



Guide méthodologique

*Mise en place d'activités physiques
adaptées pour des personnes
handicapées vieillissantes*

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	9
AVANT PROPOS	11
RESUME CHAPITRE I	13
CHAPITRE I. GUIDE METHODOLOGIQUE	15
1. CONTEXTE DE CREATION DU GUIDE.....	15
1.1. <i>Thèmes et objectifs du guide méthodologique</i>	17
1.2. <i>Méthodologie et littérature analysée</i>	18
2. PERSONNES BENEFICIAIRES DU GUIDE.....	19
2.1. <i>Etablissement</i>	19
2.2. <i>Public cible</i>	20
3. ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES	21
3.1. <i>Définition</i>	22
3.2. <i>Finalités / objectifs de la pratique d'APA</i>	22
4. CADRE REGLEMENTAIRE ET LEGISLATIF DES INTERVENTIONS	23
4.1. <i>Instruction ministérielle et réglementation</i>	23
4.2. <i>Encadrement des activités physiques et sportives adaptées</i>	23
4.2.1. <i>Éducateurs sportifs</i>	24
4.2.2. <i>Enseignant en Activités Physiques Adaptées</i>	25
4.2.3. <i>Masseur kinésithérapeute</i>	27
4.2.4. <i>Ergothérapeute</i>	28
4.2.5. <i>Psychomotricien</i>	29
4.2.6. <i>Educateur spécialisé / Moniteur-Educateur / Aide-Médico-Psychologique / Accompagnant Educatif et Social</i>	30
4.2.7. <i>Bénévole</i>	30
5. <i>CERTIFICAT MEDICAL</i>	31
RESUME CHAPITRE II	33
CHAPITRE II . ETAT ACTUEL DE LA SITUATION	35
1. RECOMMANDATIONS ACTUELLES EN MATIERE D'ACTIVITE PHYSIQUE.....	35
2. CONSTATS DE TERRAIN	37
3. LIMITES A LA MISE EN PLACE D'APA DANS LES ETABLISSEMENTS.....	37
RESUME CHAPITRE III	41
CHAPITRE III. CONSTRUCTION ET MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME D'APA	43
1. ELABORATION D'UN PROGRAMME D'APA.....	43
2. OUTILS D'EVALUATION	47
2.1. <i>Test d'évaluation de l'adresse - Test de lancé (protocole annexe 1)</i>	47
2.2. <i>Test d'évaluation de la souplesse - Sit and Reach test (protocole annexe 2)</i>	48
2.3. <i>Test d'évaluation de la marche</i>	49
2.3.1. <i>Timed up and Go test (protocole annexe 3)</i>	49
2.3.2. <i>Test de marche de 6 minutes (protocole annexe 4)</i>	49
2.4. <i>Test d'évaluation de l'équilibre - Test de Tinetti (protocole annexe 5)</i>	49
2.5. <i>Test d'évaluation de l'effort perçu - Échelle de Borg modifiée (protocole annexe 6)</i>	50
3. ACTIVITES PHYSIQUES (RESULTATS DE TERRAIN).....	51
3.1. <i>Principes de base</i>	52
3.2. <i>Construction d'un programme d'APA</i>	56
4. CONCLUSIONS TIREES DES PROGRAMMES	62

RESUME CHAPITRE IV	63
CHAPITRE IV. ACTIONS DE TERRAIN POUR LA MISE EN PLACE D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES – SOLUTIONS AUX PROBLEMATIQUES RENCONTREES	65
1. BILAN DE LA PHASE DE TEST.....	65
2. DEVELOPPEMENT D'UN PROJET D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT....	66
<i>Axe 1 : Promotion de la mobilité.....</i>	<i>67</i>
<i>Axe 2: Promotion du sport-santé.....</i>	<i>68</i>
<i>Axe 3: Promotion à la participation à des évènements sportifs extérieurs.....</i>	<i>69</i>
3. DEVELOPPEMENT D'UN PROJET D'APA AU SEIN D'UN SERVICE.....	70
<i>Axe 1: Promotion de la mobilité.....</i>	<i>71</i>
<i>Axe 2: Promotion du sport santé.....</i>	<i>72</i>
<i>Axe 3: Participation à des manifestations sportives</i>	<i>72</i>
CHAPITRE V. MOYENS ET LOGISTIQUE POUR INTEGRER L'APA DANS LES ETABLISSEMENTS.....	75
CHAPITRE VI. RAPPORT DES ACTIONS MISES EN PLACE.....	79
1. PROJET D'APA AU SEIN D'UN ESAT	79
2. PROJET DE MISE EN PLACE D'UNE ACTIVITE TRANSVERSALE	81
3. MISE EN PLACE D'APA PAR UN ORGANISME EXTERIEUR	84
4. ATELIERS D'EQUILIBRE DE PROXIMITE.....	85
CONCLUSION.....	87
CHAPITRE VII. MISE EN PLACE DE PROGRAMMES D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES ET SANTE SUR UNE DUREE DE SIX MOIS	89
1. INTRODUCTION :	89
2. MISSIONS DE L'ENSEIGNANT EN APAS :	89
3. PRESENTATION DES TROIS PROJETS:	90
<i>Programmes d'APAS interinstitutionnels</i>	<i>90</i>
<i>Programme d'APAS spécifique pour l'ADIMC 74</i>	<i>91</i>
<i>Evaluation de l'insertion des PHV au sein des ateliers d'équilibre.....</i>	<i>91</i>
4. MISE EN ROUTE :	92
<i>Mise en place des ateliers :</i>	<i>92</i>
<i>Choix des participants : présentation des caractéristiques</i>	<i>92</i>
<i>Choix des activités physiques adaptées</i>	<i>93</i>
<i>Élaboration des évaluations.....</i>	<i>94</i>
<i>Ateliers d'équilibre</i>	<i>94</i>
5. PRESENTATION DES PROGRAMMES D'APAS :.....	95
<i>Planification des cinq programmes d'APAS (jour, horaires, lieu).....</i>	<i>95</i>
<i>Projet de cycle</i>	<i>96</i>
<i>Séances types.....</i>	<i>96</i>
<i>Évaluations :</i>	<i>97</i>
6. RESULTATS :	100
<i>Bilan des cinq programmes d'APAS.....</i>	<i>100</i>
<i>Présence aux séances.....</i>	<i>100</i>
<i>Résultats évaluation 1^{ère} partie</i>	<i>101</i>
<i>Résultats évaluation 2^{ème} partie.....</i>	<i>103</i>
<i>Résultats évaluation 3^{ème} partie.....</i>	<i>105</i>
<i>Bilan des ateliers d'équilibre.....</i>	<i>106</i>
<i>Bilan de l'année 2018- 2019</i>	<i>106</i>
<i>Points forts et points faibles des ateliers d'équilibre</i>	<i>109</i>
CONCLUSION :	111
ANNEXES.....	113

Comité organisationnel :

- Dr Matthieu DEBRAY, gériatre, Chef de pôle au Centre Hospitalier Annecy Genevois, co-porteur du projet PHV,
- Camille LEFEVRE, étudiante Master 2^{ème} année en STAPS option Activités Physiques Adaptées – Université Grenoble Alpes,
- Elisabeth CARRIERE, éducatrice spécialisée – FAM Les Iris, projet PHV.

Groupe de travail :

Juliette JAILLET	Médecin coordinateur au FAM du moulin, médecin du sport en libéral	APEI de Thonon et du Chablais, FAM du Moulin
Mickaël LOONES	Directeur	Association Eclat du Pays de Gex
Eric FAY	Enseignant en APA	
Philippe CHOLAT	Directeur de complexe	AAPEI EPANOU, Complexe Le Parmelan / SATTHAV
Muriel AGENIS	Cadre socio-éducatif	
Sophie BEDAGUE Béatrice MAGAN	Monitrices éducatrices	
Bernard GENEVRIER	Directeur d'établissement	ADAPEI de l'Ain, FAM Pré la Tour
Quentin PELLETIER	Enseignant en APA	
Dominique KIENNEMANN	Directeur du Pôle Habitat	Association Nous Aussi, ESAT Le Monthoux / SATTHAV
Audrey GUILLABERT	Educatrice sportive	
Michelle SACHOT	Psychomotricienne	
Claudine CASTEL	Educatrice Spécialisée	
Astrid GIORGIO	Monitrice éducatrice, référente sport	ADIMC 74, Foyer de vie Le Goéland
Basile BERTHOLON	Usager du Foyer de vie	
Gwenaëlle GONNET	Directrice de complexe	AAPEI-EPANOU, FAM Les IRIS
Laurence JACQUOT	Kinésithérapeute	

Avec la collaboration du,

Comité de Sport Adapté de Haute-Savoie, CDSA 74, représenté par Mme Anne-Pascale DEMANGEOT,

Et l'aide de,

Mme Muriel PICOU LE BLANC, Attachée de recherche clinique au CHANGE.

Mme Maud DEVIS, Animatrice de la filière gérontologique du CHANGE.

Liste des abréviations

APA : Activités Physiques Adaptées

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes

EAPA : Enseignant en Activités Physiques Adaptées

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

ESAT : Etablissement ou Service d'Aide par le Travail

CDSA : Comité Départemental de Sport Adapté

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale.

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

BPJEPS : Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport

DEJEPS : Diplôme d'Etat Jeunesse, Education Populaire et Sport.

DESJPEPS : Diplôme d'Etat Supérieur Jeunesse, Education Populaire et Sport.

APT : Activité Physique pour Tous

CS : Certificat de Spécialisation

CQH : Certificat de Qualification Handisport

AQSA : Attestation de Qualification du Sport Adapté

FFSA : Fédération Française de Sport Adapté

FFH : Fédération Française Handisport

MK : Masseur-kinésithérapeute

ES : Educateur Spécialisé

ME : Moniteur éducateur

AMP : Aide médico psychologique

AES : Accompagnant éducatif et social

APS : Activité Physique et Sportive

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Avant propos

Ce guide est le fruit d'un travail collaboratif entre professionnels et usagers d'un territoire de santé soucieux de mettre en œuvre des actions favorisant un "vieillir en santé" pour les personnes en situations de handicap. La sédentarité et le manque d'activité physique des personnes en situation de handicap avançant en âge sont des constats régulièrement partagés. En tenant compte du cadre réglementaire, l'implantation de programmes d'activité physique pour cette population émergente se réfléchit à la lumière des réalités de terrain. Tirant le fruit des expériences des membres du groupe de travail, ce guide propose à la fois des outils pour faciliter l'implantation de tels programmes dans les institutions et services du champ médico-social du handicap et une démarche pour la mise en place d'actions pérennes.

Nous remercions ici chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce guide. Les professionnels et les usagers qui ont pris part aux réunions, les directeurs des établissements et services qui ont permis l'implication des professionnels dans la construction du guide et mis à disposition les moyens logistiques nécessaires notamment pour la mise en œuvre des programmes. Mentionnons tout particulièrement l'implication remarquable de madame Camille Lefevre qui a mis en œuvre ce travail aidée de mesdames Elisabeth Carrière et Muriel Picou-Le-Blanc.

Ce travail s'inscrit dans un projet plus large concernant le vieillissement des personnes en situation de handicap initié en 2015 au sein de la filière Gérontologique Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex-Bellegarde, co-porté par le pôle de gériatrie du Centre Hospitalier Annecy Genevois et l'AAPEI-EPANOU que nous remercions ici pour son implication et son soutien logistique.

Ce projet n'aurait pu voir le jour sans le soutien financier et au delà le partenariat sans faille de l'ARS Rhône-Alpes, du Conseil Départemental de la Haute Savoie et du Centre Hospitalier Annecy Genevois à qui nous témoignons ici notre reconnaissance au nom des usagers concernés, des familles et des professionnels. Nous remercions également Malakoff Médéric pour son soutien financier.

Matthieu Debray, Annecy le 12 avril 2018



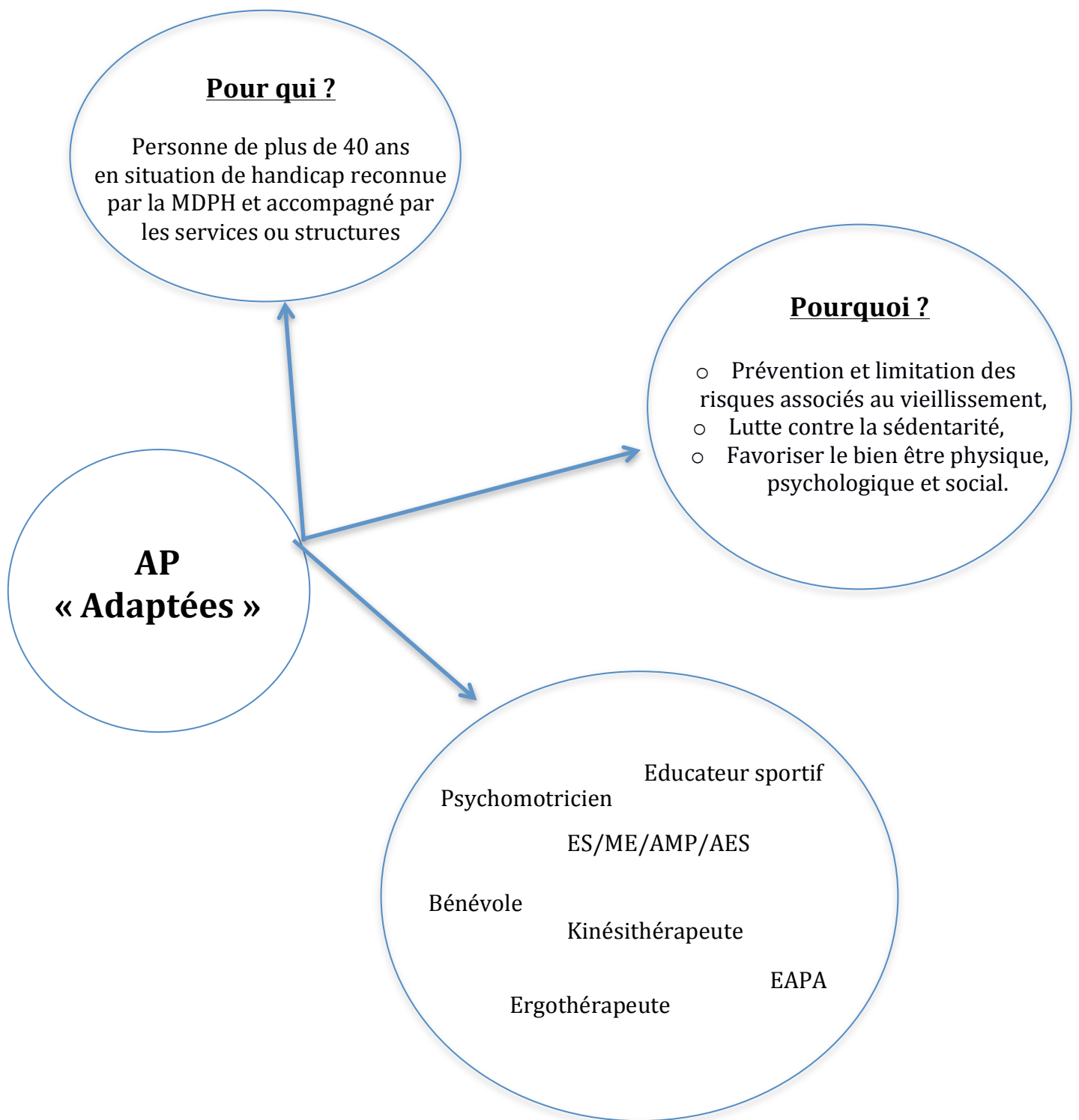
Résumé Chapitre I

L'augmentation de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap amène de nouvelles problématiques quant à leur vieillissement. L'objectif d'un vieillissement en santé est partagé par cette population. La pratique d'une activité physique peut contribuer à ce processus. Partant de ce constat, ce guide a pour vocation de recueillir tous les éléments nécessaires pour aider les établissements du champ du handicap à mettre en place des programmes d'Activités Physiques Adaptées (APA) dans les différentes institutions.

Ce guide a été réalisé à partir d'une recherche action mise en place sur le territoire de la filière gérontologique Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Gex-Bellegarde.

Il est destiné aux directeurs d'établissements médico-sociaux et aux équipes de professionnels accueillant des personnes en situation de handicap de plus de 40 ans.

Il précise les finalités et les objectifs d'une pratique d'APA. Il met également en évidence certains éléments législatifs à prendre en compte lors de l'encadrement de cette discipline.





Chapitre I. Guide méthodologique

1. Contexte de création du guide

Le vieillissement de la population représente un véritable défi d'adaptation pour nos sociétés qui doivent s'organiser pour mieux répondre aux besoins. La part des seniors tend à croître de manière considérable dans le monde entier. Les politiques actuelles sont tournées vers cette problématique. Ce vieillissement concerne également, depuis quelques décades, les personnes en situation de handicap. L'augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées notamment des personnes présentant des incapacités intellectuelles est spectaculaire depuis 50 ans. Elle tend à se rapprocher de celle de la population générale.¹ Les personnes en situation de handicap avançant en âge sont exposées comme la population générale aux pathologies et aux altérations fonctionnelles liées à l'âge, avec la particularité de connaître des déficiences en amont de ce vieillissement.

De fait, d'une part les familles et les professionnels du champs du handicap doivent répondre à de nouvelles problématiques : elles doivent faire face à la survenue d'altération fonctionnelles nouvelles, à des modifications de mode de vie, à des questions de prestation sociale après 60 ans et à leur propre vieillissement en tant qu'aidants ; d'autre part les professionnels constatent des difficultés précoces de maintien dans le travail, des problèmes gériatriques inhabituels dans un milieu dont la culture est éducative.²⁻³⁻⁴⁻⁵ Comme pour la population générale, l'objectif d'un vieillissement en santé, d'un "bien vieillir" apparaît pour cette population particulière.

1. Mangeney, K. Les personnes handicapées vieillissantes: indicateurs médicaux E psychosociaux du vieillissement - Etude du vieillissement dans les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM). 158 (Pôle de Gériatrie et de Médecine en situation de handicap, 2014).

2. Azéma, B. & Martinez, N. Les personnes handicapées vieillissantes: espérances de vie et de santé ; qualité de vie. Une revue de la littérature. (2005).

3. Michaudon, H. Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID. (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2002).

Dans un contexte de multi morbidité, de déclin fonctionnel lié à l'âge et de fragilité, une adaptation des offres de services pour limiter le risque de "surhandicap"⁶ est nécessaire parallèlement à des actions de préventions telle la pratique d'une activité physique qui peut contribuer au vieillissement en santé. En effet, la pratique régulière d'APA est un des leviers permettant de maintenir l'autonomie, le bien être, la qualité de vie. Chez la personne âgée fragile, elle améliore la mobilité, l'équilibre, la souplesse, la force musculaire et la confiance en soi et diminue le risque de chute.

Cependant, les études actuelles mettent en avant, un manque de pratique d'activité physique et une sédentarité importante chez les personnes en situation de handicap et plus particulièrement chez les personnes âgées.⁷⁻⁸⁻⁹ Ces données ont été confirmées au niveau d'un territoire de santé Rhônealpin par une étude épidémiologique "PHV-Géronto" réalisée en 2015 sur le territoire des filières gérontologiques "Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Pays de Gex-Bellegarde" auprès des personnes de 40 ans et plus, reconnues en situation de handicap et bénéficiant de service sur orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Cette étude qui a réuni une trentaine de structures et services du champ du handicap, montre que 34,5% des personnes handicapées vieillissantes (PHV) ont une activité physique légère et que 59,4% ne pratique aucune activité physique.¹⁰ Les risques associés à la sédentarité seraient plus importants pour cette population. Les préconisations concernant l'activité physique insistent sur la nécessité d'adapter qualitativement et quantitativement le programme d'exercice aux caractéristiques physiologiques et fonctionnelles, et aux besoins spécifiques de la personne. Malgré le peu d'étude réalisées dans la population

4. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. 70 (CNSA, 2010).

5. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012. 46 (CNSA, 2008).

6. Observation médico-sociale régionale- Focus Personnes Handicapées Vieillissantes. ARS Rhône Alpes-CREAI-Janvier 2015.

7. Hsieh, K., Rimmer, J. & Heller, T. Prevalence of Falls and Risk Factors in Adults with Intellectual Disability. *Am. J. Intellect. Dev. Disabil.* 117(6), 442-454 (2012).

8. de Winter, C., Bastiaanse, L., Hilgenkamp, T. I., Evenhuis, H. & Echteld, M. Cardiovascular Risk Factors (diabetes, Hypertension, Hypercholesterolemia and Metabolic Syndrome) in Older People with Intellectual Disability: Results of the HA-ID Study. *Res. Dev. Disabil.* 33, 1722-1731 (2012).

9. Van Schijndel-Speet, M., Evenhuis, H., Van Wijck, R., Van Montfort, K. C. A. G. M. & Echteld, M. A Structured Physical Activity and Fitness Programme for Older Adults with Intellectual Disabilities: Results of a Cluster-randomised Clinical Trial. *J. Intellect. Disabil. Res.* 61, 16-29 (2017).

10. M. Debray; M. Buchner; E. Carrier; M. Picou-Le-Blanc; P. Cony-Makhou; L. Trottier; N. Dubuc. Etude des besoins et des services liés à l'autonomie fonctionnelle et sociale de la population handicapée vieillissante d'un territoire de santé. 36ème Journées Annuelles de la SFGG : PARIS 21-23 novembre 2016.

adulte présentant des incapacités, des impacts positifs de programmes d'activités physiques semblent exister en terme de qualité de vie et de satisfaction personnelle, d'amélioration de l'équilibre, de la marche, de la force musculaire notamment dans la population présentant des incapacités intellectuelles.¹¹ Cependant, l'adaptation d'une offre d'activité physique aux besoins nouveaux de la population des PHV doit prendre en compte les problèmes d'accessibilité du programme, sa localisation dans un environnement familial, la prise en compte des aptitudes, de la motivation, des troubles émotionnels de la personne, son parcours de vie ¹¹⁻¹²⁻¹³. Dans ce contexte, le projet APA-PHV a pour objectif par une approche participative, de structurer, de décliner des programmes d'APA pour une population de personnes handicapées âgées de 40 ans et plus dans différents milieux de vie d'un territoire de santé. Ce guide méthodologique se veut être une aide à la mise en place de tels programmes à destination de ce public. Il se veut être un outil permettant de faciliter la pratique d'activités physiques au sein des structures et services du champ du handicap et donne des indications pour l'implantation et la mise en place d'ateliers d'APA.

1.1. Thèmes et objectifs du guide méthodologique

Ce guide méthodologique a pour thématique la mise en place de programmes d'APA pour les personnes en situation de handicap avançant en âge dans les institutions les accueillant. Il est issu de travaux menés entre 2015-2017 de façon collaborative par les acteurs professionnels d'établissements et services du champ du handicap du territoire de santé de la filière gérontologique "Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Pays de Gex-Bellegarde" avec une participation des usagers. Les propos émis dans ce guide s'avèrent être à la fois globaux permettant de convenir à la plus grande majorité des personnes en situation de handicap avançant en âge mais également spécifique au domaine de

11. Bartlo P, Klein PJ. Physical activity benefits and needs in adults with intellectual disabilities: systematic review of the literature. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2011 May;116(3):220-32.

12. Bodde AE & all. The effect of a designed health education intervention on physical activity knowledge and participation of adults with intellectual disabilities. *Am J Health Promot*. 2012 May-Jun;26(5):313-6.

13. Melville CA & all. Effectiveness of a walking programme to support adults with intellectual disabilities to increase physical activity: walk well cluster-randomised controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015 Sep 29;12:125.

l'activité physique de manière à être adaptés à chaque personne ainsi qu'aux différentes catégories professionnelles encadrantes.

Les objectifs de ce guide sont :

- définir les APA, leurs objectifs et finalités
- rappeler le cadre réglementaire quant à l'encadrement et les conditions de prise en charge en APA
- mettre en avant la réalité de terrain en ce qui concerne la pratique d'APA dans les établissements et services du champ médico-social du handicap
- proposer des outils d'évaluation et un programme d'APA adaptés à la population des personnes en situation de handicap avançant en âge
- proposer une démarche pour mettre en place des programmes d'APA au sein des établissements et services
- proposer des axes de réflexion sur la mise en place de programmes pérennes.

1.2. Méthodologie et littérature analysée

- Méthodologie

Ce guide a été élaboré à partir d'une recherche-action réalisée sur le territoire de la filière gérontologique "Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Pays de Gex-Bellegarde". Celle-ci fait suite à l'étude "PHV-Géronto" organisée sur ce même territoire et a réuni un groupe de travail animé par un comité organisationnel composé d'un médecin gériatre responsable du projet, d'un éducateur spécialisé et d'un enseignant en APA (EAPA). Outre les membres du comité organisationnel, le groupe de travail s'est constitué sur la base du volontariat. L'ensemble des services et structures du territoire a été sollicité pour participer à ce groupe de travail soit : cinq Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), deux Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAM), cinq services d'appartements de soutien, huit foyers d'hébergements, deux foyers de vie, sept Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) et neuf Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT). Le Comité Départemental de Sport Adapté (CDSA) 74 a également été sollicité afin de participer à cette recherche.

La recherche-action

« Approche de recherche à caractère social, associée à une stratégie d'intervention et qui évolue dans un contexte dynamique ». ¹⁴

Elle facilite l'identification et la résolution d'un problème par la mise en place de stratégies visant à améliorer une situation insatisfaisante¹⁵ et peut avoir comme but le changement, la compréhension des pratiques, l'évaluation, la production de connaissances ou l'amélioration d'une situation donnée.¹⁴

Elle est surtout qualitative et évolue en fonction des problèmes rencontrés sur le terrain.

Elle s'articule en différentes phases : ¹⁵

- la planification,
- l'action (entretiens approfondis, observation des participants, études de cas, comptes rendus d'événements),
- l'observation et la réflexion avant la révision du plan et un retour à la phase d'action.

Elle est à la fois participative et collaborative. Elle implique des « praticiens chercheurs, d'enseignants et d'apprenants ». ¹⁵

14. Livre : Lavoie, L., Laurin, P. & Marquis, D. La Recherche-action: Théorie Et Pratique: Manuel D'autoformation. (2003).

15. Catroux, Michele. Introduction à La Recherche-action : Modalités D'une Démarche Théorique Centrée Sur La Pratique. XXI N° 3, (2002).

Ainsi, les institutions participantes sont invitées à solliciter des professionnels et des usagers volontaires pour se joindre au groupe de travail. Elle est réalisée de manière continue sur une durée de huit mois. Le groupe se réunit en moyenne une fois par mois.

- **Éléments de littérature**

Une étude menée sur le territoire Français à montré ¹⁶ que les personnes atteintes de déficience intellectuelle, de troubles psychiques avec ou sans troubles associés sont majoritairement présents au sein des établissements pour adultes en situation de handicap.

De ce fait les recherches réalisées dans le cadre de cette étude ont été orientées vers cette population spécifique ainsi que sur les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale (IMC) puisqu'un établissement du groupe de travail accueille spécifiquement ces personnes.

Les recherches de littérature sont réalisées dans les bases de données électroniques « Pubmed¹⁷ et Sciencedirect ¹⁸». Dans chacune de ces bases, les recherches comprenaient des termes relatifs à ces pathologies spécifiques, au vieillissement et les synonymes associés ont été constamment identifiés. Ces différents énoncés ont été combinés avec des termes en relation avec l'activité physique. Les combinaisons ont été variables en fonction des thématiques abordées par la recherche.

2. Personnes bénéficiaires du guide

2.1. Etablissement

Ce guide est destiné à l'ensemble des structures et services du champ du handicap accueillant des personnes de 40 ans et plus. Sur le territoire de la filière gérontologique

16. Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la Branche Sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif. Vieillesse des Personnes handicapées - La branche face à cet enjeu. 81 p. (2012)

17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

18. <https://www.sciencedirect.com/>

"Annecy-Rumilly-Saint-Julien-Pays de Gex-Bellegarde", cela représente 28 structures et services.

Le personnel de direction a un rôle central à jouer dans la mise en place de l'APA. En effet, c'est lui qui détient les moyens nécessaires pour orienter et mettre en œuvre des projets au sein de l'établissement. De part ses missions, il doit veiller au respect des droits des personnes et des familles. Or, en ce qui concerne spécifiquement le domaine des activités physiques, le personnel de direction doit être en mesure d'appliquer la loi 2005-102 du 11 Février 2005 sur "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées"¹⁹ qui met en évidence que les personnes doivent au même titre que l'ensemble de la population avoir accès aux activités sportives. Il se doit d'assurer la qualité des prestations mise à disposition des usagers. De plus, il doit s'engager à proposer des formations nécessaires au perfectionnement des équipes et ainsi assurer une prise en charge de qualité. Dans ce cadre particulier, il existe des formations spécifiques, mises en place par les fédérations sportives mais également par des organismes du secteur de formation médico-social.

Le chef de service dispose, en concertation avec le personnel de direction et éducatif de l'établissement, des capacités à promouvoir et organiser l'activité physique au sein de sa structure. Il joue un rôle de coordonnateur dans la conception et la mise en place de ce type de projets. Il assure leur qualité et leur concordance avec le projet d'établissement, ainsi qu'avec les projets individualisés des personnes concernées.

2.2. Public cible

La démarche de mise en place de l'APA concerne l'ensemble des personnes présentant des besoins spécifiques. Cependant, dans le cadre de la rédaction de ce guide, les réflexions du groupe de travail ont porté spécifiquement sur les personnes de 40 ans et plus, en situation de handicap, suivies ou accompagnées par un des services ou structures du territoire de l'étude après orientation par la CDAPH suite à leur demande auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

19. Journal officiel de la République Française. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (2005).

Les personnes concernées :

- résident dans les établissements FAM, MAS, Foyer d'hébergement, Appartements de soutien, Foyer de vie
- résident au domicile et bénéficient des services SAVS ou d'un SAMSAH
- sont travailleurs en ESAT, résidant à domicile.

Sur le territoire géographique défini, les personnes de 40 ans et plus représentent 50,23% des personnes en situation de handicap accompagnées par ces services et structures pour adultes.

3. Activités physiques adaptées

L'APA est une pratique récente développée en France dans les années 1980. C'est un concept qui "englobe l'ensemble des activités, services, structures et stratégies visant la participation sociale et le développement des personnes à besoins particuliers par l'entremise des activités physiques et/ou sportives".²⁰

Une activité est caractérisée comme étant « sportive » lorsque « à travers une participation organisée ou non, l'activité a pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux ». ²¹ De manière plus générale, le sport est souvent associé à une recherche de résultat voir de performance la plupart du temps dans un contexte de compétition. A la différence de l'activité physique, le sport est organisé et régit par un cadre et des règles spécifiques.

L'activité physique a été développée de façon à répondre aux besoins des personnes et ainsi contribuer à leur maintien en santé et à leur qualité de vie. Lorsqu'elle est adaptée,

20. Boursier, Claire, Didier Séguillon, et Hervé Benoit. « De la recherche en Activité physique adaptée au terrain : perspectives internationales. Présentation du dossier », La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, vol. 58, no. 2, 2012, pp. 5-12.

21. Charte Sociale Européenne du Sport du Conseil de l'Europe révisée, Recommandation n°R (92) 13, Article 2.

elle s'adresse donc à l'ensemble des personnes présentant des besoins spécifiques telles que les femmes enceintes, les personnes en situation de handicap quelles qu'elles soient, les personnes âgées etc.

3.1. Définition

Les APA regroupent « **tout mouvement, activité physique et sport, essentiellement basé sur les aptitudes et motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires** » (De Potter, 2004).

D'un point de vue réglementaire, l'article D.1172-1 du décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, entend par APA, « la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ».

3.2. Finalités / objectifs de la pratique d'APA

Les APA sont donc un ensemble d'activités physiques et sportives réalisées à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes handicapées, vieillissantes et/ou atteintes de maladies chroniques. Les APA sont particulièrement associées à de nombreux paramètres de santé biopsychosociale.²²

Le professionnel en APA a pour objectif de concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui utilisent des activités physiques à des fins d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et d'inclusion, en articulation avec d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social.²³

22. Ninot et Partyka, Dossier EPES n°73. 50 bonnes pratiques pour enseigner les APA.

23. Plan National de prévention par l'Activité Physique ou sportive, JF Toussaint, 2008.

4. Cadre réglementaire et législatif des interventions

4.1. Instruction ministérielle et réglementation

L'arrêté du 3 mars 2017²⁴ fixe le contenu du cahier des charges du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui apparaît être un outil pertinent pour la mise en œuvre des mesures du Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016. Le développement de l'offre d'activités physiques et sportives dans les établissements et services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap fait partie de ces mesures.

4.2. Encadrement des activités physiques et sportives adaptées

L'article L212-1 du code du sport détermine que « seuls peuvent, contre rémunération, enseigner, animer ou encadrer une activité physique ou sportive ou entraîner ses pratiquants, à titre d'occupation principale ou secondaire, de façon habituelle, saisonnière ou occasionnelle, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa du présent article et de **l'Article L. 212-2 du présent code**, les titulaires d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification :

1° - garantissant la compétence de son titulaire en matière de sécurité des pratiquants et des tiers dans l'activité considérée ;

2° - et enregistré au répertoire national des certifications professionnelles dans les conditions prévues au II de **l'Article L. 335-6 du code de l'éducation** ».

Il existe cependant des exceptions pour les militaires et les fonctionnaires territoriaux.

D'après le décret de n° 2016-1990 du 30 décembre 2016, « la dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les

24. https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034160098 - JO du 10/03/17.

techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences ». L'APA pour des personnes en situation de handicap peut donc être mise en place par différents types de professionnels.

4.2.1. Éducateurs sportifs

Le titre d'éducateur sportif peut être délivré à toute personne titulaire d'un diplôme de Certificat de Qualification Professionnelle ; d'un Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant animateur Technicien, diplôme de niveau V ; de Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport (BPJEPS), diplôme de niveau IV ; du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif, diplôme de niveau IV ; Diplôme d'Etat de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport (DEJEPS), diplôme de niveau II ; Diplôme d'Etat Supérieur de la Jeunesse de l'Education Population et du Sport (DESJEPS), diplôme de niveau III.²⁵

L'ensemble de ces diplômes permet «l'encadrement auprès de tout type de public dans une pratique de loisirs», et donc l'encadrement des personnes en situation de handicap. Il n'existe actuellement aucune restriction de prérogatives qui ne soit mentionnée dans le Code du sport ou sur les fiches du Répertoire National des Certifications Professionnelles. Cependant, une spécialité du BPJEPS a des prérogatives limitées pour l'encadrement d'un public spécifique. Il s'agit du BPJEPS "Activités Pour Tous" (APT). **L'annexe II-1 de l'Article A.212-1 du Code du sport** précise que les personnes titulaires de ce diplôme peuvent encadrer «toute activité physique ou sportive auprès de tout public, à l'exclusion des groupes constitués de personnes ayant un handicap physique ou sensoriel, une déficience intellectuelle ou un trouble psychique». Toutefois, associé au Certificat de Spécialisation (CS) «accompagnement et intégration des personnes en situation de handicap», le titulaire d'un BPJEPS APT peut encadrer «ponctuellement auprès de groupes constitués uniquement de personnes en situation de handicap».

25. Maudet D. Le code du sport, la carte professionnelle d'Educateur Sportif et les Enseignants en APA. SFP-APA. Novembre 2016.

Il est toutefois recommandé pour les personnes titulaires d'un BPJEPS de renforcer leurs compétences dans l'encadrement d'un public spécifique au moyen de formations complémentaires. Ces dernières leur permettent d'être davantage sensibilisés à l'accueil et la prise en charge d'un public en situation de handicap (ex : CS «accompagnement et intégration des personnes en situation de handicap », Certification de Qualification Handisport (CQH), Attestation de Qualification du Sport Adapté (AQSA)). Ces formations sont organisées par les ligues de Sport Adaptée et d'Handisport.

L'acquisition du titre d'éducateur sportif se fait dans une discipline sportive spécifique. Ces professionnels sont donc compétents uniquement dans l'enseignement de cette discipline spécifique.

Certaines spécialités du diplôme d'état sont orientées sur l'encadrement d'un public spécifique. La Fédération Française de Sport Adapté (FFSA) spécialisée sur les handicaps psychiques et intellectuels organise des formations permettant l'obtention du DEJEPS « Activités physiques et sportives adaptées ». De son côté, la Fédération Française Handisport (FFH) spécialisée sur le handicap physique et sensoriel met également une formation permettant l'obtention du DEJEPS Handisport.

4.2.2. Enseignant en Activités Physiques Adaptées

L'EAPA détient un diplôme universitaire spécialisé dans l'encadrement d'activités physiques ou sportives à destination de différents publics. Pour intervenir contre rémunération, il doit posséder une carte professionnelle obtenue après s'être déclaré dans la préfecture du département dans lequel il intervient. Les activités sont mises en place dans une perspective de prévention-santé ou de réadaptation et/ou d'intégration de personnes présentant une altération au niveau d'une fonction physique et/ou psychique.²⁶ Le public pris en charge dans le cadre d'une pratique d'activité physique

26. Arrêté du 18 avril 2016 modifiant l'annexe II-1 du code du sport.

adaptée regroupe l'ensemble des personnes présentant des besoins spécifiques telles que les personnes en situation d'obésité, celles présentant une pathologie chronique, un handicap physique, psychique et/ou intellectuel etc.

L'EAPA participe à la conception, la mise en place et l'évaluation de programmes d'activité physique et à la co-construction avec l'utilisateur (lorsque cela est possible) ou son référent d'un projet de pratique autonome.²⁷ C'est donc uniquement par le biais des activités physiques qu'il peut agir. Il utilise l'activité physique comme un support permettant aux personnes de développer des ressources physiques, sociales et psychologiques. L'activité physique est perçue comme un moyen, utilisée pour répondre à des objectifs spécifiques et non pas comme une finalité en soi.²⁸

Les programmes mis en place sont basés sur les besoins des personnes identifiés à la suite d'évaluation. Ils sont donc individualisés et répondent à des objectifs spécifiques.

L'EAPA est en mesure d'animer seul l'ensemble des activités physiques qui ne se déroulent pas dans un environnement spécifique. Dans ce cas particulier, les personnes titulaires d'un diplôme universitaire en APA ne disposent d'aucune prérogative d'encadrement en matière d'activités physiques et sportives. Il est alors nécessaire de faire appel à un professionnel diplômé dans l'activité concernée (**ex: activité en montagne, en milieu aquatique...**).

Contrairement au titulaire d'un diplôme d'éducateur sportif, le professionnel en activité physique adaptée n'est pas spécialiste d'une discipline sportive particulière mais a, de par sa formation, une approche pluridisciplinaire des pratiques.

27. Fiche métier Licence Mention Sciences et techniques des activités physiques et sportives parcours type « Activité Physique Adaptée et Santé » - Fiche Répertoire National des Certifications Professionnels.

28. Charlotte Auché, Lucie Sagot-Duvauroux et Alexandra Vartuaroglu, Les activités physiques adaptées : un nouveau levier d'insertion, Juin 2016.

4.2.3. Masseur kinésithérapeute

Le masseur kinésithérapeute (MK) détient un diplôme d'état obtenu à la suite d'une formation de quatre ans dans un institut public ou privé agréé. L'exercice de sa profession est défini par le Code de Santé Publique et n'est possible qu'après enregistrement du diplôme, certificat ou titre professionnel et d'inscription au tableau de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes (Décret n° 2008-1135 du 3 novembre 2008 portant code de déontologie des masseurs-kinésithérapeutes).

Le MK agit principalement dans un but de « rééducation et de réadaptation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées de les rétablir ou d'y suppléer ». ²⁹ « Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le MK pratique son art sur prescription médicale » et « met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination ». (Article L4321-1 du Code de la Santé Publique).

D'après le Code de la Santé Publique, la « profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale ». Ce professionnel dispose d'une compétence particulière pour encadrer la pratique de la gymnastique hygiénique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physiques et sportives déclarés. Il peut également « participer à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement et que ces actions concernent en particulier : la pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive ». (Décret n°96-879 du 8 octobre 1996). Ces prérogatives données au MK incluent également l'activité d'aquagym.

Le MK joue un rôle majeur dans le domaine de la rééducation, première étape de la reprise d'une activité, permettant la restauration d'une certaine autonomie et le relais par d'autres modalités de prises en charge.³⁰ Il peut donc intervenir auprès de tout public dans le but notamment de « prévenir l'altération des capacités fonctionnelles et

29. Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière- Monographie Masseur-Kinésithérapeute, 2008.

30. Pr Xavier Bigard, Rapport du Groupe de Travail, Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? Juin 2016.

de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer ».31

L'utilisation des activités physiques adaptées se fait dans la limite de la législation et de la déontologie de la kinésithérapie.²⁵

4.2.4. Ergothérapeute

L'ergothérapeute met en place des activités de rééducation, de réadaptation et de réinsertion de manière à favoriser l'autonomie et l'intégration de la personne dans son environnement.

Il contribue au traitement « des déficiences, des dysfonctionnement, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle » créant une désadaptation ou une altération des capacités de la personne et vise à leur réinsertion dans leur travail. L'ergothérapie sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de « maintenir, récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle. Les actes professionnels sont réalisés par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail ». (Code de la Santé Publique-Article R4331-1).

C'est dans un contexte d'adaptation et de rééducation fonctionnelle que les ergothérapeutes peuvent mettre en place de l'activité physique dans le but d'améliorer le quotidien de la personne.

Il existe également des formations complémentaires au métier d'ergothérapeute pour se spécialiser dans le domaine du sport.

31. Fiche métier DE : Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute - Fiche Répertoire National des Certifications Professionnels.

4.2.5. Psychomotricien

Le travail du psychomotricien vise à rééduquer les personnes confrontées à des difficultés psychologiques, psychiques, cognitives et de communication vécues et exprimées de façon corporelle, en agissant sur leurs fonctions psychomotrices. Il traite des troubles du mouvement et du geste dont peuvent souffrir aussi bien les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées.

La rééducation des personnes est réalisée au niveau des capacités motrices et se fait par le biais d'activités qui relèvent de plusieurs domaines tel que les arts plastiques, la musique, le théâtre mais également les activités physiques. En effet, le psychomotricien peut mettre en place des activités telles que la gymnastique, l'expression corporelle, la relaxation, des activités de coordination, des jeux, ...

Dans sa prise en charge, le psychomotricien recherche chez la personne une aisance gestuelle ainsi qu'un bien être physique.

En supplément ou parallèlement à la prescription médicale, le psychomotricien réalise des bilans pour déterminer les capacités du patient, les éventuels axes de travail de façon à pouvoir adapter sa prise en charge, l'évaluer et en suivre l'évolution.

D'après le décret du 30 janvier 2016, relatif aux conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteint d'affection de longue durée, l'activité physique peut être dispensée par les professionnels de santé cités ci dessus. En revanche, l'article D.1172-3 précise que lorsqu'une personne présente des limitations fonctionnelles sévères, seuls les professionnels de santé (MK, ergothérapeute, psychomotricien) sont «habilités à dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical». Cependant, lorsque les personnes ont « atteints une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations relatives aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physiques adaptées,

interviennent en complémentarité des professionnels de santé, dans le cadre de la prescription médicale ».

4.2.6. Educateur spécialisé / Moniteur-Educateur / Aide-Médico-Psychologique / Accompagnant Educatif et Social

Les éducateurs spécialisés (ES), les moniteurs éducateurs (ME), les aides-médico-psychologiques (AMP) et les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) ne possèdent pas de qualification pour encadrer des activités physiques et sportives. Cependant ils peuvent les utiliser comme support de projet éducatif intervenir sur des activités ludiques et éducatives (jeux de société, jeux de piste, jeux d'adresse etc.) mais également en co-animation avec des éducateurs sportifs diplômés à l'occasion de la pratique d'activités physiques et sportives. Ils ne peuvent en aucun cas, orienter l'activité ayant pour finalité la performance sportive.

4.2.7. Bénévole

Il n'existe actuellement pas de contraintes particulières de qualification pour l'encadrement des activités physiques et sportives à titre bénévole. Il est fortement recommandé de posséder une bonne expérience du public et de la discipline concernée. Les bénévoles assurent avec l'association par laquelle ils interviennent la sécurité de leurs interventions. Le bénévolat n'exonère en rien la responsabilité civile et pénale du bénévole. Il est tout de même conseillé que les personnes souhaitant encadrer des activités physiques et sportives (APS) à titre bénévole, suivent des formations fédérales et des formations conduisant au brevet des premiers secours (minimum prévention et secours civiques de niveau 1 ou premier secours en équipe de niveau 1).

Comme pour l'encadrement en tant que bénévole, il est nécessaire que les professionnels non spécialistes qui encadrent des activités physiques reçoivent dans la

mesure du possible, une formation dans ce domaine. Ces formations peuvent être assurées par des fédérations sportives spécialisées (FFSA³²/FFH³³), voir par d'autres organismes tel que le Comité Départemental Olympique et Sportif par exemple. Elles leur permettraient d'acquérir de nouvelles compétences, prérogatives d'encadrement et leur permettraient ainsi d'assurer une prise en charge qui soit d'autant plus adaptée et sécuritaire.

5. Certificat médical

● Législation et conseils

A l'heure actuelle, il n'existe qu'une réglementation particulière concernant la délivrance d'un certificat médical dans la pratique d'une activité physique. D'après les articles L231-2 et L231-1 du code du sport modifié par la loi santé du 26 Janvier 2016 et D231-1-a-D231-1-5, une personne doit obligatoirement détenir un certificat médical de non contre-indication à la pratique lorsque:

- la pratique donne accès à une licence sportive
- une personne participe à une compétition en tant que non licencié si l'organisateur l'exige.

Le décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 encadre les conditions de dispensation des APA prescrites par les médecins traitants à des personnes atteintes de certaines affection de longue durée. Ce décret ne s'applique en revanche qu'à ces personnes, orientées par leur médecin par le biais d'une prescription médicale. Ainsi une personne ayant reçu une prescription à la pratique d'une activité physique ne doit pas, dans ce cas, présenter de certificat de non contre-indication.

En revanche, il n'existe à l'heure actuelle aucune réglementation particulière en ce qui concerne la délivrance d'un certificat médical pour la réalisation d'APA au sein d'établissement ou services du champ du handicap.

32 <http://transformation.ffsportadapte.fr/>

33 <http://www.handisport.org/> - Onglet « Formation ».

En regard des caractéristiques particulières des personnes prises en charge et de la fluctuation de leur état de santé, le groupe de travail pense que la délivrance d'un certificat médical annuel sans contrôle régulier ne semble pas pertinente et ce, notamment pour les établissements médicalisés. En revanche, la délivrance d'un certificat médical pour les résidents des institutions non médicalisées est recommandée de façon à avoir un contrôle ponctuel sur l'état de santé de la personne.

Quel que soit le type d'institution, obtenir un avis médical est important à avoir dans le cadre de mesures de précautions : le médecin peut indiquer des recommandations à prendre face à des risques particuliers propres à l'utilisateur. La demande est plus celle de prudence que d'une contre indication sauf cas bien particulier.

La création d'une **fiche sanitaire** au sein des établissements et services est pertinente. Elle permet d'avoir un suivi régulier et serait à remplir par le représentant légal si l'établissement n'est pas médicalisé, et par l'équipe médicale si l'établissement l'est. Cette fiche est mise à disposition des professionnels dans le respect des règles du secret médical de façon à avoir connaissance des changements de l'état de santé des personnes.



Résumé Chapitre II

Il n'existe à l'heure actuelle aucune recommandation en matière d'activités physiques spécifiques aux personnes en situation de handicap avançant en âge. Afin d'avoir une base de travail, il est convenu de se référer aux recommandations dédiées aux personnes de plus de 65 ans, données par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Malgré le fait qu'il n'existe pas de recommandations particulières en termes d'activité physique, une adaptation en termes d'intensité, de durée, de fréquence et de type d'activité semble être intéressante.

Il ressort également de l'analyse des pratiques de terrain une hétérogénéité importante en matière d'activité physique provenant notamment de politiques d'établissements différentes.

De plus, il existe sur le territoire de réels freins à la mise en place d'une activité physique dont notamment la méconnaissance de la profession d'enseignant en activité physique et de la discipline « adaptée ». Le manque de moyens qu'ils soient humains ou matériel apparaît également comme un des freins principaux à la mise en place des APA.



Chapitre II . Etat actuel de la situation

1. Recommandations actuelles en matière d'activité physique

Aucune recommandation n'existe actuellement en matière d'activité physique propre aux personnes en situation de handicap.³⁴ Cependant, il apparaît que les recommandations données pour la population générale sont “globalement valables” pour ce type de population mais il est possible en regard du niveau de limitation fonctionnelle (de nature physique, cognitive ou comportementale), qu'elles ne soient pas nécessairement transférables.³⁴

Les lignes directrices actuelles sont classées par tranche d'âge et concernent l'ensemble de la population³⁵. Pour la population générale, une personne est considérée “âgée” à partir de 65 ans. Le seuil de 40 ans est plus généralement retenu pour les personnes en situation de handicap.³ Cependant au vu de la sédentarité importante du public ciblé et de leur situation de handicap, il est parait préférable de **retenir les recommandations d'activité physique existantes pour les personnes âgées de plus de 65 ans.**³⁵

Ainsi, une personne devrait pratiquer au cours de la semaine **au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue ou une combinaison des deux.**

Cela correspond à une pratique **d'au moins 30 minutes quotidienne** sur la semaine. L'activité devra être réalisée par période **d'au moins 10 minutes**. Parallèlement à cela,

34. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Actualisation des repères du PNNS – révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité . (ANSES, 2016).

35. World Health Organization (OMS). L'activité Physique des personnes âgées. Organisation Mondiale de la Santé : disponible : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/.

des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être réalisés à raison d'au moins 2 fois par semaine.³⁵

Aucune recommandation, sur la modalité de l'activité physique n'existe dans la littérature afin de pouvoir réaliser une pratique ayant des bénéfices sur la santé. Il paraît cependant intéressant de spécifier certaines caractéristiques de pratique de façon à ce qu'elles soient plus adaptées à la population en situation de handicap :

- Intensité :

Des activités considérées d'intensité « légère » à « très légère » pour la population générale, peuvent être réalisées pour les personnes en situation de handicap car elles apportent des bénéfices non négligeables chez ce public spécifique compte tenu de leur profil global plus inactif et sédentaire.³⁴⁻³⁶

- Durée :

Une pratique d'activité physique inférieure à 30 minutes chez les PHV permettrait tout de même d'avoir des bénéfices sur la santé.³⁴ Il est important de noter que la pratique doit débiter par des temps courts et doit augmenter progressivement en fonction des progrès réalisés par les personnes.³⁷

- Fréquence :

En regard de la sédentarité importante des personnes en situation de handicap, il est nécessaire d'espacer les séances de façon à ne pas provoquer de surcharge de pratique et à permettre une meilleure récupération.

- Type :

De manière générale il est préférable pour une PHV, de privilégier la pratique d'activité d'endurance accompagnée d'activité de renforcement musculaire et d'entretien de la

36. Merrick, J., Bachar, A., Carmeli, E. & Kodesh, E. Effects of Aerobic Exercise on Body Composition and Muscle Strength in Over-Weight to Obese Old Women with Intellectual Disability: A Pilot Study. *Open Rehabil. J.* 61 6, 43-48 (2013)

37. Fédération Française du Sport Adapté. Protocole Marche Santé Sport Adapté. Available at : <http://www.ffsa.asso.fr/>

mobilité. En revanche, si la personne est très sédentaire il sera nécessaire de privilégier la mise en mouvement par des activités de courtes durées et d'intensité légère. Ce type d'activité semble être tout à fait bénéfique.³⁴

2. Constats de terrain

Aucun cadre spécifique n'existe pour la mise en place des activités physiques au sein des établissements. Les pratiques de terrain montrent quelques similitudes mais surtout de nombreuses différences. Celles-ci apparaissent comme étant la résultante de l'hétérogénéité qui peut exister au niveau de la politique des établissements. Le rôle et la place accordés aux activités physiques sont fonctions de leurs inscriptions ou non au sein du projet de l'établissement. De ce fait, les moyens qui leurs seront accordés vont également en dépendre.

La mise en place des activités et leurs modalités de pratique vont, quant à elles, être tributaires des professionnels encadrants. Effectivement, les activités vont différer en fonction de leurs personnalités, de leurs formations, de leurs parcours professionnels et de leurs expériences. Les professionnels doivent également composer avec les moyens mis à disposition qui ne sont pas équivalents d'un établissement à l'autre.

Au vu des différences observées, il est nécessaire de créer un cadre permettant à chacun de mettre en place des activités physiques au sein de son établissement. De cette manière, l'activité pourra répondre aux besoins de chacun et concerner l'ensemble des personnes.

3. Limites à la mise en place d'APA dans les établissements

Bien que cette pratique soit de plus en plus présente dans les établissements du champs du handicap, un nombre important d'entre eux n'y ont pas encore adhéré.

L'absence d'activité physique peut être due à de nombreux facteurs : ³⁸

- Méconnaissance du métier d'EAPA

Le métier d'EAPA (statut non définis) est relativement récent. La discipline a été créée depuis environ 30 ans en France. De nombreux établissements n'ont pas connaissance de cette discipline nouvelle permettant de réaliser à la fois une prévention primaire, secondaire et tertiaire (retarder, ralentir et réhabiliter). Il apparaît également que la plupart des directeurs d'établissements ne considèrent pas la pratique d'activité physique comme étant un atout dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Cela peut être dû au fait que ses bénéfiques restent peu connus. En plus de cette méconnaissance de la discipline, la plupart des professionnels associent la pratique d'une activité physique à une activité à connotation "sportive", c'est à dire une activité soutenue qui nécessite un engagement personnel, un dépassement de soi et une dépense énergétique importante.

- Aprioris négatifs sur les capacités des personnes :

En relation avec la méconnaissance du métier, on s'aperçoit également que les personnes en situation de handicap sont bien souvent perçues comme étant « incompetentes » et « incapables » de pratiquer des activités physiques. Certaines personnes disposent, en effet, de capacités de mobilité très réduites mais il est malgré tout nécessaire de les stimuler. Cela peut être réalisé de différentes façons lors de prises en charge individualisées.

- Manque de moyens humains

Certains établissements ne bénéficient pas d'un taux d'encadrement suffisant. Le recrutement de personnel qualifié dans le domaine des APS adaptées ne paraît donc pas être la seule priorité alors même que la pratique d'une activité physique peut avoir des bénéfices considérables sur la santé.

- Manque de moyens matériels

38. Commission Régionale Sport et Handicap Midi-Pyrénées. Sport Activités et Handicap, Octobre 2010

Il existe une grande disparité de moyens entre les établissements qui peut limiter la mise en place d'APA.

La présence d'un projet d'APA au sein de l'établissement aura des impacts positifs sur les moyens engagés pour la mise en place de l'activité.

La situation géographique de l'établissement a également un impact sur l'accessibilité des installations sportives de la commune. Les établissements situés en milieu rural auront moins facilement accès aux différentes installations que ceux situés en milieu urbain.



Résumé Chapitre III

La construction d'un programme d'APA doit dans la mesure du possible faire l'objet d'une pluridisciplinarité puisqu'il nécessite de faire partie intégrante du projet d'accompagnement de la personne. Afin d'être le plus juste et complet, il est important de respecter certains critères lors de sa construction. Un programme demande également la mise en place d'une évaluation particulière.

Dans le cadre de ce projet, une recherche de littérature a été réalisée afin de déterminer l'existence de tests scientifiquement validés pour cette population spécifique. A la suite de cela, les outils d'évaluation ont été testés et sélectionnés en fonction des résultats de terrain. Six tests ont été sélectionnés pour faire partie intégrante d'un programme. Les tests d'évaluations servent à déterminer les compétences et les besoins de la personne.

A la suite de cela, un programme a été construit devant répondre à deux contraintes majeures : la première qu'il concerne l'ensemble des personnes en situation de handicap et, la seconde qu'il soit applicable par tout type de professionnel.

Un programme nécessite d'être défini selon le choix de l'AP, la fréquence, le nombre de séance et leur répartition (cycle), la durée, l'intensité, le lieu, le nombre de personnes. Trois programmes ont été construits et testés sur le terrain.



Chapitre III. Construction et mise en place d'un programme d'APA

1. Elaboration d'un programme d'APA

L'élaboration d'un programme en APA est spécifique à chacun des établissements et va varier en fonction du public accueilli, du projet d'établissement et des souhaits du personnel de direction.

- **Définition et objectifs**

Le programme d'APA est élaboré, dans la mesure du possible, en collaboration avec d'autres professionnels de santé et/ou éducatifs ainsi qu'avec la personne concernée et/ou son représentant. Le but étant qu'il fasse partie intégrante du projet personnalisé de la personne et qu'il soit organisé dans une dynamique pluridisciplinaire.

Le programme d'APA est mis en œuvre dans un contexte donné pour une période et une fréquence définie à l'avance.

L'élaboration d'un programme structuré permet d'avoir au préalable un cadre dans lequel des adaptations seront réalisées de façon à ce que la pratique corresponde aux besoins de chacune des personnes. Ainsi, la standardisation d'un programme ne semble pas cohérente si celui-ci ne peut être individualisé.

Un programme d'APA doit: ³⁹⁻⁴⁰

39. Fabre, C., & Chavignay, É. Définition, formation, législation et rôle du professionnel en activité physique adaptée. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 2010, 2(6); 628-630.

- être basé sur des fondements théoriques, un cadre juridique et réglementaire : nécessité d'avoir des références dans la littérature scientifique pour définir le programme
- placer la personne au centre du projet
- valoriser et être basé sur les capacités restantes et non les incapacités
- s'intégrer à la vie quotidienne
- être réactualisé et ajusté fréquemment en fonction de l'état de la personne, des contre-indications, indications et précautions à l'activité physique
- être basé sur une évaluation objective et subjective des besoins, attentes et capacités de la personne
- faire partie intégrante du processus d'accompagnement de la personne (être en cohérence avec le projet institutionnel et personnalisé)
- faire l'objet d'une pluridisciplinarité
- être réalisé par des professionnels compétents et formés
- tenir compte des moyens humains, matériels et structurels disponibles

● **Adaptation d'un programme**

Un programme d'activité physique doit être adaptable à tous quels que soient le statut socio-économique, le niveau socio-culturel et d'éducation ou le lieu de vie. L'ensemble de ces critères doivent être pris en compte mais ne doit pas être une barrière dans la mise en place d'un programme. Le programme doit être flexible pour être adapté aux ressources de chacun et ne doit, en aucun cas, faire l'objet de discrimination particulière.

La construction d'un programme d'APA doit être adaptée en fonction de deux paramètres principaux que sont les besoins et l'âge des personnes encadrées qu'elles soient ou non en situation de handicap.

- Besoins de la personne

40. Barbin JM, Camy J, Communal D, Fodimbi M, Perrin C, Vergnault, M. 2016. Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Paris.

Dans le domaine des APA les besoins des personnes sont définis en fonction à la fois du niveau physique, mental et social. Définir les besoins d'une personne consiste à déterminer les limites des capacités de celles-ci sur les différents niveaux cités. Ces besoins des personnes sont relevés à la suite du passage de tests spécifiques au domaine de l'activité physique.

- L'âge

Les activités physiques proposées doivent avant tout être adaptées en fonction des capacités psychomotrices et de l'autonomie fonctionnelle de la personne.

Il est nécessaire dans la construction d'un programme de prendre en considération les désirs et volonté de la personne de manière à ce qu'elle adhère davantage à son projet.

De manière générale, l'avancée en âge ne permet pas aux personnes de réaliser les mêmes pratiques. En relation avec leurs capacités, les activités mises en place pour les personnes avançant en âge, devront être orientées sur des activités dites "douces" c'est à dire qui ne nécessitent pas de réaliser spécifiquement d'exercices intenses.

● **Évaluation**

La mise en place d'un projet se fait et est basée sur les résultats obtenus des tests d'évaluation permettant de déterminer les capacités et besoins de la personne.

Qu'est-ce que l'évaluation ?

L'évaluation peut avoir des objectifs divers et peut être faite à différents stades de la réalisation d'un projet.

Le principe d'évaluation est composé de trois phases permettant :⁴¹

- de définir et d'obtenir des informations utiles,
- de permettre de produire un état d'objectivité suffisant,
- de conduire le développement du programme par des décisions appropriées.

41. LH- Agence en promotion de la Santé. Activité physique et personnes atteintes de maladie chronique. 37 (2013)

Pourquoi évaluer ?

L'évaluation représente une réelle aide à la décision, permettant ainsi d'agir sur la qualité de la prise en charge.⁴¹ Elle joue un rôle central dans la mise en œuvre d'un projet de promotion de la santé.⁴² Elle est située au centre de tous les éléments permettant l'élaboration d'un programme.

Les différents outils d'évaluation utilisés vont servir à déterminer les objectifs des personnes, en termes d'activité physique, en fonction de leurs besoins.

Elle permettra de mesurer l'efficacité du programme et de déterminer éventuellement les aspects qui fonctionnent ou non de façon à le faire évoluer dans le sens voulu.

Le processus d'évaluation permettra ainsi de déterminer si l'activité mise en place a pu répondre aux besoins de la personne. Cela permettra également de savoir si les objectifs ont été atteints et dans le cas contraire, les besoins éventuels qui restent à combler.

L'évaluation des interventions paraît donc particulièrement pertinente et nécessaire afin de déterminer les effets de la prise en charge.⁴³

Les évaluations peuvent également avoir pour but de montrer l'importance d'un programme d'APA au sein d'un établissement, d'en mesurer les bénéfices pour appuyer la démarche.

Que faut-il évaluer ?

La pratique d'une activité physique a pour but de contribuer à la santé de la personne c'est à dire à un état de bien être physique, mental et social. La construction d'un programme d'APA doit donc être basé sur ce principe, doit prendre la personne dans sa globalité et non être axé spécifiquement sur de la pratique physique. Il doit donc répondre à la fois aux besoins qu'ils soient sociaux, psychologiques, psychiques et physiques.

Quand évaluer ?

Les évaluations doivent être réalisées à raison de trois fois durant un cycle d'activité:

42. Bauwens, M. Evaluation d'un programme de lutte contre la sédentarité au sein du Réseau Sport Santé Bien-Etre de Champagne-Ardenne. (UFR STAPS Nancy, 2011).

43. Temple, V. A. & Stanish, H. I. Physical Activity and Persons with Intellectual Disability: Some Considerations for Latin America. Salud Pública México 50, 185-193 (2008).

- **en amont du cycle:**

Ces évaluations ont pour but de **déterminer et mettre en avant les besoins particuliers des personnes** prises en charge. Suite aux évaluations, les résultats obtenus permettront de **définir des objectifs spécifiques** à chacun et permette également de **créer des groupes de pratique homogène** pour des activités réalisées collectivement.

- **pendant le cycle:**

Ces évaluations permettent de réaliser un **bilan de mi parcours**. Elles permettent en ce sens, de voir si la pratique mise en place répond réellement aux besoins de la personne et dans le cas contraire de l'ajuster.

- **à la fin du cycle:**

Ces évaluations ont pour objectif de **déterminer si les objectifs ont été atteints**. Elles permettent également de mettre en avant les évolutions des personnes. Ces évaluations pourront également servir de base pour le prochain cycle à mettre en place.

Il est également possible de réaliser des évaluations lors des séances en procédant à des **auto-évaluations**. Lorsque cela est possible, ces évaluations permettent aux personnes d'avoir un avis sur leurs propres réalisations.

2. Outils d'évaluation

Des outils ont été sélectionnés pour faire partie intégrante des programmes d'APA mis en place. (*Tableau 1*)

2.1. Test d'évaluation de l'adresse - Test de lancé (*protocole annexe 1*)⁴⁴

Ce test ne dispose d'aucune validation scientifique, il est caractérisé comme étant

44. Dejean, A. 'Guide d'aide à la construction et à l'évaluation des Projets et programmes d'Activité physiques et sportives adaptées Régulières dans une Démarche qualité/Santé' (GUEPARDS). 178 (Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées, 2009)

« simple et compréhensible par tous », et pertinent dans l'évaluation de l'adresse du public visé.

Des modifications peuvent être faites (distance personne-cerceau, taille et position du cerceau) de façon à ce qu'il soit davantage adapté aux personnes concernées. Les professionnels retiennent la position verticale du cerceau qui semble avoir plus de sens pour les personnes évaluées.

En pratique, de façon à avoir une bonne reproductibilité, il est important de noter lors de la réalisation de ce test, la distance "pratiquant – cerceau", le diamètre du cerceau ainsi que le nombre de lancers total et réussis.

2.2. Test d'évaluation de la souplesse - Sit and Reach test (protocole annexe 2)⁴⁵

Tout comme dans la littérature scientifique, sur le terrain ce test a reçu un avis controversé selon l'établissement dans lequel il a pu être réalisé. Ce test a été réalisé dans un ESAT, sans aucune modification de protocole et les personnes évaluées n'ont pas montré de difficulté de compréhension des consignes. En revanche, dans un FAM les personnes ont eu d'importantes difficultés à mettre en application la consigne. La majorité du temps, elles faisaient le test jambes fléchies ou dans des positions inappropriées.⁴⁶

Afin de résoudre cette difficulté, proposition a été faite d'évaluer la souplesse par un exercice passif consistant à lever le plus haut possible les jambes du pratiquant, lorsqu'il est allongé sur le dos et de mesurer la distance pieds/sol correspondante. La proposition a été approuvée par les professionnels du groupe dans le cas où le Sit and Reach Test ne peut être réalisé.

45. Oppewal, A., Hilgenkamp, T. I. ., Van Wijck, R., Schoufour, J. D. & Evenhuis, H. M. Physical fitness is predictive for a decline in daily functioning in older adults with intellectual disabilities: Results of the HA-ID study. *J. Res. Dev. Disabil.* 3510 35, 2299–2315 (2014)

46. Mac Donncha, C., W.S Watson, A., McSweeney, T. & O'Donovan, D. J. Reliability of Eurofit Physical Fitness Items for Adolescent Males With and Without Mental Retardation. *Adapt. Phys. Act. Q.* 16, 86–95 (1999)

2.3. Test d'évaluation de la marche

2.3.1. Timed up and Go test (protocole annexe 3) ⁴⁷

Ce test est reconnu comme étant pratique, simple d'utilisation et de compréhension.⁴⁸⁻⁴⁹ Il n'a posé de difficulté à aucun des établissements.

2.3.2. Test de marche de 6 minutes (protocole annexe 4)

Ce test dispose d'une bonne validité et fiabilité pour l'évaluation des capacités d'endurance et est considéré comme étant pratique, simple et sécuritaire dans la littérature scientifique.⁵⁰ Malgré cela, les résultats obtenus sur ces tests sont variables d'un établissement à l'autre. Certains professionnels avaient des aprioris quant à la difficulté du test. Dans certains établissements (FAM), le test a été réalisé en modifiant le protocole : encouragements et/ou accompagnement des personnes (problème de capacité de concentration de certaines personnes) tandis que dans d'autres aucune modification n'a été apportée (ESAT).

2.4. Test d'évaluation de l'équilibre - Test de Tinetti (protocole annexe 5)

Ce test est considéré comme étant fiable et efficace pour évaluer les capacités d'équilibre des personnes ayant une déficience intellectuelle.⁵¹⁻⁵² Il apparait comme étant le test d'équilibre le plus représentatif de la réalité. En revanche, comme le rappelle la littérature scientifique, c'est la phase d'observation qui s'avère être pertinente pour l'évaluation de l'équilibre.

En pratique, les professionnels ont mis en avant qu'il serait préférable de ne pas noter la performance obtenue sous forme de chiffre mais de le faire davantage sous forme de description qualitative.

47. Podsiadlo D, Richardson S. The timed up and go: a test of basic functional mobility for frail elder persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-148. Schädler S et al. *Assessments in der Neurorehabilitation*. Huber Verlag 2006.

48. Carmeli, E., Barchad, S., Lenger, R. & Coleman, R. Muscle power, locomotor performance and flexibility. *J. Musculoskelet. Neuron Interact* 2, 457-462 (2002)

49. Andersson, C., Grooten, W., Hellsten, M., Kaping, K. & Mattsson, E. Adults with Cerebral Palsy: Walking Ability after Progressive Strength Training. *Dev. Med. Child Neurol.* 45 45, 220 (2003)

50. Andersson, C., Asztalos, L. & Mattsson, E. Six-minute Walk Test in Adults with Cerebral Palsy. A Study of Reliability. *Clin. Rehabil.* 20, 488-495 (2006).

51. Chiba, Y., Shimada, A., Yoshida, F., Keino, H., Hasegawa, M., Ikari, H., Miyakae, S., Hosokawa, M., Risk of Fall for Individuals With Intellectual Disability. *Am. J. Intellect. Dev. Disabil.* 114 114, 225-236 (2009).

52. Brady, R. & Lamb, V. Assessment, Intervention, and Prevention of Falls in Elders With Developmental Disabilities. *Top. Geriatr. Rehabil.* 24 24, 54-63 (2008).

2.5. Test d'évaluation de l'effort perçu - Échelle de Borg modifiée (protocole annexe 6)

Ce test dispose d'une bonne fiabilité auprès de personnes atteintes d'IMC⁵³⁻⁵⁰. L'avis des professionnels a été biaisé lors de son utilisation du fait qu'il n'a pas été proposé en couleur. En pratique, il ressort que cette échelle peut s'avérer pertinente lorsqu'elle est présentée en couleur. Il serait également pertinent d'associer à l'échelle, des illustrations correspondantes comme elles apparaissent sur l'échelle modifiée. Malgré cela, il existe une véritable limite à son utilisation directement liée aux difficultés d'appréciation de l'effort de la personne.

● Conclusion

Il ressort de cette phase de test que les outils d'évaluation sélectionnés sont plus ou moins appropriés selon le public accompagné dans les établissements ou services. L'ensemble des professionnels s'accorde sur le fait qu'au delà du score obtenu au test, la conclusion de l'évaluation doit laisser une large part à l'appréciation qualitative par des mots ou des courtes phrases. De cette façon, l'interprétation de l'évaluateur ne peut être remise en cause.

Ainsi, les évaluateurs devront :

- pour l'endurance noter la distance parcourue en 6 minutes et ajouter des annotations sur le nombre d'arrêt, la perception de l'effort de la personne
- pour le test d'équilibre, le score et l'interprétation correspondante ne doivent pas être indiquée. En revanche, des annotations complémentaires sur l'équilibre uni ou bipodale pourront être ajoutées.
- pour l'ensemble des autres tests l'ajout d'annotations permettra de compléter les indications quantitatives données par le test.

Bien que des outils évaluant la personne dans sa globalité aient été proposés pour cette phase de test, seuls des outils qui permettent d'évaluer les capacités

53. Boer, P. H. & Moss, S. J. Effect of continuous aerobic vs. interval training on selected anthropometrical, physiological and functional parameters of adults with Down syndrome. *J. Intellect. Disabil. Res.* 604 60, 322-334 (2016).

physiques ont été retenus. Les outils évaluant les autres composantes semblent très peu adaptables aux personnes considérées ou difficilement utilisables sur le terrain (échelle de mesure de la motivation, Vineland test....).

Or, les APA relèvent d'une prise en charge complète et globale prenant en considération l'ensemble des capacités physiques, sociales, psychologiques d'une personne. Il sera donc nécessaire, pour que les prises en charge soient optimales d'évaluer l'ensemble de ces dimensions sans que l'on puisse actuellement recommander d'outils d'évaluations pour ces dimensions.

Tableau 1 : Outils d'évaluation sélectionnés

Variables mesurées	Outils retenus
Adresse	Test de lancer
Souplesse	Test Sit and Reach si possible sinon souplesse passive avec mesure de la distance pied/sol.
Démarche	Test du Timed up and Go
Endurance	Test de 6 minutes marche (6MWT)
Equilibre	Test de Tinetti
Perception de l'effort	Echelle de Borg modifiée

3. Activités physiques (résultats de terrain)

Le programme mis en place sur le terrain devait répondre à deux contraintes majeures. La première, qu'il se destine à l'ensemble de la population handicapée vieillissante. La seconde, qu'il soit réalisable aussi bien par des éducateurs spécialisés, sportifs, des kinésithérapeutes ou d'autres professionnels du domaine paramédical.

Le programme a été créé sur la base d'échanges entre les professionnels, des constats observés lors des visites dans les établissements, des tests et de la littérature scientifique. Le programme a été testé pendant deux mois au sein des établissements participants et ajusté en continu par les professionnels, en fonction des problématiques rencontrées sur le terrain.

3.1. Principes de base

Choix de l'activité : Les programmes mis en place doivent mettre l'accent sur 5 composantes de santé: la force musculaire, l'endurance musculaire et cardio-respiratoire, la souplesse et la composition corporelle.⁵⁴⁻⁵⁵ De ce fait, et au vu des contraintes imposées, l'activité choisie est une activité à dominance de « déplacement ». Cette activité est déclinée en 3 programmes allant de la marche aux déplacements en milieu adapté (par exemple en milieu aquatique) en passant par l'action de rouler pour les personnes évoluant en fauteuil. Ces différentes actions définissent respectivement les 3 programmes définis. Ces activités permettent la mobilisation de l'ensemble du corps et donc le développement des capacités de force musculaire, d'endurance cardiovasculaire et dans certains cas d'équilibre.

L'activité de marche est considérée comme étant l'activité fondamentale des êtres humains et reste un exercice facile, familier aussi bien sur le plan physique que mental¹¹⁻⁵⁶ De plus, la marche comme l'action de rouler ne nécessite pas de matériel particulier et peuvent être facilement mises en place, aussi bien en milieu intérieur qu'extérieur.¹¹ Le déplacement est la source d'activité la plus importante chez les personnes ayant un retard mental ou présentant une limitation fonctionnelle d'activité.³⁴⁻⁵⁷ Ce type d'activité semble être particulièrement adapté aux personnes atteintes de déficience intellectuelle⁵⁶ pouvant être facilement intégré à la vie quotidienne.⁵⁸

L'entraînement en aérobic peut être considéré comme partie intégrale d'un programme d'activité physique pour les personnes ayant une déficience intellectuelle.¹¹ Cependant, il a été montré que la combinaison d'exercices de renforcement à un travail d'endurance permet d'obtenir des bénéfices considérables sur les personnes

54. Hall, J. M. & Thomas, J. M. Promoting Physical Activity and Exercise in Older Adults With Developmental Disabilities. *Top. Geriatr. Rehabil.* 24(1) 24, 64-73 (2008).

55. Wooten, K. Health-Related Physical Fitness Benefits of Exercise Prescriptions for Individuals with Down Syndrome. (The College at Brockport, 2016).

56. Son, S., Jeon, B. & Kim, H. Effects of a Walking Exercise Program for Obese Individuals with Intellectual Disability Staying in a Residential Care Facility. *J. Phys. Ther. Sci.* 28, 788-793 (2016)

57. Stanish, H. I., Temple, V. A. & Frey, G. C. Health-Promoting Physical Activity of Adults with Mental Retardation. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 12, 13-21 (2006)

58. Mitchell, F., Melville, C., Stalker, K. & Mutrie, N. Walk well: a randomised controlled trial of a walking intervention for adults with intellectual disabilities: study protocol. *BMC Public Health* 13, 620 (2012)

(composition corporelle, capacités physiques,...).⁴⁵⁻⁵⁹ Le programme d'APA mis en place se compose donc d'une activité de "déplacement" à prédominance d'endurance, accompagné d'exercices complémentaires basés sur le renforcement musculaire, le travail d'équilibre et de posture ainsi que sur des assouplissements. Ces derniers permettent d'obtenir davantage bénéfices sur la santé.^{45-35_60_61}

Au regard de la difficulté d'organisation des activités dans l'ensemble des établissements participants, le groupe de travail a jugé préférable de combiner ces 2 types d'activités dans la même séance.

Fréquence :

La fréquence optimale de pratique n'est pas réellement déterminée pour ce type de population en raison de son hétérogénéité.³⁴ Cependant, il semble qu'une pratique fréquente (4 jours par semaine) a de meilleurs effets sur les personnes qu'une pratique moins fréquente bien qu'elle peut également avoir des bénéfices sur la santé.⁶²⁻⁹ Afin d'être en concordance avec les recommandations données par l'OMS, il sera nécessaire d'augmenter progressivement le nombre de séance pour arriver progressivement à la mise en place de 5 séances par semaine.

Déroulement du cycle :

Le cycle d'activité se compose de 9 séances pratiques, variables d'un établissement à l'autre en fonction de l'organisation mise en place. La première et la dernière séance sont dédiées à l'évaluation des personnes.

Déroulement d'une séance :

Chaque séance est composée de trois temps distincts : ⁶³

59. Mendonca, G. V., Pereira, F. D. & Fernhall, B. Effects of Combined Aerobic and Resistance Exercise Training in Adults With and Without Down Syndrome. Arch. Phys. Med. Rehabil. 92:1-92, (2011)

60. Taliaferro, A. R. & Hammond, L. "I Don't Have Time": Barriers and Facilitators to Physical Activity for Adults With Intellectual Disabilities". Adapt. Phys. Act. Q. 33, 113-133 (2016)

61. Tsimaras, V. K. & Fotiadou, E. G. Effect of training on the muscle strength and dynamic balance ability of adults with Down Syndrome. J. Strength Cond. Researh 18, 343-347 (2004)

62. Shin, I.-S. & Park, E.-Y. Meta-analysis of the Effect of Exercise Programs for Individuals with Intellectual Disabilities. Res. Dev. Disabil. 33, 1937-1947 (2012)

63. Mazzeo, R. S., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., Startzell, J., Exercise and Physical Activity for Older Adults -American College of Sports Medicine Position Stand. Med. Sci. Sports Exerc. 30, 992-1008 (1999)

1. un échauffement avec, au préalable, un temps dédié à l'accueil des participants, à la vérification du matériel (chaussures, gants, maillot de bain,...) et à la mise en mouvement progressive (mobilisation articulaires et de petits déplacements)
2. un corps de séance : le programme choisi va varier en fonction des capacités physiques des personnes. 4 niveaux de pratique sont proposés dans l'ensemble des programmes de façon à ce qu'ils puissent s'adapter à une large population. La composante principale des séances est le déplacement (marche, rouler, évolution en milieu adapté) mais la séance est complétée par des ateliers d'équilibre et/ou de renforcement musculaire
3. un retour au calme : composé d'exercices d'assouplissements ainsi que d'un retour sur la séance. Ce temps permet aux encadrants d'effectuer un bilan sur chacun des participants qui auront par la suite l'opportunité d'exprimer, dans la mesure du possible, leurs ressentis sur la séance.

Durée de la séance:

La séance est composée des 3 phases citées précédemment et d'un temps de préparation de séance dédié à l'encadrant (**voir fiche préparation annexe 7**). La durée de la séance varie en fonction du niveau de pratique choisi (les durées effectives varient de 20 minutes à 1 heure ou plus). Le groupe de travail a donc choisi de déterminer une durée de séance totale à 1h30.

Intensité de pratique :

Malgré le fait que l'intensité soit difficilement adaptable aux personnes en situation de handicap³⁴, il paraît nécessaire de déterminer une intensité de pratique « cible ». L'effort perçu par la personne doit être considéré comme étant « modéré à élevé », ce qui correspond à une cotation de 5 à 8 sur l'échelle de Borg.³⁷ L'intensité peut également être basée sur la fréquence cardiaque. Pour la population générale, le développement des capacités d'endurance se fait pour une intensité de pratique égale à 50% de la fréquence cardiaque de réserve. Sauf pour une population très sédentaire la fréquence

travail peut débuter aux alentours de 40% de la fréquence cardiaque de réserve.⁶⁴ Dans le cas de la marche, le respect des recommandations semble être nécessaire pour réaliser une pratique suffisamment intense.⁵⁷ Pour une personne en situation de handicap une accumulation entre 6 500 et 8 000 pas par jour serait optimale.⁵⁸

Lieu de pratique :

Au vu de la spécificité du public, le lieu de pratique doit être facilement accessible, identifié, familier pour les pratiquants de façon à pouvoir leur donner des repères.¹¹⁻⁶⁵ Il est donc préférable dans un premier temps, de réaliser la pratique en extérieur (pour les programmes de déplacements en milieu terrestre) à proximité de l'établissement.

Nombre de personnes :

Le nombre de personnes présentes dans un groupe va varier en fonction du programme choisi. Le groupe de travail a déterminé pour les programmes de déplacements en milieu terrestre, un nombre de participants compris entre 5 et 7.⁶⁵ En revanche, pour les déplacements en milieu adapté, la prise en charge est réalisée de manière individuelle ou par groupe de 2 maximums.

Tenue vestimentaire :

On souligne l'importance du port d'une tenue adaptée pour la pratique. Tenue dans laquelle les personnes se sentent à l'aise (le port du survêtement n'est pas demandé). En revanche, pour la pratique de la marche il est exigé de porter des baskets ou de bonnes chaussures. Il est également recommandé d'adapter la tenue aux conditions météorologiques.

64. Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées. Place des activités physiques et sportives adaptées dans les établissements spécialisés en Midi-Pyrénées. 58 (Ligue Sport Adapté Midi-Pyrénées, 2004).

65. Livre : Choque, J. & Quentin, O. 'Gymnastique Douce Pour Les Personnes Handicapées Handicapés Mentaux, Moteurs Et Présentant Des Troubles Associés, Personnes À Mobilité Réduite, Personnes Très Âgées, Dépendantes Ou En Perte D'autonomie: 400 Exercices Pratiques Et Ludiques'. (2007).

3.2. Construction d'un programme d'APA

Certains éléments des programmes ont été proposés pour mieux répondre aux problématiques de terrain et ainsi mieux répondre aux besoins et aux spécificités des personnes concernées.

- **Programme 1 : Déplacement à pieds** (tableau 2)

Public concerné : personne marchante avec ou sans aide technique

Activité réalisée : marche à pied

Lieu de pratique : en extérieur (en intérieur en cas de mauvais temps)

Pour des raisons de facilité : pratique à proximité de l'établissement mais possibilité de pratiquer sur d'autres sites.

Durée de la séance : 1h30 de séance maximum comprenant :

- un temps d'accueil des pratiquants
- un temps de séance pratique (échauffement, corps de séance, retour au calme).
- un temps de bilan et préparation pour la séance suivante.

Il a en effet été montré dans une étude qu'une durée d'exercice faible permettait d'avoir de meilleurs effets sur le corps.⁶² Le temps effectif de pratique optimale est de 31 à 60 minutes.

Nombre de personnes : 5 à 7 personnes pour un accompagnant responsable

Composition des groupes : groupe de pratique homogène constitué de personnes ayant des capacités physiques et motrices relativement similaires (selon les tests d'évaluation)

Outils d'évaluation :

- évaluation du cycle (première/dernière séance) : équilibre : test de Tinetti; force musculaire : test de lever de chaise pendant 30 secondes; endurance : test de marche de 6 minutes. Souplesse : Sit and Reach ou évaluation passive.

- évaluation de la séance : effort perçu et fatigue : échelle de Borg.

Tenue vestimentaire : tenue dans laquelle le pratiquant se sent à l'aise, une paire de chaussures adaptées, chapeau/casquette, lunette de soleil, bouteille d'eau.

Matériel nécessaire : podomètre, oxymètre de pouls, chronomètre, bâtons de marche, bouteille d'eau, crème solaire, casquette... Trousse de secours, téléphone, fiche médicale.
Pour activités complémentaires : bâtons, élastique, balles...

Le programme d'activités est composé de plusieurs niveaux de pratique. Chaque niveau est composé de plusieurs variables qui évoluent en fonction du niveau.

Volume de pratique: il est suggéré que les personnes vivant avec un handicap et/ou une maladie chronique visent à accumuler entre 6 500 et 8 000 pas par jour.⁵⁸

Durée de pratique: Durée de pratique effective supérieure à 30 minutes. Le temps de pratique le plus effectif serait compris entre 31 et 60 minutes.⁶²

Tableau 2 : Programme 1

Variables	Niveaux			
	Blanc	Jaune	Vert	Bleu
Durée de marche	10-15'	15-30'	30-45'	45' et plus
Dénivelé	Variable suivant la situation géographique de l'établissement (A déterminer si pratique sur des sites extérieurs).			
Obstacles				
Durée d'activités complémentaires	10'	10'	10'	10'
Nombre de situations proposées	2 à 3	3 à 4	4 à 5	5 à 6

L'intensité de pratique doit être adaptée en fonction du niveau de chacun de façon à ce que les personnes effectuent une activité qui leur semble relativement soutenue. C'est pour cette raison qu'elle doit être effectuée par une personne qualifiée.

● **Programme 2 : Déplacement en fauteuil roulant** (tableau 3)

Public concerné : personne en fauteuil roulant manuel capable de se déplacer seule.

Activité réalisée : déplacement par l'action « rouler »

Lieu de pratique : en extérieur, pour des raisons de facilité : pratique à proximité de l'établissement mais possibilité de pratiquer sur d'autres sites.

Durée de la séance : 1h30 de séance maximum comprenant :

- un temps d'accueil des participants

- un temps de séance pratique (échauffement, corps de séance, retour au calme)
- un temps de bilan et préparation pour la séance suivante

Nombre de personnes : 5 à 7 personnes pour un accompagnant responsable

Composition des groupes : groupe de pratique homogène constitué de personnes ayant des capacités physiques et motrices relativement similaires (selon les tests d'évaluation).

Outils d'évaluation :

- évaluation du cycle (première/dernière séance) : endurance : test de propulsion manuelle

- souplesse si possible

- évaluation de la séance : fatigue : échelle de Borg

Tenue vestimentaire : port de vêtements et chaussures confortables, gants (si la personne en dispose), chapeau/casquette, lunette de soleil, bouteille d'eau.

Matériel nécessaire : application téléphone (distance) ou podomètre (encadrant), saturomètre, chronomètre, bouteille d'eau, crème solaire, casquette... Trousse de secours, téléphone, fiche médicale. Pour activités complémentaires : bâtons, élastique, balles...

Le programme d'activité est composé de plusieurs niveaux de pratique. Chaque niveau est composé de plusieurs variables qui évoluent en fonction du niveau.

Tableau 3 : Programme 2

Variables	Niveaux			
	Blanc	Jaune	Vert	Bleu
Durée de marche	10-15'	15-30'	30-45'	45' et plus
Dénivelé	Variable suivant la situation géographique de l'établissement (A déterminer si pratique sur des sites extérieurs).			
Obstacles				
Durée d'activités complémentaires	10'	10'	10'	10'
Nombre de situations proposées	2 à 3	3 à 4	4 à 5	5 à 6

• **Programme 3 : Déplacement en milieu favorable** (tableau 4)

Public concerné : personne en fauteuil roulant manuel non capable de se déplacer seule ou personne en fauteuil roulant électrique

Activité réalisée : déplacements dans un milieu favorable (ex : milieu aquatique : déplacement en position debout et/ou allongée)

Lieu de pratique : bassin de balnéothérapie, piscine

Durée de la séance : 1h30 de séance maximum comprenant :

- un temps d'accueil des participants
- un temps de séance pratique (échauffement, corps de séance, retour au calme)
- un temps de bilan et préparation pour la séance suivante

Nombre de personnes : 1 pratiquant pour un accompagnant responsable voir 2 accompagnants pour un pratiquant

Composition des groupes : la prise en charge de cette activité se fait de manière individuelle. Possibilité de réserver un créneau horaire plus long pour que plusieurs personnes puissent pratiquer

Outils d'évaluation :

- évaluation de la séance : fatigue : échelle de Borg

Tenue vestimentaire : maillot de bain (voir bonnet de bain)

Matériel nécessaire : matériel aquatique (bouée, brassard), frites, haltères flottante...
bouteille d'eau. Trousse de secours, téléphone, fiche médicale

Le programme d'activité est composé de plusieurs niveaux de pratique. Chaque niveau est composé de plusieurs variables qui évoluent en fonction du niveau.

Tableau 4 : Programme 3

Variables	Niveaux			
	Blanc	Jaune	Vert	Bleu
Durée de marche	10-15'	15-30'	30-45'	45' et plus
Obstacles	Obstacles posés dans l'eau			
Durée d'activités complémentaires	10'	10'	10'	10'
Nombre de situations proposées	2 à 3	3 à 4	4 à 5	5 à 6

- **Conseils pratiques :**

- Précautions à prendre dans l'encadrement : il est important de prendre en considération les pathologies associées pouvant causer des problèmes lors de la pratique. Par exemple en cas de photosensibilité, il est nécessaire de prévoir des vêtements qui recouvrent le corps, de prendre une casquette, de la crème solaire; En cas de diabète : il est important de surveiller la personne avant/après (test de glycémie, surveillance des pieds) et prévoir une source de sucre concentré. En cas d'asthme, il est important de prendre un bronchodilatateur en cas de crises.

- Progressivité : la pratique d'une activité physique doit être progressive, aussi bien au cours de la séance que dans l'ensemble du cycle. Il est nécessaire d'éviter une surcharge trop importante qui va conduire à un arrêt de l'activité.⁴⁵ Les objectifs déterminés doivent évoluer en ce sens.

- Variations : la marche devra être réalisée sur des terrains variés. La variation se fait à

la fois sur des changements de parcours afin d'entretenir la motivation mais également sur la nature du terrain (goudron, terre, chemin carrossable, sentier, gravier, racine, avec plus ou moins de dévers, ...) afin de stimuler les capacités d'équilibration (proprioception) et favoriser un travail d'adaptation à l'environnement.³⁷

- Sens de l'activité : il est nécessaire de donner du sens à l'activité de façon à lui donner de l'intérêt. Pour cela, l'activité peut être orientée vers un aspect ludique. Par exemple, elle peut être réalisée sous forme de parcours orientés de différentes façons (flèches à suivre, photo à retrouver, balise à trouver).

- Respiration : l'encadrant doit durant toute la pratique de l'activité, insister sur la respiration. Dans le cas de la marche, la respiration doit s'adapter au rythme de marche.

- Hydratation : en pratique, il faut insister sur l'hydratation des pratiquants. Il est nécessaire de boire avant que la sensation de soif soit présente l'encadrant doit, dans la mesure du possible, faire des pauses régulières afin de permettre aux pratiquants de s'hydrater. L'hydratation se fait par la prise de petites gorgées d'eau.

- État de fatigue : la personne encadrante de l'activité doit surveiller régulièrement l'état de fatigue des participants (diminution de la vitesse, essoufflement, traits du visage,...). L'encadrant doit être en mesure d'ajuster son activité en fonction de ces observations. Il faut rester vigilant sur l'état général de la personne.

- Énonciation des consignes : malgré l'hétérogénéité de la population cible, il est nécessaire que les consignes soient comprises par tous. Pour cela, il est important de répéter les consignes et de vérifier leur assimilation. Dans le cas contraire, il sera utile de les reformuler, éventuellement de montrer ou guider le mouvement à réaliser.³⁵ L'utilisation de pictogrammes n'a pas été retenue par le groupe de travail puisque tous utilisent à l'heure actuelle l'oralité pour énoncer leurs consignes. L'utilisation de pictogrammes n'est par ailleurs pas aisée lors de pratique en extérieur.

4. Conclusions tirées des programmes

Le programme proposé se veut relativement complet et adaptable à la majorité des personnes en situation handicap. Il semble plus performant de **définir les différents niveaux de pratique par la durée** de l'exercice que par le nombre de pas à effectuer. En effet, le matériel que nous avons utilisé lors de ces programmes pour compter le nombre de pas ne s'est pas avéré fiable. Cette indication peut cependant compléter la mesure de la durée et être une information supplémentaire pour évaluer la concordance avec les recommandations de l'OMS.

La marche et les déplacements en fauteuil roulant sont des activités qui se pratiquent la plupart du temps en extérieur. Au vu des conditions climatiques de notre région, il apparaît, pour les professionnels, nécessaire de mettre en place un programme alternatif à celui proposé de façon à ce que l'activité physique puisse être mise en place par défaut en intérieur.



Résumé Chapitre IV

Ce chapitre présente le bilan de la phase de test d'un programme d'APA réalisé par les intervenants du groupe de travail de l'étude.

On retrouve également des solutions pratiques à mettre en place de façon à promouvoir l'APA aux seins des établissements et service du champ du handicap.

Il apparaît au sein de ces solutions une déclinaison d'actions suivant 3 axes de travail regroupant ainsi la promotion de la mobilité, du sport santé et de la participation aux évènements sportifs extérieurs.



Chapitre IV. Actions de terrain pour la mise en place d'activités physiques adaptées – solutions aux problématiques rencontrées

1. Bilan de la phase de test

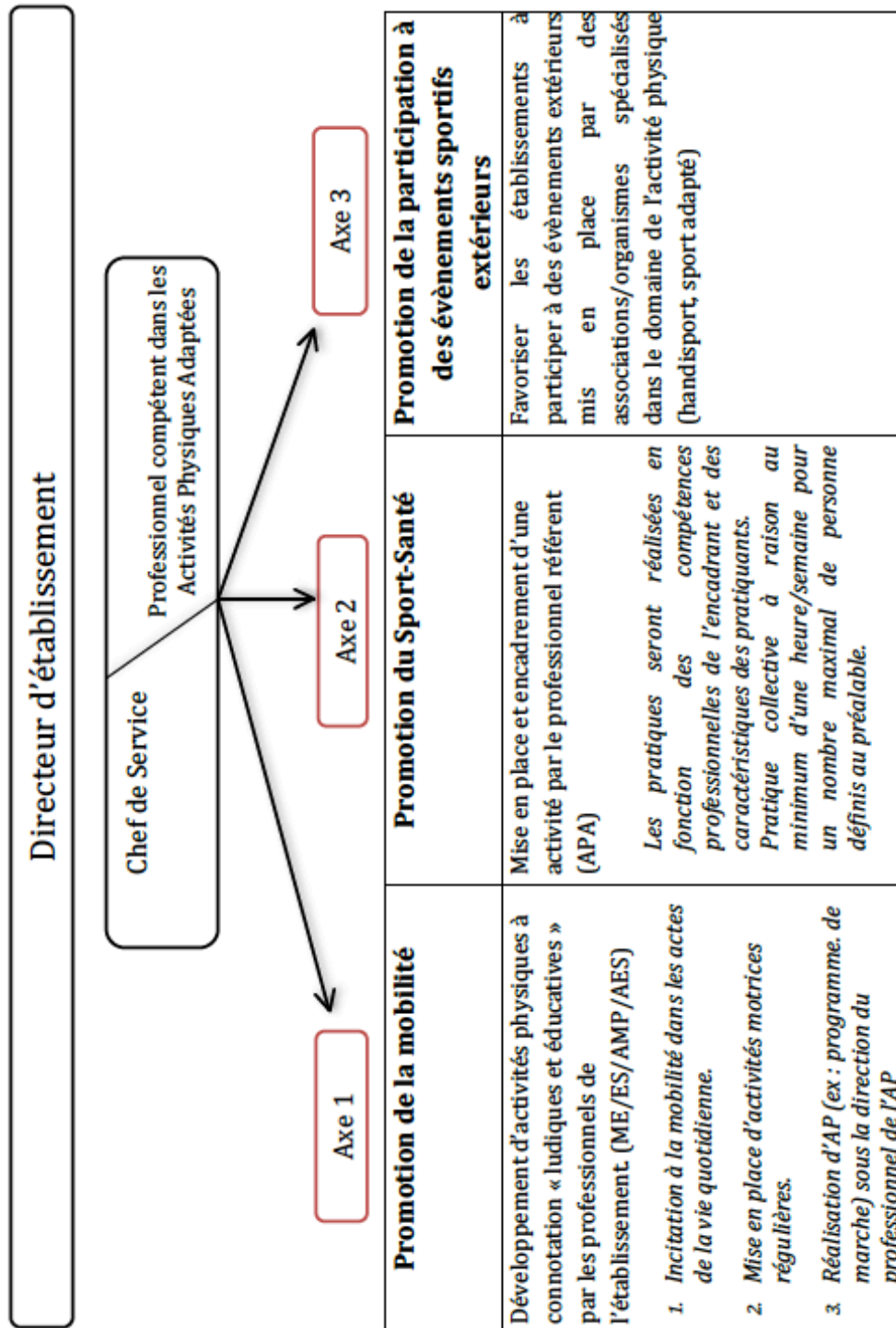
L'instauration d'un programme d'APA se confronte à des difficultés d'organisation: Il est difficile de mettre en place une pratique qui soit organisée et adaptée à tous. En effet, ce type de pratique passe au préalable par des évaluations qui peuvent être longues, et la création de groupe de pratique à effectif réduit de façon à ce que l'activité puisse répondre au mieux aux besoins de chacun. L'instauration de groupe de niveaux permet également d'obtenir de meilleurs bénéfices sur la pratique réalisée. Lorsque cela n'existe pas, il paraît important de le mettre en place et donc d'effectuer des modifications des emplois du temps des professionnels concernées.

La résolution de problématiques organisationnelles **demande des remaniements au sein des équipes**. Cela passe donc par une **implication particulière du personnel de direction**. De plus, il est nécessaire pour parvenir aux recommandations de l'OMS que l'activité soit mise en place de manière quotidienne. Pour cela, **l'ensemble du personnel éducatif et soignant doit être impliqué dans la mise en place d'un tel projet**, ce dernier devant être encadré par un **professionnel compétent dans le domaine des APA**. Il serait également nécessaire pour sa pérennité, qu'un éducateur de l'établissement soit aussi référent de l'activité.

De façon à répondre au mieux aux différentes problématiques rencontrées, deux projets ont été élaborés de façon à développer l'activité physique. Ces projets diffèrent selon le type de structure. Cependant, chacun des projets comporte 3 axes de travail distincts qui tous, doivent être développés parallèlement.

2. Développement d'un projet d'activités physiques adaptées au sein d'un établissement

Ce projet concerne les établissements tel que les MAS, Foyer de vie, FAM, Foyer d'Hébergement, Appartement de soutien



Axe 1 : Promotion de la mobilité

Le contexte actuel ne permet pas, pour la plupart des institutions, de développer et mettre à disposition un professionnel pour bénéficier d'intervention en activité physique à temps complet dans les établissements. Bien que l'activité physique doive être mise en place par un professionnel compétent dans le domaine des APS, il est également nécessaire qu'elle soit promue par les professionnels des établissements. De cette façon, la pratique d'activité physique peut être assurée de manière quotidienne au sein de l'établissement.

Cette promotion passe en premier lieu par une incitation à la mobilité dans les actes de la vie quotidienne : favoriser les déplacements dans les murs de l'établissement, prendre les escaliers etc.

De façon à s'assurer du bon fonctionnement et déroulement de ce projet, il est nécessaire, dans la mesure du possible, qu'un membre du personnel de l'établissement (ME...) soit désigné comme référent de ce projet spécifique faisant partie intégrante du projet d'APA. Cette personne doit être particulièrement impliquée et doit se sentir concernée par le projet à développer. Ce professionnel aura un rôle particulièrement important, en collaboration avec le chef de service, dans la promotion et le développement des activités de type physique au sein de l'établissement.

Ce professionnel désigné a pour mission de promouvoir et encourager la mise en place d'activité de type "physique" auprès de ses collègues. En tant que référent du projet, c'est lui qui travaille en étroite collaboration avec le professionnel en APA pour mettre en place des activités adaptées et sécuritaires. De ce fait, le professionnel doit recueillir les bilans des activités mises en place par ses collègues, et devra encourager au maximum les pratiques.

De son côté, le professionnel en APA a un rôle particulier puisqu'il doit soutenir et aider les professionnels de l'établissement à organiser la pratique d'activité physique. Ces activités ne présentent en revanche, pas d'objectifs basés sur les capacités physiques et physiologiques des personnes. Elles sont en effet, mises en place dans un contexte de loisirs et de divertissement. Les objectifs en relation avec ces activités ne devront en aucun cas être définis en terme de performance.

Les activités sont mises en place sous formes variées laissant libres choix aux éducateurs de l'établissement. Certaines peuvent par exemple, être mises en place sous forme de parcours mêlant créativité et déplacements (exemple: parcours de couleur, parcours photos,...), d'autres sous forme de défi (exemple: défi de groupe avec podomètre) ou sous forme plus classique d'ateliers de marche par exemple.

Cet axe du projet a pour but d'organiser une pratique d'activité physique dans un but de maintien et de développement de la mobilité des personnes prises en charge. Ces activités mise en place de manière quotidienne contribuent au vieillissement en santé.

Axe 2: Promotion du sport-santé

Une des solutions apportées aux éventuels problèmes organisationnels serait la création et la mise en place d'un projet/programme d'APA au sein de l'établissement. Ce dernier est élaboré par un professionnel compétent dans l'encadrement de cette discipline qui peut être une ressource déjà présente au sein de l'établissement.

Le professionnel en collaboration avec le chef de service aura pour but de développer une pratique d'activité physique définie, cadrée et adaptée aux besoins des personnes prises en charge. Elle sera organisée dans un contexte de "sport-santé" en suivant les recommandations données par le groupe de travail.

Les activités mises en place relèveront des compétences professionnelles de l'encadrant.

Le professionnel a pour mission principale de mettre en place des programmes adaptés qui respectent les valeurs et missions du projet de l'établissement dans lequel il s'inscrit.

Ainsi, il doit mettre en place des activités physiques correspondant aux besoins des personnes. C'est après avoir effectué une analyse du fonctionnement et du public accueilli dans l'établissement que le professionnel doit définir des objectifs généraux, déclinés en objectifs spécifiques et opérationnels. Plus précisément, pour chacune des personnes des objectifs individualisés s'inscrivant à la fois dans les objectifs de l'activité ainsi que dans les objectifs personnels du projet individualisé de la personne. Le choix des activités physiques est déterminé après avoir réalisé une évaluation des personnes dans leur globalité par des tests spécifiques.

Axe 3: Promotion à la participation à des évènements sportifs extérieurs

L'ouverture vers l'extérieur et le développement des capacités relationnelles font parties intégrantes d'un projet d'activité physique.

Le professionnel en activité physique a un rôle particulièrement important dans la mise en application de cet axe puisque c'est à lui de promouvoir, en accord avec le personnel de direction et les équipes éducatives, la participation des personnes à des évènements sportifs extérieurs. Il a donc un rôle central puisqu'il doit être en mesure de faire le lien à la fois entre l'établissement dans lequel il intervient et les évènements sportifs afin de promouvoir la participation des personnes qu'il encadre.

L'ouverture vers l'extérieur permet de favoriser le partage, de renforcer ou de favoriser le lien social à la fois entre les pratiquants et les professionnels encadrants.

Pour mener à bien ce projet, le professionnel doit développer un réseau de partenaire et d'acteurs locaux* qui proposent des évènements réguliers ou ponctuels dans le domaine des APA. Ces associations présentent un large potentiel puisqu'elles proposent un large type d'APA aux personnes en situation de handicap.

* Liste non exhaustive de principales associations et clubs locaux :

- CDSA74 et clubs affiliés ⁶⁶

- Clubs affiliés à la FFSA ⁶⁷

66. http://www.sportadapte74.fr/offre_sportive-9-clubs-et-assos-du-departement.html

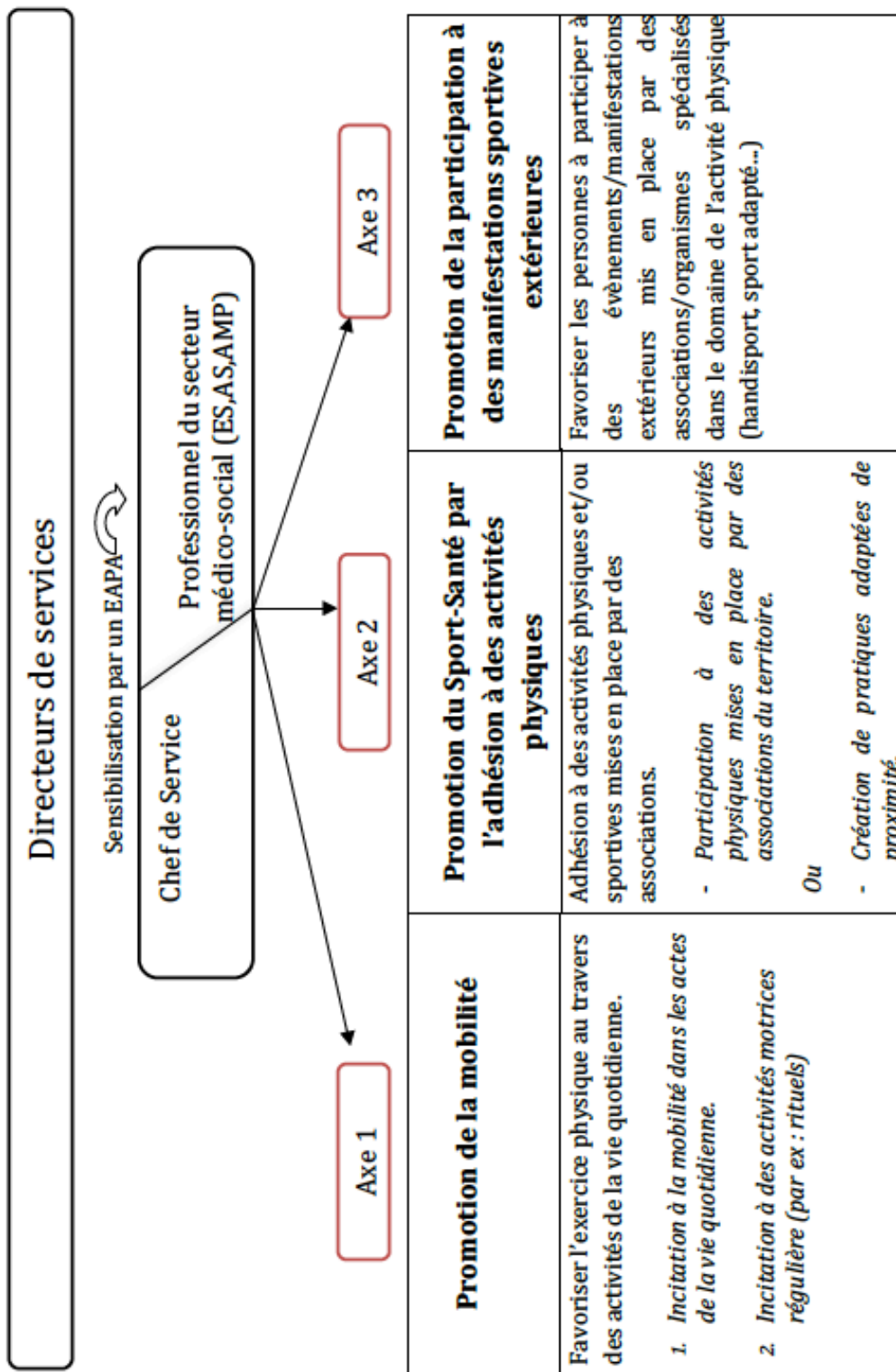
- Comité départemental handisport 74
- Clubs affiliés FFH⁶⁸

3. Développement d'un projet d'APA au sein d'un service

Ce projet a pour but d'être développé au sein de SAVS, SAMSAH, Service de soins infirmiers à domicile, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

67. <http://www.fsa.asso.fr/57-ou-pratiquer>.

68. <https://extranet.handisport.org/affiliations/carte>



Axe 1: Promotion de la mobilité

Bien qu'une activité physique doit être pratiquée régulièrement pour avoir des bénéfices sur la santé, il est également nécessaire de limiter de manière générale les

comportements sédentaires. Les professionnels en charge des personnes en situation de handicap ont pour but, dans leur accompagnement, de promouvoir et d'inciter la pratique d'activité physique au quotidien. Ce processus passe par la modification de comportements simples dans les actes de la vie quotidienne. Il existe de nombreuses actions qui permettent de favoriser la mobilité et ainsi obtenir une dépense énergétique supérieure à celle de repos (monter les escaliers, se déplacer à pied, limiter le temps devant la télévision,...).

De façon à promouvoir la mise en mouvement des personnes, il apparaît également nécessaire de les inciter à mettre en place des activités motrices. Celles-ci peuvent par exemple, être mises en place sous forme de rituels de façon à ce qu'elle soit réalisée régulièrement. Cela peut par exemple consister en la réalisation d'exercice de respiration, ou d'exercice permettant de "déverrouiller" les articulations (assouplissement, rotation des épaules,...).

Axe 2: Promotion du sport santé

Dans ce cadre particulier la promotion du sport-santé se fait par la participation à des activités physiques et/ou sportives mises en place dans les différentes communes du territoire. Ainsi, les personnes doivent s'inscrire selon leurs capacités auprès d'associations sportives spécialisées ou non dans l'encadrement de personnes en situation de handicap. Dans la mesure où les activités proposées ne correspondent pas aux attentes des pratiquants, il semble nécessaire d'envisager la création de pratiques adaptées de proximité.

Axe 3: Participation à des manifestations sportives

Tout comme pour le projet précédent il est important de développer la participation à des manifestations sportives.

Dans ce contexte particulier, ce sont le chef de service et les équipes éducatives qui doivent être à l'origine de cette promotion. Ils peuvent en revanche, se référer au professionnel en APS afin d'avoir davantage de renseignements sur les différentes

manifestations ou évènements existants. Ce professionnel peut également être à l'origine de proposition.

La participation à des manifestations a pour but principal de favoriser le partage, renforcer ou favoriser le lien social entre les personnes par le biais de la pratique d'APA à chacun. C'est à travers la participation à ces évènements que les rencontres pourront être développées.

Pour mener à bien ce projet, le professionnel doit connaître et dans la mesure du possible, être en lien avec les associations locales qui proposent des évènements réguliers ou ponctuels dans le domaine des APA. Ces associations présentent un large potentiel puisqu'elles proposent un large type d'APA aux personnes en situation de handicap.

Il doit également être en mesure de connaître certaines initiatives menées sur le terrain qui favorisent la pratique d'activité physique.

Chapitre V. Moyens et logistique pour intégrer l'APA dans les établissements

La mise en place d'un projet d'APA, comme il peut être défini ci-dessus, demande un engagement de la part de l'ensemble du personnel de l'établissement.

Afin qu'un projet puisse voir le jour un investissement financier doit être réalisé. Plusieurs solutions proposées ci dessous sont destinées à aider le personnel de direction de l'établissement dans cette démarche.

- **S'appuyer sur le cadre légal de l'établissement**

- **Définir un projet d'APA et l'inscrire au sein du projet d'établissement**

L'inscription d'un projet en APA dans le cadre du projet d'établissement permet de formaliser son importance en y consacrant une partie du budget, d'en définir les objectifs et d'organiser sa mise en place.

- **Déterminer une fiche action à destination des APA dans le cadre du CPOM :**

« Les établissements et services du secteur des personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le Directeur Général de l'agence et le Président du Conseil Départemental. L'objectif est d'établir une relation plus étroite entre l'allocation des ressources et l'accompagnement des parcours des personnes handicapées ». ⁶⁹

Dans le cadre du CPOM, l'instauration d'une fiche action destinée à la pratique d'APA permettrait d'exposer aux financeurs leurs impacts dans le processus d'un bien vieillir en santé et, d'en établir les besoins en termes de financement. **(voir modèle – annexe 8).**

⁶⁹ <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>.

- **Partenariat/collaboration** (partage de ressources humaines)

- **Création d'un poste transversal :**

- Poste commun à la même association mais interventions auprès de plusieurs établissements :

La création d'un poste transversal à la même entité associative est un moyen d'avoir un professionnel compétent et référent dans le domaine concerné au sein même d'une même association. Il est question, dans ce contexte, d'optimiser les interventions d'un professionnel formé dans le domaine des APA pour permettre l'accès à tous les usagers d'une association à ce type d'activités. De cette façon l'investissement est réalisé uniquement au sein d'une seule association.

- Poste commun à plusieurs associations :

Il s'agit pour les institutions de pouvoir bénéficier d'un professionnel formé dans le domaine des APA. Le temps d'intervention de ce dernier sera ainsi partagé de façon à ce qu'il puisse intervenir sur l'ensemble des associations. Ce système va permettre au plus grand nombre de participer à ces activités spécifiques.

De cette façon, un poste peut être créé et financé par l'ensemble des institutions bénéficiant des activités.

De manière générale, la création d'un poste transversal paraît être une solution favorable aux établissements du champ médico-social. Ce concept s'avère également bénéfique aux professionnels des APA. Cette combinaison leur permet également de varier leurs interventions puisque les personnes accueillies au sein des différents établissements ne présentent certainement pas les mêmes spécificités.

- Groupement d'employeurs associatifs :

Le groupement d'employeur est une plateforme de gestion de l'emploi et des ressources humaines. Il permet la mise à disposition de professionnels au sein de divers établissements en fonction de leurs demandes et des compétences des professionnels.

Ces derniers disposent ainsi de temps d'intervention partagés au sein de plusieurs établissements. C'est le groupement qui mène l'ensemble des démarches pour la mise en place des activités que l'établissement souhaite.

➤ Utilisation des ressources existantes

La pratique d'APA pour des personnes en situation de handicap peut être promue par la participation aux ateliers existants sur territoire dans les conditions où les personnes seraient en mesure de s'intégrer dans un groupe de pratique. Il apparaît également important que la personne puisse y participer sans recevoir une attention particulière de l'encadrant.

Dans le cadre de notre recherche, la création d'un poste transversal à plusieurs établissements ainsi que l'« utilisation de ressources existantes » sont testées.

Le projet de recherche a créé un partenariat avec le pôle de gériatrie du CHANGE qui a mis en place depuis 2 ans des ateliers d'équilibre de proximité pour les personnes de plus de 60 ans, présentant des risques de chute. Des personnes âgées en situation de handicap participent depuis Janvier 2017 à ce dispositif.

La mise en place d'un poste transversal est testée sur une durée de 8 mois, auprès de deux SATTHAV du bassin annécien.

A l'heure actuelle, les résultats de ces expérimentations apparaissent comme étant plus que favorable aussi bien pour les encadrants que les pratiquants.

- **Formations**

- Proposer des formations aux personnels de terrain

Afin de mettre en place des APA au sein des établissements du champ médico-social, il est également possible de former les professionnels de terrain. Les formations existantes restent restrictives et spécifiques à l'encadrement des personnes en situation de handicap mais permettent d'obtenir les prérogatives suffisantes pour l'encadrement de telles pratiques. Ces formations peuvent être mises à disposition des professionnels motivés et désirant mettre en place de nouvelles activités.

- **Recherche de financement**

Il existe également la possibilité de rechercher des subventions afin de mettre en place des APA. Celle-ci peut être menée de différentes manières:

- faire appel aux fondations
- procéder à des négociations auprès de financeurs publics locaux : l'Agence Régionale de Santé, le Conseil départemental...
- répondre à des appels à projet
- solliciter les partenaires des associations.

Chapitre VI. Rapport des actions mises en place

Afin d'évaluer les différents propos amenés dans ce guide, certaines actions ont été mises en place sur le territoire des filières gérontologiques du CHANGE.

1. Projet d'APA au sein d'un ESAT

- **Caractéristiques du projet :**

En plus d'être testé au sein des différents établissements composant le groupe de travail, ce projet avait pour but d'expérimenter le programme de marche proposé afin d'en déterminer sa viabilité.

Le groupe est composé de personnes en situation de handicap de plus de 40 ans, travaillant au sein d'un ESAT du bassin annécien. L'ensemble de ces personnes se déplace en marchant. Le programme 1 a donc été testé. L'activité a été mise en place de façon à respecter les éléments indiqués dans le protocole des programmes. Elle est réalisée à raison d'une fois par semaine, le lundi après-midi de 14 heures à 15 heures 30. L'activité se déroule sur une période de 8 mois. Au vu des conditions météorologiques de la région, une activité de substitution est proposée en période hivernale. C'est une activité motrice de type « parcours moteur » permettant de réaliser un travail sur les capacités mnésiques, de déplacement, d'équilibre, de mobilité, etc. des personnes concernées. L'activité devait s'inscrire dans la continuité de la marche initialement mise en place, son but étant de travailler sur les aspects sur lesquels les personnes présentaient le plus de difficultés (relevés grâce aux tests d'évaluation ainsi qu'au cours des séances) de façon à améliorer ou maintenir leurs capacités.

- **Bilan de l'activité :**

L'activité mise en place au sein de l'ESAT s'est bien déroulée. La motivation et la réactivité de l'établissement pour la participation à ce projet, a permis de limiter la durée des démarches administratives et ainsi, de débiter le cycle d'activités au plus tôt. La réalisation des tests d'évaluation met en évidence que certains tests ne sont pas pertinents pour la population encadrée. La compréhension des consignes semble être l'élément le plus limitant dans la réalisation des exercices. De plus, l'ensemble des tests sélectionnés n'évalue que les éléments physiques. Or des améliorations au niveau social, psychologique et affectif ont pu être observées chez les pratiquants. On observe en effet une meilleure cohésion de groupe, une meilleure appréhension et gestion de soi dans la pratique.

Le programme 1 a été mis en place au sein de l'ESAT. S'adressant à des personnes ayant de bonnes capacités physiques, le programme bleu était réalisé de façon hebdomadaire. Certains éléments du programme ont été modifiés pour la réalisation de l'activité au sein de l'ESAT. Tout d'abord, le nombre de personnes composant le groupe de pratique a été augmenté jusqu'à 8. Au vu des capacités de l'ensemble des pratiquants, cela n'a pas posé de problème quant à l'encadrement et la mise en place des activités. Cependant, au vu de la population concernée il est difficile d'obtenir un groupe de pratique homogène. Une des difficultés rencontrées lors des séances concerne la gestion des niveaux de pratiques, le but étant de proposer une pratique sécurisée qui soit adaptée à tous. Une des difficultés notables concernait la tenue vestimentaire des pratiquants et le matériel utilisé. Tous disposaient de chaussures plates et fermées mais certains d'entre eux marchaient avec leurs chaussures de sécurité, ce qui n'est pas adapté à la pratique d'une activité physique. Le parcours emprunté pour la réalisation de l'activité de marche était le même mais des variations ont été proposées chaque semaine. De ce fait, les pratiquants n'ont pas trouvé l'activité redondante.

L'activité motrice était réalisée au sein de l'ESAT dans une salle d'activité. La petitesse de la salle ne permettait pas la mise en place d'ateliers conséquents. En revanche, l'activité plaisait à l'ensemble des pratiquants. La réalisation d'ateliers leur permettait de se rendre compte des progrès obtenus.

Tous s'accordent sur le fait que l'activité de marche réalisée en extérieur était plus agréable. Elle leur permettait de sortir de l'établissement et du travail, ce qui était plus qu'appréciable pour eux.

- **Témoignages :**

« J'ai aimé l'activité mise en place. J'ai trouvé que j'ai progressé. J'ai encore besoin d'aide sur certains exercices et certains étaient difficiles pour moi. J'aimerais continuer l'activité ». – Edith.

« J'aime bien marcher, ça me fait du bien. Je vais plus souvent marcher tout seul maintenant. Je sens que je me suis amélioré un petit peu au niveau de l'équilibre, je le ressens surtout pendant l'activité. Je souhaiterais continuer le plus longtemps possible ». – Eric.

« L'activité s'est bien passée. J'aime toutes les activités que l'on peut faire mais surtout celle que l'on fait dehors. J'aime sortir du travail. Je ne pense pas m'être amélioré sur la marche mais lorsque je sors je me sens bien. Certains exercices sont trop faciles pour moi, j'aimerais faire des choses plus dures. Je m'entends bien avec tout le monde et j'aimerais continuer l'activité ». – Rodolphe.

2. Projet de mise en place d'une activité transversale

- **Caractéristiques du projet :**

Cette activité a pour but de tester une des solutions proposées ci-dessus : la réalisation d'une activité transversale à plusieurs établissements.

Ce projet concerne également des personnes en situation de handicap de plus de 40 ans. Il est mis en place sur une période 8 mois, à raison d'une fois par semaine le mercredi après-midi de 14h à 15h30. Afin de faciliter la mise en place de l'activité, le

projet a été initialement proposé à deux SATTHAV du bassin annécien. Deux établissements ont donc participé à la mise en place de cette activité commune.

De façon à favoriser l'échange et la cohésion entre les deux groupes de pratiquants l'activité est réalisée une fois sur deux dans chacun des établissements. Du fait des locaux mis à disposition, les activités sont variables en fonction de l'établissement dans lequel les activités sont réalisées. Les pratiques ont été choisies initialement par l'ensemble des personnes. Celles choisies sont le cirque et la danse.

Le cycle a débuté et s'est achevé par une séance d'évaluation. Les outils d'évaluation indiqués dans le guide ont été utilisés.

A chaque activité un éducateur était présent au cours de l'activité.

- **Bilan de l'activité :**

Etant réalisée par deux établissements il a été nécessaire, dans un premier temps, de déterminer les modalités de pratiques (nombre de personnes pour chacun des établissements, créneau horaire, lieu de pratique, activités etc.). Le groupe de pratique était donc composé initialement de 6 personnes, passant à 5 du fait du transfert d'un des travailleurs (2 personnes provenant d'une SATTHAV et 4 personnes provenant de l'autre établissement). Ayant pour volonté de favoriser le partage et l'échange, il était important pour les deux établissements de réaliser la pratique dans chacun des établissements. La disponibilité de la salle ayant été tardive pour un des établissements, l'activité a débuté dans un seul établissement.

L'activité concernant plusieurs établissements, les modalités de mises en place ont été plus conséquentes et ont donc pris plus de temps.

En pratique, la mise en place des activités a été difficile. Deux des pratiquants (même établissement) n'étaient pas motivés pour la réalisation des APA. L'échange, le partage et la création de liens entre les pratiquants n'est pas apparue comme une évidence. Des difficultés quant à l'acceptation de l'autre ont notamment été soulevées.

La présence d'un éducateur lors des séances a permis de faciliter ce lien et de créer un climat de confiance entre les personnes. Au fur et à mesure des semaines de pratique ces différents aspects se sont développés.

La plupart des personnes participaient de manière volontaire et avec enthousiasme. Certains ont adhéré directement aux activités proposées tandis que d'autres l'ont fait de manière progressive tout au long du cycle d'activité. Le manque de motivation s'est souvent fait ressentir, avant le début de l'activité, chez deux des pratiquants. Malgré cela, leur investissement devenait de plus en plus important au cours de la séance.

Les outils d'évaluation indiqués dans le guide ont été utilisés afin de déterminer les capacités des personnes. Seul le test de mesure de l'endurance n'a pas été appliqué (pas nécessaire au vu des activités proposés). Des difficultés de compréhension des consignes sont particulièrement notables. Le test du *Timed up and Go* a dû être expliqué et réalisé plusieurs fois de façon à ce que les consignes soient comprises. La distance du test d'adresse a quant à elle été réduite à 3 mètres.

Du point de vue des pratiquants, tous se sont accordés sur le fait que les premières séances ont été difficiles puisqu'ils ne se connaissaient pas. Au final, ils ont été contents de se découvrir et de se rencontrer. Cependant, si de nouvelles activités étaient mises en place, les pratiquants aimeraient pour la plupart, conserver leur groupe de pratique actuelle.

Il n'y a pas d'unanimité entre les participants concernant leurs préférences quant au lieu de pratique ou l'activité proposée.

L'ensemble des éducateurs s'accorde sur le fait que l'expérience réalisée est favorable. Des modifications au quotidien sont observables chez certains participants. Au-delà de l'amélioration des capacités physiques et motrices, des évolutions capacités sociales sont particulièrement notables.

- **Témoignage SATTHAV-SATTHAV :**

« J'aime faire les activités mais je n'aime pas tout le monde dans le groupe. J'aime pratiquer avec d'autres personnes, on se connaît bien maintenant. Je ne sais pas si j'ai progressé mais je me sens bien après les activités, parfois je suis fatigué. J'aimerais rencontrer d'autres personnes ». – Yves.

« Je n'aime pas la danse mais j'aime le cirque. Je me sens bien après avoir pratiquer même si c'est difficile d'y aller. J'aime pratiquer avec les autres, j'en connaissais de l'hébergement.

Je ne veux pas pratiquer avec d'autres personnes. Je n'aime pas que l'on me change mes habitudes et je ne veux pas rencontrer de nouvelles personnes ». – Catherine.

« Au début c'était un peu compliqué parce que je n'aime pas faire des activités avec des personnes que je ne connais pas. J'ai appris à les connaître et maintenant ça va mieux. Des fois les activités sont un peu dures, je n'y arrive pas mais dans l'ensemble ça va. Après les activités je me sens bien, je suis un peu fatiguée pendant les activités parce que rester debout c'est fatigant. C'est de la bonne fatigue ». – Eliane.

3. Mise en place d'APA par un organisme extérieur

Une association prestataire a quant à elle, expérimenté la mise en place d'un projet d'APA par des intervenants extérieurs au sein d'un de ses établissements. Le but de ce projet était de répondre à ce qui est proposé dans le guide, c'est-à-dire créer un projet d'APA global décliné en 3 volets d'activités pour l'obtention d'une prise en charge complète dans ce domaine.

Le professionnel APA de l'association a dans un premier temps réalisé en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, un bilan des personnes de l'établissement avant de proposer différentes activités physiques. L'objectif était de créer des groupes d'activité physique prenant en compte les caractéristiques des personnes : leur autonomie, leur condition physique, leurs niveaux de concentration, d'attention et de compréhension des consignes, leurs motivations et leurs envies. Les bilans ont été étalonnés sur 6 semaines, permettant d'évaluer 25 personnes de l'établissement. Les protocoles d'évaluation choisis ont été déterminés par le groupe associatif.

- **Problématiques rencontrées :**

L'intervenant extérieur a mis en avant des difficultés d'organisation. Ressort de cette mise en place qu'en tant qu'intervenant extérieur, il est difficile de trouver sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Aucune salle n'était mise à disposition pour la réalisation des tests. De ce fait, une perte de temps importante a été mise en évidence.

En tant que personne extérieure à l'établissement, le professionnel de l'association a rencontré des difficultés pour échanger avec les éducateurs de l'établissement. L'intervenant extérieur met en évidence des « difficultés d'approche et de communication » avec le personnel de l'établissement ainsi qu'avec les résidents. Ce projet n'a pu être poursuivi faute d'un financement de l'action.

4. Ateliers d'équilibre de proximité

- **Caractéristiques du projet :**

Au cours de l'année 2017, deux personnes de plus de 40 ans, en situation de handicap ont participé aux ateliers d'équilibre de proximité mis en place par le pôle de Gériatrie du CHANGE dans le cadre de la plateforme de prévention des chutes de la filière gérontologique de territoire. Ce projet avait pour but de proposer aux personnes d'accéder à des pratiques « ordinaires » sur le territoire. Ainsi une autre solution proposée précédemment a pu être expérimentée : l'utilisation de ressources existantes.

Au vu de la réussite de cette expérience au cours de l'année 2017, celle-ci est réitérée en 2018 au sein de 4 ateliers. Les ateliers des communes de Gex, Cran-Gevrier, La Balme de Sillingy et Seynod sont concernés.

Ce projet a été proposé à l'ensemble des établissements ayant participé au groupe de travail.

Des modalités d'accès ont été déterminées afin d'homogénéiser les groupes de pratiques. Le but étant de ne pas créer de contraintes supplémentaires dans l'encadrement, la gestion et la mise en place des activités initialement prévues.

Les personnes intégrées, deux au maximum, doivent avoir plus de 40 ans. Elles doivent disposer de bonnes capacités de compréhension et de mobilité (déplacement sans aide partielle) et doivent être capables de descendre au sol seules et de se relever (avec aide éventuellement).

- **Bilan des activités**

Les éducateurs des établissements avaient pour consignes de choisir deux personnes pouvant participer à ces ateliers. Ils devaient par la suite contacter la coordinatrice de la plateforme de prévention des chutes pour inscrire ces personnes et obtenir d'avantage d'informations.

Encore en 2018, l'intégration des personnes dans ces ateliers "ordinaires" a rencontré un vif succès auprès de l'ensemble des personnes. La seule contrainte apparaît à la fin du cycle des ateliers puisque ces ateliers d'équilibre ont pour vocation une remise en activité de la personne, et sont une passerelle vers d'autres activités. A ce titre ils ne sont théoriquement accessibles que pendant une année.

- **Témoignage des ateliers d'équilibre :**

« L'activité me plaît. C'est très intéressant. On est avec des personnes âgées et on apprend comment faire pour se relever lorsque l'on chute. Je suis parfois en difficulté, surtout au début parce que je ne comprenais pas les consignes. Maintenant j'arrive à tout faire et si on n'y arrive pas il (l'intervenant) vient nous voir et il nous dit comment il faut faire. J'ai progressé, je me suis assouplie. C'est sympa de rencontrer de nouvelles personnes, ils sont gentils. On est bien intégré avec eux et fait en sorte que tout le monde soit pareil ». - Thérèse, pratiquante des ateliers d'équilibre de la Balme de Sillingy.

« L'activité est super bien. J'aime bien tout ce que l'on fait, les gens avec qui je fais l'activité. Clément (intervenant) est très sympa. Ça me fait du bien, je me sens mieux le soir après cette activité. L'activité est adaptée pour moi, c'est même facile. Ce sont les montées/descentes qui sont dures pour moi. Je me sens bien dans le groupe ». - Pierre, pratiquant des ateliers d'équilibre de Gex.

Conclusion

Le contexte démographique remet en cause les paradigmes sur lesquels s'est organisé le système de santé de longue date. Aider la personne à maintenir son autonomie fonctionnelle est un des leviers pour répondre au désir d'un "vieillir en santé" aux cotés d'une prise en charge adaptée des maladies chroniques, d'une adaptation de l'environnement sociétal pour une participation sans entrave à la vie en société prônée par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La pratique de l'activité physique participe à ce "vieillir en santé" par ses bienfaits tant du point de vue de la mobilité, du point de vue cognitif mais aussi sur la qualité de vie. Cependant l'adaptation, la déclinaison de programmes d'activité physique pour des personnes avançant en âge dans le champ médico-social du handicap se confronte en pratique à des difficultés d'organisation et à l'absence de recommandation. Faciliter la mise en place de tels programmes dans différents milieux de vie est l'objectif de ce guide. La méthodologie utilisée est inspirée de la "recherche-action". Cette méthodologie est apparue la plus adaptée pour faire émerger les problématiques et tenter d'y répondre collectivement. Notons qu'elle a valorisé les actions déjà existantes sur le territoire de l'étude et induit une dynamique de travail transversal entre institutions.

A partir d'une réflexion d'un groupe de travail de professionnels et d'usagers d'horizons divers, ce guide propose des outils pour faciliter le développement de l'activité physique au profit des personnes en situation de handicap avançant en âge. Il rappelle ce qu'est l'activité physique adaptée, le cadre légal. Il fait le point sur les recommandations existantes et sur les difficultés rencontrées sur le terrain pour mettre en place une activité physique adaptée pour cette population. Avec ces constats, il décrit une démarche pour la construction de programme d'activité physique adaptée prenant en compte notamment les évaluations nécessaires avant, pendant et après le programme. Il retient parmi la foisonnante littérature, des outils d'évaluation adaptés à une pratique de terrain. Il donne les principes concernant le choix de l'activité, la fréquence, le déroulement du cycle d'activité et des séances. Au delà de ce modèle, le guide propose trois programmes complets d'activité physique, adaptés aux spécificités de la population

concernée, pouvant être déclinés dans différents milieux de vie : marche, déplacement en fauteuil roulant, déplacement en milieu favorable. Enfin, le retour d'expérience de l'implantation de ces programmes dans des institutions du territoire de l'étude, permet de donner des pistes aux responsables d'établissement sur la politique à mettre en œuvre pour intégrer l'activité physique adaptée aux projets d'établissement.

Puisse la diffusion de ce guide concourir avec d'autres actions à l'objectif d'un vieillissement en santé pour les personnes en situation de handicap avançant en âge.

Chapitre VII. Mise en place de programmes d'activités physiques adaptées et santé sur une durée de six mois

1. Introduction :

Après la réalisation du guide méthodologique « Mise en place d'activités physiques adaptées pour des personnes handicapées vieillissantes » en avril 2018 par Camille LEFEVRE ; de nombreux bénéfices ont été soulevés auprès du public concerné. En effet, de réels besoins en terme de maintien de l'autonomie, du développement du « bien vieillir », de la prévention de l'apparition des signes du vieillissement ont émergé des constats.

C'est pourquoi Elise LEYBROS, Enseignante en Activités Physiques Adaptées et Santé, et étudiante en deuxième année de MASTER APAS avait pour mission de poursuivre les projets déjà menés jusque là. Ainsi, les objectifs sont les suivants : mettre en place des ateliers d'Activités Physiques Adaptées, élaborer des évaluations personnalisées qui permettent d'observer, à la suite des six mois d'intervention, les bénéfices tirés d'une pratique d'activité physique régulière. Ainsi en janvier 2019, cinq projets de mise en place de programmes d'Activités Physiques Adaptées ont été proposés à différentes structures participant à l'étude.

En parallèle, une seconde mission était d'évaluer l'insertion des personnes handicapées vieillissantes au sein des ateliers d'équilibre de la plateforme de prévention des chutes de l'hôpital d'Annecy Genevois.

2. Missions de l'enseignant en APAS :

Les missions de l'Enseignante en Activités Physiques Adaptées et Santé sont multiples :

- Trouver les structures intéressées par la mise en place d'un programme d'AP, prise de contact avec les directions puis avec les équipes, recherche de salle et de créneaux horaires en collaboration avec les structures.
- Elaborer un projet de cycle en fonction de l'AP choisie.

- Elaborer des outils d'évaluations facilement utilisables sur le terrain et adaptés aux différents publics permettant une évaluation globale de la personne (dimensions bio – psycho – sociale).
- Faire un bilan détaillé des actions menées durant les six mois (document ci contre).
- Faire un bilan individualisé pour chacun des sportifs, qui pourra être intégré dans le projet personnalisé de la personne.
- En parallèle, évaluer l'insertion des PHV au sein des ateliers d'équilibre de la plateforme de prévention des chutes de l'Hôpital d'Annecy-Genevois.

La contrainte du temps nous incite à débiter les séances dès que possible. L'objectif étant de disposer d'un nombre de séances suffisamment conséquent pour observer des résultats.

3. Présentation des trois projets:

Programmes d'APAS interinstitutionnels

Les programmes d'Activités Physiques Adaptées et Santé sont proposés aux personnes âgées de plus de 40 ans. Compte tenu de mon affectation au siège de l'AAPEI EPANOUE, situé à Seynod, je me suis rapprochée des structures localisées autour et dans le bassin Annécien. Un des objectifs était de mettre en place des ateliers inter-structures ou inter-institutions. Ce qui permettrait, tout d'abord, de mettre en commun les moyens de chacun (notamment la salle). Mais aussi, cela apporte de nombreux bénéfices sur le plan social pour les participants. Le but étant de rencontrer de nouvelles personnes, de créer des liens nouveaux autour de l'activité sport, et de sortir du cadre d'activité habituel. Ces ateliers sport adaptés - Santé sont un bon intermédiaire entre le sport pratiqué au sein d'une structure et le sport pratiqué dans le droit commun. Il permet une pratique sécurisée, en petit comité, avec un EAPAS qui adapte l'activité aux capacités et envies des personnes. Trois ateliers ont été réfléchis sous cette forme, mais seulement les deux derniers ont vu le jour (pour le premier atelier : il n'y a que la SATTHAV AAPEI EPANOUE qui a participé) :

- SATTHAV AAPEI EPANOUE & SATTHAV Les Camarines ADTP

- SAMSAH Le Bilboquet GAIA & SAVS AAPEI EPANOU
- Foyer de vie Le COQUELICOT / Foyers CHAMPS D'OR & SAVS AAPEI EPANOU

Programme d'APAS spécifique pour l'ADIMC 74

Pour l'association ADIMC, l'atelier sport adapté a été proposé à deux structures : le Foyer de vie Le Goéland et l'EHPAD La Bartavelle. Malheureusement, compte tenu du planning relativement serré pour la mise en place, l'organisation des transports, et des conditions qui ne correspondaient pas aux deux structures (problème de jour, d'horaires), cette association n'a pu voir le jour. Ainsi un atelier spécifique a été proposé seulement au foyer de vie Le Goéland.

Evaluation de l'insertion des PHV au sein des ateliers d'équilibre

La plateforme de prévention des chutes de l'hôpital d'Annecy Genevois propose des ateliers d'équilibre pour les personnes âgées. Au total, on compte pas moins de trente ateliers sur la filière gérontologique. Ils s'adressent aux personnes âgées de plus de 60 ans. Depuis deux ans, certains ateliers accueillent des personnes handicapées vieillissantes. C'est le cas, cette année, au sein de deux ateliers. A Prevessin Moens six personnes, suivies par l'association ECLAT dans le pays de Gex, participent aux ateliers les mardis après midi. A la Balme de Sillingy, ils sont au nombre de cinq de l'association AAPEI EPANOU, les jeudis matin. La mission est d'observer et d'évaluer l'insertion des personnes en situation de handicap vieillissantes au sein des ateliers. De plus, la création d'un cadre permettrait de généraliser cette insertion au sein des autres ateliers. Cependant, afin que ce processus soit bénéfique pour l'ensemble des acteurs concernés, certaines conditions doivent être remplies.

4. Mise en route :

Mise en place des ateliers :

La démarche utilisée pour mettre en place les programmes d'APAS a été la même pour l'ensemble des ateliers. Tout d'abord, la prise de contact avec les directeurs des structures, a permis, par la suite, de se diriger vers les chefs de service ou des responsables « Activité physique ». Ensuite, trouver un lieu a été l'étape la plus décisive, ce qui a permis de positionner les jours et les heures des ateliers. Certaines structures disposaient de salles adaptées à une pratique d'activité physique, pour d'autres une recherche auprès d'autres structures ou des mairies a été engagée. Enfin, les structures se sont chargées de proposer les ateliers aux personnes, répondant aux critères, potentiellement intéressées.

Choix des participants : présentation des caractéristiques

L'ensemble des ateliers s'adresse à des personnes âgées de plus de quarante ans, qui ne présentent aucune contre indication à la pratique d'une activité physique. Comme dit précédemment, les structures ont proposé les programmes aux personnes qu'elles pensaient potentiellement intéressées. L'engagement dans les ateliers se fait donc sous la base du volontariat.

Atelier sport - santé 1 & 2 SATTHAV AAPEI EPANOUE : personnes présentant une déficience intellectuelle, travaillant en temps partiel en ESAT, trois hommes et sept femmes.

Atelier sport – santé 3 Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74 : personnes présentant une infirmité motrice cérébrale, se déplacent debout sans aide ou alors avec un déambulateur, aucune activité professionnelle, deux femmes et deux hommes.

Atelier sport – santé 4 SAMSAH Bilboquet GAIA & SAVS Archimaide AAPEI EPANOUE : personnes présentant une maladie mentale ou des troubles psychiques, certains exercent une activité professionnelle à temps pleins, d'autres non, deux femmes et trois hommes.

Atelier sport – santé 5 Foyer de vie Le COQUELICOT, Foyers CHAMPS D'OR & SAVS Archimaide AAPEI EPANOUE : personnes présentant une déficience intellectuelle, certains

exercent une activité professionnelle à temps pleins, d'autres non, deux femmes et sept hommes.

Choix des activités physiques adaptées

Pour le groupe de la SATTHAV AAPEI EPANOÛ, les résidents ont proposé une liste d'activité physique dans laquelle le basketball et la danse ont été sélectionnés. Pour le groupe du Foyer de vie Le Goéland de l'ADIMC 74, la gym douce a été sélectionnée compte tenu des caractéristiques et des capacités des résidents, où la marche et des exercices de renforcement musculaire sont d'une nécessité importante pour maintenir l'autonomie des personnes. Enfin, pour les deux derniers groupes, le SAMSAH Bilboquet de GAIA avec le SAVS Archimaide de l'AAPEI EPANOÛ, et le Foyer de vie Le COQUELICOT, les Foyers CHAMPS D'OR avec le SAVS Archimaide de l'AAPEI EPANOÛ, l'activité gym douce a aussi été retenue, compte tenu de la disposition des salles disponibles, et des thèmes de travail très diverses que cette activité apporte.

Les thèmes travaillés lors des séances de Gym douce sont :

- *Le renforcement musculaire*
- *L'équilibre*
- *L'adresse*
- *La coordination*
- *La gestion de l'effort*

Les thèmes travaillés lors des séances de basketball sont :

- *Les habilités motrices telles que la course, le lancer, la coordination*⁷⁰
- *Les processus décisionnels élevés et demande une compréhension accrue des situations de jeu.*
- *L'appartenance à un groupe, la mise en place de stratégies avec les partenaires et l'entraide pour aller marquer collectivement.*

⁷⁰ FEDERICI A. Does dance-based training improve balance in adult and young old subjects? A pilot randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2005 ; Vol 1 ; N°5 ; 385-9.

Les thèmes travaillés lors des séances de danse sont :

- *La flexibilité, l'équilibre, la force musculaire, la coordination, le contrôle musculaire et postural*⁷¹
- *Le concept de soi*⁷²
- *La capacité à se détendre et à se concentrer, la sensation de bien être*
- *Le rapport à l'autre, le rapport au monde sonore*

Élaboration des évaluations

La démarche bio-psycho-sociale du sport-santé se justifie par la création d'outils d'évaluation, facilement utilisables sur le terrain, qui permettent de réaliser un suivi continu et complet de la personne. Pour la première partie des évaluations, les tests énoncés dans le chapitre III du guide méthodologique ont été réutilisés. De plus, trois autres tests ont été ajoutés afin de disposer d'une batterie de tests plus complète évaluant la condition physique. Ensuite, pour la seconde partie des évaluations, des grilles d'observations ont été créées en fonction de l'activité physique. Enfin, un questionnaire d'auto-évaluation du pratiquant permettra un retour de la personne sur sa pratique.

Ateliers d'équilibre

Une prise de contact avec les deux animateurs des ateliers de la Balme de Sillingy et de Prevevin a eu lieu début janvier. De plus, les visites de huit autres ateliers d'équilibre, proche du bassin annécien ont été organisées sur une durée de trois mois, de janvier à mars.

⁷¹ BIRKEL DAG. Activities for the older adult : integration of the body and the mind. Journal of Physical Education, Recreation and Dance ; 1998 ; 69 (9) ; 23-28.

⁷² BERRYMAN MILLER. Dance movement : effects on elderly self-concept. In « Dance for the older adult, BEAL and BERRYMAN MILLER. 1988 ; 80-87.

FERSH IE. Dance/Movement Therapy : a holistic approach to working with the elderly. American Journal of Dance Therapy. 1980 ; Vol 3 ; N°2 ; 33-43.

5. Présentation des programmes d'APAS :

Planification des cinq programmes d'APAS (jour, horaires, lieu)

Les cycles d'APAS ont été programmés à hauteur d'une séance par semaine, d'une durée allant de 1h15 à 1h30 (voir tableau 1). Le nombre de séances diffère en fonction des groupes, étant donné le temps de mise en place différent en fonction des ateliers, des jours fériés ou des jours de fermeture des structures.

Tableau 1 : Récapitulatif des cinq programmes d'APA

ATELIERS SPORT - SANTÉ	STRUCTURES	NOMBRE DE SÉANCES	JOUR / LIEU	DURÉE	ACTIVITÉS	Nombre de participants à la première séance	Nombre de participants à la dernière séance
1 & 2	SATTHAV AAPEI EPANOU	19	Mercredi AM IME AAPEI EPANOU	1h15	Gr 1 : BASKETB ALL Gr 2 : DANSE	10	8
3	Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74	12	Vendredi matin Foyer de vie Le Goéland	1h30	GYM DOUCE	4	4
4	SAMSAH Bilboquet GAIA SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	16	Vendredi AM Salle Loverchy SEYNOD	1h30	GYM DOUCE	5	3
5	Foyer de vie Le COQUELICOT Foyers CHAMPS D'OR SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	15	Samedi matin IME AAPEI EPANOU	1h15	GYM DOUCE	9	8

Au total, les programmes d'activités physiques adaptées et santé ont été proposés à 28 personnes. Cinq personnes ne sont pas allées au bout de l'intervention : deux personnes ont été dispensées d'AP, une personne ne souhaitait plus participer ayant une forte douleur au genou, puis deux personnes ont été hospitalisées. De plus, une personne n'a pas réalisé les tests d'évaluation en début de cycle. Ainsi, les résultats du programme porteront sur 22 personnes.

Projet de cycle

Le projet de cycle, de chaque activité, est élaboré à partir d'objectifs généraux, qui se déclinent en objectifs opérationnels, puis enfin en objectifs personnalisés à chaque personne. Le cycle d'activité physique est construit de manière progressive permettant aux personnes un apprentissage adapté au rythme de chacun.

Séances types

Les séances se déroulent en sept temps (voir tableau 2).

Tableau 2 : Déroulement d'une séance type

7 TEMPS	Objectifs :	Ex : Basketball	Ex : Danse	Ex : Gym douce
Temps d'accueil <i>5 à 10 minutes</i>	Recréer le lien entre l'EAPAS et la personne, mais aussi la personne avec l'activité elle même.	Demander et repérer l'état du jour des pratiquants. Donner le déroulement de la séance et des objectifs attendus.	//	//
Entrée dans l'activité <i>5 minutes</i>	Recréer la dynamique de groupe et se concentrer mentalement à l'effort qu'il faudra fournir.	Frotter les articulations. Réveil articulaire. Etirements.	Frotter les articulations. Réveil articulaire. Etirements. Musique douce.	Frotter les articulations. Réveil articulaire. Etirements.
Echauffement <i>15 minutes</i>	Préparer le corps à l'effort. Activer le système cardio respiratoire.	Manipulation du ballon. Déplacements sans ou avec ; en dribles.	Le jeu du chef d'orchestre.	Exercice de marche.
Corps de séance <i>25 minutes</i>	Travailler un thème particulier en fonction du projet de cycle.	1 thème travaillé voire 2.	//	//
Application <i>15 à 20 minutes</i>	Mettre les sportifs en situation de jeu ou de création. Mise en application des thèmes travaillés.	Rencontres sous forme de match.	Un temps de chorégraphie, collective ou individuelle.	Jeu collectif.
Retour au calme <i>5 à 10 minutes</i>	Clôturer la séance, par un exercice qui permet de se recentrer sur soi même, sur ses propres sensations, de faire descendre l'adrénaline du jeu.	Etirements Exercice de proprioception.	Danse libre Relaxation.	Etirements. Technique pour se relever du sol « étapes à suivre pour se relever ».
Retour sur la séance <i>5 minutes</i>	Permet de faire un point sur les ressentis de chacun.	Bilan de l'EAPAS. Bilan personnel sur la séance (chacun exprime ce qu'il a aimé ou non).	//	//

Évaluations :

- 1^{ère} PARTIE

L'élaboration d'outils d'évaluations permet d'évaluer l'impact d'une pratique d'activité physique sur les capacités et compétences d'une personne. Ils permettent un suivi personnalisé de la pratique de chaque personne⁷³. L'objectif étant de déterminer les axes d'amélioration découlant d'une pratique régulière de plusieurs mois.

Les évaluations se déclinent en trois parties. **La première partie** est composée de huit tests évaluant la condition physique, où l'équilibre, la démarche, la souplesse, la force musculaire ou encore l'endurance, sont mesurés. **La seconde partie** des évaluations est une grille d'observations réalisée pour chacune des activités physiques. Les thèmes de travail sont repérés et déclinés en critères. L'objectif étant d'observer la personne dans le contexte de pratique, vis à vis des quatre dimensions : physique, mentale, psychologique et sociale. **La dernière partie** des évaluations concerne les questionnaires d'auto-évaluation, élaborés en méthode FALC. Ils permettent aux personnes de s'exprimer et de donner leur ressenti. Ce retour est primordial étant donné que la personne se trouve au cœur de son projet, ainsi qu'au cœur de sa propre pratique.

Au cours du vieillissement, plusieurs composants de la condition physique ont été retrouvés comme une limite dans le quotidien telle que la force, l'endurance musculaire, l'équilibre, la dextérité⁷⁴. Afin d'évaluer la condition physique des personnes, les cinq tests sélectionnés et présentés dans le chapitre III ont été réutilisés (sauf le « test de marche de 6 minutes » qui a été remplacé par le « Two minute step in place test » dû à un manque d'espace, ce test présentant une bonne validité scientifique⁷⁵). A cela, un test évaluant la souplesse des membres supérieurs « Back scratch test », et deux évaluant la force musculaire,

⁷³ BARBIN JM, CAMY J, COMMUNAL D, FODIMBI M, PERRIN C, VERGNAULT, M. 2016. Référentiel d'activité et de compétences de l'Enseignant en Activité Physique Adaptée. Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée. Paris.

⁷⁴ CARMELI E. Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability ? Mechanisms of Ageing and Development. 2012 ; 126 ; 299-304.

OPPEWAL A. Physical fitness is predictive for a decline in daily functioning in older adults with intellectual disabilities : results of the HA-ID study. Research in Developmental Disabilities. 2014 ; 35 ; 2299-2315.

⁷⁵ SWANSON CW. Two-minute walk tests demonstrate similar age-related gait differences as a six-minute walk test. 2019 ; Vol 14 ; Issue 69 ; 36-39.

des membres inférieurs « 30 seconds chair stands » et des membres supérieurs « Arm curl test⁷⁶», ont été ajoutés (voir tableau 3).

Tableau 3 : Évaluation de la condition physique

Huit tests	Noms des tests	Mesures
1 ^{er} test = test d'évaluation de l'adresse	Test du lancé	Nombre de lancers réussis sur 10 dans un cerceau placé à 3m (en moyenne) dans deux conditions (accroché au mur et posé au sol).
2 ^{ème} test = test d'évaluation de la souplesse des membres inférieurs	Sit and reach test	Distance en cm entre le bout des doigts (majeur) et des orteils (gros orteil). Le sujet étant soit assis sur une chaise soit assis au sol avec les jambes tendues.
3 ^{ème} test = test d'évaluation de la souplesse des membres supérieurs	Back scratch test	Distance en cm qui sépare les extrémités des majeurs.
4 ^{ème} test = test d'évaluation de la marche (démarche)	Timed up and go test	Temps (en secondes) effectué pour parcourir 3m50
5 ^{ème} test = test d'évaluation de la marche (endurance)	Two minute step in place test	Nombre de montées de genoux réalisées en 2 minutes.
6 ^{ème} test = test d'évaluation de l'équilibre	Tinetti test	Evaluation du niveau de risque de chute.
7 ^{ème} test = test d'évaluation de la force musculaire des membres inférieurs	30 seconds chair stands	Nombre de relevers de chaise réalisés en 30 secondes.
8 ^{ème} test = test d'évaluation de la force musculaire des membres supérieurs	Arm curl test	Nombre de flexions / extensions complètes de l'avant bras en 30 secondes avec un poids de 2kg.

Modalités d'évaluation :

Les huit tests de la condition physique ont été réalisés deux fois, au début et à la fin du cycle (voir tableau 4). Les conditions de réalisation de ces deux mesures sont les mêmes : lieu de réalisation et moment dans la journée identiques, avec le même examinateur et les mêmes outils. De plus, les tests sont réalisés au sein de groupes à petit effectif (3 ou 4 personnes) afin que chacun se familiarise avec les tests, et soit concentré sur la tâche à réaliser.

⁷⁶ Batterie de tests de RIKLI et JONES décrites en 1999 « Senior Fitness Test », traduite par FOURNIER en 2012 (Mesure de la condition physique chez les personnes âgées. Evaluation de la condition physique des séniors : adaptation française de la batterie américaine « Senior Fitness Test ». Science and Sport. ELSEVIER MASSON. 2012 ; 27(4) ; 254-259.

Des adaptations ont été nécessaires pour une bonne réalisation du test : une démonstration était systématique, les pratiquants réalisaient un ou deux essais afin qu'ils assimilent la tâche à réaliser. De plus, une guidance oral était nécessaire voire indispensable pour certains, même pendant le test.

- **2^{ème} PARTIE**

L'objectif est d'évaluer la personne dans sa pratique au niveau des différentes dimensions : physique, cognitive, psychologique et sociale. Pour chaque dimension, des thèmes de travail sont sélectionnés. Ces derniers sont déclinés en critères d'évaluation. Trois grilles sont donc construites, une pour chaque activité : danse, basketball et gym douce. Ces outils d'évaluations sont remplis deux fois : au début et à la fin de l'intervention. Suite au premier remplissage, des objectifs personnalisés sont relevés pour chaque personne. Le second remplissage, en fin de cycle, permet de déterminer si les objectifs ont été atteints ou non.

- **3^{ème} PARTIE**

La troisième partie des évaluations est présentée sous la forme de questionnaires à l'attention des usagers. L'objectif est que les sportifs s'auto-évaluent. Ces documents sont rédigés avec la méthode FALEAC (Facile à Lire et à Comprendre). C'est une méthode qui a pour finalité de rendre toute information accessible à n'importe qui. Cette méthode est souvent utilisée auprès de personnes avec DI, le travail sur le choix du support et le langage utilisé est important (par exemple dans le choix de la police d'écriture). Deux sessions de une heure chacune, avec le groupe de travail du foyer des Roseaux (de l'association AAPEI EPANOU) composé d'une personne formée à la méthode et de résidents du foyer (des personnes handicapées), ont été nécessaires pour finaliser les questionnaires.

Tableau 4 : Planification des évaluations

ATELIERS SPORT - SANTÉ	STRUCTURES	NOMBRE DE SÉANCES	PLANIFICATION DES ÉVALUATIONS				
			Évaluations début de cycle		Évaluations fin de cycle		
			1 ^{ère} partie	2 ^{ème} partie	2 ^{ème} partie	1 ^{ère} partie	3 ^{ème} partie
1 & 2	SATTHAV AAPEI EPANOU	19	S1 & S2 30/01 - 06/02	S3 13/02	S13 15/05	S15 29/05	S18 26/06
3	Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74	12	S1 & S2 29/03 - 05/04	S3 12/04	S11 28/06	S11 & S 12 28/06 - 05/07	S12 05/07
4	SAMSAH Bilboquet GAIA SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	16	S1 & S2 08/03 - 15/03	S3 22/03	S14 14/06	S15 21/06	S16 28/06
5	Foyer de vie Le COQUELICOT Foyers CHAMPS D'OR SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	15	S1 & S2 09/03 - 16/03	S3 23/03	S13 15/06	S14 & S15 22/06 - 29/06	S14 & S15 22/06 - 29/06

6. Résultats :

Bilan des cinq programmes d'APAS

Présence aux séances

Le taux d'achèvement des programmes d'APAS et le taux de présence aux séances des différents groupes sont présentés dans les tableaux 5 et 6 ci-dessous.

Tableau 5 : Taux d'achèvement des programmes d'APAS

ATELIERS SPORT - SANTÉ	STRUCTURES	TAUX D'ACHEVEMENT FINAL	Nombre de pratiquants dont les évaluations sont complètes
1 & 2	SATTHAV AAPEI EPANOU	80%	7
3	Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74	100%	4
4	SAMSAH Bilboquet GAIA SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	60%	3
5	Foyer de vie Le COQUELICOT Foyers CHAMPS D'OR SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	89%	8

Tableau 6 : Taux de présence lors des séances

ATELIERS SPORT - SANTÉ	STRUCTURES	NOMBRE D'ABSENCES	TAUX DE PRESENCE	RAISONS DES ABSENCES*
1 & 2	SATTHAV AAPEI EPANOU	10	92,5%	NP = 5 NM = 4 D = 1
3	Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74	3	93,75%	NP = 3 NM = 0 D = 0
4	SAMSAH Bilboquet GAIA SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	5	89,6%	NP = 3 NM = 2 D = 0
5	Foyer de vie Le COQUELICOT Foyers CHAMPS D'OR SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	25	79,2%	NP = 21 NM = 3 D = 1

*Annotations : NP = non présent, NM = non motivé, D = dispense d'AP

Résultats évaluation 1^{ère} partie

Afin d'observer s'il existe une amélioration réelle de la moyenne des scores obtenus pour chaque test, et pour chaque groupe, à la fin du cycle comparé au début du cycle, des statistiques ont été appliqués. Le test T-STUDENT permet d'observer la variable « temps » (ici représenté par le nombre de séances) sur les moyennes des scores obtenus. On dit qu'il existe une différence significative entre la moyenne du début du cycle et celle de fin de cycle pour le risque relatif $p < 0,05$ (voir tableau 7).

Tableau 7 : Evaluation de la condition physique – 1^{ère} partie – 8 tests

8 TESTS	1 :	2 :	3 :	4 :	5 :	6 :	7 :	8 :
ATELIERS SPORT - SANTÉ	évaluation de l'adresse <i>Test du lancé</i>	évaluation de la souplesse des membres inférieurs <i>Sit and reach test</i>	évaluation de la souplesse des membres supérieurs <i>Back scratch test</i>	évaluation de la démarche <i>Timed up and go test</i>	évaluation de l'endurance de marche <i>Two minute step in place test</i>	évaluation de l'équilibre <i>Tinetti test</i>	évaluation de la force musculaire des membres inférieurs <i>30 seconds chair stands</i>	évaluation de la force musculaire des membres supérieurs <i>Arm curl test</i>
SATTHAV AAPEI EPANOU	ns	p < 0,05	ns	ns	p < 0,05	ns	p < 0,05	p < 0,05
	ns	ns	ns					
Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74	ns	Non réalisé	Non réalisé	ns	ns	Pas de différence	ns	ns
	p < 0,05	Non réalisé	Non réalisé					
SAMSAH Bilboquet GAIA SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	ns	ns	ns	ns	p < 0,05	ns	ns	p < 0,05
	ns	ns	ns					
Foyer de vie Le COQUELI- COT Foyers CHAMPS D'OR SAVS Archimaide AAPEI EPANOU	p < 0,05	ns	p < 0,05	ns	p < 0,05	Pas de différence	ns	ns
	ns	ns	ns					

*En rose, pour $p < 0,05$: ceux pour qui la moyenne obtenue au test s'est améliorée significativement suite au cycle d'intervention d'activité physique.

Pour les deux premiers groupes de la SATTHAV, les moyennes du groupe se sont significativement améliorées sur les tests 2, 5, 7, 8 entre le début et la fin du cycle d'activité physique. Pour le groupe de l'ADIMC, la moyenne du groupe s'est améliorée significativement sur le test 1. Pour le groupe du SAMSAH et du SAVS, les moyennes du groupe se sont significativement améliorées sur les tests 5 et 8. Enfin, pour le groupe des Foyers et du SAVS, les moyennes du groupe se sont significativement améliorées sur les tests 1, 3 et 5.

Au final, les tests qui ont vu une amélioration chez la moitié des groupes sont les tests 1 et 8. Alors que le test 5, a vu une amélioration chez près des trois quart des groupes.

Ces résultats statistiques sont à relativiser, car il existe plusieurs biais. Tout d'abord, il existe un effet test-retest qui fait qu'on observe forcément une amélioration lorsque l'on reproduit une seconde fois un test. De plus, l'amélioration observée notamment au test 5 n'exprime pas

forcément une meilleure endurance. Ces résultats reflètent davantage un meilleur investissement des personnes dans l'activité, un meilleur engagement dans la tâche à réaliser. Pour ce test, la motivation est indispensable, l'acceptation de l'effort est une étape primordiale. En effet, il représente le test le plus long (deux minutes d'effort) et celui demandant le plus d'engagement du point de vue physique (le but du test étant de réaliser le plus grand nombre de montées de genoux). Nombreuses personnes souhaitaient battre leur record personnel réalisé en évaluation initiale. C'est pourquoi, le test N°5 est celui qui a connu les plus grandes améliorations. Enfin, les résultats des tests sont sujets à l'état général de la personne le jour même.

Résultats évaluation 2^{ème} partie

Le tableau 8 résume les résultats des différents cycles obtenus à la fin de l'intervention.

Tableau 8 : évaluation 2^{ème} partie

ATELIERS SPORT - SANTÉ	STRUC- TURES	CYCLES D'APA	RESULTATS
1 & 2	SATTHAV AAPEI EPANO	BASKETBALL	Chez les trois pratiquants, des améliorations des moyennes obtenues (entre le début et la fin du cycle) sont observées dans quatre thèmes de travail : les déplacements, la notion de démarquage, la prise d'informations et le jeu collectif. Les personnes ont amélioré leurs déplacements en dribbles, ils cherchent à mieux occuper l'espace de jeu, et ont compris comment défendre leur cible (placement entre l'adversaire et le panier, attitude défensive). La notion de démarquage reste encore à travailler. Pour la prise d'informations, les progrès sont observables dans trois situations : tirer quand le panier est libre, faire la passe à un partenaire qui est libre, changer de statut attaque/défense.
		DANSE	Chez les cinq pratiquants, des améliorations des moyennes obtenues (entre le début et la fin du cycle) sont observées dans deux thèmes de travail : les modalités du mouvement et la présence dans la danse. Les modalités du mouvement regroupent différents composants du mouvement : la direction, l'amplitude, la vitesse et la fluidité. Les danseurs ont amélioré progressivement ces notions, liées à la prise de conscience de leur corps dans le mouvement dansé. Pour le second thème, on remarque une nette diminution des mouvements parasites ou des moments de « non danse », une meilleure orientation vis à vis des spectateurs et, pour certains, une utilisation du regard pour rentrer en contact avec l'autre.
3	Foyer de vie Le Goéland ADIMC 74	GYM DOUCE	Le renforcement musculaire et la réalisation de parcours moteurs étaient les axes de travail principaux. L'objectif majeur pour les sportifs était de maintenir l'autonomie en favorisant la mobilité. Des améliorations des moyennes obtenues (entre le début et la fin du cycle) sont observées dans trois thèmes de travail : la mobilisation du corps, l'amplitude de mouvements, l'endurance d'exercice (les sportifs réalisaient des temps de travail plus conséquents, et présentaient moins de signes de fatigue).
4	SAMSAH Bilboquet GAIA & SAVS Archimaide AAPEI EPANO	GYM DOUCE	Des améliorations des moyennes obtenues (entre le début et la fin du cycle) sont observées dans deux thèmes de travail : la dissociation segmentaire et la double tâche physique-physique. Le groupe rencontre encore des difficultés sur l'équilibre, le travail doit être poursuivi. De plus, un des objectifs à travailler aussi est la gestion de l'effort.
5	Foyer de vie Le COQUELI COT Foyers CHAMPS D'OR SAVS Archimaide AAPEI EPANO	GYM DOUCE	Améliorer l'équilibre et la connaissance du schéma corporel ont été les principaux objectifs du cycle pour les sportifs. Les exercices d'équilibre ont souvent été associés à des exercices de déplacements ou de parcours moteur. Pour la connaissance du schéma corporel, il a été proposé des exercices de dissociation, des étirements, des exercices de coordination. Des améliorations des moyennes obtenues (entre le début et la fin du cycle) sont observées dans deux thèmes de travail : la locomotion (enchaînement des différents déplacements, meilleure fluidité avec des changements de rythme plus marqués) et l'équilibre (hors double tâche).

Résultats évaluation 3^{ème} partie

Le retour des personnes est très positif. Elles ont bien adhérées au programme et souhaitent toutes poursuivre une activité physique (voir tableau 9). Cette initiation a donné l'envie, pour certains, de s'inscrire à une activité en septembre (c'est le cas d'un Monsieur du SAMSAH Le Bilboquet, qui cherche à s'inscrire dans un club de tennis de table, ou d'une dame de la SATTHAV qui s'inscrit en septembre à une activité proposée par le Service Vacances et Loisirs de l'AAPEI EPANOU).

Tableau 9 : Auto-Evaluation – 3^{ème} partie – Questionnaires FALC

<i>Questions</i>	<i>Retour des 22 pratiquants</i>
1 Ressenti général dans l'activité.	21 personnes se sentent « bien » dans les activités. 1 personne ne se sent « pas bien ».
2 Motivation à venir aux séances.	13 personnes ont « tout le temps envie de venir ». 7 personnes ont « des fois oui, des fois non » envie de venir. 1 personne n'a « pas envie » de venir. 1 personne n'a pas donné de réponse.
3 Ressenti après les séances.	6 personnes se sentent « pleins d'énergie ». 7 personnes se sentent « détendues ». 7 personnes se sentent « un peu fatiguées ». 1 personne se sent « très fatiguée ». 1 personne n'a pas donné de réponse.
4 Progrès perçus sur l'endurance d'exercice.	11 personnes pensent qu'ils arrivent à faire un exercice plus longtemps sans s'arrêter. 9 personnes ne pensent pas qu'ils arrivent à faire un exercice plus longtemps sans s'arrêter. 1 personne ne sait pas. 1 personne n'a pas donné de réponse.
5 Progrès perçu sur l'équilibre sur un pied.	10 personnes pensent qu'ils arrivent plus facilement à tenir sur un pied. 6 personnes ne pensent pas qu'ils arrivent plus facilement à tenir sur un pied. 3 personnes ne savent pas. 3 personnes n'ont pas donné de réponse.
6 Volonté à continuer une activité.	22 personnes souhaitent continuer une activité physique Les deux sports les plus cités sont le basketball et le tir à l'arc. Puis, apparaissent en second plan : la danse, le football. Enfin, en troisième plan : la gym douce, la piscine.

Bilan des ateliers d'équilibre

Bilan de l'année 2018- 2019

- Retour des Personnes handicapées vieillissantes participant aux ateliers d'équilibre : (N = 11)

100% des personnes se sentent bien dans les ateliers et apprécient le groupe.

Sur les 11 personnes, 7 ont « tout le temps » envie de venir, 5 ont répondu « des fois oui, des fois non ». Les raisons données sont principalement dues à la fatigue.

100% apprécient rencontrer de nouvelles personnes : « *Les échanges relationnels sont agréables* » (Sandrine), « *Ils sont gentils avec moi* » (Patrick), même si parfois « *c'est difficile* » (Patricia).

9 personnes trouvent les exercices « parfois faciles et parfois difficiles », 1 personne les trouve « faciles », et 1 autre personne les trouve « difficiles ».

Quand on leur a demandé si ils avaient l'impression d'avoir progressé au niveau de l'équilibre et de la marche : 9 ont l'impression de marcher plus longtemps (contre 2 non), 6 ont l'impression de tenir plus longtemps sur un pied (contre 1 qui ne sait pas, et 4 qui disent que non).

Après l'atelier, 3 se sentent « pleins d'énergie », 5 « détendus », 2 « un peu fatigués », 1 « très fatigué ».

9 personnes souhaitent poursuivre une activité physique : « *J'aime apprendre de nouveaux exercices* » (Thérèse), « *ça m'occupe* » (Lionel). Une personne souhaite arrêter (pas de raison donnée) et une personne ne sait pas.

Sylvie (malentendante) : « *C'est vraiment super les ateliers, on s'amuse beaucoup, les exercices sont diversifiés et Nathalie est à l'écoute et fait en sorte que je comprenne les consignes. J'ai testé de nombreux cours de gym mais je ne me sentais pas à ma place et les animateurs ne faisaient pas attention pour parler face à moi par exemple. Je souhaite poursuivre une activité physique, pourquoi pas les post ateliers.* »

- Retour de Mr D. A. (responsable des activités physiques de l'association ECLAT) :

« *C'est la première année que nous emmenons des résidents à Preveessin, l'année passée ils étaient à l'atelier de Gex* ».

« Les personnes prennent plaisir à rencontrer des personnes hors association. Depuis quelques années l'association a pour objectif de pousser les personnes vers l'extérieur, d'aller faire des activités hors milieu qu'ils connaissent. En effet, une grande majorité vivent en foyer et se retrouvent donc avec les mêmes personnes dans la vie quotidienne, mais aussi lors des activités. Ce type de projet permet de dynamiser les personnes vers une insertion. C'est une réelle opportunité pour nos résidents. L'idée des post ateliers est intéressante et à approfondir. »

- **Retour de Mme B.** (responsable des appartements de soutien à la Balme) :

« C'est la deuxième années que nous participons aux ateliers. Pour cette année, c'est la mairie de La Balme qui a proposé une commission afin de financer la participation des 5 personnes. L'objectif est de poursuivre cette activité l'année prochaine. Les retours des ateliers sont très positifs, Eric est disponible et à l'écoute. »

6.2.2. Retour des animateurs des ateliers d'équilibre

- **Mr B. et Mme P., animateurs des ateliers de La Balme et de Preveessin respectivement :**

Les deux animateurs ont suivi des formations sur la prévention des chutes (PIED par la fédération sport pour tous, Cerise formation équilibre des séniors, « l'équilibre où en êtes vous ? » CARSAT FC-2018). Ils n'ont suivi aucune formation sur la prise en charge de personnes en situation de handicap. Leur expérience avec ce public est assez récente, elle est d'un an pour Nathalie et de deux ans pour Eric.

D'après le questionnaire, les deux animateurs ont répondu qu'ils étaient en difficulté dans la prise en charge du public handicapé « par moment » ou « rarement ». Les principales difficultés rapportées sont l'adaptation des exercices, la gestion du groupe tout en apportant une aide spécifique au PH et la notion de double tâche.

Les PHV sont très bien intégrés dans les groupes, la bienveillance à leur égard de la part des autres PA est incontournable. Du point de vue de l'insertion dans le groupe, les binômes de travail sont souvent mixtes (PHV et PA), l'entraide et les encouragements sont souvent, voire tout le temps présents. Enfin, avant chaque séance et même durant, il y a de nombreux échanges entre eux.

Ainsi, selon eux le nombre adapté de personnes handicapées qu'il faudrait accepter dans un groupe de 16 participants serait de 2 ou 3 (voir plus en fonction des cas particuliers, et si les personnes sont très autonomes comme à la Balme). Enfin, Eric et Nathalie se sentent capable d'intégrer de nouvelles personnes handicapées et pensent que la présence d'un éducateur est bénéfique pour les premières séances afin de faire connaissance et de créer le lien. Ils éprouvent la volonté d'échanger avec d'autres personnes sur leur expérience et, pourquoi pas, se former dans la prise en charge d'un public en situation de handicap.

- **Retour des animateurs des autres ateliers** : (N = 13)

13 animateurs sur 17 ont répondu au questionnaire :

- 12 ont été formés au public vieillissant : Module sénior, MASTER et LICENCE APAS, formation cerise.
- 10 ont été formés dans la prévention des chutes
- 7 ont été formés dans la prise en charge de personnes en situation de handicap : MASTER ou LICENCE APAS etc.

Du point de vue de leur expérience :

- 5 ont déjà eu une expérience avec un public présentant un handicap mental
- 3 ont déjà eu une expérience avec un public avec des besoins spécifiques (cancer, Alzheimer) mais pas avec un public avec un handicap mental
- 5 n'ont jamais eu d'expérience avec un public à besoin spécifique (or personnes âgées).

Sur les 8 personnes ayant déjà eu une expérience, 6 ont répondu qu'ils se sentaient en difficulté « par moment », 1 « pas du tout » et 1 « rarement ». Les deux domaines où ils ont rencontré le plus de difficultés sont les suivants : « gérer le groupe tout en apportant une aide spécifique au public particulier » et « faire comprendre les consignes ».

Sur 9 réponses reçues, 5 se sentent capable d'intégrer des PHV dans leurs séances, 2 difficilement, et 2 ne se sentent pas capables. La présence d'un éducateur est indispensable pour les premières séances pour 6 personnes, nécessaire pour 2 personnes et bénéfique pour 3 personnes.

Enfin quand on leur a demandé quel serait le nombre adapté de PHV qu'il faudrait accepter pour un groupe de 16 pratiquants :

- 5 ont répondu 1 PHV
- 2 ont répondu 1 ou 2 PHV
- 1 a répondu 2 ou 3 PHV
- 1 a répondu « aucun PHV »
- 4 n'ont pas d'avis

Pour finir, les 13 souhaiteraient échanger sur leurs expériences, et pourquoi pas, se former pour la prise en charge d'un public avec un handicap (sauf pour quatre animateurs qui sont déjà formés : LICENCE ou MASTER APAS).

Points forts et points faibles des ateliers d'équilibre

POINTS FORTS DE L'INSERTION :

Les ateliers d'équilibre sont un réel moyen d'intégration pour les personnes avec un handicap. Ils permettent aux personnes avec un handicap mental de se retrouver durant un temps avec de nouvelles personnes, hors de leur environnement habituel et des connaissances usuelles. Des liens se créent, le respect et la bienveillance sont les maîtres mots qui régissent les relations entre les personnes. L'atmosphère de travail est positive et propice aux échanges. Les PHV sont très satisfaites de pratiquer une activité physique avec d'autres personnes. La possibilité de participer à du Sport de droit commun est un objectif majeur pour les institutions en charge des personnes handicapées. De plus, suite aux ateliers d'équilibre, des solutions existent pour continuer cette activité et cet échange. En effet, certains animateurs proposent également des post ateliers ou encore des cours de gym pour séniors, qui peuvent eux aussi être ouverts à des personnes en situation de handicap.

POINTS FAIBLES :

Tout d'abord, le manque de formation des animateurs entraîne une méconnaissance du public et donc un manque de confiance en leurs capacités à intégrer des personnes avec un handicap mental. De plus, certains considèrent qu'il est déjà suffisamment difficile de gérer

l'hétérogénéité de certains groupes. Ainsi cette intégration ne sera possible que dans certains ateliers du territoire et selon des conditions bien précises. De plus, un autre point faible très présent est le manque d'investissement ou plutôt d'assiduité aux séances. Généralement ces ateliers sont perçus par les PHV et les éducateurs comme une activité parmi d'autres, or l'engagement doit être constant tout au long de l'année. Il est important de préciser que les ateliers d'équilibre sont une démarche de « sport santé » et non de « sport loisirs ». Ensuite, ces ateliers ne s'adressent pas à tous les niveaux de handicap, l'objectif est d'intégrer des personnes handicapées qui sauront s'adapter au cadre proposé par l'animateur, et dont le cadre proposé par l'animateur sera suffisant. Enfin, intégrer des PHV ne doit pas pénaliser le reste du groupe, ou ralentir la dynamique du groupe, c'est pourquoi un nombre limité sera posé. L'objectif est que chacun arrive à trouver sa place, et puisse en tirer des bénéfices.

CADRE PROPOSÉ

Nombre de personnes en situation de handicap mental limité :

Le nombre de 3 PHV est retenu.

Caractéristiques du public PHV :

Personnes autonomes dans les déplacements, capables de comprendre et d'appliquer des consignes données oralement de manière claire ou de reproduire les exercices par mimétismes. Personnes qui se sentent à l'aise et en sécurité dans un groupe de 16 participants.

Nécessite un engagement sur l'année :

Tenir l'engagement sur les 30 séances.

Sport santé : sensibiliser les professionnels du champ médico social, en particulier les éducateurs, du caractère « sport santé » des ateliers et non d'une activité occupationnelle parmi d'autres. Lors des inscriptions, présenter l'engagement nécessaire à la poursuite des ateliers tout au long de l'année, et de l'importance sur la santé => Education à l'activité physique. Le caractère assidu est une clé essentielle à la réussite.

Organiser une rencontre entre l'animateur de l'atelier, le personnel éducatif et la personne elle-même au début de l'année :

L'objectif est qu'il y ait un échange entre l'animateur et la personne afin que chacun énonce ses besoins. Le personnel éducatif est là pour faire le lien entre eux, et permet une prise de contact rassurante. Ainsi, il serait bénéfique que l'éducateur participe à la première séance, puis se retire progressivement, ou, si la situation l'exige, qu'il participe à l'ensemble des séances (en fonction des besoins de la PHV).

Pour une reconduite chaque année :

Il serait bénéfique de mettre en place un représentant dans la structure ou dans l'association qui ferait l'intermédiaire avec la plateforme d'équilibre. Ce qui permettrait de reconduire chaque année une collaboration même si les PHV ou l'animateur de l'atelier changent.

Les étapes pour s'inscrire :

- Prendre contact avec la plateforme
- Exposer les caractéristiques de la personne handicapée
- Prendre contact avec l'animateur de l'atelier
- Proposer un temps de rencontre avant la première séance
- Faire un essai

Conclusion :

Les cinq programmes d'Activités Physiques Adaptées ont eu un franc succès auprès des usagers, dont l'engagement a été très satisfaisant pour une bonne partie d'entre eux. Le premier objectif de faire adhérer les personnes aux programmes d'Activités Physiques Adaptées et Santé a été atteint. En effet, c'est à partir du moment où les personnes s'engageront pleinement dans l'activité, et qu'ils percevront l'importance d'une pratique physique pour leur santé, que des améliorations des capacités physiques seront observées. La question du sens de l'effort prend tout son sens ici. La motivation est un élément indispensable pour maintenir une pratique sur le long terme.

De plus, les programmes interinstitutionnels ont révélé de nombreux bénéfices pour les personnes. Ceux participant à ces groupes ont apprécié rencontrer de nouvelles personnes.

Enfin, les ateliers d'équilibre permettent d'ouvrir le champ du droit commun aux personnes en situation de handicap notamment au travers d'une approche de sport santé. Certaines

conditions doivent être remplies afin que l'insertion soit bénéfique pour tous les acteurs du projet. Le cadre proposé sera à adapter en fonction de chacune des situations, il permet juste d'uniformiser l'idée générale.

Annexes

Annexe 1



Protocole du test d'évaluation de l'adresse

Test de lancé

(Extrait du protocole de test Dejean)

★ Objectifs :

Mesurer les capacités d'adresse et de coordination de la personne.

★ Matériel :

Objets lestés, balles de tennis, cerceau de 80 cm de diamètre.

★ Tache à réaliser :

Lancer 10 objets (balles, poids...) dans un cerceau de 80 cm de diamètre à une distance définie au préalable. Distance proposée : 3 mètres.

Lors du premier test, retenir une distance pour laquelle le sujet réussit entre 1 et 5 lancers afin de pouvoir mesurer les progrès éventuels qu'ils soient en termes de distance ou de nombre de lancers réussis.

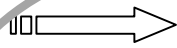
★ Consignes

1. Lancer 10 balles de tennis dans un cerceau placé verticalement. Le centre du cerceau doit être environ placé à la hauteur des épaules de la personne testées.
2. Lancer 10 balles de tennis dans un cerceau placé au sol.

Lors de l'évaluation, noter la distance définie pour chacune des personnes jusqu'à la cible, la position du cerceau (test 1 ou 2) et le nombre de lancers réussis.

Attention, il se peut que la distance soit différente entre le test 1 et le test 2. Il est donc important de bien la noter pour chacun des tests réalisés.

Annexe 2



Protocole du test d'évaluation de la souplesse

Chair Sit and Reach Test (Extrait du Senior Fitness Test Protocol)

★ **Objectifs :**

Mesurer la souplesse des membres inférieurs.

★ **Matériel**

Caisse standardisée (ou non) et/ou mètre (ruban ou non), chaise.

★ **Évaluation**

L'examineur doit mesurer la distance (positive ou négative) entre le bout des doigts (majeur) et des orteils (gros orteil)

★ **Consignes :**

- S'asseoir sur le bord d'une chaise placée contre un mur (sécurité)
- Une jambe est fléchie (pied à plat sur le sol), l'autre est tendue, talon au sol, cheville à 90° (côté dominant)
- Placer une main sur la jambe fléchie
- Inspirer et, en expirant, aller chercher ses orteils avec l'autre main en pliant au niveau de la hanche
- Garder le dos droit et la tête levée
- Eviter les à-coups et ne forcez pas jusqu'à atteindre une douleur aigue
- Garder le genou étendu et maintenir la position pendant 2 secondes

Fiche d'évaluation

Jambe Droite

Jambe Gauche

Distance obtenue
(cm)

Annexe 3



Test d'évaluation de la mobilité

Timed up and go Test

(Extrait du rapport de la Direction de l'évaluation médicale, économique et santé publique - Service évaluation économique et santé publique / HAS)

★ **Objectifs :** Evaluer les capacités de mobilité de la personne

★ **Matériel :**

Une chaise avec appui-bras : hauteur de siège 46 cm (standard) ; Un chronomètre ; Un parcours d'une longueur de 3 mètres ; Un cône au niveau de la ligne où le sujet doit tourner

★ **Tache à réaliser :**

- Le sujet réalise un essai de pratique qui est chronométré et noté

La position de départ est la suivante : le sujet est assis, le dos appuyé contre le dossier de la chaise, les membres supérieurs reposent sur les appui-bras et l'accessoire de marche est à la portée de la main. La ligne de départ du 3 mètres se situe au milieu du pied du côté sain. Idéalement, le dossier de la chaise doit être appuyé contre un mur pour augmenter la stabilité de la chaise.

★ **Consignes :**

« Après le décompte «1, 2, 3, go», levez- vous puis marchez à une vitesse confortable et sécuritaire jusqu'à la ligne sur le plancher (toucher à la ligne), tournez puis revenez vous assoir le dos appuyé sur le dossier de la chaise. »

- Faire une démonstration au sujet.

Lors de l'évaluation : Toujours suivre de près le sujet lors de l'exécution du parcours.

- Chronométriser les essais (pratique incluse) et les noter tous. Si jamais le temps retenu est celui de la pratique, il faut l'indiquer (exemple : si le sujet est trop fatigué pour refaire le test).
- Si le sujet contourne la ligne placée à 3 mètres au lieu d'aller seulement y toucher lors du coup de pratique, alors répétez la consigne. S'il fait la même chose au 2e essai, on comptabilise quand même l'essai (ne pas refaire le test) et on note la stratégie utilisée par le sujet. On note également les arrêts, hésitations, déséquilibres, etc.
- L'évaluateur part le chronomètre lorsque le dos du sujet décolle de la chaise et l'arrête lorsque la personne a le dos appuyé contre le dossier de la chaise.

Fiche d'évaluation

Aide à la marche utilisée :

Temps obtenu	Remarques

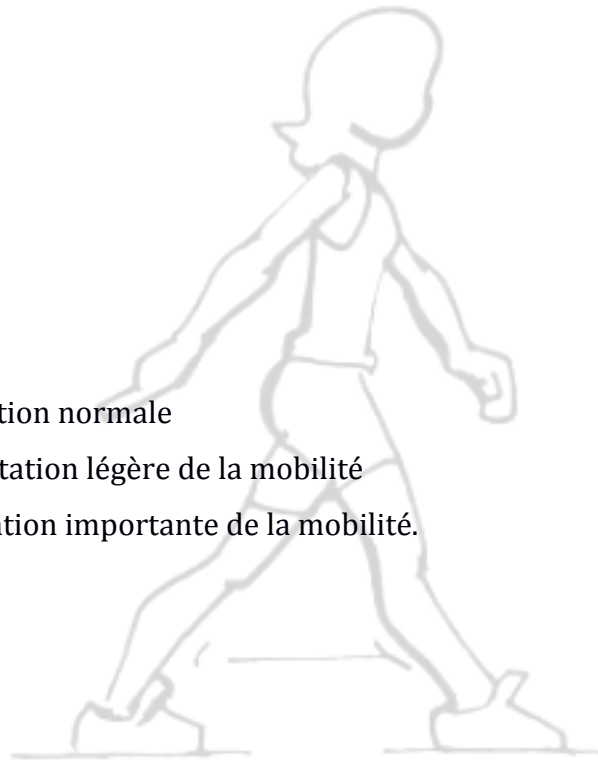
Interprétation :

Normes :

<14 secondes : Limitation normale

20-30 secondes : Limitation légère de la mobilité

> 30 secondes : Limitation importante de la mobilité.



Annexe 4



Protocole du Test d'évaluation de l'endurance ***Test de 6 minutes marche***

✦ **Objectifs du test :**

Evaluer les capacités cardio-fonctionnelles d'une personne lors d'un exercice (tolérance à l'effort).

✦ **Matériel :**

Un couloir plat de 30 à 50 mètres étalonné tous les 3 ou 5 mètres ; un chronomètre ; 2 cônes ; une chaise mobilisable dans le couloir ; Un oxymètre de pouls ; un tensiomètre.

✦ **Tache à réaliser :**

Parcourir la plus grande distance possible en marchant pendant 6 minutes en réalisant des allers-retours dans le couloir matérialisé.

Avant de réaliser le test, l'évaluateur doit mesurer la tension artérielle, la saturation en oxygène, la fréquence cardiaque et demander le niveau de dyspnée de la personne restée assise au moins 10 minutes avant la prise des mesures.

✦ **Consignes :**

« Le but de ce test est de marcher le plus possible pendant 6 minutes. Vous marcherez aller et retour dans ce couloir. Marcher six minutes est un temps long et donc vous devez faire un effort. Vous allez sûrement ressentir de l'essoufflement ou de la fatigue. Vous pouvez donc ralentir, vous arrêter et vous reposer si nécessaire, mais reprenez la marche dès que vous en êtes capable. Vous parcourrez le couloir en réalisant des allers et retours, en tournant autour des cônes et en continuant dans l'autre sens. Maintenant, je vais vous montrer. S'il vous plaît, regardez la façon dont je fais un demi-tour sans hésiter. »

Lors de l'évaluation, l'évaluateur marche derrière la personne et note la distance parcourue au fur et à mesure, la fréquence cardiaque et la saturation en oxygène à chacune des minutes durant le test. Il note éventuellement le nombre d'arrêts et leurs durées. Lors de la 6^{ème} minute, il demande également le niveau de dyspnée de la personne.

A la suite du test, la personne se rassoit et l'évaluateur prends de nouveau les valeurs des constantes prises initialement.

Fiche d'évaluation

Test de Marche de 6 minutes

Date:	Evalueur :		
NOM	Taille		
Prénom:	Poids		
Age:	Sexe:		
Oxygène :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Débit :
Aides à la marche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détails :

	Repos	1 min	2 min	3 min	4 min	5 min	6 min	Récup 1'	Récup 3'
FC									
Dyspnée (Borg)									
T.A									
Saturation en O2									

Epreuve menée à son terme:	oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Raisons:
Nombre d'arrêts:	Raisons:		

Distance totale Parcourue:
Distance théorique:

Annexe 5



Protocole du test d'évaluation de l'équilibre ***Test de Tinetti***

(Extrait du Centre de Gériatologie du Centre Auvergne)

★ **Objectifs :**

Evaluer le risque de chute d'une personne.

★ **Matériel :**

Une chaise sans accoudoir, un couloir de 3m matérialisé (plots, rubalise).

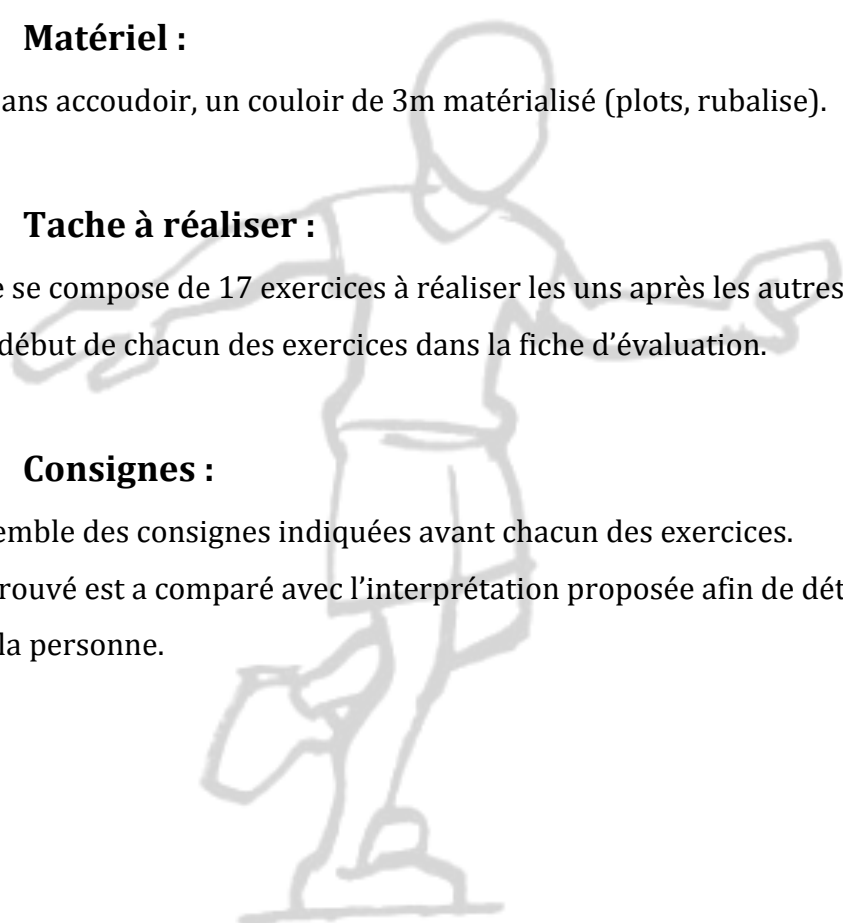
★ **Tache à réaliser :**

Le protocole se compose de 17 exercices à réaliser les uns après les autres. Les consignes sont données au début de chacun des exercices dans la fiche d'évaluation.

★ **Consignes :**

Suivre l'ensemble des consignes indiquées avant chacun des exercices.

Le résultat trouvé est a comparé avec l'interprétation proposée afin de déterminer le risque de chute de la personne.



Fiche d'évaluation

<p>Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :</p> <p>1. Equilibre assis sur la chaise <input type="checkbox"/></p> <p>0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable</p>
<p>On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :</p> <p>1. Se lever <input type="checkbox"/></p> <p>0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras</p>
<p>2. Tentative de se lever <input type="checkbox"/></p> <p>0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai</p>
<p>3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique</p>
<p>Test de provocation de l'équilibre en position debout :</p> <p>4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints <input type="checkbox"/></p> <p>0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable</p>
<p>6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) <input type="checkbox"/></p> <p>0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable</p>
<p>7. Yeux fermés <input type="checkbox"/></p> <p>0 = instable 1 = stable</p>
<p>Le patient doit se retourner de 360° :</p> <p>8. Pivote ment de 360° <input type="checkbox"/></p> <p>0 = pas discontinus 1 = pas continus</p>
<p>9. Pivote ment de 360° <input type="checkbox"/></p> <p>0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable</p>

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (canne ou déambulateur) :	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ) 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	<input type="checkbox"/>
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	<input type="checkbox"/>
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	<input type="checkbox"/>
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	<input type="checkbox"/>
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	<input type="checkbox"/>
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	<input type="checkbox"/>
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	<input type="checkbox"/>
Le patient doit s'asseoir sur la chaise : 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	<input type="checkbox"/>
SCORE MAXIMUM = 28 points	

Interprétation :

Total inférieur à 20 points	: risque de chute très élevé
Total entre 20-23 points	: risque de chute élevé
Total entre 24-27 points	: risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres
Total à 28 points	: normal

Annexe 6

➡ **Protocole du test d'évaluation de l'effort perçu** ***Échelle de Borg***

(Extrait de l'article de Borg : Perceived exertion as an indicator of somatic stress, 1970)

★ **Objectifs** : Déterminer l'effort perçu pendant l'exercice ou la séance réalisée.

★ **Matériel** : Echelle d'évaluation en format numérique ou papier.

★ **Tache à réaliser** : Se positionner sur la grille d'évaluation en fonction de l'effort ressenti et perçu pendant l'effort.

★ **Consignes** :

« Nous voulons que vous estimiez le degré d'effort ressenti lors de l'exercice en vous demandant comment vous percevez l'exercice effectué. L'évaluation de l'effort se fait sur toutes les sensations que vous avez pu ressentir pendant l'effort. Vous allez nous dire comment vous percevez l'effort effectué en répondant à l'aide d'un nombre. Vous devez choisir un nombre dans l'échelle de 0 à 10 (10 étant l'effort maximal : je m'arrête et 0 le minimum : aucun effort).

Comment percevez-vous l'effort effectué ? , Vous avez le droit de vous aider des images pour répondre. Montrez nous sur l'échelle où vous vous situeriez».

Fiche d'évaluation

	0. Aucun effort	Je dors
	1. Très très facile	Je regarde la TV en mangeant des chips
	2. Très facile	Je suis bien et je peux maintenir ce rythme toute la journée
	3. Facile	Je suis toujours bien mais je respire un peu plus difficilement
	4. Effort modéré	Je transpire un peu mais je me sens bien et je peux tenir une conversation sans problème
	5. Moyen	Légèrement fatiguant, je transpire un peu plus mais je peux toujours parler facilement
	6. Un peu difficile	Je peux toujours parler mais je suis un peu essoufflé et j'ai du mal à finir mes phrases. Je transpire vraiment.
	7. Difficile	Je peux toujours parler mais je n'en ai pas envie et je transpire abondamment.
	8. Très difficile	Je peux grogner pour répondre aux questions et je ne peux tenir ce rythme que pour une courte période
	9. Très très difficile	Je vais probablement tomber d'épuisement bientôt !
	10. Maximal	Je suis tombé !!!



Annexe 7

Préparation de séance

Séance N°

Date

Durée

Objectif général:

Situations/Exercices proposés - Objectifs ; Critères de réussite ; C de variation (+/-)

Matériel :

Bilan de séance

Bilan de séance général (commentaires sur la séance, ce qui a fonctionné ou non; éléments à améliorer...)

NOM	OBSERVATIONS (social : comportement, relation à l'autre... psychologique : motivation, confiance en soi, émotions... ; cognitif : concentration, mémoire, compréhension... ; physique/moteur : motricité, locomotion, endurance...)

Annexe 8

Association

FICHE ACTION

N° ... et titre de la fiche action						
Action à réaliser						
Contexte	Présentation de la situation actuelle, des problématiques éventuelles et des causes (lien avec l'évaluation externe)					
Finalité(s)	Description de l'objectif par l'action					
Lieu de l'action						
Référent						
Equipe mobilisée						
Modalités de réalisation de l'action	Calendrier	N	N+1	N+2	N+3	N+4
	Sous-action					
Moyens	(Financiers, matériels, humains...)					
Indicateurs de suivi						
Indicateurs de résultat	(Suppose la définition préalable de résultats, car ils en mesurent l'atteinte). Peu nombreux mais pertinents et mesurables					

