE ET CADRE DE L'EVALUATION :

Une mise en oeuvre d'une durée minimale de 6 mois semble nécessaire. Les tests d'évaluation sont réalisés au début (janvier 2002), puis 3 mois après (évaluation intermédiaire), puis 6 mois après. Sous le contrôle permanent du médecin en charge du soin dans l'établissement, et des équipes de ces établissements (directeur, éducateurs, psychologue, assistante sociale, personnel paramédical...) seront analysés : la fréquence cardiaque, la pression sanguine artérielle, l'indice de masse corporelle, le pourcentage de masse grasse, le bilan biologique global, les capacités physiques (adresse, force, équilibre, coordination motrice, souplesse), et également la qualité de vie (sensation de fatigue, de la douleur et leur ressenti, de bien-être, de la sensation d'être mieux), les signes d'adaptation (accomplissement des gestes ordinaires de la vie quotidienne...), l'évolution du comportement (nombre et type d'incidents, rapport avec le médicament...), l'activité sociale au niveau du groupe, au niveau du monde "extérieur".

Il conviendra de noter sur le cahier de suivi individuel : âge, sexe, nombre d'années de vie en institution, traitement médicamenteux,... suivi du programme par chaque personne, mentionnant les absences éventuelles et les divers événements susceptibles d'avoir des interactions avec le mode de vie du sujet. Un accord parental ou tuteur sera demandé.

Le suivi des évaluations des capacités physiques a été réalisé par Yoann VAL, Educateur Sportif Départemental auprès du C.D. du Tarn, titulaire du BEES A.P.S.A. Les mesures de Plis cutanés ont été effectuées par Alain Déjean, C.T.R., après "formation" au service de médecine du sport du CHU Purpan.

SANTE :

⇒ FREQUENCE CARDIAQUE :

➤ Fréquence cardiaque au repos (après la nuit ou une sieste, en restant 5 à 10 min allongé ou éventuellement assis au calme).

(Les conditions de mesure seront notées afin que les mesures futures se déroulent dans les mêmes conditions)

➤ Fréquence cardiaque avant le début de l'épreuve

➤ 6 minutes de marche active régulière : Fc à l'arrivée (btt/min)
Distance parcourue (m)

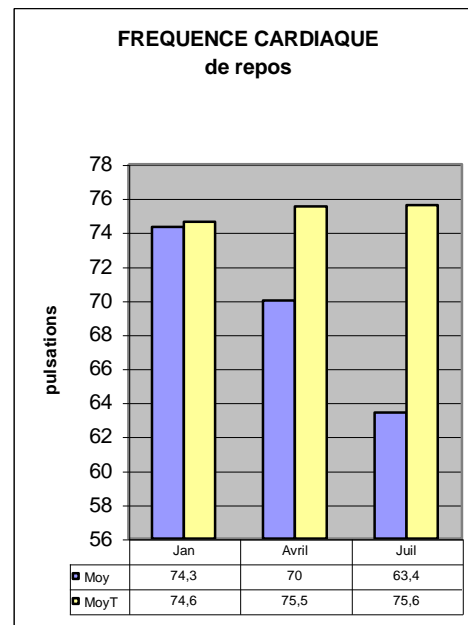
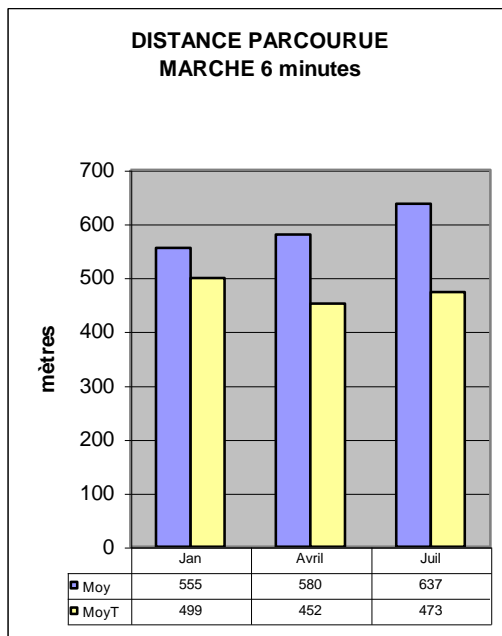
➤ Fréquence cardiaque après 1 minute de récupération

➤ Fréquence cardiaque après 3 minutes de récupération

➤ Fréquence cardiaque après 6 minutes de récupération

➤ Fréquence cardiaque après 10 minutes de récupération

(En cas de non-achèvement du test, noter distance parcourue : 100m, 200m, 300m..., le temps de marche, et les mesures de fréquence cardiaque...); Le test sera réalisé avec accompagnement du même éducateur, lors de chaque évaluation du groupe.



BILAN MEDICAL :

Le programme d'Activités Physiques Adaptées sera précédé d'une **visite médicale d'aptitude**, permettant de délivrer un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des APS (contrôle cardio-vasculaire et locomoteur).

(L'examen médical de non-contre-indication à la pratique des activités physiques adaptées peut être réalisé par un médecin généraliste, réalisant un examen clinique complet, "examen médical raisonné", pouvant être complété éventuellement, dans certains cas (facteurs de risque cardio-vasculaires) d'un électrocardiogramme.)

Evaluations à réaliser en janvier, puis 3 mois après, et 6 mois après, dans le cadre du suivi thérapeutique par le médecin en charge du suivi de l'institution.

⇒ COMPOSITION CORPORELLE :

- Indice de Masse Corporelle : Poids (kg) / Taille ⁻² (m)

- Pourcentage de Masse Grasse : Mesure des 4 plis cutanés

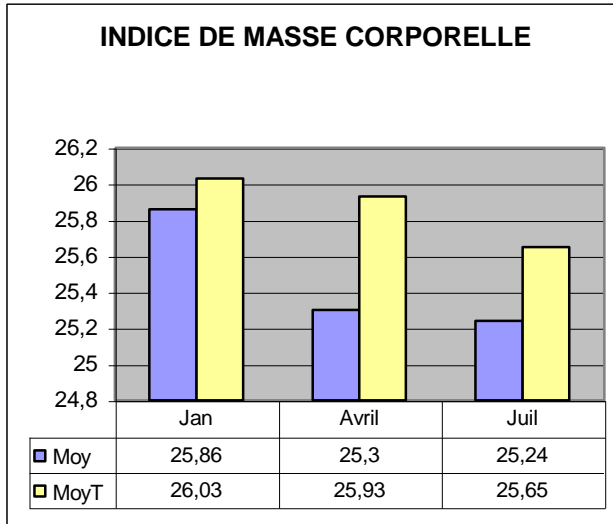
⇒ COMPOSITION SANGUINE : (cholestérol,...)

- Formule de numération sanguine (NFS)

- BBG (Bilan Biologique Général) : Urée, Créatinine, Albumine, Acide Urique, Ferritine, CPK)

- Bilan sanguin lipidique : Cholestérol total, Triglycérides

Ces éléments de bilan peuvent être bien évidemment complétés par des indicateurs permettant de réguler le suivi de la médication spécifique des sujets : normothymiques, antiépileptiques...



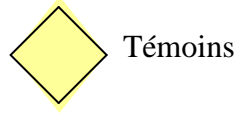
I.M.C. = Poids / Taille ²

> 25 : Surpoids

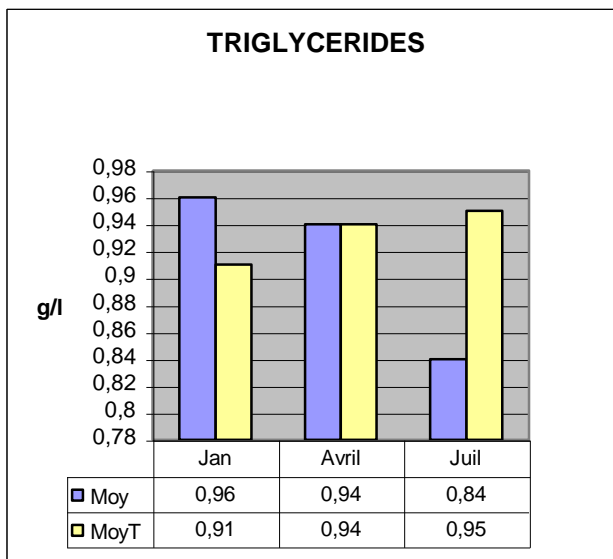
> 30 : Obésité



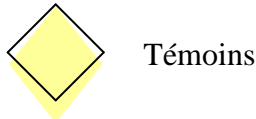
Participants



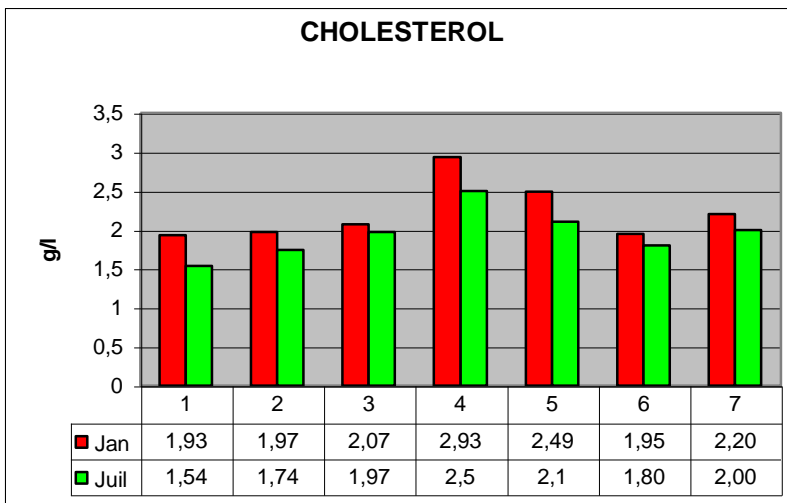
Témoins



Participants



Témoins



7 sujets sur 16 ont réduit de 5% ou plus leur cholestérolémie (Objectif n°6 du PNNS)

EVALUATION DES CAPACITES PHYSIQUES :

⇒ EQUILIBRE :

- statique : (à partir des épreuves de Guilmain - Ozeretzki)
- dynamique : (Epreuve de Tinetti – Get up and go)
- équilibre - coordination générale : (Marche à reculons – Enjamber des obstacles)

⇒ COORDINATION MOTRICE (Fig 4)

- Membres inférieurs : Epreuve de **taping** (permet de mesurer la dextérité motrice et le degré d'asymétrie fonctionnelle des membres inférieurs).

(Le sujet étant assis, il doit réaliser le plus grand nombre de passages du pied de part et d'autre d'une planchette verticale, en 15 secondes (Pied droit, pied gauche).

- Membres supérieurs : Frappe de plaques (Eurofit)
(Eurofit – European tests of physical fitness : tests Européens d'aptitude physique.)



⇒ FORCE :

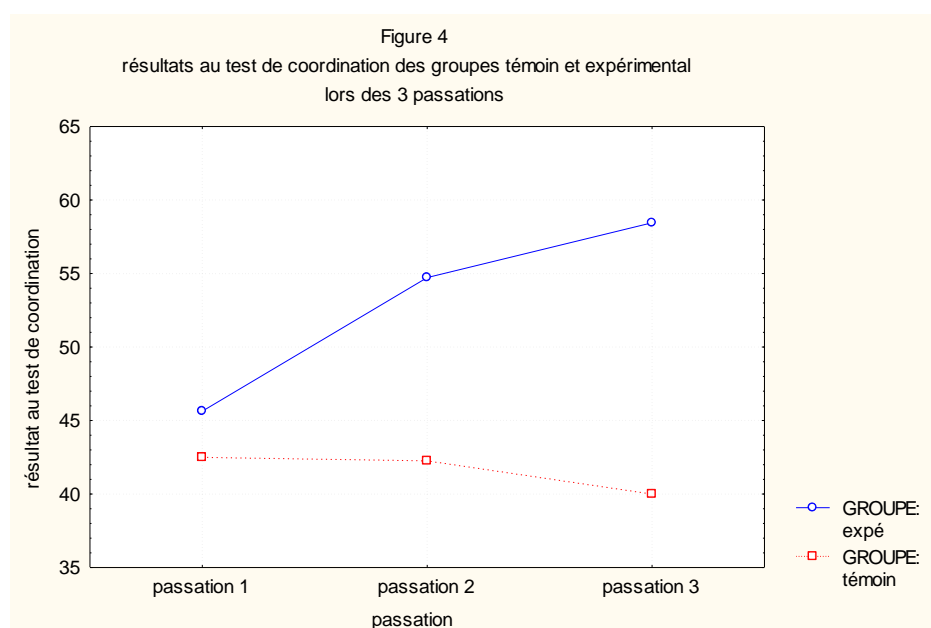
- Membres inférieurs : → Force statique
 ↘ Force dynamique
- Membres supérieurs : → Force statique
 ↘ Force dynamique

⇒ ADRESSE :

- Visuo-moteur
- Oculo-manuelle

⇒ SOUPLESSE :

⇒



Les performances du groupe expérimental augmentent entre T1 et T3, groupe témoin stable...

VIII - EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE :

Observations en ce qui concerne le comportement lors des activités, la vie relationnelle, dont les relations avec le personnel soignant...

(Intérêt de prendre en compte les attentes des sujets..., ce qui a pour effet de leur redonner une situation de sujets, et non plus seulement « d'objets » d'observation.)

Consignes de passation :

➤ Les questionnaires sont destinés aux référénts des patients / résidants, ou à un éducateur (moniteur, A.M.P.,...) qui connaît bien le résidant et qui le connaît dans différents moments de la journée (pas seulement en prise en charge de jour, ou en activité par exemple).

➤ Toutes les questions doivent comporter une réponse (ou plusieurs). Toutefois, si l'item ne concerne pas du tout la personne : (violence hétéro-agressive, par exemple et que le sujet n'est pas et n'a jamais été violent), rayer l'item / la question et noter NCP (Ne Concerne Pas)

➤ Il est possible de faire remplir le questionnaire par 2 personnes qui se complètent ou se concertent pour répondre.

Les instruments :

1 Protocole : Les problèmes que nous avons rencontrés dans le cadre de cette recherche, ne sont autres que les problèmes auxquels les travailleurs sociaux sont confrontés au quotidien. (problèmes de communication, de compréhension : nous faisons-nous bien comprendre par les résidants ? Avons-nous saisi correctement ce qu'il veut nous dire ?...)

C'est dans ces conditions que nous avons choisi comme il est préconisé dans ces cas précis, de procéder à l'évaluation auprès d'une personne qui connaît en détail et au quotidien les personnes composant l'échantillon de population. Avec la collaboration active du personnel soignant (éducateurs, moniteurs, aides soignants, infirmiers, psychologues, ...), nous avons procédé à la construction et au test des différents outils d'évaluation, puis à la passation de ces mêmes instruments.

2 La technique du double-aveugle : Cette technique permet de contrôler les effets des attentes de l'expérimentateur vis à vis de la personne avec qui il s'entretient.

Dans cette démarche, le sujet est soumis à la même procédure que pour la technique du simple aveugle, qui consiste à ne pas révéler au sujet à quelle condition expérimentale il est soumis et de même l'expérimentateur ne sait pas à quel groupe appartient le sujet interrogé. Ceci suppose qu'une personne extérieure le sache.

Dans le cadre de notre étude, le conseiller technique en sport adapté est la personne qui connaît en détail la répartition de la population en groupe témoin et groupe expérimental. Les référents des résidants, psychologues et éducateurs qui interviennent auprès des résidants, savent quel résident fait partie du groupe expérimental, mais l'expérimentateur qui aide à coter les graphes et questionnaires ne le sait pas.

Outils du protocole :

- **Un questionnaire de qualité de vie (pour le référent du patient)**
- **Un questionnaire subjectif de QDV (pour le patient)**
- **Un graphe dimensionnel (construit avec les équipes soignantes)**

Questionnaire de qualité de vie :

Construction du questionnaire : Ce dernier a été élaboré à partir de la littérature concernant la Qualité de vie et le Bien être subjectif. Après une analyse des textes de base concernant ce sujet, (Diener, Ryff, Magerotte) nous avons abordé des articles (Dazord) et des outils plus récents (P.Q.V.S., ...) et qui ont spécialisé leurs recherches dans le domaine de la psychiatrie et des maladies mentales chroniques telle que la schizophrénie, par exemple.

Au regard de la **spécificité** et l'**hétérogénéité** de la population de notre étude, nous nous sommes rendus à l'évidence qu'aucun des outils que nous avons à notre disposition (I.Q., P.Q.V.S., Echelle de DIENER, Questionnaire de Q.D.V. de WISCONSIN, ...) ne pouvait être soumis à cette population, et que le niveau général de compréhension des sujets de l'étude ne nous permettrait que dans de rares cas de recueillir des informations directement auprès d'eux.

C'est dans ces conditions qu'il est clairement apparu qu'il nous faudrait intervenir et collaborer avec les proches des résidants, qui les connaissent bien dans les différents domaines de vie : leurs référents. Cet instrument a été construit avec leur précieux concours. En effet, le questionnaire a été testé à maintes reprises par ces personnes, ainsi que d'autres travailleurs sociaux, ce qui nous a permis de l'adapter et de l'améliorer.

Descriptif : Il est composé de 53 items à choix multiple présenté sous la forme qui suit :

Exemple : **Le résidant/patient a t-il des troubles du comportement ?**

Agitation diurne (en terme de crise d'agitation)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rarement (moins d'une fois par semaine) | <input type="checkbox"/> faible intensité |
| <input type="checkbox"/> Plutôt rarement (1 à 2 fois par semaine) | <input type="checkbox"/> intensité moyenne |
| <input type="checkbox"/> Assez souvent (tous les jours) | <input type="checkbox"/> forte intensité |
| <input type="checkbox"/> Souvent (entre 3 et 5 fois par jour) | |
| <input type="checkbox"/> Très souvent (>10 fois par jour) | |

Il développe 5 domaines :

- L'équilibre somatique (alimentation, sommeil, souffrance physique, ...)
- Le bien être psychologique (souffrance psychique, troubles du comportement, anxiété, angoisse, ...)
- Les relations et la communication (verbale et non-verbale) (relation dans l'établissement, style de communication, nature des relations, ...)
- La réalisation de soi (jeux, plaisir de faire, ...)
- L'agrément dans la vie quotidienne

Analyse : Une lecture statistique sous forme de score

(Les scores ne sont en aucune façon des notes et n'ont qu'une valeur relative et non absolue).

En transformant les graduations qualitatives du QCM (Rarement, plutôt rarement, assez souvent, souvent, très souvent et jamais lorsque l'item ne concerne pas le sujet) en valeurs numériques (de 0 à 5), on a calculé différents scores :

Les scores des 4 catégories représentant les 4 domaines de la Q.D.V. (qualité de vie) que nous étudions. Pour ne pas perdre en précision et en qualité, nous avons choisi de ne pas considérer le cinquième domaine développé par le questionnaire de qualité de vie, à savoir, l'agrément dans la vie quotidienne, car ce dernier domaine n'est pas assez précis qualitativement parlant, étant donné qu'il a trop recours à la subjectivité de l'interviewé.

PSY----- bien-être psychologique

SANTE----- santé physique, et autonomie

COMM----- relations sociales et communication

REAL----- réalisation de soi, expression personnelle

Le Questionnaire de qualité de vie :

➤ Equilibre Somatique :

Alimentation : Son alimentation est, selon vous, adaptée à ses besoins énergétiques ?

Sommeil : Son sommeil est, selon vous, régulier et suffisant ?

Douleur : A votre avis, le résidant/patient, traverse-t-il des périodes de souffrance ?

Physique – Psychique – Périodes liées à l'âge, son passé, sa pathologie, sa situation actuelle, un événement récent

➤ Bien être psychologique : Pensez-vous que le résidant/patient a des difficultés "psychologiques" ?

Anxiété ou angoisse : (il paraît tendu, agressif, susceptible,...)

Dépression : (il pleure, paraît triste, exprime explicitement un ressenti négatif,...)

Autres :

Le résidant/patient a-t-il des troubles du comportement ?

Agitation diurne (en terme de crise d'agitation)

Agitation nocturne :

Stéréotypies :

Violence envers les objets : degré de violence

Violence hétéro-agressive : envers les personnes

Violence auto-agressive :

Cris :

Fugues :

Se souille (jeux fécaux) :

Tendance à l'anorexie :

Tendance à la boulimie :

Absorption de denrées non alimentaires (pica) :

➤ Relations et communication :

Nature des relations :

Avec les membres de la famille : **Avec les autres résidents/patients :**

Ne manifeste aucun intérêt pour les personnes ou les objets :

Selon vous, le résidant/patient, recherche l'alliance avec un camarade en particulier :

Selon vous, il/elle recherche la présence de l'éducateur (le sujet est en demande) :

Selon vous, il/elle recherche la position de leader (veut entraîner ou être craint du groupe) :

Communications :

Il/elle est réceptif quand on s'adresse à lui/elle :

Il/elle se fait comprendre (en parlant, par gestes ou en utilisant l'éducateur ou un moyen de communication alternatif)

Il/elle recherche la situation de communication à deux (relation duelle) :

Il/elle ne prend pas l'initiative de communiquer :

➤ Conduites sociales :

Il/elle respecte le groupe, a conscience du groupe :

Il/elle suit les règles élémentaires de politesse/de vie en société :

➤ Réalisation de soi :

Autonomie : Selon vous le résidant/patient peut-il ?

Manger seul Se laver S'habiller Aller seul aux toilettes

S'occuper ou s'amuser seul

La Liberté de choix :

La prise de décision, de choix est impossible et/ou anxiogène

Il/elle choisit ses vêtements

Il/elle choisit ses activités

Il/elle manifeste son accord/désaccord face à une chose imposée

La créativité/l'expression :

Il/elle pratique des activités dans lesquelles il/elle semble se réaliser/prendre du plaisir

Il/elle joue à des jeux abstraits (invente des histoires, imite,...)

L'identité sociale :

Il/elle a conscience de sa place dans l'établissement

Il/elle se reconnaît sur les photos, se nomme

Il/elle a conscience d'être différent de ses camarades

➤ **Vie quotidienne :**

En ce qui concerne la vie de tous les jours, trouvez-vous que le résidant/patient vit avec agrément ?

Quand il mange

Quand il a du temps libre

Le coucher

Le Lever

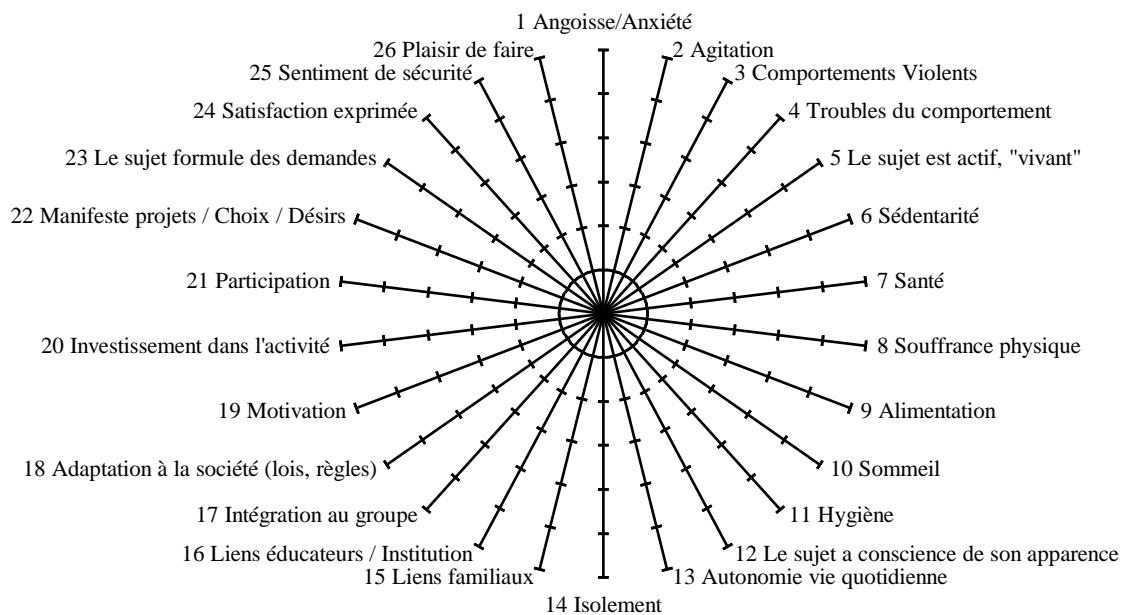
Le temps de sortie ou de promenade

Ses activités

Ses relations avec son entourage et les gens en général

(A ce propos, ces derniers temps, ou depuis son hospitalisation / son entrée dans la structure, quelle évolution constatez-vous?)

Le Graphe Dimensionnel :



Descriptif :

- Développé par Anne Marie FAVARD.
- Composé d'une matrice graphique, elle même constituée par des axes qui se croisent au centre. Chaque axe représente un domaine à évaluer.
- Cet outil est très adapté pour l'utilisation avec un personnel qui peut être réticent à la passation d'entretiens fastidieux, car il est construit par ce dernier, et donc lui « appartient » un peu. Il est le reflet de ce que pense leur équipe de travail, ainsi que leurs collègues d'autres lieux de vie.
- Il est d'utilisation très simple, car les thèmes abordés sont connus par les personnes qui remplissent le graphe ; rédigé dans un langage courant et assez peu spécialisé, il permet une compréhension aisée et rapide, et sa durée de passation très réduite. De cette façon, la personne qui complète le graphe peut assez facilement s'approprier et investir l'outil.

- Le graphe permet dans un même temps de mettre en relief la dimension temporelle, car il concerne l'état actuel du résidant, c'est à dire ses trois dernières semaines passées dans l'institution. De ce fait il est possible de comparer à différents temps (T0, T1, T2 ; pour notre étude) l'état ponctuel de la personne et évaluer les changements qui ont pu intervenir entre ces trois temps et peut être mesurer l'impact dans le temps du programme d'activités sportives, sur l'état des résidants.

- Cependant il est essentiel d'analyser avec précision, le vécu actuel du résidant, de noter les divers événements de vie et bouleversements qui ont pu s'opérer durant la période précédant l'évaluation. En effet, il est nécessaire de procéder à une "enquête assez informelle", dans le sens où elle n'est pas dirigée par une grille. Cette dernière réalisée sous forme de questions générales posées lors de la passation des différents instruments ou même avant, permet de savoir si le résidant a connu depuis la dernière rencontre, des changements de traitement, de prise en charge, des problèmes de santé, des bouleversements émotionnels, psychiques...

- L'avantage d'un tel outil se retrouve dans sa construction même : il est "créé" par les équipes éducatives et les équipes de soin qui interviennent directement avec les sujets.

On demande aux équipes éducatives de marquer 5 idées sur 2 questions qu'on leur pose ;
Exemples de questions :

A quoi voyez vous qu'une personne, un résidant a une bonne qualité de vie ?

A quoi voyez vous qu'une personne, un résidant a une mauvaise qualité de vie ?

Un fois construit, cet outil permet aux référents des patients/résidants de situer tel ou tel patient dans tel ou tel domaine. Pour cela, le référent dispose des axes de la matrice qui sont gradués de 1 à 5.

Consignes d'analyse :

Deux types de lecture sont possibles :

Une lecture visuelle, d'accès simple et immédiat, elle consiste

➤ A visualiser des zones (thèmes ou dimensions) problématiques (les « creux ») dans l'état du sujet ou au contraire, les zones non-problématiques (les "pics" ou "bosses") dans cet état, et de faire un commentaire clinique immédiat.

➤ A superposer les graphes d'un usager à plusieurs moments (ici, t1, t2 et t3 ; respectivement janvier, avril et juillet) pour apprécier son évolution dans le temps.

➤ A superposer la courbe d'évaluation d'un usager par rapport à la courbe d'évolution du groupe de référence, pour apprécier le fait que son évolution est plus ou moins conforme à celle des autres usagers et/ ou des résultats attendus.

Une lecture statistique sous forme de score

En transformant les graduations qualitatives en valeurs numériques (de 0 à 5), on a calculé différents scores :

Les scores des 4 catégories représentant les 4 domaines de la Q.D.V. (qualité de vie) que nous étudions :

- PSY----- bien-être psychologique
- SANTE---- santé physique, et autonomie
- COMM---- relations sociales et communication
- REAL----- réalisation de soi, expression personnelle

Trois types de scores sont particulièrement utiles :

- **Le score moyen global** : Moyenne des valeurs de l'ensemble des dimensions par l'ensemble des intervenants. Il permet d'apprécier de façon synthétique l'état des usagers, et de dresser une sorte de "profil" de Q.D.V.
- **Les scores thématiques** : Moyenne des valeurs des dimensions composant un thème pour l'ensemble des intervenants. Il permet d'apprécier de façon différentielle l'état de l'utilisateur dans les différents domaines du graphe.
- **Les scores moyens dimensionnels** : Moyenne des valeurs de chaque dimension par l'ensemble des intervenants. Ils permettent de préciser l'état d'un usager dans une dimension particulière, significative pour l'équipe.

Deux niveaux d'interprétation des résultats :

➤ **Au niveau de l'utilisateur (individuel) :**

L'analyse de l'ensemble des graphes relatifs à un même usager, permet d'explorer cliniquement l'ensemble des domaines significatifs de son évolution et s'intègre aux informations cliniques contenues dans les autres instruments.

➤ **Au niveau de la population, de l'échantillon, ou du groupe (collective) :**

En globalisant les analyses des graphes, d'une institution, il est possible de réaliser des évaluations en terme d'impact des interventions sur l'évolution des usagers. C'est la démarche que nous avons choisie d'adopter pour notre recherche.

Echelle de Qualité de vie (Baker, Intagliata ; 1982)

Descriptif : Composée de 14 questions que l'on pose directement à la personne concernée, cette échelle permet de faire participer activement le résident à l'évaluation de sa propre Q.D.V. et nous donne des indices précieux quant à son ressenti, son vécu vis à vis de certaines personnes, de résidents en particulier, des services proposés par l'institution...

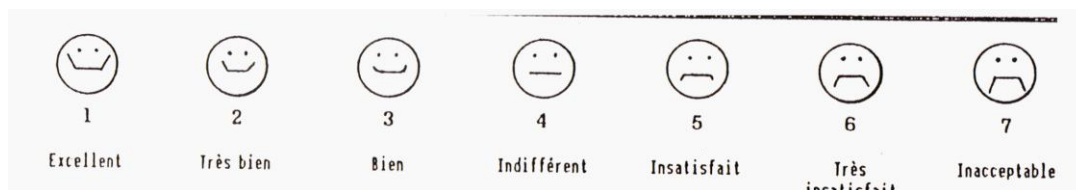
Elle concerne le rapport que la personne entretient avec certains aspects de sa vie (ses relations avec autrui, ses choix, ...).

Protocole :

Les questions sont reformulées, adaptées aux capacités de compréhension de la personne et souvent personnalisées, détaillées ou imagées, et ceci dans le but de laisser le moins de place possible au hasard dans leurs réponses.

La personne peut répondre oralement si elle le peut ou à l'aide de pictogrammes représentant un continuum de visages : du plus souriant au plus triste...

Exemple : "Parmi ces visages, lequel exprime le mieux comment vous vous sentez face aux gens avec qui vous vivez" - "Parmi ces visages lequel exprime le mieux comment vous vous sentez face à votre alimentation"



L'utilisation de cette échelle est plus optionnelle qu'autre chose puisque pour des raisons de compréhension, elle n'a pu être employée qu'auprès d'une minorité de résidants. Pour ces raisons, elle servira simplement de renseignements complémentaires, pour tel ou tel cas particulier.

L'impossibilité d'utiliser cette échelle auprès de tous les résidants, nous plonge dans le vif du sujet, et permet à tout un chacun de saisir la difficulté énorme que représente ce travail d'évaluation de la qualité de vie des personnes en situation de handicap mental sévère.

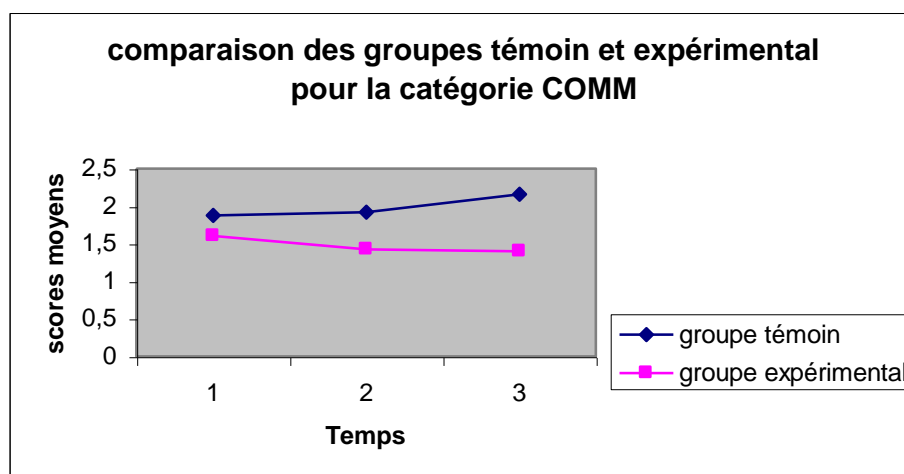
Résultats / Qualité de vie et perspectives :

Catégorie "Psychologie" : Le bien-être psychologique a tendance à se maintenir stable
 Perspectives : Axer le programme d'activités physiques sur les "troubles du comportement" des sujets ; Permettre aux individus concernés d'exprimer par ces activités, leurs angoisses, leurs souffrances... ; Tenter de stabiliser, et d'améliorer l'état psychologique des personnes

Catégorie "Communication" : tendance à l'amélioration des relations sociales et de la communication...

Perspectives : Favoriser la prise d'initiative, l'adaptation des personnes aux différentes situations...

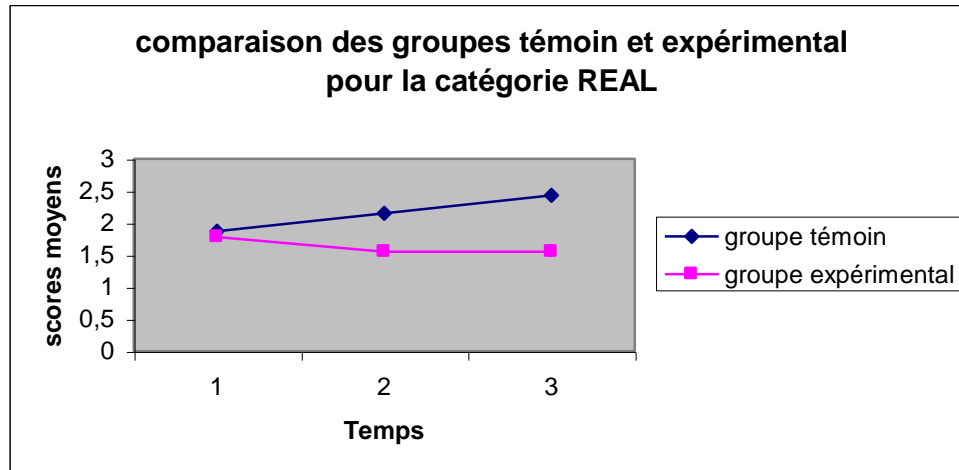
(A partir du Graphe)



[Plus le score est proche de 1, meilleure est la QDV du sujet]

Catégorie "Réalisation Personnelle" :

Tendance à améliorer le plaisir au quotidien, la réalisation de soi et l'expérience personnelle...
Perspectives : Veiller à mettre en avant les capacités et compétences des personnes, et favoriser l'autonomie...



(A partir du Graphe)

[Plus le score est proche de 1, meilleure est la QDV du sujet]

Conclusions :

- Une analyse au cas par cas nous permet de dire que les activités physiques adaptées ont un effet positif sur le bien-être des résidents qui ont bénéficié du programme.
 - Les personnes présentent majoritairement des attitudes positives lors des séances d'activités physiques ; On note une diminution des troubles du comportement, l'énergie étant canalisée par l'activité physique... ; augmentation des contacts et des relations sociales, ou un maintien dans l'interaction pour certains ; "naissance" voire augmentation de comportements de motivation, de demande, de projet... ;
- Les sujets "capables" de répondre à l'échelle de Q.D.V. ont montré globalement une satisfaction en rapport avec la mise en place de ces activités, et ont évoqué leur souhait de poursuivre celles-ci.
- Le discours du personnel soignant abonde en ce sens et est majoritairement pour le maintien d'un tel programme...

Vanessa LECOMTE – DEA Psychopathologie

IX - RESULTATS sur le plan Moteur et Santé :

La réalisation : Dès le mois de janvier 2002, sur 4 sites, 16 personnes en situation de handicap sévère, sont impliqués dans des programmes d'APSA, 7 personnes servant de groupe témoin. Ce travail se déroula durant une période de 6 mois, avec un bilan d'étape au bout de 3 mois. (2 séances de marche et une séance d'activités motrices seront réalisées chaque semaine)

Il faut tout d'abord signaler le fort investissement des équipes éducatives, médicale et de direction des établissements impliqués.

Les effets des activités physiques sur les personnes évaluées sont variables, avec des différenciations individuelles, en lien avec la singularité de chacun, mais aussi dans le temps, où le comportement peut être très inégal d'un jour à l'autre...

On a pu évaluer une amélioration sensible de la qualité de vie (psychologique, autonomie et santé, relationnel, réalisation de soi), chez une majorité des participants au programme d'A.P.S.A., lors de l'évaluation intermédiaire.

Globalement, après évaluation finale, nous pouvons constater une augmentation de la distance moyenne de marche parcourue en 6 minutes, qui passe de 555m (janvier) à 578m (avril), puis 635m (juillet).

Cette augmentation de la distance moyenne parcourue, traduit une bonne adaptation de l'organisme l'effort.

L'évolution de la fréquence cardiaque moyenne de repos qui passe de 74 à 63, montre une adaptation du système cardio-vasculaire à l'entraînement.

Au niveau biologique, on peut noter une baisse moyenne de l'indice de Masse Corporelle (25,86 / 25,24), ainsi que des triglycérides (0,96 g/l – 0,84 g/l)

Sur le plan moteur, nous constatons une amélioration de l'évaluation motrice globale, que l'on retrouve également chez le groupe témoin (qui continuait à pratiquer les activités classiques de l'institution, dont quelques activités motrices)...

On peut distinguer plus particulièrement une amélioration de la coordination (12,7 frappes en janvier – 15,1 en juillet).

X - DISCUSSION ET CONCLUSIONS :

La sédentarité est une caractéristique largement constatée chez les personnes en situation de handicap sévère vivant en institution (9, 10, 11, 12). L'inactivité entraîne une désadaptation des grandes fonctions organiques, ce qui entraîne une diminution des capacités physiques et induit donc une inactivité encore accrue. Pour contrer ce cercle vicieux, des niveaux d'activité physique minimum sont nécessaires pour entretenir une bonne santé physique.

L'analyse statistique réalisée par Nathalie Pantaléon, Maître de conférence STAPS à l'Université de Nice Sophia-Antipolis ne fait pas apparaître de différences significatives pour de nombreux items. D'autre part, la singularité de la population étudiée, ne permet pas d'analyser un public homogène (pathologies, âge, caractéristiques individuelles, traitement médicamenteux...)

L'Etude mise en œuvre en Midi-Pyrénées, ne concernant qu'un nombre réduit de participants (16) et de témoins (7), ne permet pas d'affirmer définitivement, les effets bénéfiques des activités physiques proposées sur les populations cibles, mais elle montre néanmoins les évolutions des résultats relevés chez les personnes suivies, selon certains indicateurs, après

des temps de "ré-entraînement" relativement courts. Des progrès plus sensibles seraient certainement identifiés, après 2 à 3 ans d'activités régulières.

Au niveau de l'équilibration, nous nous sommes aperçus que les indicateurs choisis n'étaient pas suffisamment adaptés aux caractéristiques spécifiques de chacun.

La singularité de chaque personne doit être prise en compte de manière plus importante, en construisant un référentiel évaluatif spécifique pour chaque sujet, en fonction de ses capacités. Cette démarche devrait permettre de mieux appréhender les progrès de chacun, afin de vérifier la pertinence des exercices proposés, ce qui fera l'objet d'une prochaine étude.

Le **Programme National Nutrition-Santé (2001-2005)**, coordonné par le Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés, a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population. (13)

Il fixe 9 objectifs nutritionnels prioritaires en terme de Santé Publique :

1. Augmenter la consommation de fruits et légumes.
2. Augmenter la consommation de calcium.
3. Réduire les apports lipidiques à moins de 35% de l'apport énergétique journalier.
4. Augmenter l'apport glucidique à moins de 35% de l'apport énergétique journalier, en particulier l'apport en fibre de 50%. (Réduire de 50% l'apport en sucres simples).
5. Réduire la consommation d'alcool à moins de 20g par jour dans la population générale
- 6. Réduire de 5% la cholestérolémie moyenne des adultes.**
7. Réduire de 10mm de Hg la pression artérielle systolique des adultes.
- 8. Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité** (Indice de Masse Corporelle (IMC) > 25 kg/m²) chez les adultes.
9. **Augmenter l'activité physique journalière** de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par jour. (La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue...)

Les éléments contenus dans ce programme, en terme de Santé Publique, sont particulièrement intéressants et pertinents en ce qui concerne la santé des personnes handicapées.

Les résultats obtenus indiquent que **44 % (7/16) des personnes ayant suivi le programme d'activités physiques (durant 6 mois) ont réduit de plus de 5% leur cholestérolémie.**

L'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées constate sur l'ensemble de la population : (14)

- à propos de l'obésité : une "maladie" qui touche 13% des hommes de 35-64 ans et 11% des femmes de 35-64 ans en Midi-Pyrénées, et qui voit une augmentation très forte chez les jeunes (l'obésité a doublé en 10 ans).
- à propos du surpoids : touche 49% des hommes de 35-64 ans et 26% des femmes de 35-64 ans, et qui voit une augmentation très forte chez les jeunes (+ 36% en 10 ans).
- à propos de la sédentarité : pas d'activité physique extra professionnelle pour 46% des hommes de 35-64 ans et 61% des femmes de 35-64 ans.
- le tabagisme féminin augmente en Midi-Pyrénées comme ailleurs dans des proportions inquiétantes.
- l'obésité devient un vrai problème de santé publique : si la prévalence de l'obésité chez les adultes de notre région est stable, l'obésité infantile évolue de façon inquiétante liée principalement à l'évolution des comportements alimentaires et des modes de vie ; la sédentarité alliée à une alimentation déséquilibrée accroît les risques de surpoids, voire d'obésité.

Ces indicateurs sont sans doute encore plus défavorable pour la population de personnes handicapées, des actions en faveur de ces personnes se révèlent donc absolument indispensables.

CONCLUSION :

De nombreux articles de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002, orientent l'action des diverses institutions vers une organisation tendant à mieux prendre en compte les besoins de la personne handicapée, et la réalisation plus systématique d'évaluations :

"répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux...

prise en charge et accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion adaptés à son âge et à ses besoins...

pour chaque établissement, il est élaboré un projet d'établissement qui définit ses objectifs... en matière d'évaluation des activités et de la qualité des prestations..."

Cette évolution devrait induire des effets sur la prise en charge des sujets dans le cadre de programmes structurés d'A.P.S.A.

L'impact sur la santé peut être évalué grâce à un certain nombre d'indicateurs : Fréquence cardiaque, indice de masse corporelle, ... dans une démarche de qualité des prestations.

L'importance des activités physiques et sportives pour les personnes de C.A.T. a déjà été mis en évidence, notamment pour les établissements de l'A.D.A.P.E.I. du Puy-de-Dôme. (15). Ces A.P.S.A. sont à mettre en place auprès des enfants (annexes XXIV), afin de développer leurs capacités et leur donner des habitudes de vie active, chez l'adulte pour prévenir la sédentarité, mais aussi auprès des personnes vieillissantes afin de maintenir l'autonomie. Ce dernier aspect, compte tenu de l'évolution de l'espérance de vie des personnes handicapées, va devenir un enjeu essentiel...

Il est donc indispensable de mettre en place, dans toutes les institutions, un projet d'Activités Physiques et Sportives, en lien avec le Projet d'Etablissement. Un véritable projet comprenant les différentes phases classiques : Conception – Mise en œuvre – Evaluation, et non pas seulement quelques activités ponctuelles, occupationnelles, "improvisées" qui ne peuvent avoir d'impact significatif sur la santé des personnes prises en charge.

*"L'activité physique et sportive **adaptée et régulière** permet de ralentir les effets néfastes du vieillissement et d'en diminuer son coût pour la société..."*

Autonomie physique renforcée, amélioration du fonctionnement du système neuromusculaire, du système cardio-vasculaire et respiratoire sont les bénéfices apportés par la pratique d'activités physiques et sportives adaptées qui favorisent aussi le maintien des facultés intellectuelles et l'adaptation psychoaffective de la personne handicapée à l'environnement"
(16) Christine Lemoigne – Médecin Fédéral FFSA

Nous adressons nos remerciements aux personnes handicapées ayant suivi les programmes, aux équipes des différentes institutions qui se sont fortement impliqués dans la mise en place de cette Etude, aux membres du Conseil Scientifique qui ont guidé les différentes phases, et en particulier au professeur Daniel Rivière qui a su dynamiser le travail collectif...

Alain Déjean

Conseiller Technique Régional - "Sport Adapté"

Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports Midi-Pyrénées

Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées 50, bd Deltour 31500 Toulouse ☎ 05.61.20.33.72 (le matin)

✉ dejean.a@wanadoo.fr

XI - BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Simard C. : Impact du sédentarisme et de l'activité physique sur les fonctions mentales. Intégration avec la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps. In Brunet F. Caouette M. Corps et Psychiatrie : Psychopédagogie des activités physiques et sportives. Rennes, Ed. ENSP. 1995
- (2) Dr Duchène Yves : Médecin Psychiatre, médecin du Sport, médecin de la Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées – 5èmes journées nationales AN CREA – "La personne handicapée en Foyer de vie" – centre des Congrès – Toulouse - 15/03/2002
- (3) Brunet F. (1999) Activités Physiques Adaptées aux personnes en grande situation de handicap : du modèle biomédical au modèle psychosocial et culturel, in Brunet F., Bui-Xuan G. ; Handicap mental, troubles psychiques et sport ; FFSA/AFRAPS ; Cl-Ferrand ; Brunet F.
- (4) Massé-Biron J., Fabre C. Enseigner et animer les activités physiques adaptées ... aux Seniors – Dossier EPS n° 55 – Enseigner et animer les activités physiques adaptées, Paris, 2001.
- (5) Van Praagh : Professeur à l'UFRSTAPS, Université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand in Vie Active – Santé – Lien Social : Contribution des activités physiques adaptées à la qualité de vie des aînés ; séminaire 10/2000 DRJS Auvergne
- (6) Massé-Biron J. ; B. Perdrizet. B. (Fév./Mars 2001) Dépense énergétique du senior – revue Loisirs-Santé FFEPGV N° 93.
- (7) Déjean Alain (Paris ; 1990) : "Analyse des méthodes d'Education Physique et Utilisation des Activités Physiques et Sportives en Rééducation Psychomotrice." – Editions Vernazobres-Gréco ; 74, bd de l'hôpital ; 75013 Paris.
- (8) Baron Mariette, Caouette Michel, Educateurs physiques, Brunet F. (1999) : Programme de prévention de la sarcopénie pour les personnes handicapées mentales à mobilité réduite – fiches techniques : Rapport d'étape 1 ; Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal – Québec. (inédit)
- (9) Garet M., Brunet F., Chamoux A., (1999). Activités physiques adaptées aux personnes vivant avec des capacités très réduites. Amélioration de la tolérance à l'effort par un mode de vie actif : incidence potentielle sur l'amélioration de la santé et de l'autonomie fonctionnelle. Mémoire de maîtrise STAPS, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand.
- (10) Ried G. Performance of mentally retarded adults on the canadian standardized test of fitness. Canadian Journal of public health, 1985 ; 76
- (11) Heath GW, Fentem PH. ; Physical activity among persons with disabilities, a public health perspective. Exerc Sports Sci Rev, 1997 : 25 : 195-234.
- (12) Jansma P. The psychomotor domain and the seriously handicapped. 3rd Ed. Lanham, MD : University Press of America, 1988.
- (13) Programme National Nutrition-Santé PNNS - Ministère de l'emploi et de la solidarité – Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. 31 janvier 2001.
- (14) Etat des lieux réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé - Document de travail – DRASS Midi-Pyrénées – Loi de Programmation Quinquennale en Santé Publique – octobre 2002
- (15) Bui-Xuan G., Brunet F., Dejean O. (Paris. 1999) : Activité physique, santé et qualité de vie : Enquête sur l'activité physique, la santé et la qualité de vie des personnes déficientes intellectuelles de CAT.
- (16) Dr Lemoigne C. : Traitement médical et A.P.S. ; in Actes des 3èmes journées nationales d'échanges en Activités Motrices ; Agen ; 16-17 nov. 2001 ; F.F.S.A.