



**HAL**  
open science

# Le sport-santé pour les populations vulnérables en situation de handicap mental ou psychique : le cas des déserts sportifs dans les Hauts-de-France

Caby Isabelle, Williams Nuytens

## ► To cite this version:

Caby Isabelle, Williams Nuytens. Le sport-santé pour les populations vulnérables en situation de handicap mental ou psychique : le cas des déserts sportifs dans les Hauts-de-France. 2023. hal-04281397

**HAL Id: hal-04281397**

**<https://univ-artois.hal.science/hal-04281397v1>**

Preprint submitted on 12 Nov 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Le sport-santé pour les populations vulnérables en situation de  
handicap mental ou psychique :  
le cas des déserts sportifs dans les Hauts-de-France**

**Isabelle Caby, Williams Nuytens**  
Atelier Sherpas – URePSSS (EA 7369), Université d'Artois.

---

**Sport-health for vulnerable populations with mental or psychological  
disabilities:  
the case of sports deserts in the Hauts-de-France**

**Isabelle Caby, Williams Nuytens**  
Atelier Sherpas – URePSSS (EA 7369), Université d'Artois

Article soumis le : ...

Coordonnées

Adresse postale : Chemin du Marquage, 62800 Liévin (France)

Adresse électronique :

N° de téléphone :

Note d'auteur :

Adresse de correspondance : [isabelle.caby@univ-artois.fr](mailto:isabelle.caby@univ-artois.fr)

# **Le sport-santé et les personnes présentant des troubles mentaux ou psychiques : inaccessibilité, invisibilité et déserts sportifs à l'échelle d'une région.**

**Isabelle Caby, Williams Nuytens**

Atelier Sherpas – URePSSS (EA 7369), Université d'Artois.

## **Résumé**

Cet article repose sur une recherche collaborative entre la Ligue de Sport Adapté des Hauts-de-France, l'Agence Régionale de Santé et le laboratoire Sherpas (université d'Artois, URePSSS). Inscrit dans une dynamique de recherche action, notre travail consistait : à identifier l'offre régionale de sport-santé à destination des personnes présentant des troubles mentaux ou psychiques, à sélectionner des institutions pour y développer une intervention de type pluridisciplinaire en Activité Physique Adaptée, à en évaluer les effets (physiologiques, psychologiques, sociaux). Nous présentons ici des résultats issus de ces trois phases. Ils renvoient à des formes d'inaccessibilité et d'invisibilité, mais portent l'espérance de changements possibles en matière de lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique. Cette étude, issue d'une collaboration entre le laboratoire Sherpas et la Ligue de Sport Adapté des Hauts-de-France (LSAHF), financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), expose les résultats d'une dynamique issue d'une recherche-action en sport-santé, intégrée à l'échelle régionale. Celle-ci s'est déroulée en plusieurs étapes. La première, a été d'établir un diagnostic permettant de déceler des zones de « déserts sportifs ». Ces territoires carencés sont caractérisés par une offre sportive institutionnelle et associative, suivant plusieurs critères, ne répondant pas favorablement aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux ou psychiques. Suite à l'identification par cartographie de certaines zones et établissements, et d'un

-----  
commun accord avec l'ARS, six établissements accueillant un public jeune handicapé mental ou psychique ont été sélectionnés et contactés afin de mettre en place une démarche interventionnelle pluridisciplinaire d'un programme « sport-santé » sur une période de trois mois au sein de leur structure. L'objectif ici, à court terme, a été d'évaluer l'impact bio-psycho-social d'un programme d'activité physique adaptée sur un public vulnérable et, à plus long terme, de réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive tout en diminuant les inégalités sociales de santé.

**Mots-clés :** sport-santé, handicap mental, handicap physique, activité physique adaptée

## Health sports and people with mental or psychic disorders: inaccessibility, invisibility and sports deserts on a regional scale

Isabelle Caby, Williams Nuytens

Atelier Sherpas – URePSSS (EA 7369), Université d'Artois

### Abstract

This article is based on collaborative research between the Ligue de Sport Adapté des Hauts-de-France, the Agence Régionale de Santé and the Sherpas laboratory (University of Artois, URePSSS). As part of an action research dynamic, our work consisted of: identifying the regional health-sports offer for people with mental or psychic disorders, selecting institutions to develop a multidisciplinary intervention in Adapted Physical Activities, and evaluating the effects (physiological, psychological, social). We present here the results of these three phases. They refer to forms of inaccessibility and invisibility, but carry the hope of possible changes in the fight against sedentariness.

This study, result of a collaboration between the Sherpas laboratory and the Ligue de Sport Adapté des Hauts-de-France (LSAHF), financed by the Agence Régionale de Santé (ARS), presents the results of an action-research project in sport and health integrated on a regional scale. This research was carried out in several stages. The first step was to establish a diagnosis to identify areas of "sports deserts". These territories are characterized by an institutional and associative sports offer, according to several criteria, which does not meet the needs of people with mental and/or psychic disabilities. Following the identification by mapping of certain areas and establishments, and by mutual agreement with the ARS, six establishments welcoming a young public with mental and/or psychic disabilities were selected and contacted in order to set up an interventional approach of a single or double program over a period of three months within their structure. The short-term objective here was to show the impact of a physical activity program on a vulnerable public and, in the longer term, to reduce inequalities in access to sport and thus to reduce social inequalities in health.

**Keywords** : sport-health, mental disability, psychic disability, adapted physical activity

## Introduction

Si la loi française pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées de février 2005 a considérablement fait bouger les lignes en termes d'accessibilité du public handicapé dans les milieux scolaires et sportifs, les personnes présentant des troubles psychiques et mentaux restent encore très éloignées des pratiques physiques et sportives. Méconnaissance des acteurs institutionnels, associatifs et /ou sportifs, ressources financières, humaines ou matérielles insuffisantes, les raisons et barrières sont multiples et les solutions sont parfois complexes à trouver alors que « les politiques publiques » sont là pour nous rappeler l'importance d'assurer une activité physique (AP) et ou sportive quotidienne pour la/sa santé (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2010, 2021) et promouvoir des modes de vie physique active et modes de vie saine (Fassin et Memmi, 2004 ; Honta et al., 2018).

Dans la continuité du Plan National Sport Santé Bien-être (PNSSBE) et sa déclinaison régionale, des différents Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS), la stratégie nationale sport santé 2019-2022 vient s'intéresser tout particulièrement à la lutte contre la sédentarité<sup>1</sup> et l'inactivité physique<sup>2</sup>, reconnues comme des facteurs de risque majeurs de mortalité et responsables de pathologies cardio-vasculaires, respiratoires et métaboliques. Véritable pandémie, l'inactivité physique ne cesse de progresser dans le monde (WHO, 2018), en Europe (Heath et al., 2012) et en France (2018). Selon les données récentes de l'eurobaromètre en 2018, le taux de non pratique d'activité sportive est passé de 42 % en 2014 à 46 % de 2017 à 2018<sup>3</sup>, soit 4 points de plus.

---

<sup>1</sup> Sédentarité : Dépense physique en situation d'éveil inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée ; position assise en dehors du sommeil de plus de 7h par jour.

<sup>2</sup> L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur à un seuil d'AP recommandé. Dans le présent avis, les seuils retenus pour définir l'inactivité sont ceux définis par l'OMS (2010) soit 30 minutes d'AP d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 min/j pour les enfants et adolescents. (Barthelemy et al., 2016)

<sup>3</sup> La question correspondante est : « à quelle fréquence avez-vous une pratique sportive ? », avec les réponses possibles suivantes : « 5 fois par semaine ou plus » ; « 3 à 4 fois par semaine » ; « 1 à 2 fois par semaine » ; « 1 à 3 fois par mois » ; « moins souvent » ; « jamais » ; « ne sait pas » (France Stratégie, 2018).

Aussi, interroger les liens Sport-Santé, le sport par, pour, avec la santé, et inversement, c'est d'abord comprendre une volonté commune, celle de l'Agence Nationale des Sports d'un côté et celle du ministère de la santé de l'autre, de vouloir agir conjointement pour un meilleur état de santé et un meilleur niveau d'activité physique de l'ensemble de la population (Charles et al., 2019; Boiche et al., 2019), de tous en général et des plus vulnérables en particulier. Les fédérations sportives se sont (re) structurées autour de cet enjeu de santé, devenu central. 50 fédérations sont engagées dans le sport santé à travers des commissions ou des comités ; certaines sont intégrées au Médico-Sport Santé (Marqueste et Therme, 2019). L'enjeu est certes sanitaire, mais il est aussi économique en plus d'être sportif. Rappelons les 17 millions de licences contre les 35 millions de pratiquants « hors cadre » poursuivant tous un objectif prioritaire de santé (Croutte et Müller, 2018). L'innovation sociale fédérale semble aller dans le sens d'une offre partagée, repensée et centrée davantage sur l'utilité sociale. Dans cette dynamique, la Fédération Française de Sport Adapté (FFSA) et, plus particulièrement ici, la Ligue des Hauts-de-France (LSAHF), a mené un projet "Sport-Santé<sup>4</sup>" pour et avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) tout en y intégrant une démarche scientifique dans le but de promouvoir l'activité physique et sportive des personnes porteuses de handicap mental et/ou psychique.

Il s'agit d'identifier dans la région des Hauts-de-France (HDF) et ses 5 départements (Nord, Pas-de-Calais, Oise, Somme, Aisne) les zones de « déserts sportifs », là où normalement l'offre devrait/pourrait exister pour un public en situation de handicap mental et psychique institutionnalisé. L'objectif suivant ce diagnostic régional étant de pouvoir y remédier par la suite en développant une offre sport-santé contextualisée, adaptée, intégrée.

Par quels moyens, allons-nous pouvoir mettre en place le sport-santé afin de pallier à une inégalité de pratique physique et permettre un impact positif sur la santé du pratiquant en

---

<sup>4</sup> Sport dont les conditions de pratique sont aptes à maintenir ou améliorer l'état de santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Le sport santé fait appel à des professionnels de l'activité physique adaptée ou à des éducateurs sportifs formés, selon les niveaux de vulnérabilités des publics déterminant ou non des besoins spécifiques (HAS, 2018).

situation de handicap mental et/ou psychique institutionnalisé ? La présence d'équipements sportifs *in situ* serait-elle déterminante quant à l'existence d'une offre en activité physique et sportive adaptée ? L'accès à la pratique physique et sportive des personnes handicapées mentales ou psychique dépendrait-il du niveau de handicap ou de déficience ? Enfin les territoires plus ruraux seraient-ils moins développés, moins pourvus en termes d'offre sportive ?

Les réponses à ces questions sont centrales pour déterminer un plan d'actions adaptées dont l'objectif reste d'améliorer les conditions sociales d'existence de sujets vulnérables. Aussi ces réponses ont guidé un travail d'enquêtes de type exploratoire dont nous rendons compte ici. Nous commencerons par présenter un état sanitaire et social d'une région dont l'histoire économique et sociale a notablement impacté les conditions de vie de centaines de milliers de sujets ainsi que leurs niveaux de sédentarité. Nous préciserons ensuite notre méthodologie quant au diagnostic et examinerons la place différenciée des activités physiques et sportives sur le territoire et les lieux institutionnels enquêtés. Enfin, nous exposerons la méthodologie mise en place pour instaurer un programme sport-santé dans les établissements ciblés et nous détaillerons les résultats obtenus.

### **D'une situation régionale sanitaire et sociale vulnérable ...**

Avec ses 6 millions d'habitants (INSEE, 2014), la région des Hauts-de-France est la troisième région la plus peuplée de France. La part nationale du public en situation de handicap mental et/ou psychique représente 1% de la population, soit environ 60 000 personnes. Outre le fait que la part des moins de 24 ans soit supérieure aux autres régions françaises, à partir de 60 ans la tendance s'inverse. Cette inversion peut être causée notamment par un taux de mortalité plus précoce dans notre région. En 2018, le diagnostic territorialisé de santé affichait la région Hauts-de-France comme la région la plus déficitaire en ce qui concerne l'état de santé. Le taux de mortalité y est le plus élevé de l'hexagone, supérieur de 20 points par rapport aux valeurs nationales, tant chez les hommes que chez les femmes (néanmoins, cette surmortalité se constate essentiellement dans les unités urbaines de 100

000 habitants et plus faiblement dans les zones rurales). La région présente également des niveaux sociodémographique et socioéconomique marqués par un faible niveau d'éducation, un taux de chômage élevé, de l'emploi précaire, le recours conséquent aux aides et allocations sociales, médicales etc.

Certains facteurs et caractéristiques, tels que la ruralité et la vulnérabilité, fortes et propres aux Hauts-de-France, peuvent venir impacter cette population. Nous entendons par ruralité « *l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multi polarisées)* » (INSEE, 2016). La vulnérabilité, quant à elle, concerne la fragilité de l'existence humaine. Quelle soit physique, sociale, environnementale ou économique, elle correspond à une menace de l'autonomie de la personne et de son intégrité physique ou psychique. En d'autres termes, la vulnérabilité fait référence à la « potentialité à être blessé » (Soulet, 2005). Celle-ci vécue par nature par les personnes ayant des troubles mentaux ou psychiques peut aussi l'être par leurs proches et influencer leur prise en charge. C'est bien dans le rapport à autrui que la personne, handicapée ou non, a la perception d'elle-même ou du monde qui l'entoure (Compte, 2015). Reprenant les propos de Boris Cyrulnik, Roy Compte ajoute à cela un aspect essentiel : la relation parents-enfants. Celle-ci aura inévitablement une résonance pour l'avenir de l'enfant handicapé. Si la famille joue un rôle essentiel, l'environnement dans lequel évoluent les personnes handicapées tient une place considérable et déterminante. Et tous ne sont pas égaux, l'accès à la pratique physique et sportive restant très incertain.

En effet, même si 46,7% de la population habitent dans des villes de plus de 100 000 habitants, plus de la moitié d'entre eux ont choisi des espaces plus petits et ruraux. La région Hauts-de-France est très rurale. Cette « France Périphérique » est peuplée, entre autre, avec « ceux qui restent » dans les campagnes en déclin (Coquard, 2019). A l'inverse de Coquard dans son exemple, les zones rurales ne peuvent s'appuyer sur des fortes pratiques sportives touristiques, comme le surf notamment, servant de points d'appui au développement d'autres pratiques dans ces villes côtières. A cela s'ajoute une sous dotation en professionnels de santé (Brusadelli et al., 2018) et une absence de services de proximité dans les villes et villages de

moins de 10 000 habitants qui se fait ressentir provoquant une inégalité sur le territoire. Ces disparités laissent imaginer une fragilité sociale et sanitaire d'autant plus forte pour les individus âgés de plus de 60 ans. Les bassins miniers du Nord et du Pas-de-Calais, zones sinistrées, sont particulièrement touchés par des problèmes de santé dûs à leurs antécédents mais aussi à la post-industrialisation avec un taux de chômage se situant bien au-delà du taux national en 2018 (11,3% contre 8,8% en France hexagonale) (DIRECCTE, 2019).

En ce sens, la ruralité met en évidence des formes de vulnérabilités à travers l'inégalité d'accès à la pratique sportive, aux services sanitaires et sociaux, s'exprimant par une sédentarité et une inactivité physique importantes et un état de santé déficitaire et précaire.

### **... À un rapport inégal et insuffisant à l'activité physique et sportive.**

L'inactivité physique et la sédentarité prédominant dans les Hauts-de-France engendrent, entre autres, surpoids et obésité. Chez les 18 – 75 ans, le taux de surpoids est très élevé et touche plus d'un homme sur deux. Cette surcharge pondérale peut apparaître au regard de l'âge et de la classe socio-professionnelle tandis que la prévalence de l'obésité peut être triplée pour les personnes handicapées mentales institutionnalisées (Mikulovic et al., 2011). Les inégalités sociales ou encore de genre, de territoire, d'éducation, de vie physique peuvent augmenter ces différences interindividuelles. Certains milieux sociaux vivant dans la précarité, et exerçant pour certains un travail physique dû à leur appartenance à la classe ouvrière, ont un plus faible recours aux activités physiques et sportives (APS) (France Stratégies, 2018). Cette précarité expliquerait une pratique de loisirs moindre dans les Hauts-de-France que sur l'ensemble du territoire français ce qui est paradoxal quand on sait que « l'activité physique a un rôle à jouer dans la réduction des inégalités (...). C'est un déterminant de santé transversal à de nombreuses politiques » (Vuillemin, 2019).

Concernant le handicap mental et psychique, le rapport à l'activité physique des personnes atteintes dépend de l'offre proposée. La Fédération Française de Sport Adapté (FFSA), a reçu la délégation du ministère des sports afin d'organiser l'offre sportive pour le public handicapé mental/psychique et leur permettre d'accéder à la pratique sportive. Un nombre croissant, mais

toujours insuffisant, d'établissements et de services médico-sociaux (ESMS) inscrivent aujourd'hui la pratique physique et/ou sportive dans leurs projets d'établissement, voire dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. À cela s'ajoute une production scientifique et pédagogique de plus en plus importante. Pour ne prendre qu'un exemple sur les adolescents handicapés mentaux âgés de 16 à 18 ans, seuls 8% respecteraient les recommandations de l'OMS en termes d'activité physique (Compte et al., 2012).

Dans ce contexte et poursuivant une finalité sport-santé auprès de l'ARS, un travail de recherche-action a été mené au sein de la ligue de Sport Adapté des Hauts-de-France. Celui-ci avait pour but d'identifier la répartition de l'offre sportive destinée aux personnes présentant des troubles mentaux ou psychiques dans la région, d'identifier et comprendre les freins expliquant l'absence d'offre dans les ESMS, et d'essayer d'y remédier dans les établissements repérés grâce au programme « bouger avec le sport adapté ».

## **Méthodologie pour l'identification des déserts sportifs**

À partir d'une approche pluridisciplinaire liant physiologie et sociologie, nous avons cherché à déceler, dans la région des Hauts-de-France, les zones « carencées » et plus précisément les zones de « déserts sportifs » pour un public institutionnalisé présentant des troubles psychiques et ou mentaux et à en comprendre les causes. Les secteurs « carencés », ont été identifiés à partir de trois outils complémentaires : questionnaires, entretiens semi-directifs et cartographies.

### **La diffusion des questionnaires**

Deux questionnaires différents ont été envoyés par mail (via *Sphinx Déclic*). Le premier, aux 490 associations sportives, accueillant ou pouvant potentiellement accueillir des personnes handicapées mentales et/ou psychiques recensées dans les Hauts-de-France. Le second, aux 513 ESMS de la région prenant en charge ce public. Ils nous ont permis de comprendre comment, à qui, par qui l'offre est proposée ou pourquoi elle ne l'est pas.

### ***L'envoi aux associations sportives***

À partir des outils *handiguide* et de la liste des clubs affiliés de la Ligue de Sport Adapté des Hauts de France (LSAHF), 490 associations sportives accueillant des personnes en situation de handicap mental et ou psychique ont été recensées parmi lesquelles 92 sont affiliées à la LSAHF. Les questionnaires ont été envoyés, via *mailing*, le 15 mars 2019 et l'enquête s'est terminée le 15 avril 2019. Les relances par mails ont été faites le mardi de chaque semaine et nous ont permis d'obtenir 161 réponses, soit un taux de réponse de 33 %.

### ***L'envoi aux Etablissements et Services Médico-Sociaux***

Parmi l'ensemble des ESMS, nous avons ciblé les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), les Entreprises Adaptées (EA), les Instituts Médico-Educatif (IME), les Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques (ITEP), les Foyers de vie, les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS), les Instituts d'Éducation Motrice (IEM), les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD). Le guide *Néret*, édition 2018-2019, le site *via trajectoire* ainsi qu'une liste provenant de l'ARS ont permis la création d'une nouvelle base de données. Un travail conséquent de mise à jour a été réalisé grâce aux relances téléphoniques. Comme pour les associations sportives, la diffusion et la récolte des données se sont déroulées pendant un mois, soit du 29 mars 2019 au 29 avril 2019. Le questionnaire a été envoyé à 513 ESMS et s'adressait aux éducateurs spécialisés, aux éducateurs sportifs/professionnels en activité physique adaptée (APA), aux chefs de service ou aux directeurs d'établissements. Nous avons collecté, au total, 118 réponses soit un taux de réponse de 23%.

### **Les entretiens semi-directifs**

Les cinq entretiens semi-directifs des présidents ou salariés de Comité Départemental du Sport Adapté (CDSA) avaient pour principal objectif de renseigner leur organisation ainsi que leur offre sportive. Les mêmes questions étaient posées aux cinq comités départementaux du

sport adapté (Aisne, Somme, Oise, Nord, Pas-de-Calais) pour comparer les départements et orienter le débat. Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 2 heures.

### **La cartographie**

La cartographie, effectuée grâce au logiciel *Mapbox*, permet d'avoir un visuel des ESMS et clubs de la région contactés ainsi que les spécificités géographiques de chaque département. Les différentes cartes ont permis d'avoir un meilleur aperçu et de déceler les zones de « déserts sportifs » en fonction des réponses aux questionnaires. Suite à un dépouillement automatique effectué par le logiciel et à plusieurs traitements de données, nous avons pu positionner/supprimer/différencier les établissements, les associations sportives entre eux et cibler certains territoires.

### **Résultats du diagnostic**

#### **Une répartition (associations sportives / ESMS) régionale déséquilibrée**

Les différentes enquêtes citées précédemment nous ont permis d'établir quatre cartographies. La première (figure 1) illustre l'ensemble des ESMS (n = 513) et associations sportives (n= 490) que nous avons contactés. Elle permet d'identifier une inégale distribution sur le territoire des Hauts-de-France, laissant notamment désertes en termes d'infrastructures sportives, la plupart des frontières entre les départements et quelques zones précises intra-départementales comme le triangle St Quentin, Vervins et Laon dans l'Aisne, le nord du département du Nord ou encore les alentours de Beauvais (Oise) et Abbeville (Somme). La géographie, l'accessibilité, le nombre d'habitants d'un territoire et l'absence de demande peuvent être des causes de cette diversité. Cette première figure illustre bien une distribution déséquilibrée entre le nord et le sud de la région Hauts-de-France et non uniforme que ce soit pour l'offre médicosociale ou l'offre sportive. La partie méridionale apparaît ici comme sous dotée en ESMS. Ces données viennent confirmer celles du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France (ARS, ORS 2018) indiquant que les 2/3 tiers des ESMS sont installés dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Notons aussi une polarisation de l'offre

médicosociale et sportive pour les personnes en situation de Handicap mental autour des unités urbaines et des grandes agglomérations. Cette inégale répartition témoigne également d'une opposition "Rural – Urbain" dans les Hauts-de-France.

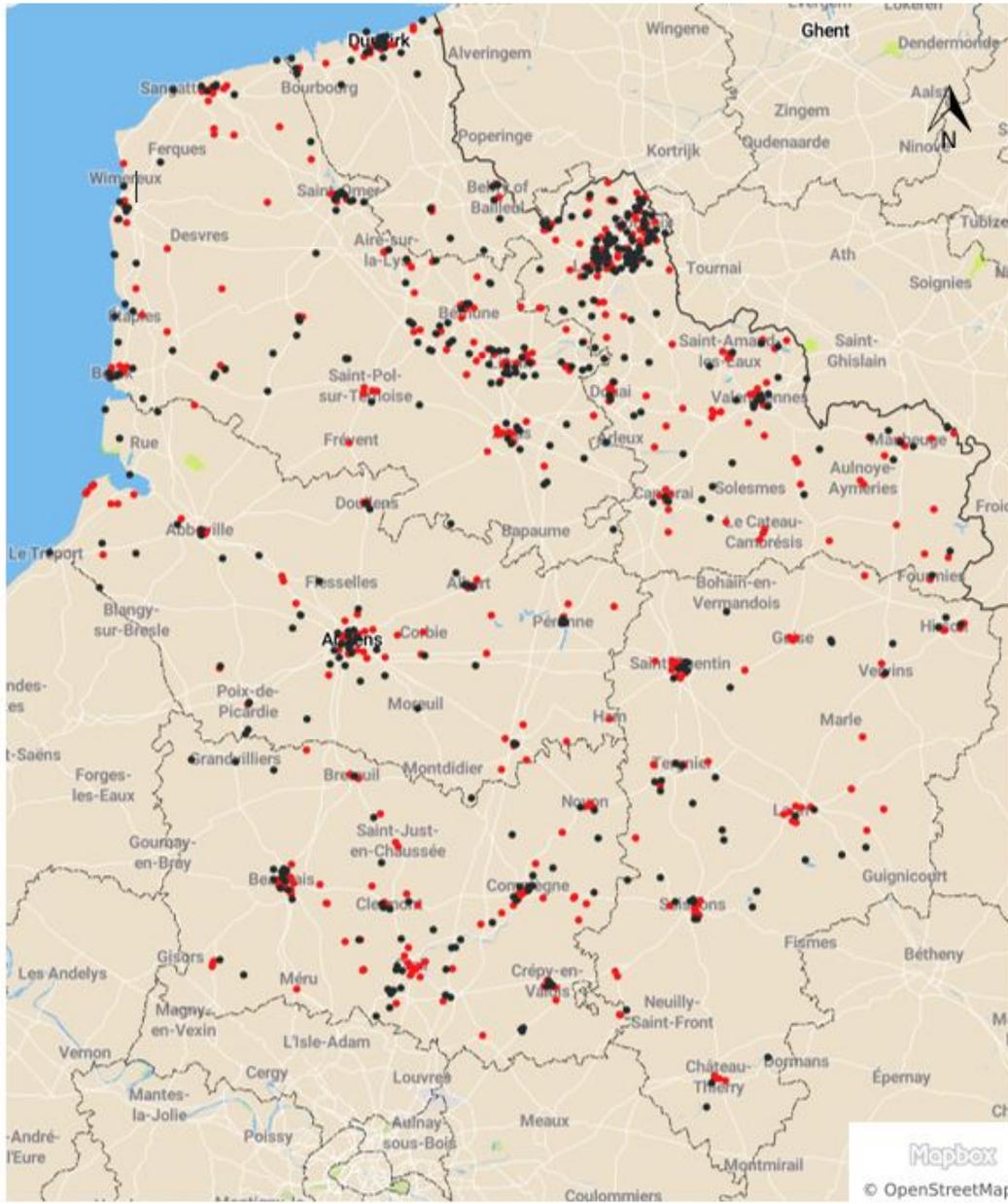


Figure 1 : Représentation cartographique des associations sportives et ESMS recensés pouvant accueillir un public en situation de handicap mental et psychique.

Légende

- Associations sportives
- Etablissements et services médico-sociaux (ESMS)

Echelle

$$e = \frac{1}{1\ 776\ 397,5}$$



Rappel des départements

- Diagonale en haut à droite = Nord
- Milieu jusqu'en bas à droite = Aisne
- Bas à gauche = Oise
- Milieu à gauche = Somme
- Haut à gauche = Pas-de-Calais

## Une offre sportive (adaptée) plurielle en quête de visibilité

Sur les 162 réponses obtenues, 83,2 % des associations sportives se déclaraient accueillir un public présentant des troubles mentaux et/ou psychiques sous quatre formes différentes : les « sections sport-adapté » au sein d'un club sportif affilié à la FFSA, les « clubs sport-adapté » portés par des associations sportives affiliées à la FFSA, les double licences (une dans leur fédération et l'autre au sport-adapté) et les licenciés ayant simplement une licence dans leur fédération. Deux profils de clubs se dégagent : d'un côté les sections sport adapté / associations sportives affiliées à la LSAHF (32,5% des répondants) où le nombre de pratiquants en situation de handicap est important (supérieur à 10) « les convaincus », et de l'autre les clubs dits « ordinaires » regroupant peu de licenciés handicapés mentaux ou psychiques (1 à 4) « les volontaires ». Ici l'affiliation des clubs et associations à la FFSA ne concerne qu'un tiers des répondants. Pour les deux autres tiers, la non-affiliation est causée principalement par une méconnaissance ou non connaissance de la ligue, le manque de temps pour affilier son club, le manque d'intérêt porté à la ligue, l'affiliation à leur fédération sportive respective et un manque de visibilité des comités départementaux de sport-adapté parfois dépassés par d'autres acteurs sportifs comme l'USEP<sup>6</sup>, UFOLEP<sup>7</sup> ou encore associatifs comme Siel Bleu<sup>8</sup>. Il s'en dégage une confusion entre les publics cibles, ici les personnes en situation de handicap mental ou psychique et les acteurs du mouvement sportif et/ou associatif (fédérations sportives multisports délégataires et affinitaires) induisant des positions concurrentielles et différentielles, plus que complémentaires. Toutefois, quelques associations ont connaissance de l'existence du sport adapté et envisagent d'y affilier leur association sportive (12 % soit presque 10 clubs).

D'autres freins ont été évoqués par les répondants, principalement des dirigeants d'associations. Le degré du handicap mental fait « peur » aux encadrants et aux autres pratiquants, le besoin d'un accompagnement dans la pratique avec des professionnels de

---

<sup>6</sup> USEP : Union Sportive de l'Enseignement du premier degré

<sup>7</sup> UFOLEP : Union Française des Œuvres Laïques d'Éducation Physique

<sup>8</sup> SIEL Bleu : roupe associatif

santé et une difficulté dans leur organisation pour leur dédier des créneaux horaires. Malgré un manque de formation du personnel, l'envie d'accueillir et d'aider ce public avec des troubles mentaux et psychiques est réellement présente. En cela, ces personnels ressemblent aux enseignants de l'éducation nationale, du primaire notamment, qui se jugent incompetents pour accueillir des enfants à besoin particulier mais revendiquent leur attachement pour le faire (Tant, Watelain, & André, 2018).

Savoir si un établissement, en carence sportive, peut compter sur un club situé à proximité est important car l'offre sportive en institution est très diversifiée et dans ce cas l'offre associative et sportive locale peut jouer un rôle d'appui ou de soutien pour l'établissement médico-social. Malgré tout, 94 ESMS sur 110 proposent de l'activité physique et quasiment la totalité voit derrière la pratique des objectifs de santé et de bien-être. Notons toutefois que si la quasi-totalité des ESMS propose de l'activité physique et sportive, ils n'en font profiter que la moitié des usagers. Et presque un établissement sur deux ne possède pas d'enseignants en APA. Ce qui est plutôt contradictoire au vu de leurs objectifs.

La deuxième carte (figure 2), représente l'offre ou la non offre des associations sportives et ESMS et permet de visualiser ceux qui proposent ou non de l'Activité Physique et Sportive ; ceux qui aimeraient en proposer et les clubs acceptant ou non d'accueillir le public handicapé mental ou psychique. Nos résultats mettent en évidence un possible effet d'annonce, un jeu d'illusion de certains clubs sportifs à travers un décalage entre la déclaration d'une intention d'accueillir (à travers le référencement national) et l'accueil effectif des personnes en situation de handicap mental ou psychique (19 clubs). Ceci pose question et remet en cause la fiabilité des éléments et des intentions déclarées dans un support institutionnel, le *Handiguide*. La figure 2 permet aussi de visualiser le faible nombre de clubs ou d'associations ayant répondu, se déclarant ne pas accueillir ou ne pas vouloir accueillir les personnes ayant des troubles mentaux ou psychiques dans un souci d'égalité des chances et de non-discrimination.

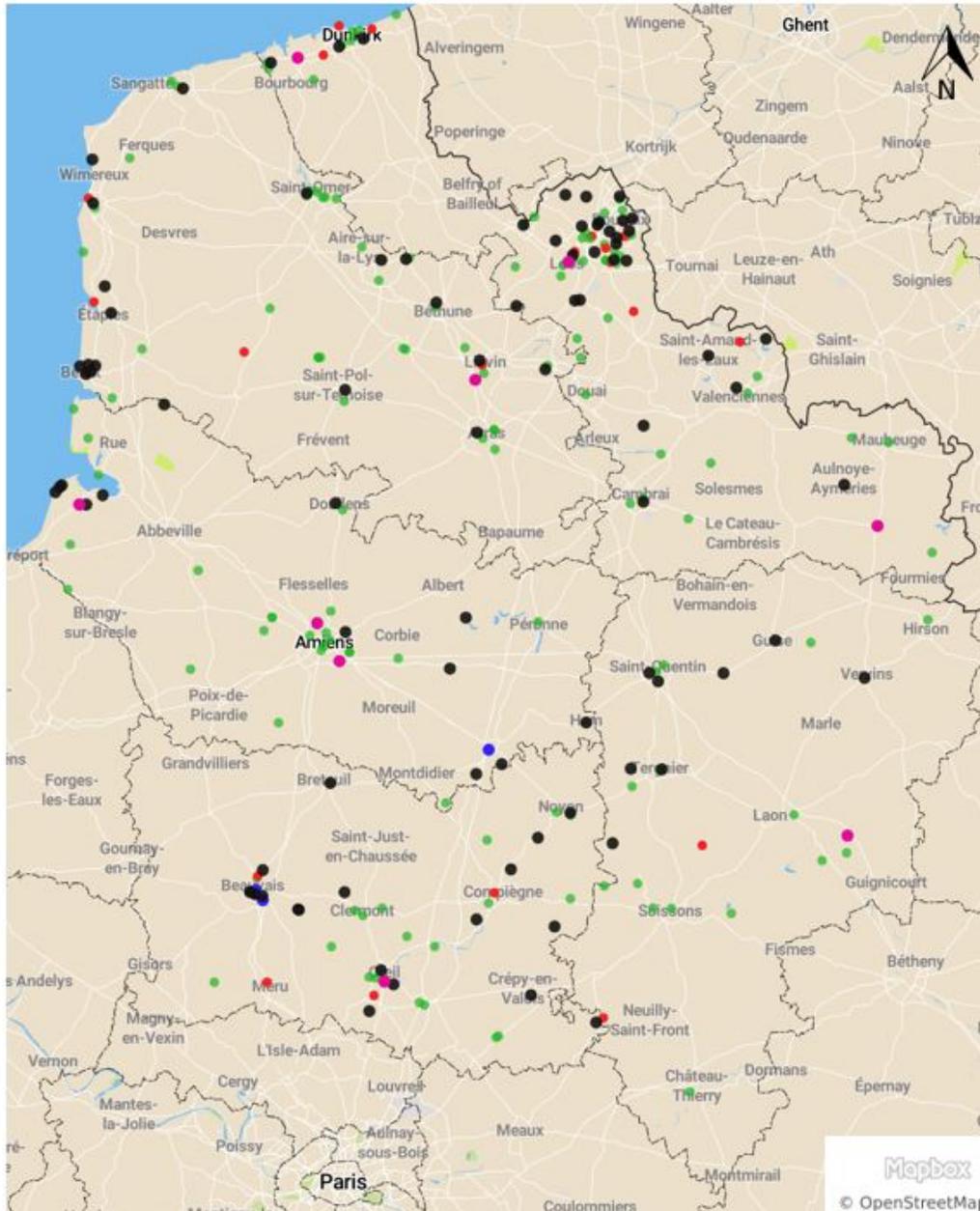


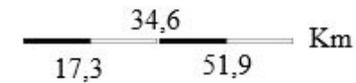
Figure 2 : Représentation cartographique des clubs acceptant ou non de prendre en charge le public HM/HP et visualisation de l'offre sportive en ESMS.

Légende

- Clubs acceptant d'accueillir un public HM/HP
- Clubs n'acceptant pas d'accueillir un public HM/HP
- ESMS proposant de l'AP
- ESMS ne proposant pas d'AP
- ESMS qui ne proposent pas d'AP et qui aimeraient en proposer

Echelle

$$e = \frac{1}{1\ 733\ 333,3}$$



## **Les territoires carencés, cibles d'un développement de l'offre sportive**

Sur la troisième carte (figure 3), après avoir revu la notion de carence (absence ou manque) ainsi que les critères retenus pour déceler efficacement un territoire ou un établissement carencé, nous avons ciblé certains secteurs en recensant auprès des comités départementaux de sport adapté les zones dépourvues d'intervention. Parmi les établissements ciblés, nous retrouvons dans un premier temps, ceux qui proposent de l'activité physique par le biais d'un autre professionnel qu'un enseignant en APA : les kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, et majoritairement les éducateurs spécialisés (fonction la plus représentée dans le médico-social) reflétant un réel malaise dans l'encadrement non-réglementaire des APA (code du sport, version consolidée du 29 février 2020). Les directeurs d'établissements évoquent des moyens financiers insuffisants les contraignant à solliciter une polyvalence professionnelle chez leurs salariés, professionnels de la santé ou du social et impactant directement la qualité et la sécurité de/dans la prise en charge en Activité Physique et Sportive Adaptée. Et dans un deuxième temps, nous retrouvons les établissements qui ne proposent pas d'AP à tous leurs usagers. Il faut savoir que presque la moitié d'entre eux en font bénéficier 1 usager sur 4. Cette dernière donnée pose le problème d'une prise en charge inégale voire inéquitable mais aussi d'un accès difficile voire impossible de certains usagers ayant des troubles mentaux ou psychiques à l'activité physique et sportive parce qu'institutionnalisés et dépendants de l'institution ou parce que ne faisant pas partie « des élus ». Les plus sédentaires seraient-ils laissés pour compte ?

Lors des entretiens semi-directifs, certains secteurs ont été cités comme étant carencés par les CDSA, car dépourvus d'offre sportive adaptée. Pour l'Aisne, il y existe une réelle envie de travailler avec les établissements situés au sud du département comme à Château-Thierry ou Villers-Cotterêts. Pour le département du Nord, les ESMS jeunes et établissements relevant de la psychiatrie sont ciblés car moins développés comme dans l'Avesnois (sud du département) et le Dunkerquois (nord du département) où peu d'actions sont menées. Dans l'Oise davantage de territoires ont été cités. Les diagonales de Breteuil / Saint-Just-en-

Chaussée et Crépy-en-Valois / Pierrefonds sont des secteurs où peu d'associations sont installées et où rares sont organisés des évènements. Dans la Somme les territoires à proximité d'Amiens notamment le foyer de Poulainville ont été mis en avant. Pour finir, le comité du Pas-de-Calais, aimerait s'orienter vers les ESMS jeunes et le Montreuillois-Ternois.

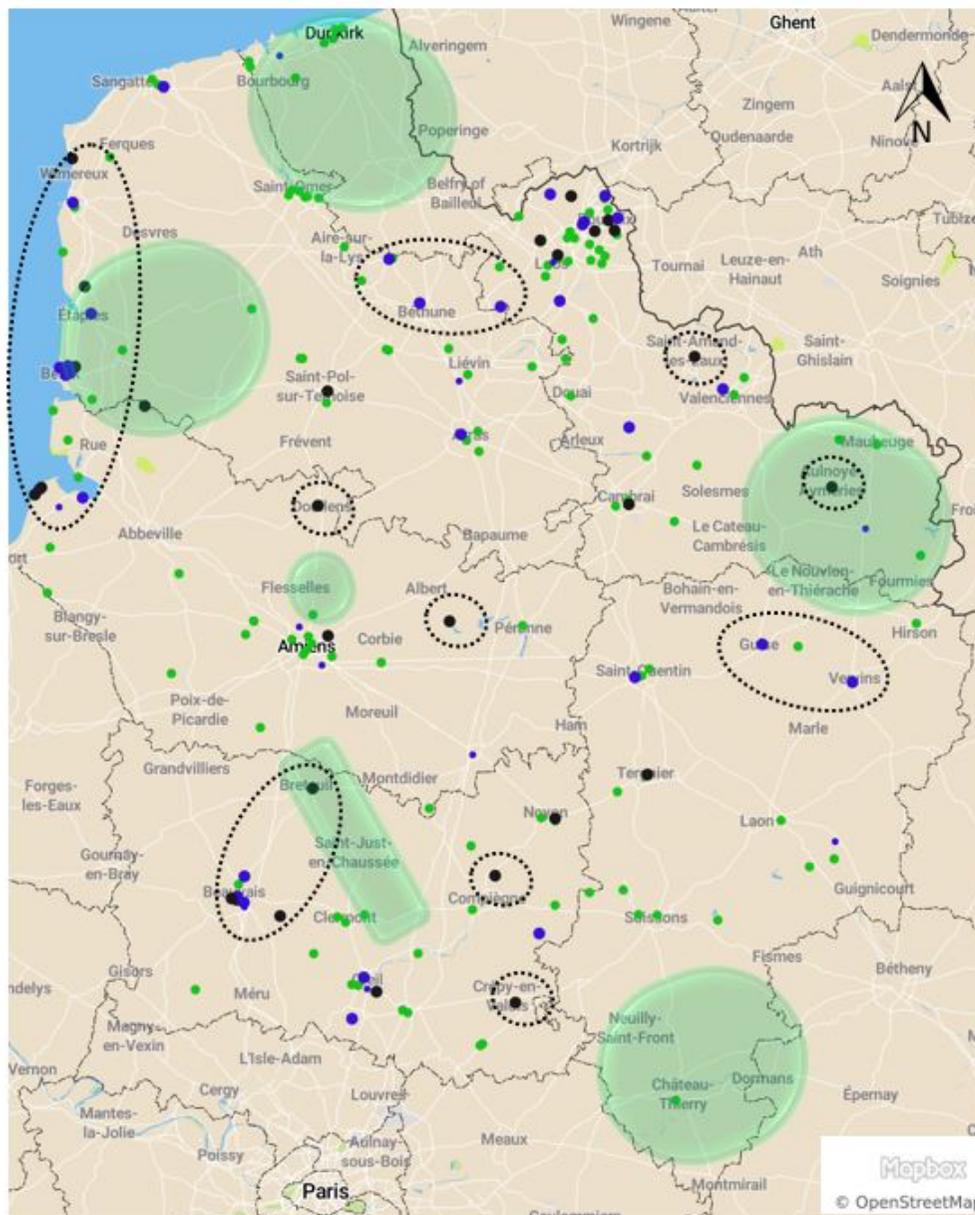


Figure 3 : Représentation cartographique des clubs acceptant de prendre en charge le public HM/HP et visualisation de l'organisation de l'offre sportive en ESMS

Légende

- Clubs acceptant d'accueillir un public HM/HP
- ESMS proposant de l'AP mais pas à tous ses usagers
- ESMS ne proposant pas d'AP
- ESMS proposant de l'AP mais non-encadrée par un professionnel en APA
- Territoires carencés repérés
- Suggestions de territoires carencés selon les CDSA

Echelle

$$e = \frac{1}{1\ 776\ 397,1}$$



## **Méthodologie du programme « Bouger avec le sport adapté »**

A la suite du diagnostic réalisé en 2018-2019 explicité ci-dessus et d'un commun accord entre l'ARS et la LSAHF, cinq IME et un ITEP (accueillant un public jeune) appartenant à des territoires carencés ont été choisis afin d'y mettre en place les programmes « bouger avec le sport adapté » et « je mange mieux en rendez-vous sport adapté » sur la période du 22/09/2020 au 29/03/2021 dans le but de répondre à trois objectifs :

- 1) Activité physique et prévention santé : Sensibiliser à une « vie active » et limiter la sédentarité, l'obésité et les risques de santé associés, faire découvrir ou redécouvrir l'activité physique adaptée, offrir une pratique d'activité physique à proximité du lieu de vie des personnes et mettre en place des manifestations ou cycles dans des zones carencées identifiées.
- 2) Diagnostic : Evaluer le profil et les besoins de chaque participant ainsi que l'impact qu'a l'activité physique sur celui-ci.
- 3) Pérennisation de la pratique : Augmenter le temps d'AP des personnes, aider les structures dans leur recherche de partenariat avec des clubs ou associations, inclure l'APA dans le projet d'établissement et des usagers ainsi qu'associer les familles et les éducateurs au projet sportif de la personne.

Parmi les six établissements ciblés, seulement quatre ont pu bénéficier d'une prise en charge : deux dans le Nord et deux dans l'Aisne. Les deux autres justifient leur non-participation avec la crise sanitaire et l'inaccessibilité aux salles de pratique.

Les quatre établissements inclus dans notre étude ont tous bénéficié du programme d'APA « bouger avec le sport adapté » (établissements A,B, C, D). En plus de ce programme, les établissements C et D ont reçu un programme associant Nutrition et APA : « je mange mieux en rendez-vous sport adapté ». Chaque cycle d'intervention comprenait 11 séances : 9 étaient destinées au cycle et les 2 autres aux tests/évaluations à T1 et T11.

Le corps de séance était relativement identique dans chaque structure et le temps de pratique effectif était d'environ une heure. Les activités collectives et innovantes ont été privilégiées (Kin-ball, Poull-ball, Cardiogoal et Tchoukball) dans trois établissements. Pour le quatrième, des temps de parcours moteurs ont été ajoutés et les formes d'opposition avec les activités innovantes supprimées. Le déroulement de la séance comprenait donc : un échauffement articulaire et cardiovasculaire sous forme de jeu, un atelier moteur permettant une première approche avec l'activité, un atelier technique, un atelier favorisant le jeu d'opposition (facultatif) et suivi d'un retour au calme pour terminer la séance.

### **Présentation de la population**

37 jeunes (24 garçons et 13 filles) âgés en moyenne de  $11,6 \pm 2,2$  ans ont été accompagnés durant les cycles d'APA. Parmi eux, 59% se trouvent en situation de surpoids ou d'obésité (77% de filles et 23% de garçons). Leur niveau d'Activité Physique initial moyen se situe à  $20,3 \pm 3,3$ , classant cette population comme active selon le test Ricci & Gagnon. Néanmoins, environ 1/3 des jeunes se déclare physiquement inactifs. Le niveau de sédentarité déclaré de cette population est plutôt modéré se situant en moyenne entre 3h et 7h assis pour 69 % de notre population. Près d'1/5<sup>ème</sup> des sujets (17%) dit avoir une sédentarité élevée. Enfin, plus d'un jeune sur deux est en surcharge pondérale ou obèse.

Tableau I : Caractéristiques de la population

| <b>Caractéristiques de la population</b> |                                     |                                    |   |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|
| <b>n : 37</b>                            | <b>Garçons n : 24</b>               | <b>Filles n : 13</b>               | <b>Total n : 37</b>                                     |
| <b>Age (année)</b>                       | 11,2 ± 1,9                          | 12,4 ± 2,6                         | <b>11,6 ± 2,2</b>                                       |
| <b>Poids (kg)</b>                        | 48,7 ± 20,5                         | 58,7 ± 25,4                        | <b>52,3 ± 3,7</b>                                       |
| <b>Taille (m)</b>                        | 144,3 ± 14,9                        | 145,6 ± 15,1                       | <b>144,8 ± 14,8</b>                                     |
| <b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>            | 22,8 ± 6,3                          | 26,5 ± 7,6                         | <b>24, 2 ± 6,9</b>                                      |
| <b>Nb de jeunes en surpoids (IOTF)</b>   | 12                                  | 10                                 | <b>22 (59%)</b>   |
| <b>Ricci &amp; Gagnon</b>                | 20,5 ± 3,4                          | 19,9 ± 2,3                         | <b>20,3 ± 3,3</b>                                       |
| <b>Nb de jeunes actifs/inactifs</b>      | <i>Actifs : 18<br/>Inactifs : 6</i> | <i>Actifs : 9<br/>Inactifs : 4</i> | <b><i>Actifs : 27 (73%)<br/>Inactifs : 10 (27%)</i></b> |
| <b>Sédentarité</b>                       |                                     |                                    |   |
| Légère :                                 | 16                                  | 12                                 | <b>14 %</b>   |
| Modérée :                                | 62                                  | 76                                 | <b>69 %</b>   |
| Elevée :                                 | 15                                  | 19                                 | <b>17%</b>  |

## Paramètres mesurés

La condition physique des 37 enfants a été évaluée en début (T1) et fin de programme (T11). Nous avons plus particulièrement mesuré l'endurance cario-respiratoire (test du 6 minutes marche), l'équilibre (test de station unipodale), la souplesse (test de distance doigts-sol), la force musculaire des membres supérieurs (handgrip test) et celle des membres inférieurs (30 sec chair- stand test) et le niveau d'activité physique (test de Ricci et Gagnon).

Description des tests :

### **Le test de 6 minutes marche (endurance cardio-respiratoire)**

Ce test permet d'évaluer l'endurance cardio-vasculaire et la mobilité. Selon l'étude de Geiger, R. et al., deux équations prédictives permettent de calculer la distance théorique de marche que les usagers sont censés réaliser en 6 minutes. Les équations sont les suivantes :

- Pour les garçons :  $196,72 + (39,81 \times \text{âge}) - (1,36 \times \text{âge}^2) + (132,28 \times \text{taille (m)})$
- Pour les filles :  $188,61 + (51,50 \times \text{âge}) - (1,86 \times \text{âge}^2) + (86,10 \times \text{taille (m)})$

Nous avons calculé pour chacun des participants le rapport entre la distance réellement parcourue et la distance théorique à partir de ces équations afin d'obtenir une moyenne par sexe au début et à la fin du projet et donc d'apercevoir une éventuelle évolution. Durant l'effort, les participants ont pu également exprimer leur ressenti grâce à l'échelle de Börg (1 représentant un effort très facile et 10 un effort très très difficile).

### **Test de station unipodale (équilibre statique)**

L'objectif de ce test est de montrer l'efficacité du contrôle de la posture lorsque la personne se retrouve debout en station unipodale avec le talon du pied de l'autre jambe sur la face interne du genou de la jambe d'appui. Ici, le temps d'équilibre maximum (les yeux ouverts) sur une jambe puis sur l'autre est mesuré.

### **Test de distance doigt/sol (souplesse)**

Le but de ce test est de mesurer la flexibilité du tronc et de la chaîne postérieure des membres inférieurs. Jambes tendues, l'usager doit essayer de venir toucher le sol avec ses doigts. Ici, nous mesurons la distance doigt/sol à partir d'une table de cotation de 1 (souplesse faible) à 5 (souplesse très bonne) : 1 si le jeune atteint le milieu des tibias avec ses doigts, 2 si le jeune atteint le bas de ses tibias, 3 si le jeune touche avec le bout des doigts le cou de pied, 4 si le jeune touche le sol et 5 si le jeune touche le sol les doigts fermés.

### **Handrip test (force de préhension)**

La force isométrique des membres supérieurs est mesurée à l'aide d'un dynamomètre. Assis sur une chaise, le sujet exécute alternativement deux essais sur chaque main. Le meilleur des deux essais de chaque main sera enregistré puis ils seront tous deux additionnés pour en faire une moyenne.

Afin de faciliter l'interprétation de nos résultats, nous nous sommes appuyés sur deux tableaux de l'étude de Kolimechkov (2019) pour rassembler l'ensemble des percentiles en trois grandes classes regroupant :

- 1) Les participants compris entre le 0 et le 40<sup>ème</sup> percentile. Ils possèdent une force de préhension inférieure à la moyenne puisqu'au moins 60% de la population avec les mêmes caractéristiques (âge/sexe) possède une valeur (en kg) supérieure à la leur.
- 2) Les participants compris entre le 40<sup>ème</sup> et 60<sup>ème</sup> percentile. Ils possèdent une force de préhension se situant autour de la moyenne puisqu'au moins 40% de la population avec les mêmes caractéristiques (âge/sexe) possède une valeur (en kg) supérieure à la leur et qu'au moins 40% de la population possède une valeur inférieure à la leur.
- 3) Les participants compris entre le 60<sup>ème</sup> et 100<sup>ème</sup> percentile. Ils possèdent une force de préhension supérieure à la moyenne puisqu'au moins 40% de la population possède une valeur supérieure à la leur.

### **Chair-stand test (Test du lever de chaise)**

Ce test permet de mesurer la force des membres inférieurs. Pendant 30 secondes, les participants effectuent des mouvements de flexion/extension en s'asseyant sur une chaise et en se relevant (dos droit et bras en croix sur le buste). A l'issue des 30 secondes, nous relevons le nombre maximal de répétitions réalisées.

### **Indice de masse corporel (IMC)**

L'indice de masse corporelle est également mesuré afin de repérer une éventuelle évolution entre le début et la fin du cycle. Il a été calculé de la manière suivante :  $IMC = \text{Poids (Kg)}/\text{Taille (m)}^2$ . Pour connaître la corpulence de chaque individu, les valeurs seront reportées dans le graphique des seuils de l'*International Obesity Task Force* (IOTF)<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Graphique que l'on retrouve notamment dans les carnets de santé français.

## **Test de Ricci et Gagnon (niveau d'Activité Physique)**

Nous avons également évalué le niveau d'activité Physique (test de Ricci & Gagnon). Ce questionnaire permet l'auto-évaluation du « profil d'activité du pratiquant »<sup>10</sup> : Inactif, Actif ou très actif. Les items sur les comportements sédentaires, les AP de loisir (dont sports) ainsi que sur les AP quotidiennes sont posées et permettent de définir un score. Si le score est inférieur à 18, la personne a un profil inactif, s'il est compris entre 18 et 35, le pratiquant est plutôt actif et si le score est supérieur à 35 celui-ci est très actif. **Niveau de sédentarité**

En complément de ces évaluations, nous avons évalué le niveau de sédentarité des usagers à l'aide d'un questionnaire « profil de sédentarité du pratiquant »<sup>11</sup>. Le pratiquant doit renseigner son temps assis chaque jour de la semaine avec cinq propositions allant de moins de 2 heures à plus de 8 heures. La sédentarité sera faible si le « temps assis » (hors période de sommeil) est égale à moins de 3 heures par jour, modérée entre 3 et 7 heures par jour ou élevée lorsque son « temps assis » est supérieur à 7 heures par jour.

## **Analyse statistique**

L'analyse statistique des résultats a été réalisée en utilisant le logiciel *Sigmastat*. Nous avons utilisé un *paired t-test*, un *t de student* et une *anova à deux voies répétées* pour effectuer les comparaisons entre T0 et T11. Le seuil de significativité était fixé avec une valeur  $p < 0,05$ .

## **Résultats du programme Sport-Santé « Bouger avec le sport adapté »**

### **Une Condition physique des usagers toujours insuffisante ?**

Pour rappel, le cycle avait une durée de 11 séances à raison d'environ une heure de pratique effective par établissement et par semaine. Entre T1 et T11, se sont donc déroulées 9

---

<sup>10</sup> Autoévaluation d'après J. Ricci et L. Gagnon, université de Montréal, modifié par F. Laureyns et JM. Séné

séances, soit 9 semaines. L'impact qu'a eu le programme sur l'IMC est nul, l'intervalle, le temps d'intervention et l'arrêt de la pratique pendant 12 semaines suite à la crise sanitaire n'ont pas permis d'engendrer une évolution de ce paramètre.

| <b>Comparaison T1/T11 des valeurs moyennes des paramètres de la condition physique des enfants</b> |              |                |
|--|--------------|----------------|
| <b>n : 37</b>  | <b>T1</b>    | <b>T11</b>     |
| <b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>  | 24,2 ± 7     | 24,5 ± 6,9     |
| <b>Distance parcourue en 6 minutes (m)</b>   | 472,2 ± 79,9 | 526,2 ± 86,2 * |
| <b>Force isométrique Membres supérieurs(Kg) Hangrip</b>  | 13,4 ± 3,6   | 15,4 ± 5,2 *   |
| <b>Souplesse<sup>a</sup></b>   | 2,1 ± 1,2    | 2,1 ± 1,1      |
| <b>Force membres inférieurs (nb de levées/30s) Test Assis-debout</b>                               | 15,8 ± 3,9   | 18,6 ± 4,3 *   |
| <b>Équilibre droit (sec) Test Unipodal Jbe droite</b>  | 27 ± 22,4    | 30,4 ± 24,1    |
| <b>Équilibre gauche (sec) Test Unipodal Jbe gauche</b>   | 28,3 ± 22,7  | 30,9 ± 22,8    |

Le programme Sport santé proposé aux enfants ayant des troubles mentaux et/ou psychique permet d'apporter des bénéfices significatifs sur les paramètres cardio-respiratoires, la force des membres supérieurs et inférieurs (tableau n). En revanche, il n'apporte aucun effet physique significatif sur les paramètres d'équilibre et de souplesse.

Les résultats indiquent un niveau global de condition physique très faible pré et post programme, un niveau de sédentarité modérée à élevée pour les ¾ des pratiquants (86%) et un niveau d'activité physique proche de l'inactivité (score moyen Ricci et Gagnon de 20,3 ± 3,3). En effet, en ce qui concerne plus précisément les paramètres cardio-respiratoires (Test de 6 minutes marche), l'amélioration de la distance parcourue est significative. Les performances évoluent positivement, néanmoins les pratiquants se trouvent en deçà de la distance théorique calculée passant d'une distance moyenne parcourue de 472,2 m (70% de la distance théorique) à 526,2m (76% de la distance théorique). Pour notre population,

l'endurance cardio-respiratoire reste déficitaire en fin de programme de 24% selon les normes attendues pour une population de même âge. Ceci nous renvoie à la gestion du couple quantité - qualité de pratiques physiques et sportives et aux effets recherchés immédiats et/ou différés.

Les résultats de notre recherche-action affichent un état de santé physique très déficitaire pour notre public. Les qualités physiques mesurées liées à la santé tels que la force, la souplesse, l'endurance cardio-respiratoire, l'équilibre se situent en dessous des valeurs de référence. Nos résultats s'inscrivent dans la continuité de ceux d'études antérieures précisant un niveau de condition physique insuffisant pour les personnes handicapées mentales, qui plus est, inférieur au niveau de condition physique des personnes n'ayant aucun trouble mental ou psychique.

Cela est d'autant plus inquiétant que des études récentes internationales ont relevé une régression de 25 % des capacités physiques des jeunes de 3 à 17 ans sur les 40 dernières années. Le programme sport-santé, même s'il est d'une durée courte (12 semaines), a une efficacité, certes relative. Ce programme permet de limiter les effets délétères liés à l'isolement, l'éloignement, à l'institutionnalisation et aux carences sportives des jeunes ayant des troubles mentaux ou psychiques.

Par ailleurs, les analyses statistiques des résultats entre les profils actifs/inactifs, filles/garçons, IME/ITEP, ne montrent aucune différence significative. Seule la corpulence a eu un impact lors du Test de marche de 6 minutes ; les personnes ayant une corpulence normale ont parcouru une distance significativement plus grande de ceux en situation d'obésité/surpoids. Enfin, la participation au double programme « APA et APA-Nutrition » (pour les IME C et D) n'a pas engendré de bénéfices supplémentaires ou différenciés.

## **Effets qualitatifs du programme Sport-santé dans les établissements médico-sociaux**

Ce projet Sport-santé, financé par l'agence régionale de santé et assuré par la Ligue de Sport adapté des Hauts-de-France, a été très bien accueilli par les quatre établissements avec un bon niveau de satisfaction (4,5 sur 6 sur l'échelle de satisfaction recueillie en fin de programme). Tous l'ont trouvé bénéfique aussi bien pour les bénéficiaires (ou usagers) que pour les éducateurs et personnels de l'établissement ; certains souhaitent maintenir une offre sport-santé au sein de leur structure médico-sociale. L'engouement, tant institutionnel qu'individuel est réel pour cette forme de pratique sportive adaptée centrée sur les besoins de santé de jeunes ayant des troubles mentaux ou psychiques et s'appuyant sur des activités sportives innovantes. Cela peut s'exprimer, entre autres, à travers le souhait d'affiliations des établissements aux fédérations sportives, comme le sport adapté (FFSA), et /ou la prise de licences sportives individuelles ou encore le souhait de poursuivre une activité physique adaptée à visée thérapeutique avec un professionnel qualifié en APA. Il conviendra dans une étude ultérieure de mesurer la pérennisation ou non d'une pratique sportive de type « sport-santé » au sein des établissements cibles tout en évaluant les bénéfices à plus ou moins long terme de ce programme sur le niveau d'AP des bénéficiaires ainsi que leur engagement dans une ou plusieurs pratiques sportives (modifications comportementales, nouvelles habitudes de vie physique active). sont mis au cœur du débat et du projet si bien que les établissements souhaitent s'affilier à la LSAHF dans un futur proche ou bénéficier de pass journée. Sept licences ont également été prises suite à l'intervention de la ligue.

L'aspect financier a été évoqué comme le seul potentiel frein à la pratique.

## **Discussion**

Les résultats de ce travail sont prometteurs dans la mesure où ils viennent confirmer la présence d'une APS au sein de la quasi-totalité des établissements médico-sociaux enquêtés ayant répondu. Ce qui laisserait penser que seuls les établissements se sentant concernés par l'Activité Physique et/ou sportive ont participé à cette enquête exploratoire et

interventionnelle. Néanmoins, nos résultats reflètent l'absence ou l'insuffisance d'équipements sportifs, de moyens financiers et de professionnels qualifiés en APA venant limiter les possibilités et la fréquence d'accès à la pratique sportive des personnes handicapées mentales/ou psychique ainsi que la durée d'engagement dans cette dernière. Cet argument se confirme notamment dans la deuxième partie de l'étude où certains établissements se sont désistés. Le manque d'infrastructures sportives à proximité, le manque de moyen financier pour pérenniser la pratique et pour la moitié d'entre eux, le manque de professionnels qualifiés pour encadrer les séances d'AP ne permettent pas d'en faire profiter tout le monde dans de bonnes conditions. Si ces freins sont persistants, ils n'empêchent en rien une politique volontariste des acteurs de la gouvernance des ESMS, venant confirmer l'intérêt de ces acteurs institutionnels pour l'Activité Physique et Sportive et ses effets bénéfiques et thérapeutiques sur la santé. Le niveau de preuves scientifiques est aujourd'hui largement accepté par le milieu médical. L'activité physique et sportive est reconnue comme une thérapie non médicamenteuse efficace qui permet de lutter contre les maladies non transmissibles (Ekelund et al., 2016). Le danger vient plus de l'inactivité physique (Andersen, 2016). Dans notre cas, lorsque les usagers ont répondu à nos questionnaires, l'inactivité physique, la sédentarité et la qualité de vie ne paraissaient pas être mauvaises. Toutefois, ces résultats sont à lire avec précaution étant donné qu'il peut être difficile, pour un jeune présentant des troubles mentaux ou psychiques, d'estimer son temps passé assis dans la journée ou son temps d'activité physique quand il est, même pour nous, compliqué à évaluer.

L'identification des ressources du territoire en terme d'offres sportives, associatives et médicosociales, par l'élaboration d'un diagnostic régional cartographié, spatialisé, nous permettra d'investir demain les déserts sportifs tels que déterminés par l'enquête exploratoire et de renforcer les actions dans les zones carencées. Ici le sport adapté a un rôle essentiel à jouer, celui de médiateur - passeur entre les besoins en APS d'un établissement et l'offre sportive et associative locale de proximité. Le choix de la pratique, la durée de l'effort, son intensité, sa fréquence, les temps de repos, le mode de pratique (en individuel ou en collectif)

et l'engagement durable sont des variables incontournables pour pouvoir engager des interventions « sport-santé » (Gasparini et knobé, 2015, Le Bihan et Collinet, 2016). Il n'existe pas de formule spécifique pour ce public. Respecter dans un premier temps les recommandations de pratique physique et sportive est un début. Privilégier les sports ayant un impact direct sur les plans moteurs, cognitifs et sociaux est une suite nécessaire permettant de viser des effets bénéfiques pour des individus présentant des troubles mentaux et psychiques (Carmeli et al., 2005). Avec deux séances de marche à intensité modérée et une séance d'activités motrices par semaine pendant 6 à 10 mois, les personnes en situation de handicap mental et/ou psychique avaient une meilleure adaptation à l'effort, un meilleur équilibre, un gain d'adresse ainsi qu'une tendance positive à des indicateurs de qualité de vie tel que le bien-être émotionnel. Dans notre étude, à cause d'une contrainte de temps, d'imprévus suite à la crise sanitaire et d'organisation avec les établissements, ces quantités de pratique sont loin d'être similaires. Hors, tous les paramètres évalués ont évolué positivement, légèrement pour certains et significativement pour d'autres. Cette pratique régulière même une heure par semaine nous a montré des bénéfices non-négligeables pour ce public..

Les personnes en situation de handicap mental ou psychique, jeunes, adultes et seniors, parce qu'elles présentent des besoins de santé réduisant leur autonomie, sont suffisamment exposées pour qu'on prenne la mesure de l'urgence qui les concerne. Il s'agira demain de promouvoir les APS à destination d'un public empêché, trop souvent éloigné ou privé et parallèlement de créer les conditions de leur existence, de leur participation sociale et sportive pour modifier leurs pratiques individuelles et leur engagement dans une vie physique (plus) active. En cela, l'innovation sociale en sport adapté consistera à placer le sujet au cœur des projets et des dispositifs sport-santé en donnant davantage la parole aux "sans voix" (Compte, 2016).



## Bibliographie

- Andersen, L. B., Mota, J., & Di Pietro, L. (2016). Update on the global pandemic of physical inactivity. *Lancet (London, England)*, 388(10051), 1255.
- Barthélémy, J. C., Berthouze-Aranda, S., Bigard, A., Marc, C., Davenne, D., Delamarche, P., ... & Paillard, T. (2016). *Actualisation des repères du PNNS–Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité* (Doctoral dissertation, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)).
- Boiche, J., Fervers, B., Freyssenet, D., Gremy, I., Guiraud, T., Moro, C., & Varray, A. (2019). Activité physique: Prévention et traitement des maladies chroniques (ISERM).
- Brusadelli, M., Debuissier, S., Lefebvre, A., Lorenzo, P., Michelot, F., Ory, Q. ..., Verloop, D. (2018). Diagnostic Territorialisé des Hauts-de-France, territoires de proximité. OR2S, ARS.
- Charles M, Larras B, Bigot J, Praznocy C. (2019). L'activité physique sur prescription en France: état des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont- Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, Vichy : Pôle Ressources National Sport Santé Blen – Être.
- Carmeli, E., Zinger-Vaknin, T., Morad, M., & Merrick, J. (2004). «Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability», *Mechanisms of Ageing and Development*, n° 126. pp. 299-304.
- Compte, R., Bui-Xuân, G., & Mikulovic, J. (2012). Sport adapté, handicap et santé. Montpellier: FFSA & AFRAPS.
- Compte, R. (2015). Résilience par le sport : un chemin inédit pour les personnes en situation de handicap mental. *Empan*, 99(3), 124-131.
- Compte, R. (2016). Handicap mental: le Match d'une vie. Audemag, N°4, septembre-octobre 2016.
- Coquard, B. (2019). Ceux qui restent. *Esprit*, (11), 97-102.
- Croutte P., Y., Müller J. (2018). Baromètre national des pratiques sportives 2018, Baromètre réalisé par le CREDOC sous la direction de Hoibian S. pour l'INJEP et le ministère des sports, INJEP Notes & rapports/Rapport d'étude.
- Direction des Entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Hauts-de-France. Taux de chômage au 3e trimestre 2018 en Hauts-de-France. (2019). Disponible à l'adresse : <http://hauts-de-france.direccte.gouv.fr/Taux-de-chomage-au-3e-trimestre-2018-en-Hauts-de-France>
- Ekelund, U., Steene-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., ... & Lancet Sedentary Behaviour Working Group. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*, 388(10051), 1302-1310.
- Eurobarometer, S. (2018). 472. (2018). Sport and physical activity: report. Bruselj: European Commission. Dostupno, 28(2).
- Fassin, D., & Memmi, D. (Eds.). (2004). *Le gouvernement des corps* (Vol. 3). Éditions de l'École des Hautes Études en sciences sociales
- Gasparini, W., & Knobé, S. (2015). Sport sur ordonnance: l'expérience strasbourgeoise sous l'œil des sociologues. *Informations sociales*, (1), 47-53.
- Geiger, R., Strasak, A., Treml, B., Gasser, K., Kleinsasser, A., Fischer, V., et al. (2007). Six-minute walk test in children and adolescents. *J Pediatr* 2007;150: 395-9, 399.
- Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., ... & Lancet Physical Activity Series Working Group. (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The lancet*, 380(9838), 272-281.
- Honta, M., Basson, J. C., Jakšić, M., & Le Noé, O. (2018). Les gouvernements du corps. *Terrains travaux*, (1), 5-29.
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). (2016). Espace rural / Espace à dominante rurale. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1034>
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economique (INSEE). (2017). La population des territoires de la région Hauts-de-France au 1 er janvier 2014. (publication n°6). Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2570125?sommaire=2570158>
- Kolimechkov, S. (2019, 22 janvier). Alpha-fit test battery norms for children and adolescents from 5 to 18 years of age obtained by a linear interpolation of existing european physical fitness references. Zenodo.

- Larras, B., & Praznoczy, C. (2018). État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – Mise à jour de l'édition 2017. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS).
- Le Bihan, G., & Collinet, C. (2016). Les activités physiques au cœur de l'actualité en santé. *Sante Publique*, 1(HS), 9-11.
- 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). Paris : Légifrance, 2005. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
- Marqueste, T., & Therme, P. (Eds.). (2019). Sport et santé mythe ou réalité ? Des activités physiques adaptées pour la santé. Presses universitaires de Provence.
- Mikulovic, J., Marcellini, A., Compte, R., Duchateau, G., Vanhelst, J., Fardy, P. S., & Bui-Xuan, G. (2011). Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency. Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite*, 56(2), 403-407.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Activité physique et santé. (2012). Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44436/9789242599978_fre.pdf)
- Santi, P. (2019). Interview de Anne Vuillemin. Chronique in "10 000 pas et plus". Le Monde. Paris, France. Dec 2019.
- Saravane, D. & Cury, P. (2017). Les activités physiques et sportives adaptées dans les programmes d'éducation thérapeutique en psychiatrie. Dans : Isabelle Caby éd., Sport et handicap psychique: Penser le sport autrement (pp. 43-48). Nîmes, France: Champ social.
- Soulet, M.H. (2005). « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, n°60, pp24-29.
- Tant, M., Watelain, É., & André, A. (2018). Détermination de perceptions différenciées d'enseignants d'Éducation physique et sportive envers l'inclusion des élèves en situation de handicap. *La nouvelle revue-Education et societe inclusives*, (1), 45-63.
- Virginie Gimbert. (2018). Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous : comment mieux intégrer ces pratiques à nos modes de vie ? France stratégie. <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-activite-physique-sportive-22-11-2018-web.pdf>