

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE : 2023

N° : 04

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : D.E.S. de Médecine Générale

par

COLLARD Émilie

Née le 08.04.1993 à REIMS

Titre de la thèse :

« La place actuelle de l'activité physique au sein de Foyers d'Accueil Spécialisé et Foyers d'Accueil Médicalisé en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique. »

Président du Jury : Monsieur le Professeur Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane CARNEIN

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAIEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition FEVRIER 2022
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université :**
- **Chenon de la Faculté :**
- **Président Doyen de la Faculté :**
- **Doyens honoraires :** (1976-1980) (1985-1989) (1989-1994) (1994-2001) (2001-2011)
- **Charge de mission auprès du Doyen :**
- **Responsable Administratif :**

M. DE PERRE Marie-Joël
M. HOFF Jean
M. DERUELLE Philippe
M. DORNER Marc
M. HANDEL Jean-Marie
M. GROEFENHOUT Guy
M. GERLSOBER Pierre
M. LUCAS Gérard
M. MATHIJS Stéphane
M. MATHIAS Marie-Christine



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GÉLY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

EMMEL Veronique Obst. Ecologie humaine (à compter de 01/11/2009)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

EN RAMEL Marie Microbiologie biologique (01/10/2011 au 31/09/2016)
OCLETTI Wilma Génétique (01/10/2011 au 31/09/2016)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM	NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers de l'Institut - Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
	AUBERT Emmanuelle 1968	NDF2 CS	- Pôle de l'Appareil Digestif - Service d'hépatogastroentérologie et Urgence de Traumatologie (HTE)	6030 - Chirurgie hépatogastroentérologique
	AKLADIOS Ghislain 1970	NDF2 CS	- Pôle de Neurologie - Epileptologie - Service de Neurologie - Epileptologie - HTE	6403 - Neurologie - Epileptologie 0204 - Epileptologie - Epilepsie
	AUBREY Emmanuelle 1962	RPE CST	- Pôle de Néonologie - Néonologie, Nutrition, (soins néonatal) - Pédiatrie (HUS - HTE) - Unité de Néonologie - Soins et Soins de réanimation (HTE)	0201 - Soins néonatal
	ABEYRAT Sébastien 1983	NDF1 CCS	- Pôle de Neurologie - HTE - Service de Neurologie - Hôpital de Neurologie	6031 - Neurologie
	KING AICHA Marie-Camille 1977	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Unité d'Endocrinologie - Centre de Métabolisme	6103 - Cancérologie et Cytogénétique (à l'exception de la)
	ARAVANIS Emmanuelle 1976	NDF1 BCE	- Pôle de Cancérologie - HTE - Service de Cancérologie - HTE et HTE	6204 - Cancérologie
	BARTELIERE Sylvie 1969	CST CS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Transplantation - HTE	6030 - Cancérologie
	EN RAMEL Marie 1962	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - Laboratoire d'immunologie biologique - HUS et HTE (à compter de l'ouverture du centre de diagnostic et de soins de la Clinique - HTE)	6202 - Immunologie (hors biologie)
	BARREAU Nicolas 1984	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - HTE - Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE et HTE (à compter de l'ouverture du centre de diagnostic et de soins de la Clinique - HTE)	6304 - Gastroentérologie - Hépatologie - Epileptologie
	WINGAERTS Marie-Françoise 1949	NDF1 CCS	- Pôle de Cancérologie - Unité de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6103 - Cancérologie - Epileptologie
	DEJOURS Guy 1969	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - HTE - Adjuvants thérapeutiques - Unité de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie	6102 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	DEZBIEG Emmanuelle 1962	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie	6303 - Cancérologie
	DESSAUX Anne 1979	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6003 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	DE ROCHE Emmanuelle 1966	RPE CS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6102 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	DE LAUNAY Emmanuelle 1971	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6002 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	BLANCHARD Emmanuelle 1967	NDF1 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6101 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	BODIN Frédéric 1978	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6004 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	BONNOVING Laurent 1962 - 1967	NDF2 NDF3	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6401 - Cancérologie
	EGNOMET Françoise 1961	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6003 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	BOURGER Thibault 1988	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6202 - Cancérologie
	ECHOUX Pascale 1962	NDF2 CS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6001 - Cancérologie
	Mme BRISANT Ghislain 1962	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6101 - Cancérologie
	FRANZISSI Guillaume 1971	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6004 - Cancérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie - Hépatogastroentérologie
	Mme WILLARD-GERMAIN Sylvie 1971	NDF2 CCS	- Pôle de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE - Service de Cancérologie - Hépatogastroentérologie - HTE	6202 - Cancérologie

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe (FAM)	MDS M	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle des Pathologies Infectieuses, Immunogénétique - Immunologie - Service de Chimie Clinique et de Transplantation - microbiologie IFR - Coordonnateur des activités de prélevement et d'analyse de sang - dcs IFR 	Sous-section du Conseil National des Universités S103 - Chimie clinique
Marie WOLFF Valérie (FAM)	MDS CF	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle TSB et CCU - Pôle Neuroophtalmologie / Oculophtalmologie 	-49.01 - Biologie

FC - Fédération Civile - IP - Institut de Préophtalmologie - MDS - Pôle de Préophtalmologie Civile - PTM - Pôle de Pathologie de Microbiologie
 C1 - C10 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C2 - C20 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C3 - C30 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C4 - C40 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C5 - C50 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C6 - C60 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C7 - C70 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C8 - C80 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C9 - C90 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses
 C10 - C100 - Centre de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - CCU - Centre de Coagulation et d'Immunologie - C10 - Centre de Maladies Infectieuses

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GAUCHET Lucien	MDS S	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle des Services de Maladies Infectieuses (anciennement service de maladies infectieuses) - Service de Soins Intensifs Infectieux 	Sous-section du Conseil National des Universités C10 - Maladies Infectieuses
FRANCOIS Jean Etienne	CF	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle Préophtalmologie - Service de Soins Intensifs Infectieux - MDS - Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Clinique - IFR 	S103 - Chimie clinique
BAUDET Jean	CF	<ul style="list-style-type: none"> - Pôle Préophtalmologie - Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Infection - IFR 	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

IN/141			
NOUËL Philippe AGB, Annuit MC01	CR	Servicio Hospitalario en Hospital / Universidad - Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	Servicio Hospitalario General Hospital de las Universidades IC01: Diagnóstico Oncológico Clínico
MARCANTONI Roberto AGB, M		- Fisiología - Servicio de Oncología (Hospital de Navarra)	IC01: Oncología - Radioterapia
ROUARET-SETHON Nicole MC17		- Fisiología - Servicio de Farmacología Clínica - Hospital de Navarra	4501: Farmacología (incluyendo farmacología clínica y farmacología experimental) (incluyendo farmacología)
MHENDANZALANXANA MC09		- Fisiología - Laboratorio de Diagnóstico Clínico / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
BILLETTE Claude MC23		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4101: Fisiología (incluyendo fisiología)
BOUGGOS Olivier MC07		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4401: Biofísica (incluyendo biofísica)
BOUHAÏOUEA MC04		- Fisiología - Laboratorio de Neurología y de Neurología (Hospital de Navarra) (ICAN)	4502: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARCAND Carole MC24		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4101: Fisiología (incluyendo fisiología)
CHAPPEL Renaud MC11		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología
LAURENT Anne MC18		- Fisiología - Servicio de Diagnóstico y de Diagnóstico (Hospital de Navarra) (ICAN)	4101: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARCESIA Nicole MC02		- Fisiología - Servicio de Neurología (ICAN)	4502: Neurofisiología
LEMOINE Jeanne MC17		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
LEMOINE Jeanne MC08		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
CHOCLET Pierre MC14		- Fisiología - Servicio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4501: Fisiología (incluyendo fisiología)
CHICOTTE Jeanne MC16		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4101: Fisiología
MARCOURAUFERENS Valérie MC06		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4104: Fisiología (incluyendo fisiología)
LOUYEUX Marie-Madeleine MC11		- Fisiología - Laboratorio de Biofísica y Biología Molecular (ICAN)	4401: Fisiología (incluyendo fisiología)
DEHERANT Jean-Georges MC04		- Fisiología - Servicio de Diagnóstico y de Diagnóstico (Hospital de Navarra) (ICAN)	4101: Fisiología (incluyendo fisiología)
LEVYS Etienne MC18		- Fisiología - Laboratorio de Diagnóstico Clínico / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARCHELLI ANNE Valérie MC02		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna (Hospital de Navarra) (ICAN)	4501: Fisiología
LEITE Wood MC03		- Fisiología - Laboratorio de Biofísica y Biología Molecular (ICAN)	4401: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARC ENACHEIRA MC22		- Fisiología - Servicio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4402: Fisiología
MARC FARRAS-REANON Audrey MC14		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna (Hospital de Navarra) (ICAN)	4503: Fisiología (incluyendo fisiología)
FLITEN Renaud MC09		- Fisiología - Laboratorio de Diagnóstico Clínico / Hospital Hospital Civil	4504: Fisiología (incluyendo fisiología)
LEBOURDIER MC25	CR	- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
COLLEUR Jack MC01		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4102: Fisiología (incluyendo fisiología)
COMBES Pierre MC02		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4501: Fisiología (incluyendo fisiología)
LEFVAIN MC19		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
GAETAN Anne MC13		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4501: Fisiología (incluyendo fisiología)
GUERIN Eric MC02		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4401: Fisiología (incluyendo fisiología)
GUYEROT Rüdiger MC02		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4702: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARCOURAUFERENS Valérie MC18		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4101: Fisiología (incluyendo fisiología)
LEBOURDIER MC22		- Fisiología - Servicio de Medicina Interna en Hospital de Navarra (ICAN)	4501: Fisiología (incluyendo fisiología)
RYNNEUR Philippe MC19		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARC RYNEUR Vincent MC08		- Fisiología - Laboratorio de Biofísica y Biología Molecular (ICAN)	4401: Fisiología (incluyendo fisiología)
ROCHER Bruno MC15		- Fisiología - Instituto Anatómico Normal / Facultad de Medicina	4201: Anatomía (incluyendo anatomía)
MARC RUSSEY-PACIN Roger MC14		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4502: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARC TACKER Olivier MC09		- Fisiología - Laboratorio de Biofísica y Biología Molecular (ICAN)	4401: Fisiología (incluyendo fisiología)
MARC VANNES BÉGIN MC04		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4202: Fisiología (incluyendo fisiología)
LEBOURDIER MC02		- Fisiología - Laboratorio de Fisiología Clínica / Hospital Hospital Civil	4701: Fisiología (incluyendo fisiología)

NOM, Prénoms	CV	Services/Principales fonctions / Attachement	Spécialisation du Conseil National des Universités
YVES BARRIACHEUX M001		- Unité de Chirurgie maxillo-faciale, Anatomique et Histopathologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	32.03 - Anatomie histologique
YVES BÉGIN M012		- Unité de Biologie - Service de Pathologie / Institut de l'Accident	41.01 - Anatomie et histologie pathologiques
LUTZ VAN CHIRBIE M041		- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Oto-rhino-laryngologie - Service de Chirurgie / Service de Neurologie / Hôpital Civil	01.02 - Chirurgie maxillo-faciale et otolaryngologie
RICHARD LEBLANC M007		- Unité de Biologie - Laboratoire d'Histologie biologique, Institut de la Santé et du Mal (ISM)	44.01 - Histologie cellulaire (cytologie biologique)
YVES MICHELIN M008		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic complémentaires / CHCQ Schuylenberg	34.02 - Biologie et médecine du diagnostic (partie de biologie médicale)
YVES PÉLÉ M009		- Unité de Biologie - Laboratoire de Diagnostic, pathologie / Hôpital Hôpital Civil	42.01 - Chimie (partie histologie)
YVES MICHELIN M017		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Institut de l'Accident	42.05 - Anatomie et histologie (pathologie des tissus humains)
YVES BÉGIN M018		- Pôle de Biologie - Service de Biologie (partie de biologie médicale)	41.02 - Anatomie et pathologie humaine (biologie)
ETIENNE ALLIEN M027		- Unité de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire (BMC)	44.01 - Chimie et biologie moléculaire
ETIENNE ALLIEN M028		- Unité de Biologie - Laboratoire de Pathologie et de Médecine moléculaire (PTM-HUS)	42.02 - Histologie et cytologie
YVES PITCH M029		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic complémentaires / HUS	47.04 - Génétique (partie de biologie)
YVES BERTER M030		- Pôle de Biologie - Service de Diagnostic Médical / Hôpital de Psychiatrie	47.01 - Génétique (partie de biologie)
ETIENNE GAGÉ M037		- Unité de Biologie - Institut Laboratoire de Biochimie (PTM-HUS et Faculté)	41.01 - Chimie - Biochimie (partie de biologie)
YVES BASSEVILLE M038		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Hôpital Hôpital Civil	42.03 - Immunologie (partie de biologie)
YVES BÉGIN M039		- Unité de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire (BMC)	44.01 - Chimie et biologie moléculaire
YVES BÉGIN M040		- Pôle de Biologie - Service de Diagnostic / CHCQ	44.02 - Physiologie (partie de biologie)
YVES BÉGIN M041		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie (partie de biologie médicale)	44.01 - Biochimie et biologie moléculaire (partie de biologie)
YVES BÉGIN M042		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic complémentaires / Hôpital Hôpital Civil	47.01 - Hématologie transfusionnelle (partie de biologie)
YVES BÉGIN M043		- Unité de Biologie - Laboratoire de Diagnostic complémentaires / Hôpital Hôpital Civil	46.01 - Neurologie
YVES BÉGIN M044		- Unité de Biologie - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HUS	47.02 - Parasitologie et mycologie (partie de biologie)
YVES BÉGIN M045		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M046		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	41.01 - Chimie - Biochimie (partie de biologie)
YVES BÉGIN M047		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M048		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	41.01 - Chimie - Biochimie (partie de biologie)
YVES BÉGIN M049		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M050		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M051		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M052		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M053		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M054		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M055		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M056		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M057		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M058		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M059		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M060		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M061		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M062		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M063		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M064		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M065		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M066		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M067		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M068		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M069		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M070		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M071		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M072		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M073		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M074		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M075		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M076		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M077		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M078		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M079		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M080		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M081		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M082		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M083		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M084		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M085		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M086		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M087		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M088		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M089		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M090		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M091		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M092		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M093		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M094		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M095		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M096		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M097		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M098		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M099		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique
YVES BÉGIN M100		- Unité de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale (PTM-HUS)	47.01 - Génétique

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Le CNAU (commissaires)

Département de Biologie et de Médecine / Hôpital de Québec

23 - Université de Québec (partie de biologie)

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Dr M. DIEZEL	Faculté de Médecine (Ecole de Médecine) / Faculté de Médecine	02	Psychiatrie - Histoire des sciences et des techniques
Dr LANTIER Lionel	01.09-07.02.2017 - Faculté de Médecine	01	Neurobiologie
Dr M. PROKVA Marie	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	12	Epidémiologie - Histoire des sciences et des techniques
Dr M. DEVA-DEZSI Sandrine MCC01	Faculté de Médecine (Ecole de Médecine) / Faculté de Médecine	07	Psychiatrie - Histoire des sciences et des techniques
Dr ZIMMER Axelle	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	12	Épidémiologie - Histoire des sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr. Drs. GRIES Christian	MCC01	Médecine générale (01.02.2017)
Pr. Drs. GROS-DEJOURS Anne	MCC02	Médecine générale (01.05.2016)
Pr. Drs. CHILAUD Philippe	MCC03	Médecine générale (01.11.2016)
Pr. Drs. HILLO Philippe	MCC04	Médecine générale (01.11.2016)
Pr. Drs. KOKKI, M. Fabien	MCC05	Médecine générale (01.05.2016)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr CHEVRE Jukka	MCC01	2203 Médecine générale (01.02.2016)
Dr LORENZO Medico		2302 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr DEWOLF Claire	MCC01	Médecine générale (01.05.2016) (01.05.2016)
Dr GASSIOT Marie-Françoise		Médecine générale
Dr SCHEITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Dr M. ACHER-KESSLER Fab	MCC01	Professeur certifié d'Anglais (depuis 01.05.03)
Dr M. CANEAS Peggy	MCC01	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.03.2017)
Dr M. DE KROMPTON Anne-Sophie	MCC02	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.05.13)
Dr M. JUNGHEIMER Nicole	MCC03	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.05.03)
Dr M. MARTEL Sandrine	MCC04	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.05.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme Dr ANNECQ Françoise	<ul style="list-style-type: none"> • Filière médecine-obstétrique et Pédiatrie • Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue, Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCEL Marie	<ul style="list-style-type: none"> • Filière Oncologie médicale, hématologie et d'immunologie • Service d'Oncologie Médicale (OUMS)
Mme Dr GERARD Bernadette	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Cardiologie • Laboratoire de Coagulation, Carotidienne et Flux veineux Prof
Mme Dr GOUREUX Bernadette	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Pharmacopéuticobiologie • Service de Pharmacologie, Biochimie et Pharmacologie Prof
Dr KACHER PASCAL	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Cardiologie • Service de Soins de suite de Langue D'origine et d'origine étrangère (SFD) / Hôpital de la Fédération
Mme Dr KELLER Marie Françoise	<ul style="list-style-type: none"> • Filière Oncologie - ANKAT - Médecine préventive et diagnostic • Participations à des sociétés savantes de santé - La Fédération (FSSS)
Dr LÉFÈVRE Sylvain	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie (SMD) / Hôpital de Hautepierre • Service des Maladies Otorhinolaryngologiques et des Maladies de la Voix Prof
Mme Dr LICHTENAU Bernadette	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Cardiologie • Laboratoire de Biologie des lipoprotéines / DMCO de Cardiologie
Mme Dr MARTIN-HUKWICZ Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Cardiologie • Service Evaluation / Hôpital de la Fédération
Dr BASSON Sylvain	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Soins Préventifs et de Diagnostic • Service de Santé Publique - DM / Hôpital Prof
Mme Dr PETIT Marie	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie (SMD) • UMS
Dr FERRELLI Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie • Service de Soins Préventifs et de Diagnostic (SMD)
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Filière Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie - SMD • Filière de Soins Préventifs et de Diagnostic (SMD) / Hôpital de Hautepierre Prof
Mme Dr TONDRE GUSTERIE Odile	<ul style="list-style-type: none"> • Filière Oncologie • Service de Cardiologie Spécialisée / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr ZONCINI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Filière de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie • Centre Clinico-Biologique / DM / CMC
Mme DRORRY Marie	<ul style="list-style-type: none"> • Filière Oncologie - Soins Préventifs et de Diagnostic • Service des Maladies Otorhinolaryngologiques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Filière Oncologie - ANKAT - Médecine préventive et diagnostic • DM

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de 1964 à 1974 (10 ans de service) :
 CHAMPON Pierre (Oncologie et biologie moléculaire)
 WAM ET Jean Pierre (Généraliste et chirurgie des Maladies du système)
- de 1964 à 1974 (10 ans de service) :
 Mlle STEB Anick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- de 1964 à 1974 (10 ans de service) :
 Mlle COU DORIS (Soins Préventifs et de Diagnostic)
 WISNDORF Olyvia (Oncologie - DM) / DM
 Mlle M. B. M. (Soins Préventifs et de Diagnostic - Maladies du système)
 Mlle M. COU DORIS (Soins Préventifs et de Diagnostic)
- de 1964 à 1974 (10 ans de service) :
 Dr J. D. (Soins Préventifs et de Diagnostic - Maladies du système)
 DANON Jean-Marie (Soins Préventifs et de Diagnostic)
 ROFF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 WITTMANN H. (Soins Préventifs et de Diagnostic - Maladies du système)
- de 1964 à 1974 (10 ans de service) :
 DANON Marie (Soins Préventifs et de Diagnostic)
 M. M. (Soins Préventifs et de Diagnostic - Maladies du système)
 HERBERT Raul (Oncologie)
 STEB Anick (Chirurgie des Maladies du système)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

W. DEBIELE (Prof) - OMBLET - HOGAN (Professeur) - THOMAS (Professeur) - THOMAS (Professeur) - THOMAS (Professeur) - THOMAS (Professeur)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr CHANTON Dominique	2019-2020
Dr KINTZ Pascal	2019-2020
Dr LAMBERT Pascal	2019-2020
Dr LAMBERT Pascal	2019-2020
Dr MASTELLON Pascal	2019-2020
Dr M. M. M.	2019-2020
Dr M. M. M.	2019-2020

* à l'initiative du maître

Serment d'Hippocrate

“Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque.”

Remerciements

A Monsieur le Professeur Thomas VOGEL, vous me faites l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Docteur Fabien ROUGERIE, veuillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur Emmanuel BIDET, veuillez recevoir ma sincère gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

A Monsieur le Docteur Stéphane CARNEIN, merci de me faire l'honneur de diriger cette thèse. Je vous suis également très reconnaissante pour votre accueil et votre supervision au cours de mon stage de SASPAS au CDRS. Soyez certain de mes meilleurs sentiments.

A Monsieur Kévin RUMMEL, merci pour ton aide, tes conseils et pour le temps que tu m'as accordé pour la réalisation de cette thèse. Sois certain de ma profonde reconnaissance.

A toi Luc, mon futur mari, un grand merci pour tout l'amour et la bienveillance que tu me portes. Merci d'être à mes côtés chaque jour et en toute circonstance ; pour toutes ces belles années passées ensemble et celles à venir.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien chaleureux et infailible pendant toutes ces années. Merci pour tout l'amour que vous nous portez à Julie et à moi. Maman merci pour ta douceur et pour tes conseils toujours très avisés. Papa merci pour ta bienveillance et pour ton humour communicatif.

A Julie, ma petite sœur, merci d'être là, quoi qu'il arrive. En repensant aux chamailleries de notre enfance, cela me fait sourire. Quelle joie que notre relation soit devenue cette sincère complicité. Sache que je suis fière de toi.

A mes deux mamies, à ma marraine, à mes oncles, tantes, cousins, cousines, merci pour tous ces bons moments passés en famille, ils me sont précieux. A Marie et Clément, et à toutes nos vacances passées au moulin merci pour tous ces joyeux souvenirs de mon enfance. A la mémoire de mes grands-pères.

A ma belle famille, Karine, Pascal, Benoît, Marc, Denise et François, vous m'avez accueillie parmi vous si chaleureusement et si facilement. Je souhaite sincèrement vous remercier pour votre gentillesse et pour tous ces heureux moments passés ensemble.

A mes amis Champenois,

A Cécile, mon amie d'enfance, nous avons grandi ensemble , merci pour ces innombrables souvenirs. Aujourd'hui, malgré la distance et les années, notre amitié reste immuable, merci d'être toujours là.

A Alicia, Angéline et Cécile, merci pour cette belle amitié qui continue depuis le lycée ; pour tous ces beaux moments passés à vos côtés, et ceux à venir. Je suis vraiment heureuse de vous connaître.

A mes amies de la fac de Reims : Pauline, Caroline, Lison, Raphaëlle, Delphine, Marion, Solène, Angèle, Kathleen, Isaline, Alice ; merci pour ces journées et ces soirées passées à la fac, largement rythmées de joie et de rire. Merci à vous mais aussi aux garçons pour tous ces heureux souvenirs au cours de mon externat.

A mes rencontres et amis d'Alsace,

A Émilie, Jean Baptiste, Flore, Stanislas, Servan, merci pour ces longues et heureuses évasions printanières, ces superbes randonnées, à travers l'Alsace.

A l'équipe du 12 rue de l'académie : Rémy, Salma, Eugénie et Nicolas, merci pour ces innombrables et tumultueuses parties de catanes et pour ces savoureuses raclettes entre voisin.

Au B2 de l'internat de Mulhouse : Jonathan, Matthieu, Léontine, Charlène, Émilie, Amandine, Alex), merci pour votre bonne humeur, vous avez assurément égayé ma première année d'internat. Je suis heureuse de vous avoir rencontrés.

A mes co-internes, et aux équipes rencontrées au cours de mes divers stages, merci d'avoir participé de près ou de loin à ma formation de médecin. Et tout particulièrement merci à l'équipe de Médecine Interne de Mulhouse (Julie, Laurie, Leslie, Marie, Mathieu, William, Youyou), grâce à vous, ce stage restera mon meilleur souvenir en tant qu'interne.

Enfin, merci à tous mes maîtres de stage qui auront participé à la formation du médecin que je deviens chaque jour. Mais plus particulièrement merci à ceux de mon SASPAS; de Médecine Interne de l'Hôpital de Mulhouse et de Pédiatrie de l'Hôpital d'Haguenau, pour votre enseignement et votre bienveillance.

Glossaire

AES	Accompagnants Éducatif et Social
AMP	Aide Médico-Psychologique
AP	Activité Physique
APR	Activité Physique Régulière
APS	Activité Physique et Sportive
ARS	Agence Régionale de Santé
BBR	Balance Bénéfice/Risque
BPJEPS	Brevet Professionnel de l'Éducation Populaire de la Jeunesse et des Sports
CCAH	Comité national Coordination Action Handicap
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DAHLIR	Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers
DRDJSCS	Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale
ERP	Établissement Recevant du Public
ESAT	Établissement et Service d'Aide pour le Travail
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
FALC	Facile A Lire et à Comprendre
F.A.M.	Foyer d'Accueil Médicalisé
F.A.S.	Foyer d'Accueil Spécialisé
P.H.V	Personnes Handicapées Vieillissantes
FFH	Fédération Française du Handisport

FFSA	Fédération Française du Sport Adapté
HAS	Haute Autorité de Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
STAPS–APA	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives - Activité Physique Adaptée
TSA	Trouble du Spectre Autistique
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis

Table des matières

INTRODUCTION.....	25
DÉFINITIONS.....	27
I. L'activité physique.....	27
II. La sédentarité.....	28
III. Le handicap.....	28
IV. Le handicap mental.....	29
V. Le handicap psychique.....	30
VI. Foyer d'Accueil Spécialisé (F.A.S.).....	30
VII. Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.).....	31
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	32
I. Objectifs de l'étude.....	32
II. Population étudiée.....	33
A) Critères d'inclusion.....	33
B) Critères d'exclusion.....	33
III. Déroulement pratique de l'étude.....	33
A) Lieux.....	33
B) Dates.....	33
C) Questionnaires.....	34
D) Réalisation de l'enquête.....	35
E) Modalités réglementaires.....	36
IV. Saisie et exploitation des résultats.....	37
V. Projet initial.....	38
RÉSULTATS.....	39

I. Population.....	39
A) Établissements inclus.....	39
B) Caractéristiques des participants.....	39
1. Genre.....	39
2. Age.....	39
3. Profession.....	40
4. Structure.....	40
5. Intérêt pour le sujet.....	41
6. Image du sport et du handicap.....	41
II. Réponses aux questionnaires.....	42
A) Réponses communes.....	42
1. Quantité d'AP proposée aux résidents par l'établissement.....	42
2. Handicap des résidents.....	43
B) D'après les directeurs et le personnel soignant.....	44
1. Présence d'un éducateur sportif.....	44
2. Présence de programme autour de l'Activité Physique.....	44
C) D'après les directeurs et les éducateurs sportifs.....	45
1. Espace dédié.....	45
2. Équipement.....	45
3. Partenariat avec clubs ou associations.....	46
D) D'après les éducateurs sportifs et le personnel soignant.....	46
1. Mode de participation des résidents aux Activités Physiques.....	46
2. Impact de la Covid 19 sur l'Activité Physique des résidents.....	46
3. Type d'Activité Physique pratiquée par les résidents.....	47
4. Inscription des résidents en clubs et/ou associations.....	48

E) Réponses des directeurs d'établissement.....	49
1. Sensibilisation des directeurs à l'Activité Physique.....	49
2. Financement des activités physiques :.....	49
F) Réponses des éducateurs sportifs.....	50
1. Pathologies plus difficiles à encadrer.....	50
2. Motivations à la participation.....	50
3. Evolution des participations :.....	51
G) Réponses des personnels soignants.....	51
1. Déplacements des résidents.....	51
2. Sédentarité.....	52
3. Activité physique globale des résidents.....	52
III. Les motivations et les freins perçus par les répondants.....	53
A) Motivations à la pratique d'Activité Physique.....	53
B) Obstacles à la pratique d'Activité Physique.....	54
C) Pertinence d'une promotion de l'Activité Physique.....	55
DISCUSSION.....	56
I. Discussion des principaux résultats et de la littérature.....	56
A) Activité physique - En pratique.....	56
1. Population étudiée.....	56
2. Objectif principal.....	57
3. Activité Physique et handicap mental et/ou psychique.....	58
4. Sensibilisation des directeurs.....	59
5. Financement.....	59
6. Partenariats avec les établissements sportifs extérieurs.....	60
7. Inscription en clubs et associations des résidents.....	60

8. Sédentarité des résidents.....	61
9. Activité Physique des résidents.....	61
B) Activité physique – En théorie.....	63
1. Généralités.....	63
2. Freins à la pratique d’activité physique.....	66
3. Motivations à la pratique d’activité physique.....	69
4. La méta-analyse de Firth et al.....	71
II. Points forts et points faibles.....	72
A) Les points forts.....	72
1. Étude multicentrique.....	72
2. Questionnaires différents.....	72
3. Réglementation.....	73
B) Les points faibles.....	73
1. Biais.....	73
2. Trame du questionnaire.....	74
3. Analyse des avis et opinions.....	74
III. Perspectives.....	75
A) Promotion de l’Activité Physique, comment ?.....	75
B) Promotion de l’Activité Physique, par qui ?.....	77
C) Inclusion au milieu ordinaire.....	78
CONCLUSION.....	79
ANNEXES.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	103

TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Histogramme des âges des participants

Figure 2 : Diagramme en barre de l'image du sport auprès des participants

Figure 3 : Diagramme en barre sur la quantité d'AP proposée aux résidents

Figure 4 : Diagramme en barre des handicap des résidents

Figure 5 : Diagramme en barre indiquant la présence d'un éducateur sportif dans l'établissement selon les directeurs et le personnel soignant

Figure 6 : Diagramme en barre indiquant la présence d'un programme autour de l'AP dans l'établissement selon les directeurs et le personnel soignant

Figure 7 : Diagramme en barre indiquant la présence d'un espace dédié à l'AP dans l'établissement selon les directeurs et les éducateurs sportifs

Figure 8 : Diagramme en barre indiquant l'adaptation de l'équipement pour l'AP selon les directeurs et les éducateurs sportifs

Figure 9 : Diagramme en barre indiquant la présence de partenariats entre l'établissement et certains clubs ou associations sportifs selon les directeurs et les éducateurs sportifs

Figure 10 : Diagramme en barre indiquant les modifications concernant la pratique d'AP suite à la Covid 19 selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs

Figure 11 : Diagramme en barre indiquant les AP pratiquées par les résidents selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs

Figure 12 : Diagramme en barre indiquant le pourcentage de résidents inscrits en club ou association sportifs selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs

Figure 13 : Diagramme en barre indiquant le pourcentage de résidents inscrits en club ou association sportifs selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs

Figure 14 : Diagramme en barre indiquant les sources d'information des directeurs sur l'AP des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique

Figure 15 : Diagramme en barre indiquant les pathologies plus difficiles à encadrer selon les éducateurs sportifs

Figure 16 : Diagramme en barre indiquant les motivations des résidents à la pratique d'AP selon les éducateurs sportifs

Figure 17 : Diagramme en barre indiquant l'évolution du nombre de participants à leurs séances d'AP selon les éducateurs sportifs depuis leur début

Figure 18 : Diagramme en barre indiquant les modes de déplacement des résidents selon le personnel soignant

Figure 19 : Diagramme en barre indiquant la quantité horaire de sédentarité des résidents selon le personnel soignant

Figure 20 : Diagramme en barre indiquant la quantité horaire d'AP des résidents selon le personnel soignant

Figure 21 : Diagramme en barre indiquant les motivations des résidents à la pratique d'AP selon tous les participants

Figure 22 : Diagramme en barre indiquant les obstacles à l'AP des résidents selon les participants

Figure 23 : Diagramme en barre indiquant le degré de pertinence d'une promotion de l'AP auprès des résidents perçu par les participants

Figure 24 : Diagramme en barre indiquant le type de promotion la plus pertinente selon les participants

Tableau 1 : Description du genre des participants

Tableau 2 : Réponses aux questionnaires en fonction de l'intérêt sur le sujet

Tableau 3 : Impact de la Covid 19 sur le nombre des participants aux activités physiques.

INTRODUCTION

« Dès les années 200-300, GALIEN, qui a repris les principes d'HIPPOCRATE, avait remarqué que les meilleurs exercices thérapeutiques étaient ceux qui mobilisaient le corps et distrayaient l'esprit. » (1)

Depuis plusieurs années, des objectifs de santé visent à limiter la sédentarité et promouvoir l'activité physique (AP) au sein de la population générale. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que quatre à cinq millions de décès pourraient être évités chaque année si la population mondiale était physiquement plus active. Dans ce contexte, elle donne comme objectif de réduire l'inactivité physique de 15 % d'ici 2030 (2).

De façon complémentaire, d'autres objectifs de santé visent à améliorer la santé globale des personnes en situation de handicap. L'OMS estime que plus d'un milliard de personnes, (soit environ 15% de la population mondiale), présentent une forme ou une autre de handicap. Ce nombre est en constante augmentation du fait des tendances démographiques et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. L'OMS indique également que leurs services de santé sont systématiquement de mauvaise qualité et sous-financés (3).

L'inclusion par le sport est un sujet d'actualité. Selon l'article L100-1 du Code du Sport : «Les Activités Physiques et Sportives (APS) constituent un élément important de l'éducation, de la culture, de l'intégration et de la vie sociale. Elles contribuent notamment à la lutte contre l'échec scolaire et à la réduction des inégalités sociales et culturelles, ainsi qu'à la santé. La promotion et le développement des activités sportives pour tous, notamment pour les personnes handicapées sont d'intérêt général» (1).

L'histoire du handisport en France commence en 1954 avec la création de l'Association des mutilés de France, ancêtre de la Fédération Française du Handisport (FFH) créée en 1977. Celle-ci élabore des règles sportives pour la pratique de personnes ayant un handicap physique ou sensoriel. Elle fut reconnue d'utilité publique en 1983 (4). La Fédération Française du Sport Adapté (FFSA), quant à elle, fut créée en 1971 ; initialement sous le nom de *Fédération française d'éducation par le sport des personnes handicapées mentales*. Elle aménage les règles du sport pour la pratique de personnes vivant avec un handicap mental ou psychique. Elle ne fut reconnue d'utilité publique qu'en 1999 (5).

L'inclusion par le sport a donc d'abord été reconnu pour les handicap moteur et sensoriel. De la même manière, les études sur l'AP des personnes en situation de handicap sont bien plus documentées dans le cadre du handicap moteur que dans celui des handicap mental et psychique.

La sédentarité et les problématiques de motivation sont estimées plus importants et plus complexes au sein de cette population. L'une des causes principales est l'apathie, symptôme transnosographique du handicap mental et psychique (6). A cela s'ajoute une prescription très fréquente de neuroleptiques (7), ce qui accentue les symptômes d'asthénie et d'apathie dans cette population.

Le Plan Régional Santé Grand Est 2018-2028 présente 7 axes stratégiques, parmi lesquels figure la prévention de la santé, y compris de l'activité physique ; ainsi que l'amélioration de l'accès aux soins et l'autonomie des personnes en situation de handicap (8). Aussi notre travail a choisi de s'intéresser à la question suivante : Qu'en est-il en pratique ? Quelle est la place actuelle de l'activité physique au sein de Foyers d'Accueil Spécialisé et de Foyers d'Accueil Médicalisé en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique ?

DÉFINITIONS

I. L'activité physique

L'OMS définit l'AP comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie» (9).

L'AP comprend tous les mouvements effectués dans les actes de la vie quotidienne : tâches domestiques (rangement, ménage), loisirs (sport, bricolage, jardinage...), travail, ou encore les déplacements (marche, vélo).

L'OMS recommande de pratiquer au moins 150 à 300 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée; ou au moins 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue. Dans le cadre du handicap ou du vieillissement, l'OMS encourage également à pratiquer, 3 fois par semaine ou plus, des activités variées, notamment en mettant l'accent sur l'équilibre fonctionnel et des exercices de force, dans le but d'améliorer les capacités fonctionnelles et de prévenir les chutes (9).

L'intensité d'une AP peut être mesurée en équivalent métabolique aussi appelé MET. Un MET correspond à l'énergie dépensée en étant assis et au repos sur une minute. Ainsi une activité d'une valeur de 5 MET équivaut à 5 fois l'énergie et les calories dépensées en étant au repos. Par exemple : jardiner ou faire des tâches ménagères représenterait une dépense de 4 MET ; monter des escaliers de 5 MET ; faire du vélo à vitesse modérée de 7,5 MET ; faire de la course à pied de 8 MET (10). Une AP d'intensité modérée correspond à une valeur MET comprise entre 3 et 6.

II. La sédentarité

La sédentarité représente le temps passé assis ou allongé pendant la période d'éveil, entre le lever et le coucher (comprenant repas, déplacements motorisés, travail à un bureau, temps devant un écran..). Il est conseillé de passer moins de huit heures d'activité sédentaire par jour (11).

En effet, l'OMS recommande de limiter le temps de sédentarité et de la remplacer par une AP quelle qu'en soit l'intensité. Elle représente l'un des principaux facteurs de risque de mortalité liés aux maladies non transmissibles. Les personnes avec une AP insuffisante ont un risque de décès majoré de 20 % à 30 % par rapport à celles qui sont suffisamment actives (9).

Il faut distinguer la sédentarité de l'inactivité physique qui représente un temps d'AP d'intensité modéré inférieur à 150 minutes par semaine.

III. Le handicap

La loi « Handicap » du 11 février 2005, définit le handicap comme «(...) toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (12).

Depuis 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du Handicap et de la Santé de l'OMS distingue trois catégories dans le handicap (13) : La déficience (structures anatomiques, fonction d'organe), la limitation d'activité et la restriction de participation. Chacune de ces catégories étant en perpétuelle interaction avec la santé de la personne et avec les facteurs personnels et environnementaux. De cette façon, une même

déficience n'aura pas les mêmes répercussions sur les activités ou les participations d'une personne à une autre.

D'après le référentiel officiel des ECNi de psychiatrie et addictologie de 2016 : « la notion de handicap tient compte de la situation sociale du sujet et de la perception qu'il en a. Le handicap n'est pas un état, mais est fonction d'un contexte donné, ce qui revient à parler plutôt de « situation de handicap » » (14).

IV. Le handicap mental

Le handicap mental, ou déficience intellectuelle correspond à un développement mental arrêté ou incomplet, d'après le Comité national Coordination Action Handicap (CCAH). Il se caractérise par une insuffisance des facultés notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales (15).

Il apparaît souvent dès la naissance, et présente une évolution reconnue plutôt stable. Les causes du handicap mental sont multiples: pathologies génétiques, exposition toxique pendant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...), souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité, ou encore certaines maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies (15).

L'UNAPEI estime, en 2015, le nombre de personnes vivant en situation de handicap mental en France, entre 650 000 et 700 000 (16).

V. Le handicap psychique

Le handicap psychique, est secondaire à la maladie psychique (psychoses, et en particulier la schizophrénie ; trouble bipolaire; troubles graves de la personnalité; ou encore certains troubles névrotiques graves comme les troubles obsessionnels compulsifs (TOC)). Contrairement au handicap mental, il apparaît souvent à l'âge adulte, et la symptomatologie est instable, imprévisible. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer dans le temps, mais c'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La prise de médicaments est souvent nécessaire, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider. (15)

Le CCAH indique que la notion de handicap psychique a été retenue avec la loi du 11 février 2005 dite loi sur le handicap (15).

D'après le référentiel officiel des ECNi de psychiatrie et addictologie de 2016, le nombre de personne présentant un handicap psychique en France est estimé à 700 000. Il s'agit de la première cause de mise en invalidité par la sécurité sociale (14).

VI. Foyer d'Accueil Spécialisé (F.A.S.)

Les F.A.S. mettent en œuvre des soutiens médico-sociaux destinés aux adultes handicapés qui disposent d'une certaine autonomie et qui ne relèvent pas d'une admission en Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) ou en Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.). Ces adultes handicapés ne sont pas non plus aptes à exercer un travail productif, y compris en Établissement et Service d'Aide pour le Travail (E.S.A.T.). Ils proposent des activités quotidiennes diversifiées et adaptées à leurs résidents. L'un des principaux objectifs est de leur apporter un cadre de vie sécurisant. L'accent est mis sur l'accompagnement socio-

éducatif, et le développement de l'autonomie, ou du moins, la prévention de toute forme de régression (17).

VII. Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.)

Les F.A.M. accueillent des personnes en situation de handicap (physiques et/ou mentales et/ou sensoriels) qui nécessitent l'assistance d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes du quotidien mais aussi d'une surveillance médicale et des soins constants. Leur état de dépendance plus ou moins important au quotidien les rend inaptes à toute activité professionnelle. Il s'agit d'une structure à la fois occupationnelle et de soins (17).

F.A.M. et F.A.S. sont tous deux des types d'Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Objectifs de l'étude

Notre étude cherchait à réaliser un état des lieux sur la place de l'AP au sein des établissements F.A.S. et F.A.M. en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Ainsi notre objectif principal était de quantifier les établissements qui proposent des APS.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser :

1- Les différents moyens mis à disposition pour cela

(éducateurs sportifs, programmes, espace dédié, équipements, partenariats, financements)

2- L'AP réellement pratiquée par les résidents

(type d'AP, déplacement, sédentarité, AP globale, pathologies plus difficiles)

3- Les freins et les motivations à la pratique d'AP des résidents, perçus par les professionnels interrogés.

4- L'intérêt d'une promotion de l'AP perçu par les professionnels interrogés.

Pour cette étude, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative, épidémiologique descriptive, multicentrique, sous la forme d'une série de cas.

II. Population étudiée

A) Critères d'inclusion

Les établissements médico-sociaux F.A.S. et/ou F.A.M. et/ou F.A.S. P.H.V (=Personnes Handicapées Vieillissantes) localisés en Alsace, accueillant des résidents en situation de handicap mental et/ou psychique, et dont le directeur avait rempli un formulaire de consentement de participation à l'étude ont été inclus.

B) Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude :

- les établissements accueillant des résidents présentant uniquement un handicap moteur.
- les établissements accueillant des résidents mineurs.
- les accueils de jour ou hébergements de court séjour.

III. Déroulement pratique de l'étude

A) Lieux

Tous les établissements F.A.S. et F.A.M. d'Alsace dont les directeurs ont accepté la participation à l'étude.

B) Dates

L'enquête a débuté en janvier 2021 et s'est terminée en juillet 2021 avec deux relances par mail en mars puis en juin 2021.

C) Questionnaires

Tout d'abord, un entretien téléphonique a été réalisé avec G. KOERPER, éducateur sportif du CDRS de COLMAR pour orienter les différents questionnaires. Nous avons alors discuter de l'organisation et des difficultés rencontrées autour de l'AP dans l'établissement.

Ensuite, pour répondre à nos objectifs et pour avoir une vue globale, nous avons choisi d'interroger les différents professionnels travaillant au sein des établissements, qui côtoient et connaissent bien ces espaces de vie.

Ainsi, trois questionnaires différents ont été créés, à l'aide du logiciel LimeSurvey® : un à l'intention des directeurs, un à l'intention des professionnels paramédicaux, et un à l'intention des éducateurs sportifs. De cette façon, chaque corps de métier a pu être interrogé plus spécifiquement.

Ces questionnaires ont été élaborés à l'aide des données de la littérature qui seront davantage détaillées dans la discussion.

Chacun d'entre eux étaient composés de trois parties :

- La première partie, précisait les données socio-démographiques concernant les participants et les établissements : sexe, âge, profession, type d'établissement, nombre de résidents, intérêt pour le sujet.
- La deuxième partie, différente selon la profession exercée par le participant, s'intéressait aux liens entre l'établissement, les résidents et l'AP :
 - *Questions communes* : quantité de demi-journée par semaine d'AP proposée par l'établissement aux résidents, mode de participation des résidents à ses activités, catégories de handicap rencontrés.
 - *Questions spécifiques aux personnels soignants* : mode de déplacement des résidents, leur sédentarité, leur pratique globale d'AP.

- *Questions spécifiques aux éducateurs sportifs* : évolution des participations, motivations des résidents, pathologies plus difficiles à encadrer.

- *Questions spécifiques aux directeurs* : sensibilisation à l'AP, existence d'un financement dédié à l'AP.

- *Questions communes aux personnels soignants et aux éducateurs sportifs* : type d'AP des résidents, leur inscription en club et/ou association sportif, impact de la pandémie à la Covid 19.

- *Questions communes aux directeurs et aux éducateurs sportifs* : espace dédié à la pratique d'AP, équipements, partenariats avec club et/ou association sportifs.

- *Questions communes aux directeurs et aux personnels soignants* : présence d'un éducateur sportif, d'un programme autour de l'AP,

- Enfin la troisième partie questionnait les participants sur leur propre opinion concernant les freins, les motivations, et la pertinence d'une promotion de l'AP chez les résidents.

D) Réalisation de l'enquête

La liste des 46 établissements F.A.M. et/ou F.A.S. d'Alsace a été établie à l'aide du site internet de l'annuaire social, consulté en janvier 2021. Chacun de ces établissements a d'abord été contacté par téléphone, afin de demander un entretien téléphonique avec le directeur d'établissement si possible. Une adresse mail était demandée, dans tous les cas, afin de communiquer sur ce projet.

Dans un deuxième temps, un mail était envoyé, indiquant ou rappelant l'objet de l'étude. Un formulaire de consentement (ANNEXE 1) était joint à ce mail. En le remplissant, les directeurs des établissements pouvaient ainsi signaler leur accord quant à l'inclusion de l'établissement dans l'étude.

L'ensemble des formulaires complétés a été conservé sur un disque dur à mon domicile jusqu'à la soutenance de la thèse. Ils seront ensuite supprimés.

Les établissements ainsi inclus, ont ensuite reçu par mail les 3 liens URL (un pour chaque questionnaire), qui devaient être relayés, comme convenu, par les secrétaires de direction aux différents professionnels concernés travaillant dans l'établissement. Aucune consigne de sélection du personnel ou de limite de nombre n'a été donnée pour la diffusion des questionnaires.

E) Modalités réglementaires

Une note d'information (ANNEXE 2) était établie au début de chaque questionnaire. Elle expliquait aux participants : l'objectif de l'étude, le cadre de la thèse d'exercice en médecine générale, le principe de participation sur volontariat et de l'anonymat de chaque réponse. Une adresse mail, spécifiquement créée pour cette étude, était également précisée permettant à toute personne qui le souhaitait de pouvoir me demander des compléments d'information.

Afin de préserver l'anonymat des participants, le nom et le lieu de l'établissement n'étaient pas demandés dans le questionnaire, l'âge était renseigné par tranche d'âge. En effet, une information indiquant un participant de tel âge, avec telle profession dans telle structure aurait permis de retrouver aisément l'identité de certains participants.

De plus, notre recherche a été inscrite au registre de traitements de l'université. La fiche est consultable à l'adresse suivante : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-411>

IV. Saisie et exploitation des résultats

Les réponses déjà anonymes, réceptionnées sur LimeSurvey® ont d'abord été reportées sur un fichier tableur LibreOffice®. Les questionnaires ont ensuite été fermés puis supprimés.

Seul S. CARNEIN, directeur de thèse, K. RUMMEL, psychologue travaillant au CDRS de Colmar, et moi-même avons eu accès au fichier.

Les données ont été stockées sur un disque dur externe, gardé en sécurité à mon domicile. Une fois la soutenance de la thèse passée, celles-ci seront supprimées par chacune des trois personnes les possédant.

Afin d'analyser les résultats, le logiciel ShinyStat® créé par le Groupe de Méthode en Recherche Clinique (GMRC) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) a été utilisé.

Les variables qualitatives ont été présentées par leur effectif et leur pourcentage, et représentées par des diagrammes en barre.

Concernant les variables quantitatives, plusieurs réponses aux questionnaires fonctionnant par quartile, les médianes de ces intervalles ont été intégrées dans le tableur LibreOffice®.

Ainsi : 12.5 % était retenu pour les intervalles de 0 à 25 % (=1^{er} quartile), 37.5 % pour le 2^e quartile, 62.5 % pour le 3^e quartile, et 87.5 % pour le 4^e quartile.

V. Projet initial

Au début de l'année 2020, le projet de ce travail, était d'étudier l'impact d'une promotion de l'AP auprès d'une population en situation de handicap mental et/ou psychique, en F.A.S. et F.A.M. en Alsace. Il était prévu que cette étude se fasse en trois temps.

Dans un premier temps, un questionnaire aurait été déployé au sein des établissements, rempli avec l'aide des éducateurs spécialisés, connaissant au mieux le quotidien des résidents, pour définir le type et la quantité d'AP pratiquée par les résidents.

Dans un deuxième temps, une demi-journée aurait été organisée dans les établissements afin d'informer les résidents, leur entourage, les équipes soignantes, sur les bénéfices attendus d'une pratique régulière d'AP. Ces informations auraient été données oralement, sous forme d'une présentation avec un diaporama, adapté au public, en grands groupes. Il était également question de laisser des affiches dans les établissements, pour que les résidents aient des rappels au quotidien sur bénéfices de l'AP.

Dans un troisième temps, nous devions revenir six mois plus tard avec à nouveau un questionnaire évaluant le type et la quantité d'AP pratiquée par les résidents. L'objectif aurait été d'analyser si un changement dans le quotidien des résidents s'était produit ou non suite à notre intervention.

A cause de la pandémie à la Covid 19 et des différents confinements qui en ont découlé, empêchant tout rassemblement et n'étant pas du tout propice à pratique d'AP, nous avons fini par abandonner ce projet initial. Nous nous sommes ensuite tournés vers la réalisation d'un bilan global sur l'AP pratiquée et proposée actuellement en F.A.S. et F.A.M. en Alsace. Celui-ci pourrait alors ouvrir vers d'autres études complémentaires.

RÉSULTATS

I. Population

A) Établissements inclus

Sur 46 établissements contactés d'abord par téléphone puis par mail selon la liste des F.A.S.-F.A.M. d'Alsace retrouvée sur l'annuaire social via internet :

- 28 ont accepté de participer.
- 1 a refusé de participer, sans évoquer de cause.
- 2 ont été écartés devant la présence de handicap moteur uniquement
- 15 n'ont pas donné de réponse.

B) Caractéristiques des participants

1. Genre

Une majorité de femme a participé à notre étude.

Tableau 1 : Description du genre des participants

	Effectifs	Proportions
Femme	85	73.91 %
Homme	30	26.09 %
Total	115	100 %

2. Age

La moyenne d'âge des participants était de 41,91 ans avec un écart type de 10,24. La médiane était de 45 ans, avec 2 participants de moins de 20 ans et un de plus de 60 ans.

Les réponses étant demandées par tranche d'âge dans les questionnaires, la moyenne d'âge a été calculée en intégrant la médiane de chaque tranche d'âge des participants.

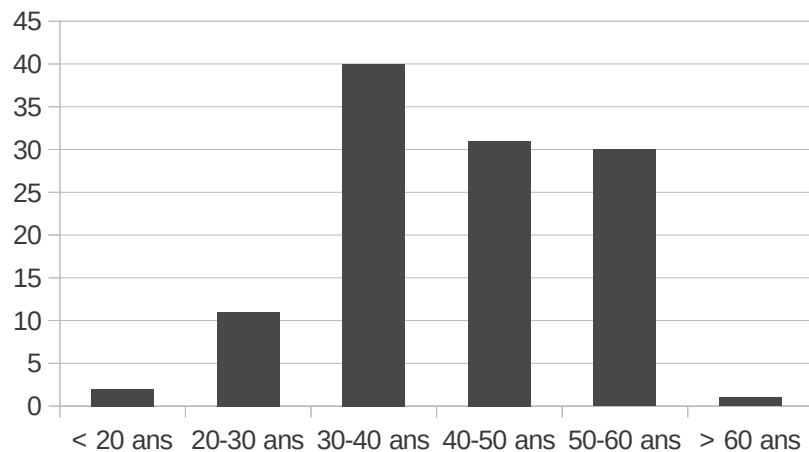


Figure 1 : Histogramme des âges des participants

3. Profession

Parmi les 113 participants :

- 54 % étaient des professionnels paramédicaux
- 27 % étaient des directeurs d'établissement médico-sociaux.
- 19 % étaient des éducateurs sportifs.

Le personnel soignant était représenté par de nombreuses professions : 26 éducateurs spécialisés, 9 Aides Médico-Psychologique (AMP), 6 aides-soignantes, 5 moniteurs éducateurs, 3 Accompagnants Éducatif et Social (AES), 3 infirmières, 3 psychologues, 2 auxiliaires de vie, ainsi que 1 animatrice, 1 cadre supérieur de santé, 1 chef de service éducatif et 1 ergothérapeute. Aucun kinésithérapeute n'a répondu à notre questionnaire.

4. Structure

Parmi les 28 établissements participants nous retrouvons : 75,1 % de F.A.S., 39,4 % de F.A.M., et 14 % de F.A.S.P.H.V.. Certains établissements pouvaient être à la fois F.A.S. et/ou F.A.M. et/ou F.A.S.P.H.V..

Les plus petites structures étaient également les plus nombreuses avec 62,6 % accueillant moins de 50 résidents, 20,9 % accueillant de 50 à 100 résidents, 13 % accueillant de 100 à 150 résidents, et 3,5 % accueillant plus de 150 résidents.

5. Intérêt pour le sujet

Le sujet de d'AP des personnes en situation de handicap était important pour 75,7 % des participants ; 17,4 % le trouvaient intéressant, 6,1 % y portaient une certaine curiosité, et 0,9 % n'y trouvaient pas d'intérêt.

Nous avons pu constater que plus les intervenants étaient intéressés par le sujet de l'AP, plus les questionnaires retournés étaient complets, de façon statistiquement significative selon le test de Fischer (avec $p = 0,006$).

Tableau 2 : Réponses aux questionnaires en fonction de l'intérêt sur le sujet

Intérêt Sujet	Questionnaire		
	Complet	Incomplet	Total
Aucun	0 (=0%)	1 (=100%)	1 (=100%)
Curiosité	2 (=28.57%)	5 (=71.43%)	7 (=100%)
Intéressant	16 (=80%)	4(=20%)	20 (=100%)
Important	70 (= 80.46%)	17 (=19.54%)	87 (=100%)
Total	88 (=76.52%)	27 (=23.48 %)	115 (=100%)

Au total 115 questionnaires ont été réceptionnés, dont 88 (soit 76.52 %) sont revenus complets .

6. Image du sport et du handicap

Plus de la moitié des participants considérait que le sport au sein d'une population vivant avec un handicap mental et/ou psychique présentait beaucoup d'avantages, et que la balance bénéfice/risque (BBR) leur semblait identique à celle de la population générale.

Les directeurs pensaient davantage que la BBR était inférieure à la population générale par rapport à l'ensemble des participants. Et les éducateurs sportifs reconnaissaient davantage les difficultés à la pratique de sport face au handicap.

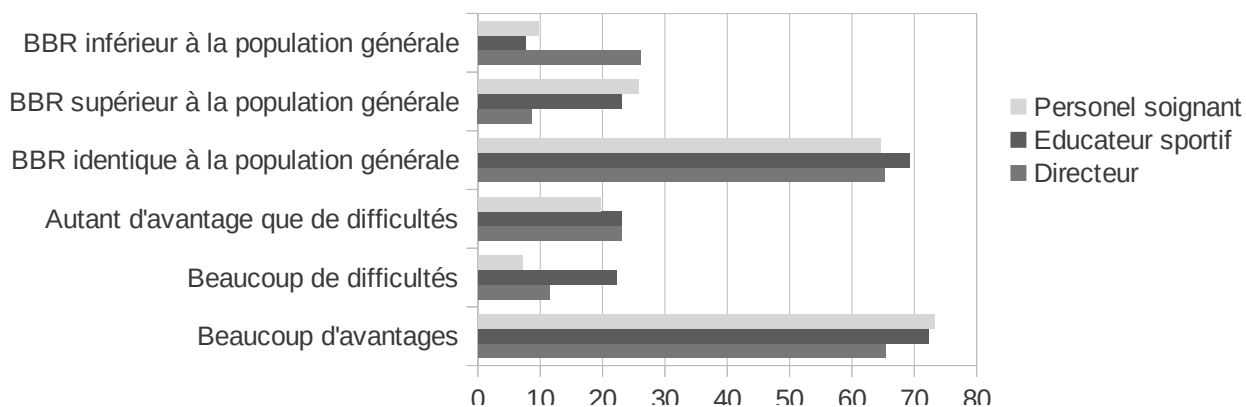


Figure 2 : Diagramme en barre de l'image du sport auprès des participants

II. Réponses aux questionnaires

A) Réponses communes

1. Quantité d'AP proposée aux résidents par l'établissement

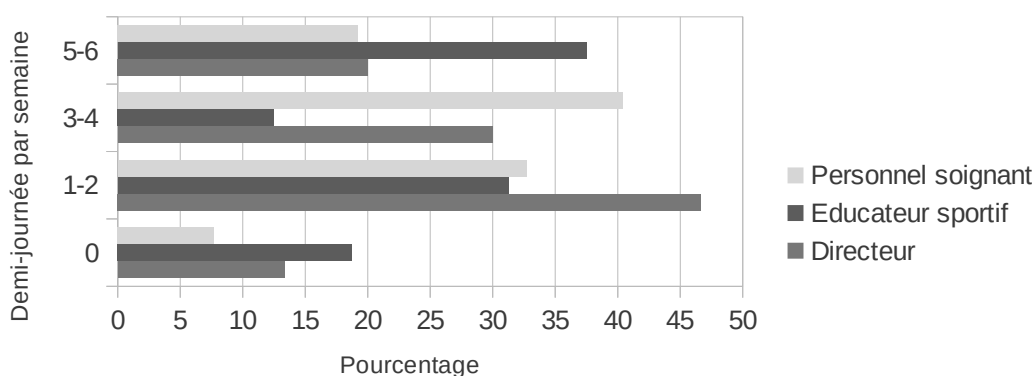


Figure 3 : Diagramme en barre sur la quantité d'AP proposée aux résidents

Les résultats concernant la quantité d'AP en demi-journées par semaine proposée aux résidents par les établissements étaient très hétérogènes. Les directeurs des établissements ont majoritairement estimé 1 à 2 demi-journées par semaine ; le personnel soignant a surtout estimé 3 à 4 demi-journées par semaine ; et les éducateurs sportifs plutôt 5 à 6 demi-journées par semaine.

2. Handicap des résidents

La majorité des handicaps rencontrés dans les établissements participant étaient mentaux et psychiques, comme souhaité dans l'étude.

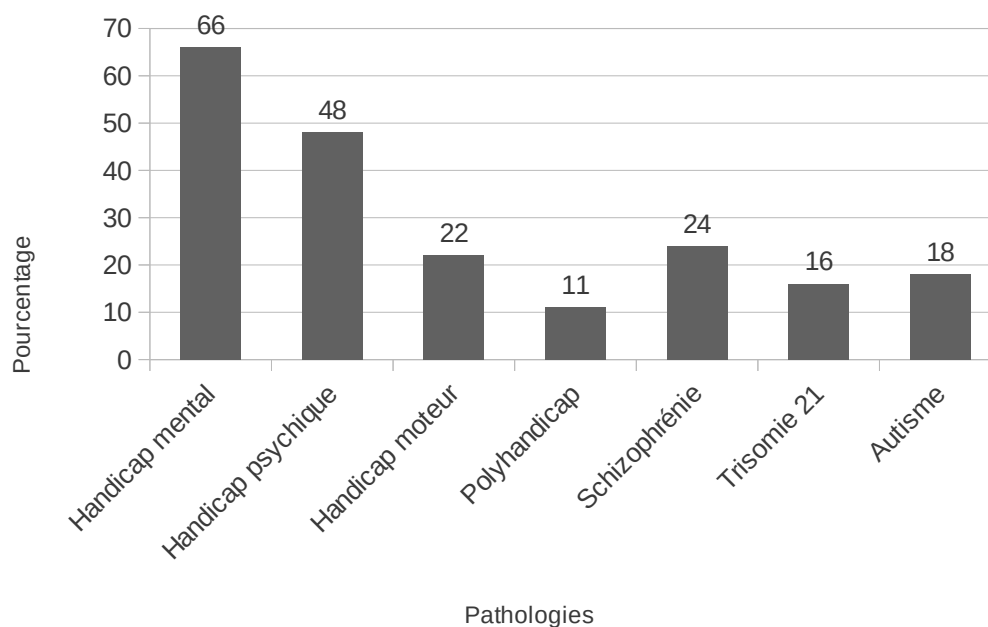


Figure 4 : Diagramme en barre des handicap des résidents

B) D'après les directeurs et le personnel soignant

1. Présence d'un éducateur sportif

La plupart des participants (57,14 %) ont indiqué la présence d'un éducateur sportif au sein de l'établissement.

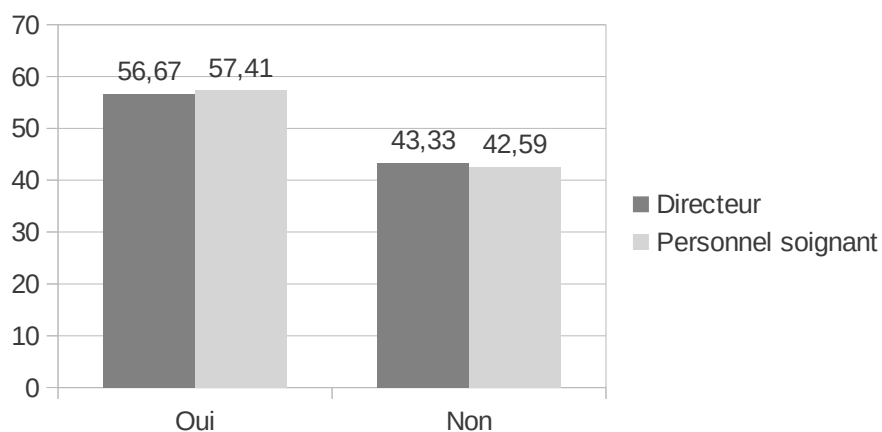


Figure 5 : Diagramme en barre indiquant la présence d'un éducateur sportif dans l'établissement selon les directeurs et le personnel soignant

2. Présence de programme autour de l'Activité Physique

Une nette majorité des participants (90,48%) a indiqué la présence d'un programme autour de l'AP dans l'établissement.

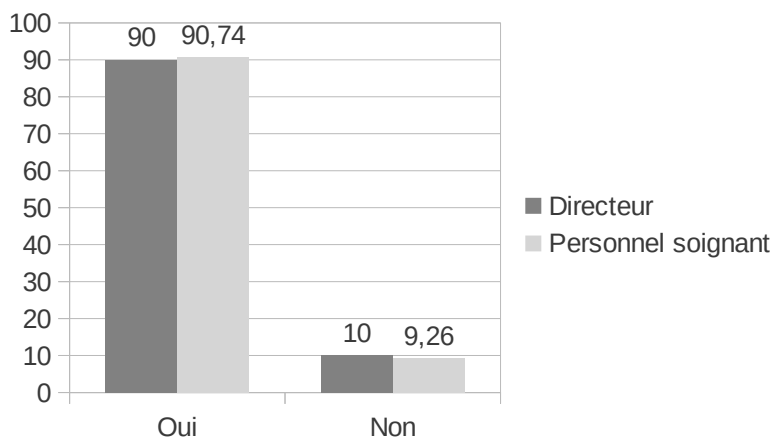


Figure 6 : Diagramme en barre indiquant la présence d'un programme autour de l'AP dans l'établissement selon les directeurs et le personnel soignant

C) D'après les directeurs et les éducateurs sportifs

1. Espace dédié

Parmi les directeurs et les éducateurs sportifs, 78,26 % ont signalé la présence d'un espace dédié à la pratique d'AP dans l'établissement.

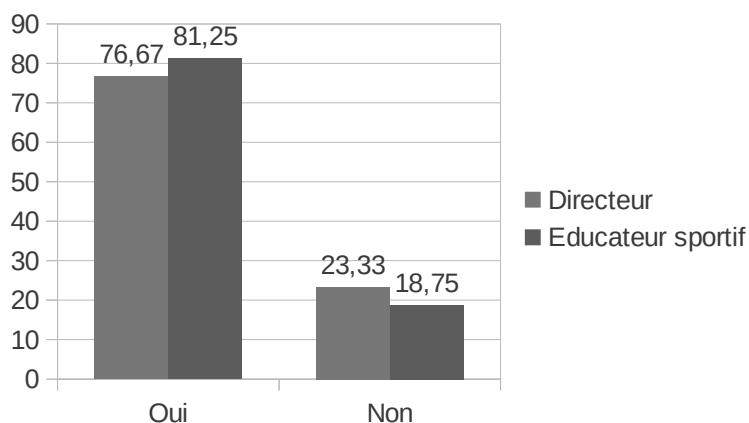


Figure 7 : Diagramme en barre indiquant la présence d'un espace dédié à l'AP dans l'établissement selon les directeurs et les éducateurs sportifs

2. Équipement

Parmi eux, 71,74% considéraient que les équipements pour la pratique d'AP étaient adaptés, 13,04% qu'ils étaient très bien adaptés, 8,70% qu'ils étaient inadaptés, et 6,52% ont répondu qu'ils n'étaient pas spécifiques.

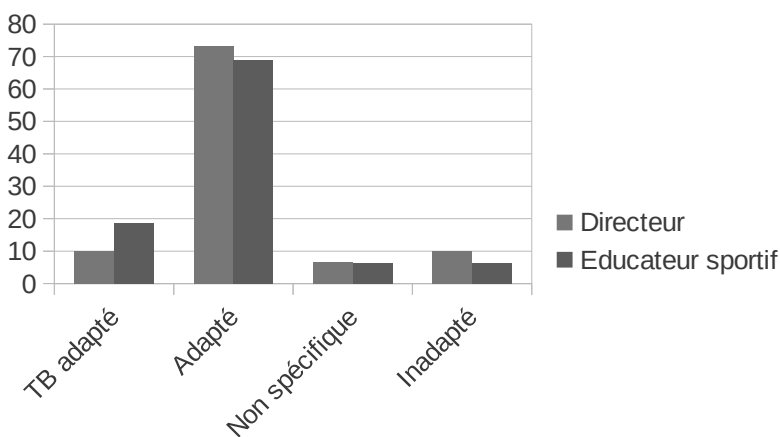


Figure 8 : Diagramme en barre indiquant l'adaptation de l'équipement pour l'AP selon les directeurs et les éducateurs sportifs

3. Partenariat avec clubs ou associations

Parmi les répondants, 64,44% indiquaient la présence de partenariats entre l'établissement et certains clubs et/ou associations extérieurs.

Nous pouvons remarquer qu'il existe une différence notable entre les 2 types de professions : avec d'un côté les directeurs qui estimaient ces partenariats à 76,67 %, et de l'autre côté les éducateurs sportifs qui les estimaient à 40,00 %.

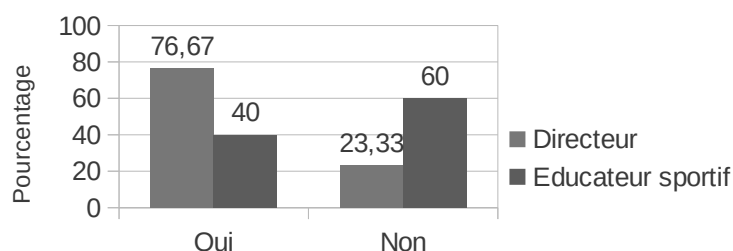


Figure 9 : Diagramme en barre indiquant la présence de partenariats entre l'établissement et certains clubs ou associations sportifs selon les directeurs et les éducateurs sportifs

D) D'après les éducateurs sportifs et le personnel soignant

1. Mode de participation des résidents aux Activités Physiques

D'après les professionnels interrogés : 42,18 % des résidents pratiqueraient les AP proposées au sein de l'établissement dans le cadre d'un projet, 34,37 % y participeraient dans le cadre d'un projet sur la base du volontariat, et 23,44 % seraient uniquement sur du volontariat.

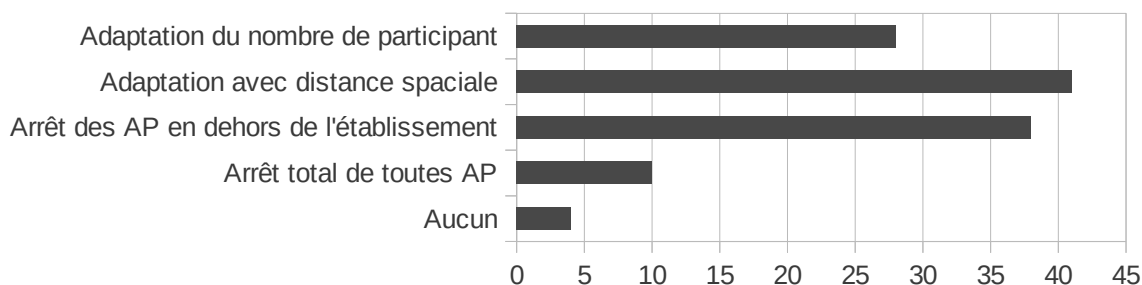
2. Impact de la Covid 19 sur l'Activité Physique des résidents

Les professionnels qui ont répondu aux questionnaires ont estimé qu'une moyenne de 58,66 % des résidents participaient aux AP avant la pandémie Covid 19 contre 50,31 % au cours de l'année 2021.

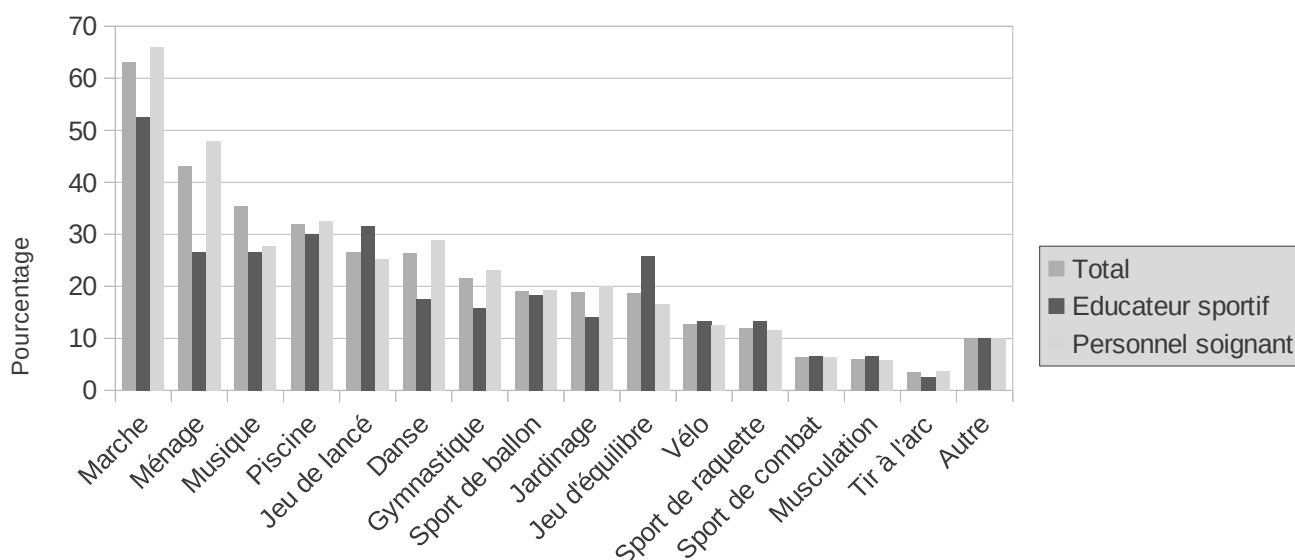
Tableau 3 : Impact de la Covid 19 sur le nombre des participants aux activités physiques

Participation des résidents	Avant la pandémie, en 2020	Pendant l'année 2021
Moyenne en pourcentage	58,66 %	50,31 %

Pendant l'année 2021, plusieurs adaptations ont été réalisées, afin de permettre aux résidents de poursuivre les activités. Pour autant, 10 personnes sur 69 ont répondu avoir constaté un arrêt total de toutes les AP.

**Figure 10 : Diagramme en barre indiquant les modifications concernant la pratique d'AP suite à la Covid 19 selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs**

3. Type d'Activité Physique pratiquée par les résidents

**Figure 11 : Diagramme en barre indiquant les AP pratiquées par les résidents selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs**

4. Inscription des résidents en clubs et/ou associations

Selon les professionnels interrogés, une majorité de résidents (65,22%) étaient inscrits en clubs sportifs ou associations sportives en dehors de l'établissement.

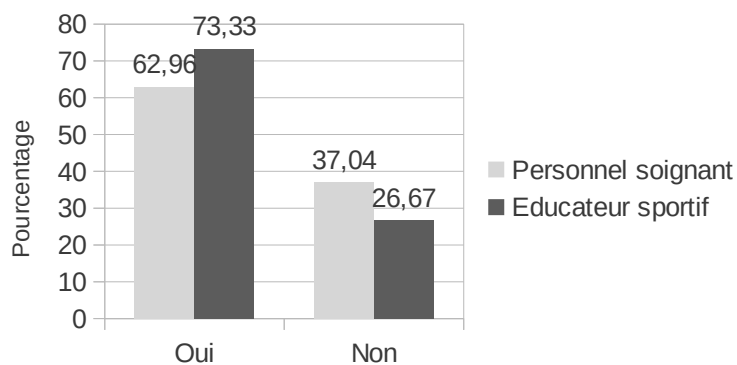


Figure 12 : Diagramme en barre indiquant le pourcentage de résidents inscrits en clubs ou associations sportifs selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs

Parmi les résidents inscrits dans des structures extérieures, les professionnels indiquaient qu'une majorité à 49,27% était en associations sportives contre 30,43% dans les clubs sportifs.

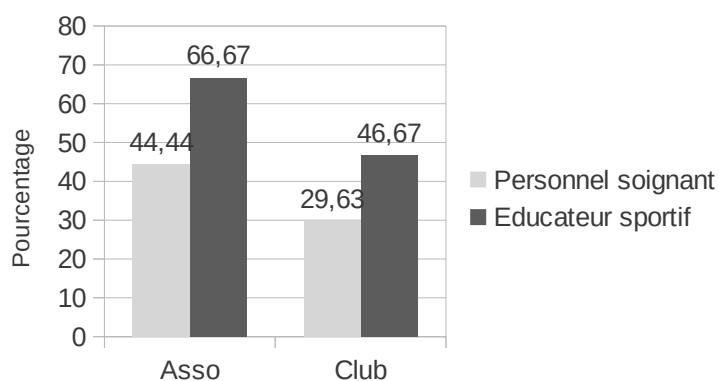


Figure 13 : Diagramme en barre indiquant le pourcentage de résidents inscrits en club ou association sportifs selon le personnel soignant et les éducateurs sportifs

E) Réponses des directeurs d'établissement

1. Sensibilisation des directeurs à l'Activité Physique

22 directeurs sur 30 (soit 73,3 %) ont indiqué avoir été sensibilisé sur le sujet de l'AP des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Parmi ces 22 directeurs, 17 ont signalé avoir été informé par la Fédération Française du Sport Adapté (FFSA), 5 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou par la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) et 2 par le Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA).

4 directeurs ont exprimé les associations comme source d'information, 2 par leur intérêt personnel, 1 par une formation initiale en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), et 1 par les médias.

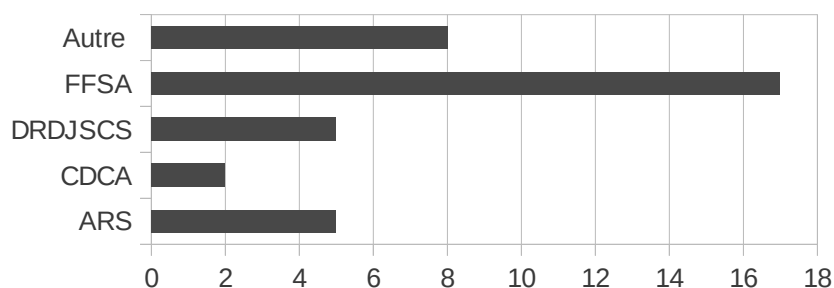


Figure 14 : Diagramme en barre indiquant les sources d'information sur l'AP des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique des directeurs.

2. Financement des activités physiques :

60 % des directeurs indiquent qu'il n'y a pas de financement dédié pour les AP au sein de leur établissement.

F) Réponses des éducateurs sportifs

1. Pathologies plus difficiles à encadrer

11 éducateurs sportifs sur 15 (soit 73,3 %) ont répondu que certaines pathologies étaient plus difficiles à encadrer que d'autres. Parmi eux 4 évoquaient notamment l'autisme.

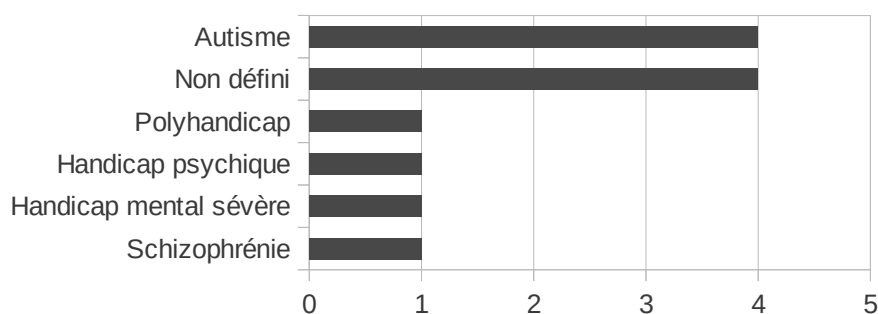


Figure 15 : Diagramme en barre indiquant les pathologies plus difficiles à encadrer selon les éducateurs sportifs

2. Motivations à la participation

Les éducateurs sportifs, ont estimé que 60,83 % des résidents sont motivés par le côté ludique et 33,33% par le côté social que leur apporte la participation aux APS. Ils ont également estimé que 19,17 % des résidents sont motivés par la performance et seulement 16,67 % par les bénéfices pour leur santé .

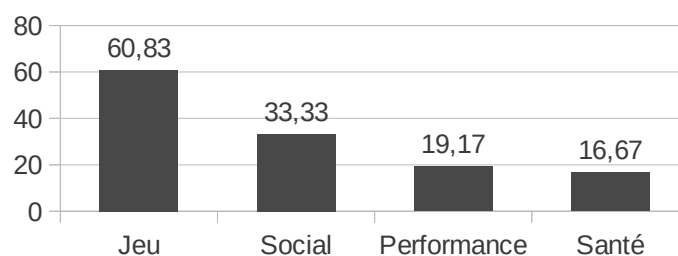


Figure 16 : Diagramme en barre indiquant les motivations des résidents à la pratique d'AP selon les éducateurs sportifs.

3. Evolution des participations :

Depuis le début de leur activité dans les institutions, les éducateurs sportifs ont déclaré pour la plupart (7/15) être à saturation du nombre de résidents qu'ils pouvaient encadrer lors de leurs séances, contre 4/15 évoquant un nombre de participants soit croissant soit stable. Aucun d'entre eux n'a constaté de diminution de participation.

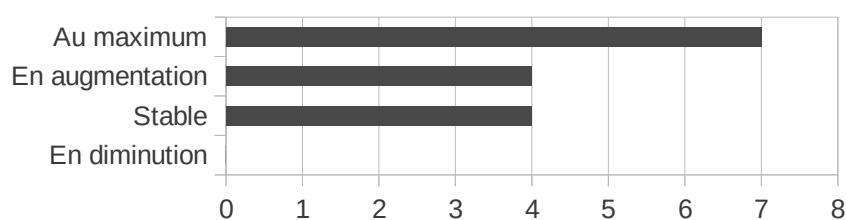


Figure 17 : Diagramme en barre indiquant l'évolution du nombre de participants à leurs séances d'AP selon les éducateurs sportifs depuis leur début.

G) Réponses des personnels soignants

1. Déplacements des résidents

D'après les 54 personnels soignants participant : 48,11 % des résidents utiliseraient les escaliers au quotidien, contre 58,83 % qui opteraient plutôt pour l'ascenseur.

Concernant les déplacements à l'extérieur de l'établissement, la marche serait largement choisie par les résidents à 70,37 % contre 36,27 % pour les véhicules motorisés et 7,41 % pour le vélo. 17,92 % des résidents se déplaceraient en fauteuil roulant.

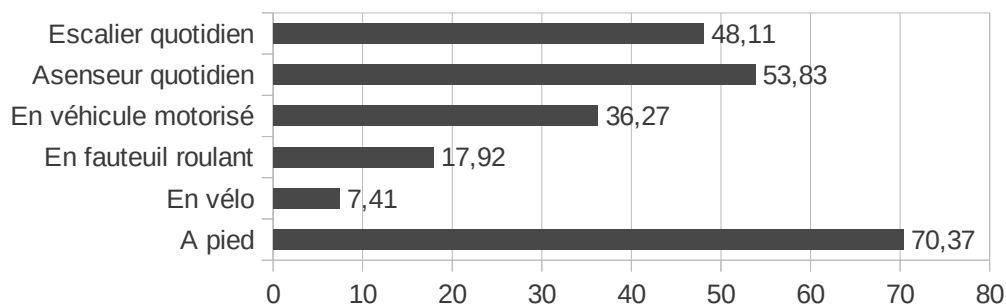


Figure 18 : Diagramme en barre indiquant les modes de déplacements des résidents selon le personnel soignant.

2. Sédentarité

Selon le personnel soignant : 39,86% des résidents seraient sédentaires 5 à 10 heures par jour, contre 28,30 % qui le seraient plus de 10 heures par jour, et 26,68 % moins de 5 heures par jour.

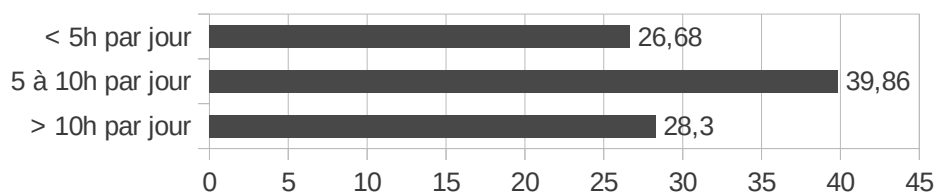


Figure 19 : Diagramme en barre indiquant la quantité horaire de sédentarité des résidents selon le personnel soignant.

3. Activité physique globale des résidents

Selon le personnel soignant : une majorité des résidents à 42,69 % pratiqueraient une AP entre 1 et 3 heures par jour, contre 33,49 % moins d'une heure par jour et 25,96 % plus de 3 heures par semaine.

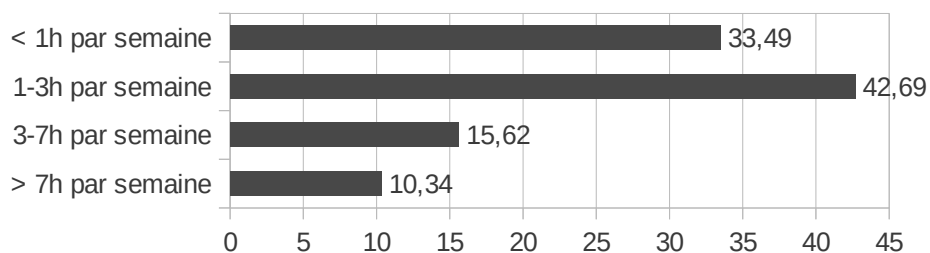


Figure 20 : Diagramme en barre indiquant la quantité horaire d'AP des résidents selon le personnel soignant

III. Les motivations et les freins perçus par les répondants

A) Motivations à la pratique d'Activité Physique

Selon les participants, les bénéfices de l'AP pour les résidents sembleraient n'être que très peu perçus par les résidents, mais pourraient potentiellement l'être après explications, comme le montre le graphique suivant :

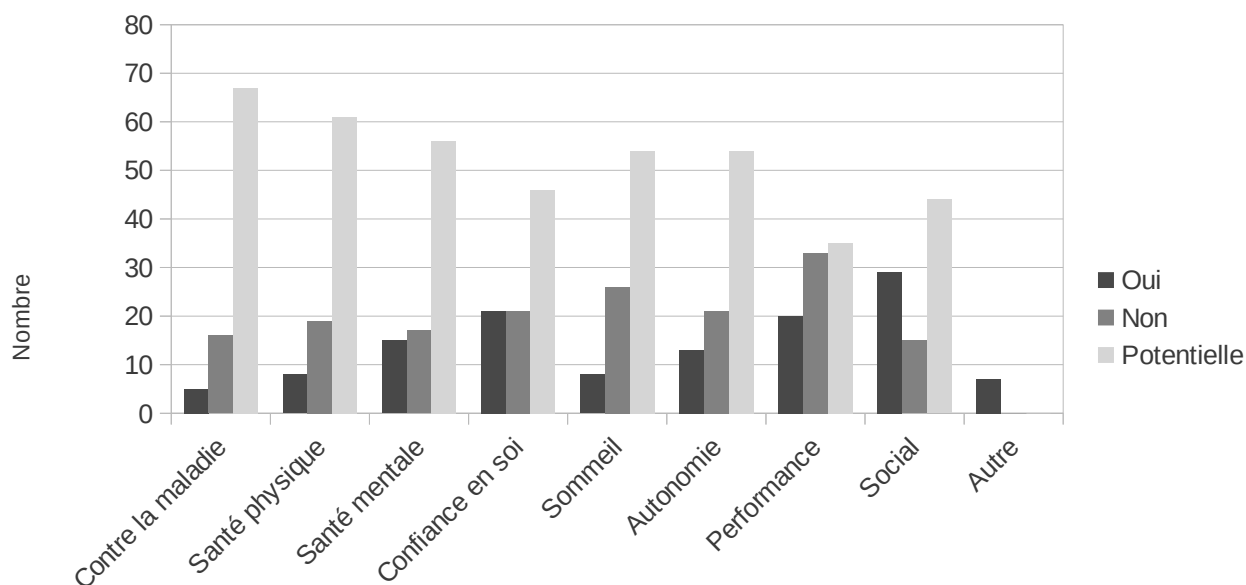


Figure 21 : Diagramme en barre indiquant les motivations des résidents à la pratique d'AP selon tous les participants.

A noter que 37.50 % des professionnels considéraient que la performance n'était pas un élément de motivation pour les résidents, à l'inverse les interactions sociales ont été estimées comme une réelle source de motivation par 32.95% des participants.

B) Obstacles à la pratique d'Activité Physique

Parmi les 88 professionnels interrogés, les principaux obstacles à la pratique d'AP évoqués étaient : à 80 % : un manque de motivation de la part des résidents, à 65 % : une association trop nombreuse de médicaments, à 63 % : la pandémie à la Covid 19, à 59 % : une crainte de la difficulté de la part des résidents.

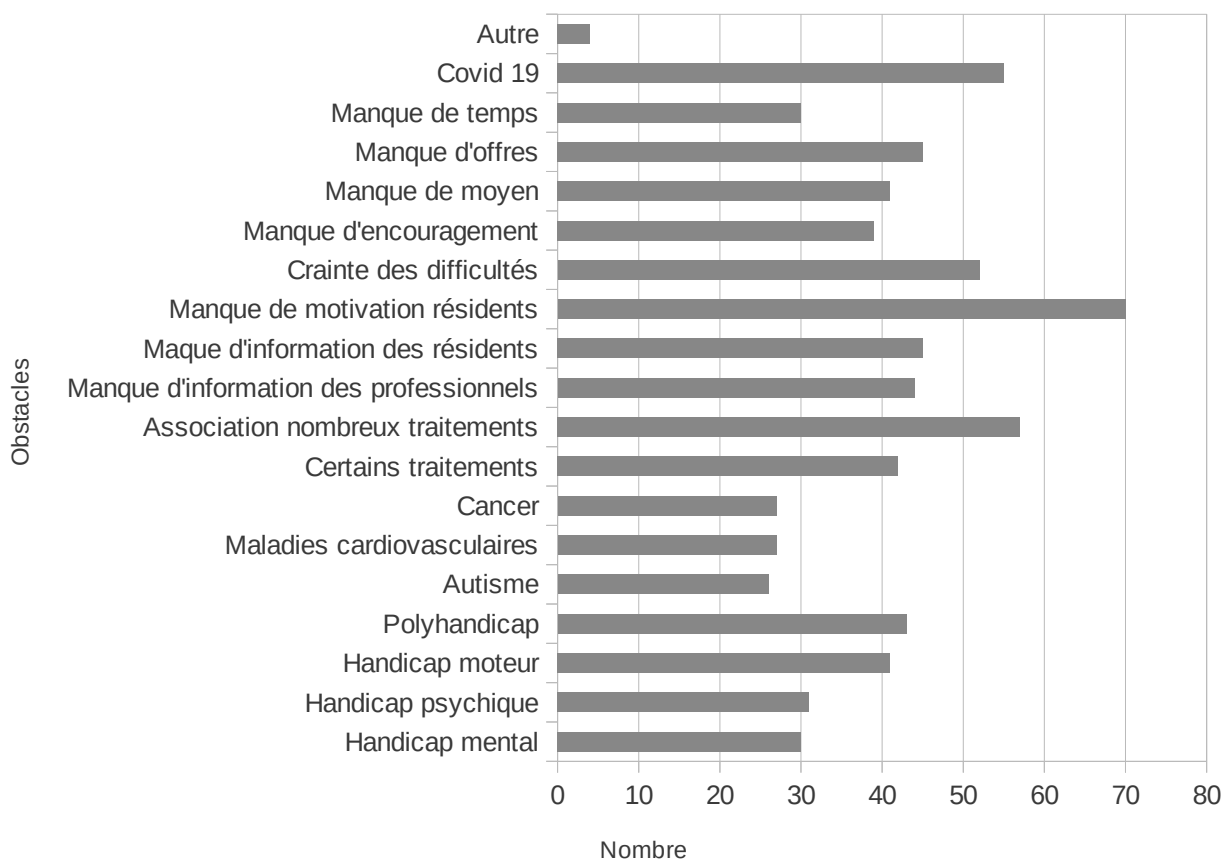


Figure 22 : Diagramme en barre indiquant les obstacles à l'AP des résidents selon les participants

C) Pertinence d'une promotion de l'Activité Physique

81 participants sur 88 (soit 92%) considéraient qu'une promotion de l'AP auprès des résidents serait pertinente. Parmi les 81 participants ayant répondu « oui », 61 ont exprimé que cette promotion serait plus judicieuse sous forme de petits groupes interactifs.

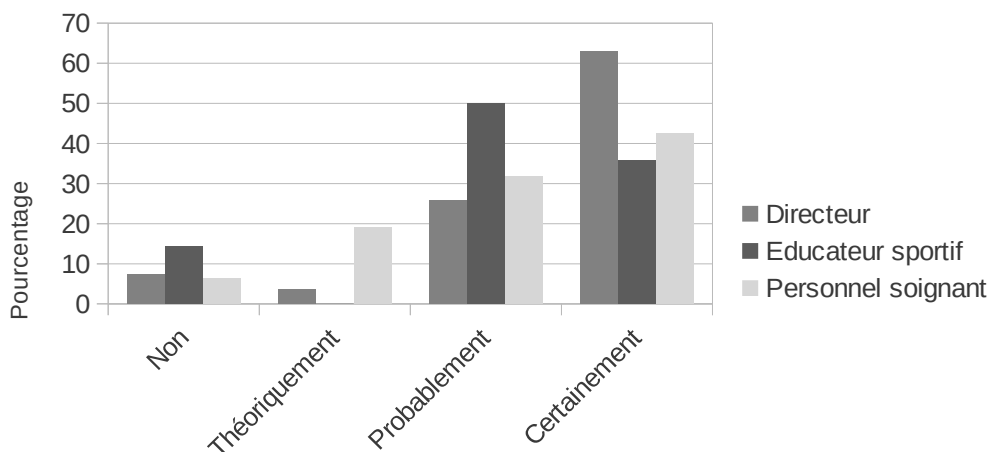


Figure 23 : Diagramme en barre indiquant le degré de pertinence d'une promotion de l'AP auprès des résidents perçu par les participants.

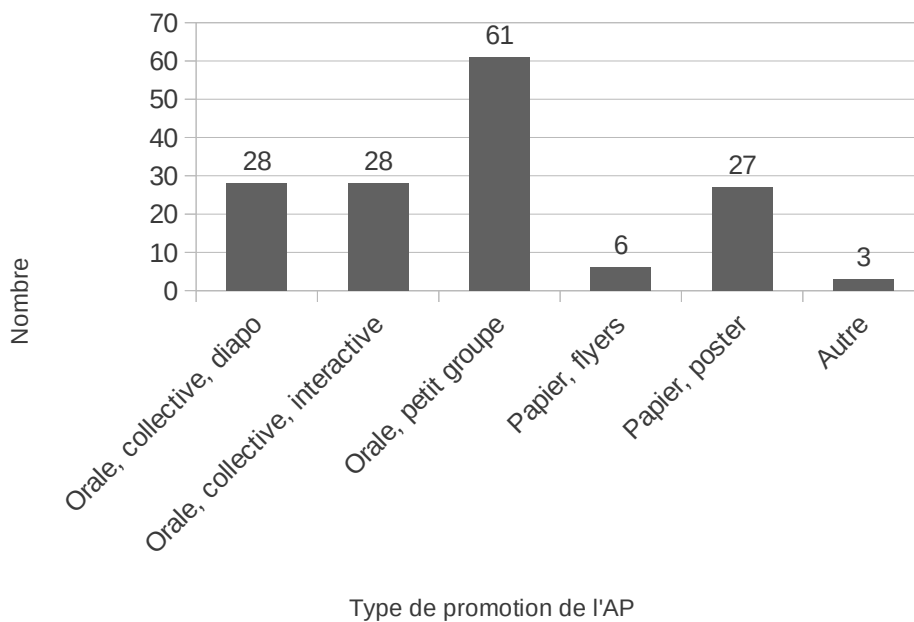


Figure 24 : Diagramme en barre indiquant le type de promotion la plus pertinente selon les participants.

DISCUSSION

I. Discussion des principaux résultats et de la littérature

A) Activité physique - En pratique

Dans cette partie nous allons principalement comparer notre étude avec une enquête menée par la DGCS (=Direction Général de Cohésion Sociale) au second semestre de l'année 2017 (18). Celle-ci cherchait à établir un état des lieux de la pratique d'Activité Physique et Sportive (=APS) au sein des Établissements et Services Médico-Sociaux (=ESMS) pour adultes et enfants sur le territoire national. Elle avait été réalisée dans la continuité du Comité Interministériel du handicap (CIH) du 20 septembre 2017 sur le thème « Vivre avec un handicap au quotidien ». L'un des grands objectifs à 5 ans visait alors à augmenter le nombre de personnes en situation de handicap pratiquant une APS (18). Nous ne nous intéresserons qu'aux résultats des ESMS accueillant un public adulte uniquement.

1. Population étudiée

Près de deux tiers des établissements médico-sociaux F.A.S. et F.A.M. d'Alsace ont participé à notre étude.

C'est plus de mobilisation que lors de l'enquête menée sur le plan national en 2017 (18), où seul 15,4 % des ESMS nationaux étaient représentés. D'autant plus que seulement 24 % de leurs réponses provenaient d'établissement pour adultes.

Cette différence de participation peut s'expliquer par le fait qu'une enquête locale a permis une plus grande adhésion au projet ; ou encore qu'il existe 4 ans plus tard un plus grand intérêt au sujet de l'AP dans cette population.

Une majorité (62,6%) des établissements participant à notre étude encadrent moins de 50 résidents, cela était également le cas (à 70%) dans l'étude réalisée en 2017 (18).

De même, les résidents présentaient sensiblement le même profil en termes de handicap mental et/ou psychique dans les deux études.

2. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'analyser l'AP proposée au sein des établissements F.A.S. et F.A.M. d'Alsace.

Nous avons retrouvé que 90% de ces établissements proposaient des programmes d'AP à leurs résidents. Cela était superposable aux réponses obtenues dans l'enquête nationale où 93 % des ESMS pour adulte estimaient mettre en place des APS.

Nous pouvons aisément supposer que les établissements qui ont participé à ces deux enquêtes étaient plus enclins au sujet que ceux n'ayant pas participé. Aussi, la proportion d'établissements inclus étant plus importante dans notre étude, il est possible que l'intérêt pour les APS ait augmenté depuis 2017.

Dans notre étude, 57 % des participants (directeurs et soignants) ont indiqué la présence d'un éducateur sportif au sein de l'établissement. Étant donné que 90 % rapportaient la présence d'un programme d'AP, cela signifie qu'ils ne sont pas systématiquement encadrés par un éducateur sportif.

Nous avons également remarqué qu'aucun kinésithérapeute n'a participé à notre étude. Cela a attiré notre attention car il s'agit de professionnels de santé travaillant sur la rééducation physique, mais aussi sur la prévention et la promotion de la santé (19). Il n'y avait pas de consignes particulières quant à l'inclusion des différents « personnels soignants ». Les questionnaires de notre étude ne leur ont peut être pas été parvenu ou bien sont-ils effectivement très peu présents, voir absents dans une majorité de ces établissements.

L'enquête de 2017 rapportait que les APS étaient assurées majoritairement par des professionnels du secteur éducatif (63 %), puis par des professionnels du sport (34 %), ou d'autres secteurs (20 %) (18). Les professionnels du secteur éducatif étaient alors surtout représentés par les Aides Médico-Psychologiques (AMP), puis par les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs. Les professionnels du sport étaient quant à eux représentés par des éducateurs sportifs issus d'une filière universitaire (STAPS-APA), ou par des éducateurs sportifs avec qualification du ministère des sports, ou encore par des éducateurs sportifs avec qualification fédérale (18).

3. Activité Physique et handicap mental et/ou psychique

Dans notre étude, 11 éducateurs sportifs sur 15 ont indiqué que certaines pathologies étaient plus complexes à encadrer mais sans franc consensus quant à ces pathologies. Seuls les Troubles du Spectre Autistique (TSA) ont été nommés par plusieurs (quatre) répondants. Dans l'enquête nationale menée par la DGCS (18), il avait été retrouvé que « la participation aux APS ne variait pas en fonction du handicap ».

Une formation spécifique pour l'encadrement des APS auprès de cette population semble nécessaire. Il faut savoir s'adapter à chaque cas (selon le type de handicap, les maladies et traitements pris, les aspirations propres à chacun...). Car en plus d'une désadaptation physique fréquente peuvent s'ajouter à des degrés divers : des troubles de l'attention, de la compréhension, de la mémorisation, ainsi que des difficultés à hiérarchiser les informations reçues, à s'orienter dans le temps et l'espace, à apprécier les vitesses, des difficultés de coordination et une maladresse des gestes (20). De plus, dans le secteur des F.A.M. la présence de poly-handicap ou de pluri-handicap n'est pas rare, ce qui peut encore rajouter de la complexité.

4. Sensibilisation des directeurs

Plus d'un quart des directeurs (26,7%) de notre étude ont indiqué ne jamais avoir été sensibilisés sur le sujet de l'AP des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique en institution.

Également 25 % d'entre eux considéraient que la balance bénéfice/risque de la pratique d'APS dans cette population était inférieure à celle de la population générale. A noter que moins de 10 % des éducateurs sportifs et du personnel soignant avait répondu cela. Ce manque de communication auprès de la hiérarchie des établissements médico-sociaux devrait être une piste pour optimiser la diffusion des APS dans cette population. En effet, ce sont eux qui tranchent les projets d'établissements et arbitrent (dans la mesure du possible) les moyens humains et financiers qui seront mobilisables pour cette cause.

5. Financement

Seul 40 % des directeurs (donc des établissements a priori) de notre étude indiquent la présence d'un financement spécifiquement dédié pour les AP au sein de leur établissement. Or 57 % d'entre eux ont également signalé la présence d'un éducateur sportif et 90 % proposent des programmes autour de l'AP. Ainsi la question de l'origine de ce budget se pose. De plus 81 % des éducateurs sportifs et 76 % des directeurs indiquaient disposer d'un espace dédié aux AP, et 85 % étaient satisfaits du matériel mis à disposition, contre seulement 15 % qui ont indiqué que celui-ci était inadapté ou non spécifique.

L'enquête nationale de 2017 (18) signalait que le financement des APS venait du budget global de l'établissement plus ou moins une participation des résidents et de leur entourage.

6. Partenariats avec les établissements sportifs extérieurs

Dans notre étude : 64% des répondants (directeurs et éducateurs sportifs) indiquaient la présence de partenariats entre l'établissement et certains clubs et/ou associations sportifs extérieurs. Une différence notable de réponse existait toutefois selon la profession du répondant, avec une estimation de 77 % par les directeurs contre 40 % seulement par les éducateurs sportifs.

Selon l'enquête nationale menée par la DGCS (18), 70 % des établissements qui mettaient en œuvre les APS disposaient d'un ou de plusieurs partenariats formalisés pour la pratique des APS. Cette étude nous a aidés à formuler une hypothèse sur cette disparité notable. En effet, il pourrait s'agir d'une définition différente du mot « partenariat ».

Dans cette enquête (18), il y avait d'une part, les partenariats pour la pratique des APS avec notamment la municipalité (utilisation de l'équipement de la ville), puis les Club/comité FFSA, FFH, ou d'une autre fédération sportive, les autres ESMS, etc. D'autre part, il y avait les partenariats pour le soutien à la mise en œuvre des APS, sous entendus : financement, mise à disposition d'infrastructures sportives et du matériel, de personnel encadrant, des offres de formations. Étaient alors cités les structures intercommunales ou communes, le conseil départemental, l'ARS, la DRJSCS, le conseil régional, etc. (18).

7. Inscription en clubs et associations des résidents

Selon les professionnels interrogés (éducateurs sportifs et personnel soignant) dans notre étude, une majorité de résidents (65%) était inscrit en club sportif ou association sportive en dehors de l'établissement.

Parmi eux 49 % seraient inscrits en associations sportives et 30 % en clubs sportifs, certains (14%) étant inscrit à la fois en club et en association.

Pour rappel, la différence entre un club sportif et une association sportive tient à leur statut respectif. Un club de sport doit être rattaché à une entité juridique, d'un point de vue légal. Il peut ainsi désigner soit une association, soit une société (21). L'association sportive, quant à elle, s'occupe essentiellement de promouvoir une discipline sportive. Elle peut demander à être affiliée à une fédération sportive, pour pouvoir faire participer ses membres à diverses compétitions. Elle n'implique cependant pas forcément la pratique de l'activité en elle-même (21).

8. Sédentarité des résidents

Notre étude a retrouvé que 68 % des résidents seraient sédentaires plus de 5 heures par jour, et seulement 28 % plus de 10 heures par jour.

Ces chiffres sembleraient sous estimés comparés aux données de la littérature. Celles-ci décrivent souvent une sédentarité excessive au sein de cette population. L'étude de Stubbs et al. (22) retrouvait des activités sédentaires 11 heures par jour en moyenne chez des personnes vivant avec un handicap psychique.

Les chiffres retrouvés dans notre étude se superposent davantage à ceux de la population générale, où 70 % seraient sédentaires 7 heures par jour d'après le professeur Martine Duclos, conseillère scientifique auprès du ministère en charge des sports (11).

9. Activité Physique des résidents

Dans notre étude, les trois quarts des résidents n'atteindraient pas les recommandations de l'OMS, puisque 76 % d'entre eux pratiqueraient moins de 3 heures d'AP globale par semaine (incluant les déplacements et les APS de faible intensité).

Nous avons pu remarquer que les APS les plus pratiquées étaient celles nécessitant peu d'équipement et d'organisation de mise en place.

L'étude de Bartlo P. et al (23) a montré que les programmes de sport demandant moins d'implication financière, et pouvant être dispensés également par une personne non-professionnelle du domaine sportif, avaient plus de chances d'être durables et pérennes.

Parmi une liste prédéfinie d'AP pratiquée, la marche et le ménage étaient les deux activités les plus citées, puis venaient les activités musicales, les activités aquatiques, les jeux de lancer, les jeux d'équilibre, la danse, la gymnastique, puis le jardinage, enfin les différents sports (de ballon, de raquette, de combat), et le vélo. Dans les réponses libres, l'équitation, l'escalade et la course ont souvent été rappelés.

Concernant les déplacements en extérieur de l'établissement, la marche semble être, de loin, le moyen de locomotion le plus accessible pour cette population (le vélo étant probablement peu acquis, les lignes de bus trop complexes à comprendre...) ; et presque un résident sur cinq se déplacerait en fauteuil roulant.

L'enquête menée par la DGCS révélait que le choix des APS proposé résultait d'abord des demandes des personnes concernées, puis de leurs besoins thérapeutiques, puis des infrastructures sportives disponibles en dehors de l'ESMS. L'information et la sensibilisation des personnes accompagnées seraient donc primordiales afin de susciter de la demande (18).

B) Activité physique – En théorie

1. Généralités

Dans notre étude, 70 % des participants considéraient que le sport au sein d'une population vivant avec un handicap mental et/ou psychique présentait beaucoup d'avantages, et 66 % que la balance bénéfice/risque (BBR) leur semblaient identique à la population générale.

Selon l'OMS

Une activité physique régulière (APR) présente de nombreux avantages reconnus dans la population générale. En effet, l'AP permettrait non seulement de réduire la mortalité toutes causes confondues, mais également (9) :

- de réduire le risque d'hypertension artérielle, de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de divers types de cancer (notamment les cancers du sein et du côlon) et de dépression ;
- de contribuer à maintenir un poids corporel sain ;
- d'améliorer les aptitudes musculaires et la santé osseuse ;
- de prévenir les chutes (donc diminuer le risque de fracture);
- d'améliorer la santé mentale (diminution des symptômes d'anxiété et de dépression), ainsi que le bien-être général ;
- d'améliorer la santé cognitive, ainsi que les capacités de réflexion, d'apprentissage et de jugement ;
- d'améliorer le sommeil.

Selon d'autres données de la littérature :

Le handicap mental (dans l'étude de Borland RL et al (24)) tout comme le handicap psychique (dans l'étude de Waugh A. et al (25)) représenteraient tous deux un facteur de risque face aux problèmes de santé. Cela s'explique en partie par une incidence de comorbidités (maladies cardiovasculaires, syndrome métabolique), associées à de mauvaises habitudes de vie (sédentarité, mauvaise alimentation et tabagisme), plus élevée que dans la population générale (26). De plus, ces patients sont nombreux à être traités par neuroleptiques. Il s'agit de traitements qui présentent des effets indésirables métaboliques non négligeables (risque accru de prise de poids, de dyslipidémie, de diabète, ou d'hypertension artérielle (27), (28)). En effet, la prévalence de l'obésité serait plus élevée de 40 à 60% dans une population traitée par neuroleptiques, et celle-ci serait variable selon la molécule utilisée, selon Smogur M. et al (28).

Tréhout M. et al (29) concluaient que « l'activité physique pourrait être une piste thérapeutique adjuvante non-pharmacologique originale, novatrice, peu coûteuse et dénuée d'effets indésirables lorsqu'elle est adaptée aux capacités physiques des individus et encadrée par des professionnels de santé formés spécifiquement ».

Aussi pourrait-il être judicieux d'évaluer la pratique et de promouvoir l'AP lors de la mise en place initiale de traitement neuroleptique, de façon systématique, au vu des risques métaboliques qui leur sont imputables.

Concernant la population en situation de handicap mental :

Certaines études comme celles de Bartlo P. et al (23), ou de Hawkins A. et al (30) rapportaient que l'intérêt d'une APR pourrait être plus important dans une population présentant un handicap mental du fait d'un état de santé souvent plus fragile.

Bartlo P. et al (23) recensaient que l'AP serait bénéfique : sur l'agilité, la force musculaire, la mobilité, l'équilibre, mais également sur la qualité de vie.

Carraro A et al (31) montraient que l'AP pourrait réduire les états d'anxiété.

Concernant la population en situation de handicap psychique :

Selon Waugh A. et al (25), ou encore Hashdowns F. et al (32), la population présentant un handicap psychique aurait une espérance de vie estimée réduite de 10 à 20 ans.

Waugh A. et al (25) rappelaient que l'AP peut permettre des modifications de la condition cardiorespiratoire et du syndrome métabolique. Certaines études de Blouin M. et al (7) et de Kwon JS. et al (33) l'ont montré plus spécifiquement chez des patients sous neuroleptiques atypiques.

Lalande D. et al (34) montraient que l'AP améliorait la qualité du sommeil, puis secondairement la qualité d'éveil et d'énergie ressentie, ainsi que l'estime de soi.

Zosso G. et al (35) rappelaient que plusieurs études ont trouvé que l'AP diminuait significativement les symptômes psychotiques (positifs et négatifs) de la schizophrénie, mesurés avec l'échelle de la PANNS (Positive And Negative Syndrome Scale).

Pour autant, il est reconnu dans la littérature que ces populations ne pratiquent pas suffisamment d'AP, ce qui nous amène à l'analyse des freins et des motivations à la pratique d'AP des résidents, perçus par les professionnels travaillant au sein de F.A.S. et F.A.M. d'Alsace.

2. Freins à la pratique d'activité physique

Les trois principaux obstacles à l'AP relevés dans notre étude par les professionnels interrogés étaient :

- Un manque de motivation de la part des résidents : Dans la littérature, il est reconnu que cette population, présente un manque de motivation (29) , (25) , (36), de confiance en soi, une peur de l'échec (37), et des symptômes d'anxiété (31) volontiers plus marqués que dans la population générale. Ces émotions, sur lesquelles l'AP possède pourtant des effets bénéfiques démontrés sont également de réels freins à la pratique de celle-ci.

- Lié aux médicaments : Les neuroleptiques, souvent prescrit dans cette population présentent de nombreux effets indésirables, notamment un effet sédatif et des troubles métaboliques. Cela accentue la difficulté à pratiquer des APS, et demande un effort et une motivation plus importants aux personnes sous traitement, comme le rappellent Waugh A. et al (25) , Tréhout M. et al (29), ou encore Firth J et al. (38).

- La Covid 19 : Concernant la pandémie à la Covid 19, il n'y a pas à ce jour et à notre connaissance d'études ayant évalué l'impact de celle-ci sur la pratique de l'AP des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique dans les établissements médico-sociaux. La Haute Autorité de Santé (HAS) a répertorié certaines pratiques mises en place dans les ESMS au cours des différents confinements pour poursuivre les activités des résidents (39). Par exemple : avoir maintenu des activités extérieures et d'autres activités à distance, par le biais de supports: jeux en pictogrammes, exercices physiques, pédagogiques, ludiques.

Les autres motifs proposés, retrouvés dans notre étude par ordre décroissant étaient :

- Un manque d'offre : Le problème d'accessibilité réduite aux infrastructures sportives est également souligné dans la littérature. La distance trop importante, et/ou le manque d'autonomie pour s'y rendre (37), ou encore le manque de transport ((23), (37)), sont alors mis en cause. L'enquête nationale de 2017, de son côté, citait le manque d'infrastructures sportives de proximité en dernier parmi les freins à l'AP (18).

La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », prévoyait qu'à compter du 1^{er} janvier 2015, tout établissement recevant du public (ERP) soit accessible à tous. Pour être réputé accessible aux personnes handicapées, les établissements doivent offrir la possibilité d'entrer, de circuler, de sortir, et de bénéficier des différentes prestations offertes, pour tout public et dans les mêmes conditions (21).

- Un manque d'information (auprès des résidents et du personnel soignant) : Ce manque d'information se retrouve auprès des résidents (37), de leur entourage (18), mais aussi des éducateurs (18) (36). Il s'agit d'un obstacle souvent décrit dans la littérature.

Une communication gagnerait à être déployée et renforcée à tous les niveaux :

⇒ Auprès des résidents pour qu'ils comprennent les intérêts de la pratique d'une APR, et les effets néfastes des activités sédentaires. Il faudrait que cette communication soit adaptée au public. Chris Nikic, premier athlète porteur de trisomie 21 à avoir terminé un ironman, a lancé : « 1 % better challenge » (40). Le message véhiculé est qu'il est préférable de faire 1 % d'AP en plus chaque jour, plutôt que de ne pas modifier ses habitudes de vie et notamment ses habitudes sédentaires.

⇒ Auprès de leur entourage qui pourra ainsi mieux les conseiller et les soutenir.

⇒ Auprès des éducateurs et des professionnels soignants, qui pourraient ainsi relayer ces informations aux résidents. Comme nous l'avons vu précédemment, le personnel qui encadre les APS dans ces structures n'est pas toujours formé dans ce domaine. Cela peut être un frein à d'éventuelles initiatives, avec de potentielles craintes de ne pas savoir comment faire ou comment bien faire (mesures de sécurité à mettre en place par exemple) (18) (36). D'après Nicodème B. et al (1) la question de la formation reste à perfectionner pour les encadrants sportifs des personnes en situation de handicap moteurs, sensoriels ou mentaux.

⇒ Auprès de la direction des établissements médico-sociaux, afin d'expliquer les enjeux et l'importance de mettre en place les APS dans les projets d'établissement. Selon l'enquête nationale de la DGCS un des freins à la mise en place d'APS dans les ESMS viendrait du fait que certains d'entre eux considèrent que l'inclusion par le sport relève avant tout de clubs du milieu ordinaire (18).

- Le handicap lié au manque de mobilité : Le handicap moteur avec la limitation de la mobilité, et notamment le polyhandicap est également retrouvé comme facteurs limitant les APS (18).

- Le manque de moyens : Les manques de moyens, de locaux adaptés ; ou de personnels, spécialisés ou non, pour encadrer les APS, sont un frein majeur dans certains établissements (18). La pratique d'APS, ne nécessite pourtant pas forcément d'équipement important. Par exemple, une tenue vestimentaire adaptée peut suffire pour la marche. Mais dans le cas d'une AP plus soutenue, il peut s'y ajouter des achats ou location de matériel, une participation financière pour le transport ou pour le professionnel encadrant l'activité, pouvant constituer un obstacle (23), (37).

- Le manque d'encouragement et de soutien : Ils sont régulièrement cités comme des freins à la pratique d'AP dans cette population (29), (37). Celle-ci a davantage besoin d'être encadré, que ce soit pour montrer l'exemple de l'activité à faire, ou pour se rendre dans une structure extérieure (se faire transporter ou être clairement renseigné sur les itinéraires) (23).

Parfois le manque d'encouragement peut être mêlé à de la compassion, c'est à dire que certains éducateurs peuvent ne pas être à l'aise à l'idée de devoir instaurer des règles hygiéno-diététiques aux résidents qu'eux même ne respectent pas. Une thèse d'exercice en médecine générale lyonnaise, intitulée « Les déterminants du surpoids et de l'obésité chez les adultes déficients intellectuels en institution » (36) souligne cela.

3. Motivations à la pratique d'activité physique

Concernant les motivations des résidents à pratiquer une AP, notre étude souligne un manque de connaissance supposé de leur part sur les bénéfices attendus. Une grande majorité des réponses évoquaient une motivation « potentielle, après explications ». Les bénéfices physique, psychologique, sur le sommeil, l'autonomie, et la lutte contre la maladie, reconnus dans la littérature ne sembleraient être que peu perçus par les résidents. La communication sur ce sujet ne semble donc pas être suffisamment faite ou suffisamment bien faite.

Les éducateurs sportifs interrogés dans notre étude, ont estimé que 61 % des résidents étaient motivés par le côté ludique, 33% par le côté social, contre 19 % par la performance et seulement 17 % par les bénéfices pour leur santé. Les bénéfices immédiats, comme le plaisir de jouer ou d'être en groupe seraient davantage une source de motivation que les bénéfices à moyen ou long terme comme les bienfaits pour la santé ou l'amélioration des performances.

Pour l'ensemble des participants, la motivation « réelle » des résidents étaient le côté social qui a été le plus cité, et le côté ludique (qui ne figurait pas dans le questionnaire) a souvent été précisé dans la catégorie « autre ». A l'inverse la performance a été la plus citée comme n'étant pas une source de motivation chez les résidents.

Dans la littérature les facteurs favorisant la pratique d'AP étaient :

- Le soutien et les encouragements : très largement décrits comme facteurs favorisant la pratique d'AP dans cette population (24), (25), (38), (41), que ce soit l'entourage familial ou éducatif. Ils en ont besoin pour la pratique de l'activité elle-même (consigne donnée, exemple montré, surveillance et vérification de la mise en application), et/ou pour l'organisation en amont (connaissance des lieux, organisation des transports, reconnaissance des bénéficiaires).

- Les activités de groupe ou avec présence de partenaires : les motiveraient davantage (29), (42). En effet, des liens sociaux et amicaux peuvent se créer (36) par l'intermédiaire de ces activités.

- L'attrait pour le divertissement et l'amusement, sont souvent évoqués, et la notion de récompense parfois citée également (36).

- Les structures médico-sociales : le fait de vivre dans un logement social serait significativement associé à une plus grande participation aux AP (24). Ces établissements sont nombreux à mettre en place des APS, même s'ils n'ont pas tous d'éducateurs sportifs à disposition ou s'ils manquent de personnels éducatifs pour pouvoir encadrer ces activités (24). Vivre en institution les confrontent plus fréquemment à cette pratique que les personnes en situation de handicap mental et/ou psychique à domicile.

4. La méta-analyse de Firth et al

Rares sont les études à s'être intéressées au point de vue des usagers concernant les barrières ressenties pour leur propre pratique de l'AP. C'est le cas de la méta-analyse de Firth et al (38) qui répertoriait les avis des personnes ayant des troubles psychiques (majoritairement représentés par la schizophrénie dans cette étude). La fatigue et le manque d'énergie (potentiellement en lien avec l'effet sédatif des neuroleptiques) étaient surtout retrouvés comme freins sur le plan physique. Le stress et la dépression étaient les plus évoqués sur le plan psychologique. Enfin, le manque de soutien était l'obstacle socio-économique le plus perçu.

Concernant les facteurs motivant leur propre pratique d'AP, l'intérêt d'améliorer leur santé physique générale était majoritairement retrouvé sur le plan physique. La santé mentale globale, la réduction du stress et la gestion de l'humeur étaient les facteurs les plus signalés sur le plan psychologique. Le soutien et les encouragements des professionnels étaient perçus comme des facteurs de motivation importants, sur le plan socio-écologique.

II. Points forts et points faibles

A) Les points forts

1. Étude multicentrique

Un des points forts de notre étude était son caractère multicentrique, puisqu'elle incluait presque deux tiers des établissements F.A.S et F.A.M. d'Alsace, ce qui a permis d'augmenter la puissance de l'étude.

Une éventuelle comparaison entre le Haut-Rhin et le Bas Rhin n'a pas pu être étudiée du fait que les départements n'étaient pas renseignés dans les questionnaires pour préserver l'anonymat des participants.

2. Questionnaires différents

Nous avons réalisé 3 questionnaires différents volontairement. Il y avait des parties communes pour la recherche des données socio-démographiques et des avis des participants quant aux freins et aux leviers pour la pratique d'AP des résidents en établissement médico-social. Ensuite il y avait une partie spécifique selon la profession du participant, nous permettant ainsi d'obtenir un panel de réponse plus large. Les questions adressées aux directeurs s'intéressaient à la gestion globale de l'AP au sein de l'établissement. Les questions adressées aux professionnels de santé, qui encadrent et sont impliqués au quotidien dans les tâches des résidents, s'intéressaient aux AP journalières des résidents. Enfin, les questions adressées aux éducateurs spécialisés dans le sport permettaient de renseigner les interactions et ressentis des résidents dans la pratique d'AP.

Il était également intéressant de pouvoir comparer les différentes réponses en fonction de cette variable « profession ». Ainsi nous avons pu mettre en lumière certaines divergences amenant à la réflexion, comme par exemple : l'image de l'AP dans le cadre du handicap, ou encore la présence ou non de partenariats entre l'établissement et les structures d'AP extérieurs.

3. Réglementation

Des informations claires et loyales ont été transmises aux participants au début du questionnaire, avec explication du projet, son objectif, l'anonymat de la participation, la possibilité de me contacter via une adresse mail dédiée à ce projet.

L'anonymat des participants a été entièrement respecté via la plateforme informatique LimeSurvey, et par l'écartement des informations qui auraient pu les compromettre dans les questionnaires.

De plus, notre recherche a été inscrite au registre de traitements de l'université.

B) Les points faibles

1. Biais

Lors de la réalisation de notre étude, nous avons été confronter à plusieurs biais.

D'abord, du fait d'une inclusion des établissements suite à un accord du directeur, il existait un biais de sélection. En effet, les établissements dont les directeurs n'étaient pas intéressés par le sujet n'ont probablement pas ou peu été inclus. Cela nous a tout de même permis de connaître le nombre d'établissement ayant participé.

Ensuite, un certain nombre de participants (vingt sept) n'ont pas été au bout du questionnaire, cela entraînant un biais de non réponse.

Enfin, pour connaître l'AP proposée et pratiquée des résidents, les questionnaires ont été adressés aux professionnels travaillant dans les établissements médico-sociaux. Cela constituait un biais de mémorisation, car ceux-ci ne connaissaient ou n'estimaient forcément pas les activités de chacun des résidents avec exactitude.

2. Trame du questionnaire

Il aurait pu être intéressant de proposer le questionnaire à un petit échantillon d'éducateurs spécialisés, avant le lancement définitif, afin d'optimiser la compréhension et les réponses proposées de celui-ci. Pour pallier à cela, un entretien téléphonique avait été réalisé avec G. KOERPER, éducateur sportif du CDRS de COLMAR, avant le lancement du questionnaire. De plus, la possibilité d'une réponse « autre » permettait aux participants de s'exprimer librement, et d'apporter de nouvelles propositions.

3. Analyse des avis et opinions

Nous avons opté pour une étude quantitative, à la recherche de chiffres, de données brutes et concrètes concernant la quantité d'AP proposée et pratiquée en F.A.S. et F.A.M. d'Alsace. Nous avons d'ailleurs été surpris de la quantité d'établissement médico-sociaux proposant régulièrement des APS à leurs résidents, en initiant ce projet nous pensions que les chiffres seraient moindres. Une étude qualitative aurait été une alternative intéressante pour notre sujet, afin de mieux pouvoir analyser les avis, et les opinions des différents professionnels du milieu médico-social, ainsi que pour mieux comprendre l'organisation interne au sein de ces structures. Cela pourrait faire l'objet d'une future étude complémentaire.

III. Perspectives

A) Promotion de l'Activité Physique, comment ?

Dans notre étude, 92% des participants considéraient qu'une promotion de l'AP auprès des résidents serait pertinente. Parmi les 81 participants ayant répondu cela, 61 ont exprimé qu'elle serait plus judicieuse sous forme de petits groupes interactifs.

Améliorer le niveau de littératie au sujet des APS serait d'un intérêt majeur en santé public, y compris auprès d'un public en situation de handicap mental ou psychique. La littératie étant la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé (43).

La communication devrait être interactive, ludique, et avec des éléments visuels inspirés de la méthode FALC. Celle-ci regroupe des règles éditées par l'UNAPEI (2009) ayant pour but de rendre l'information écrite facile à lire et à comprendre pour toute personne qui présente des difficultés dans les domaines de lecture et de compréhension (37). Aussi pourrait-il être prometteur d'insister davantage sur les intérêts de loisir et social que cela peut apporter. Comme nous l'avons vu dans notre étude, pour les résidents, les bénéfices sur la santé et les objectifs de performance ne semblent pas être les principales sources de motivations.

Certaines études ont déjà tenté l'expérience, sans franc consensus d'efficacité. C'est le cas de deux mémoires de l'Université de Genève (37), (44), dont l'objectif principal était de promouvoir une APR à long terme. Dans chacune de ces deux études, 8 participants étaient inclus dont 5 avec un handicap mental.

Le programme de leur promotion comprenait :

- des cours théoriques : sur des concepts de base, liés à la santé, l'alimentation et l'AP sous forme d'un programme adapté.
- des cours pratiques : en proposant des séances d'AP adaptées aux envies et caractéristiques de la personne, en milieu ordinaire avec des personnes ordinaires, dans une optique inclusive.
- des outils et conseils pour favoriser l'autonomie des personnes, et la pratique d'une APR pérenne.

Palermo A. (37) a cherché à analyser l'influence de ce programme sur le taux d'AP pratiqué et sur l'anxiété. Les résultats ont montré que le taux d'AP des participants avait augmenté et tous s'étaient engagés dans un club sportif ordinaire suite au programme. Le niveau d'anxiété quant à lui était resté stable.

Bovier C. (44) a cherché à évaluer les connaissances théoriques au début et à la fin du programme en plus du taux d'AP pratiqué. Les résultats ont montré une augmentation significative du score au questionnaire de connaissances. Mais le taux d'AP, n'a pas été modifié de manière significative.

Ces études pertinentes et novatrices dans leur démarche, présentent toutefois des limites notamment par un petit nombre de participants, et une participation sur volontariat. Les résultats ne peuvent pas être généralisés à toute cette population. Il serait intéressant pour de futures recherches de s'en inspirer à plus grande échelle.

Pour que les bienfaits d'une APR soient durables, il faudrait y associer la promotion d'un mode de vie plus sain. Le travail de thèse lyonnais (36) proposait également des pistes à suivre pour y remédier. Par exemple la mise en place d'ateliers autour du goût, de la cuisine et de la diététique afin de limiter la frustration de régime.

B) Promotion de l'Activité Physique, par qui ?

Une promotion de l'AP ne sera que plus pertinente si elle est réalisée par des personnes formées. Aussi, serait-il bénéfique d'avoir dans chaque établissement médico-social au moins un éducateur spécialisé en activités physiques adaptées (APA). Une autre possibilité serait de permettre au personnel éducatif déjà présent de se former par des journées ou stages spécifiques autour de l'APA. De cette façon, un professionnel maîtrisant de solides connaissances sur les bénéfices attendus, l'organisation et les mesures de sécurité, pourrait davantage impulser aux résidents la motivation pour pratiquer des AP.

Une autre approche, sur le principe de la pair-aidance, mériterait à être étudiée. Elle est fondée sur l'idée qu'une personne présentant une situation particulière (par exemple avec un handicap mental et/ou psychique), peut aider une autre personne dans une situation similaire ou comparable, mais moins expérimentée dans un domaine (45). L'aide apportée peut se faire sous forme d'exemples exprimés verbalement ou montrés physiquement. De cette façon, il pourrait être plus facile pour les résidents de s'identifier et se projeter.

La médecine générale pourrait aussi jouer un rôle intéressant dans cette dynamique de promotion de l'AP au sein des établissements médico-sociaux. Le médecin coordinateur pourrait réaliser une sensibilisation des équipes médicales et paramédicales afin de les informer ou de leur confirmer les bienfaits des APS dans cette population. De plus, les médecins pourraient valoriser cette pratique lors des consultations de routine auprès des personnes en situation de handicap.

C) Inclusion au milieu ordinaire

Selon le Docteur Dominique PAILLER, médecin fédéral national de la FFH : « la pratique sportive transforme l'image que l'on a de soi et celle que l'on renvoie aux autres. Elle fait changer l'état d'esprit et les comportements » (1). La promotion d'un mode de vie physiquement plus actif des personnes en situation de handicap pourrait aider à diminuer la stigmatisation à leur encontre. L'intérêt serait de faire comprendre à toute la société que ces personnes sont « autrement capables » (1).

De nombreux textes en vigueur sont favorables à la participation et à l'inclusion des personnes en situation de handicap par l'intermédiaire des APS. Pour autant, comme nous avons pu le voir, leur application pratique n'est pas aussi évidente. Aujourd'hui encore, l'accès aux activités régulières de loisirs reste compliqué pour les enfants et adultes en situation de handicap. Les infrastructures ne sont pas toujours accessibles, et la formation des encadrants reste perfectible (1), (18).

Un exemple, précurseur, d'une coopération entre le secteur public et le secteur privé pour le développement des activités sportives des personnes en situation de handicap serait le Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers les Loisirs Intégrés et Réguliers (DAHLIR), dans le département de la Haute-Loire (46). Il s'agit d'un système d'aide auprès de cette population pour leur permettre de pratiquer des activités de loisir au même titre que la population générale en gommant des barrières comme le manque d'information ou la discrimination. En moyenne, le DAHLIR accompagne chaque année entre 2500 et 3000 jeunes et adultes en créant des liaisons avec l'offre de loisirs de leur territoire (46).

CONCLUSION

L'objectif principal de notre étude était de dresser un état des lieux des APS proposées et pratiquées par les résidents en F.A.S. et F.A.M. en Alsace. Deux tiers de ces établissements ont participé à notre étude. Parmi eux, 90 % déclaraient proposer à leurs résidents des séances d'AP. Le matériel et les espaces mis à disposition pour la pratique de celles-ci étaient adaptés selon la majorité des répondants.

Nous avons retrouvé qu'un éducateur sportif était présent dans 57 % de ces établissements. Dans les autres établissements proposant des APS, celles-ci sont encadrées par des membres du personnel éducatif formés ou non dans le milieu du sport. Dans ce cas, la littérature souligne un manque de formation, avec des mesures de sécurité et des activités proposées qui ne sont pas optimales. Pour améliorer l'encadrement des APS dans ses structures, il serait intéressant soit d'avoir recours systématiquement à des professionnels en activité physique adapté (APA), soit de proposer des formations spécifiques aux personnels éducatifs volontaires.

L'information sur les bénéfices de la pratique d'une APR reste également perfectible. Notre étude a montré qu'ils ne sont pas connus des résidents. Et, plus d'un quart des directeurs ont indiqué ne jamais avoir été sensibilisés sur ce sujet.

Selon les professionnels travaillant en F.A.S. et F.A.M. interrogés dans notre étude, le principal frein à la pratique d'AP des résidents était leur manque de motivation. Les principales motivations des résidents étaient quant à elles surtout sociale et ludique, ce qui est superposable aux données de la littérature.

Nous avons également retrouvé que plus de la moitié des résidents étaient inscrits en clubs sportifs, ou associations sportives à l'extérieur de l'établissement. Les associations sportives étaient les plus sollicitées. Pour autant, les liens existants entre les établissements médico-sociaux et ces associations ou clubs sportifs extérieurs en Alsace mériteraient à être davantage visible. C'est par exemple, l'un des objectifs de l'association DAHLIR en Haute-Loire.

Les études sur la promotion de l'AP dans cette population sont peu nombreuses. Leurs résultats sont contradictoires, leurs échantillons incluent souvent de petits effectifs, et leur mode de sélection se fait essentiellement sur volontariat. Il serait intéressant de réaliser de nouvelles recherches, à plus grande échelle, pour étudier l'efficacité d'une communication sur les bienfaits de l'AP auprès de cette population.

Au cours des prochaines années, le handisports devrait continuer à être valorisé, notamment avec les Jeux Paralympique de Paris 2024. Il s'agit effectivement d'une belle opportunité. Premièrement pour développer la communication sur l'intérêt des AP auprès de ce public. Et deuxièmement pour mettre en avant l'importance d'une adaptation du sport pour tous dans les clubs et associations du milieu ordinaire.

Vu et approuvé
Strasbourg, le 16 JAN. 2023
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA

Vu

Strasbourg, le 22 JAN. 2022

Le président du jury de thèse

Professeur Thumas VOGEL

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale,

par Emilie COLLARD

Sous la direction du Docteur Stéphane CARNEIN, chef de pôle au CDRS de COLMAR.

Consentement d'inclusion de l'établissement dans l'étude:

Je soussigné(e),, consens à l'inclusion
de l'établissement : dans l'étude
intitulée :

La place actuelle de l'activité physique au sein de Foyers d'Accueil Spécialisé et Foyers d'Accueil Médicalisé en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique

J'ai été informé(e) :

- De l'identité du responsable de traitement des données: la Faculté de Médecine de Strasbourg.
- Toute participation est totalement volontaire.
- Les questionnaires sont anonymes.
- Le but de l'étude étant la réalisation d'une thèse d'exercice en médecine générale.
- Le formulaire de recueil du consentement sera conservé dans un lieu sécurisé et ne sera pas visible dans la thèse.

Date et lieu :

Signature :



Annexe 2 : Note d'information

Bonjour à toutes et à tous,

Je suis en train de travailler ma **thèse d'exercice en médecine générale**, et j'aurais besoin de votre aide. Je m'appelle Émilie COLLARD, médecin remplaçante en Alsace.

Cette thèse se fait sous la direction du Docteur Stéphane CARNEIN, chef de pôle au CDRS de COLMAR.

Le thème porte sur : « **La place actuelle de l'activité physique au sein de Foyers d'Accueil Spécialisé et Foyers d'Accueil Médicalisé en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique** »

Cette recherche se présente sous forme d'une étude épidémiologique descriptive avec un **recueil de questionnaires**, à l'intention des **professionnels médicaux, paramédicaux** ainsi que des **directeurs**, travaillant au sein de **F.A.S., F.A.S. P.H.V.** et/ou de **F.A.M.** en **Alsace**.

Les réponses à ce questionnaire, qui vous prendra **une dizaine de minutes**, se font sur la base du **volontariat** et sont tout à fait **anonymes**. Le fait de répondre à celui-ci sous-entend votre consentement à participer à cette étude.

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus.

Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg.

Les données seront traitées et conservées par la thésarde jusqu'à la soutenance de la thèse (modifier/adapter). Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD).

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr

En vous remerciant par avance pour votre aide !

Émilie COLLARD

NB : Si vous avez des questions ou si vous voulez le retour des résultats de l'étude, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante : emilie.cllrd@gmail.com

Annexe 3 : Questionnaires, partie commune I et III :**La place actuelle de l'activité physique au sein de Foyers d'Accueil Spécialisé et Foyers d'Accueil Médicalisé en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique**

Il vous demandera une dizaine de minutes pour y répondre.

Ce questionnaire est anonyme.

Notice :

: 1 seule réponse possible

: 1 ou plusieurs réponse(s) possible(s)

.... : Réponse libre

Tableau : cocher les cases correspondantes, toutes les lignes doivent être remplies

C'est à vous de jouer !

I. Tout d'abord quelques questions sur vous et votre travail :

1) Vous êtes :

un homme

une femme

2) Quel âge avez-vous ?

Moins de 20 ans

Entre 20 et 30 ans

Entre 30 et 40 ans

Entre 40 et 50 ans

Entre 50 et 60 ans

Plus de 60 ans

3) Quelle est votre profession ?

Auxiliaire de vie

Ergothérapeute

Éducateur spécialisé

Infirmière

Kinésithérapeute

Psychologue

Autre :

4) Dans quel type de structure travaillez-vous ?

- F.A.M. (= Foyer d'Accueil Médicalisé)
- F.A.S. (= Foyer d'Accueil Spécialisé)
- F.A.S..P.H.V. (= Foyer d'Accueil Spécialisé pour Personnes Handicapées Vieillissantes)

5) Combien de résidents y-a-il dans cet(ces) établissement(s) ?

6) Quel intérêt au quotidien apportez-vous à ce sujet ?

- Vous n'y pensez pas
- Le sujet a déjà éveillé votre curiosité
- Le sujet vous semble intéressant
- Le sujet vous semble important

7) Quelle image du sport dans le cadre du handicap mental et psychique avez-vous?

- Nombreuses difficultés pour les résidents.
- Nombreux avantages pour les résidents.
- Balance bénéfice/risque meilleurs que dans population générale.
- Balance bénéfice/risque identique à celle de la population générale.
- Balance bénéfice/risque moins bonne que dans population générale.

III. Pour finir : 3 questions sur les freins et les motivateurs ; vos représentations.

Vous pouvez exprimer vos opinions dans « autres ».

25) Selon vous, quelles pourraient être et quelles sont les motivations réelles des résidents à la pratique d'une activité physique ?

	Motivations réelles	Motivations potentielles, après explications	Aucun impact
Santé physique (diminution des risques de diabète, tension artérielle, AVC, obésité, ostéoporose, cancer)			
Santé physique (gagner en souplesse, équilibre, vitesse, endurance, force)			
Santé mentale (diminution de l'anxiété, dépression)			
Amélioration de l' estime de soi , de la confiance en soi			
Pour mieux dormir			
Pour gagner en autonomie			
Pour la performance , le côté sportif			
Pour la socialisation			
Autre :			

26) Si autre, merci de préciser :

.....

.....

.....

27) Selon vous quels sont les obstacles au développement de la pratique d'activité physique pour les résidents ?

	Oui	Non	Les 3 principaux obstacles
Le handicap mentale			
Le handicap psychique			
Le handicap moteur			
Le polyhandicap			
L'autisme			
Les maladies cardiovasculaires			
Un cancer			
Les neuroleptiques			
L'insuline			
L'association de nombreux médicaments			
Un manque d'information sur ce sujet auprès des professionnels de santé			
Un manque d'information sur ce sujet auprès des résidents			
Un manque de motivation/de persévérance de la part des résidents			
Une crainte des résidents <i>(peur de l'échec, de manquer de compétence, de se faire mal)</i>			
Une crainte et un manque d'encouragement de l'entourage			
Un manque de moyen			
Un manque d'offres adaptées et accessibles			
Un manque de temps			
La Covid 19			
Autre :			

28) Si autre, merci de préciser :

.....
.....

29) Une promotion de l'activité physique auprès des résidents vous semblerait-elle pertinente ?

- Oui, j'en suis certain(e) Oui, je pense
 Théoriquement oui, mais compliqué à réaliser en pratique. Non, je ne pense pas

30) Si oui, sous quelle(s) forme(s) cette promotion vous semblerait-elle adapté ?

- Une promotion orale, collective explicative avec diaporama
 Une promotion orale, collective interactive
 Une promotion orale, en petit groupe interactive
 Une promotion papier, sous forme de flyers
 Une promotion papier, sous forme de poster, visible au quotidien
 Autre

31) Si autre, merci de préciser :

.....
.....

Je vous remercie pour votre participation !

Annexe 4 : Questionnaire, partie II spécifique des personnels paramédicaux :

II. Maintenant, quelques questions au sujet de l'activité physique :

8) En moyenne comment se déplacent les résidents dans la structure et à l'extérieur (pour faire environ 500m à 1km) ?

	Aucun 0 %	0-25 %	25-50 %	La moitié 50 %	50-75 %	75-100 %	Tous 100 %
A pied							
A Vélo							
En fauteuil roulant							
Véhicules motorisés							
Ascenseur quotidien							
Escalier quotidien							

Pour rappel :

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

9) Quelles types d'activités physiques pratiquaient les participants, avant la Covid ?

	Aucun 0 %	0-25 %	25-50 %	La moitié 50 %	50-75 %	75-100 %	Tous 100 %
Marche							
Vélo							
Danse							
Jardinage							
Ménage							
Musique							
Jeux de lancé							
Jeux d'équilibre							
Gymnastique							
Musculation							

Activité aquatique (Natation, aquagym..)							
Sport de raquette (Tennis, Badminton...)							
Sport de ballon (Foot, Hand...)							
Sport de combat (boxe, judo ...)							
Tir à l'arc							
Autre ...							

10) Si autre, merci de préciser :

.....

11) Y-a-t'il un éducateur spécialisé/sportif dans l'établissement ?

Oui

Non

12) Existait-il un ou plusieurs programmes en rapport avec l'activité physique au sein de l'établissement, **avant la Covid 19** ?

Oui

Non

Si oui : répondre aux questions 13 à 16

Si non : passer directement à la question 17

13) Combien de résident participait à ces activités **avant la Covid 19** ?.....

14) Combien de résident participe à ces activités **aujourd'hui**?.....

15) Sur quel mode fonctionne la participation des résidents ?

	Aucun	< 5 %	5-25 %	25-50 %	50-75 %	> 75 %
Volontariat simple						
Inclus dans un projet par volontariat						
Inclus dans un projet par critère						

Pour rappel :

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

16) En cas d'inclusion dans le cadre d'un projet : quel est ce projet ?

.....

17) A quelle fréquence sont proposées les activités physiques ?

- Plus de 5 demi-journées par semaine
- 5 demi-journées par semaine
- 3 à 4 demi-journées par semaine
- 1 à 2 demi-journées par semaine
- Moins d'1 demi-journée par semaine
- Je ne sais pas

18) Certains résidents sont-il inscrit dans des clubs ou associations sportifs à l'extérieur de l'établissement **avant la Covid** ?

- Non : Ni club, ni association.
- Oui : dans certaines associations
- Oui : dans certains clubs

19) Si oui : dans quel(s) club(s) ou quelle(s) association(s) ?

.....

20) Si oui : combien de résidents sont concerné ?

- O Moins de 5 % O Entre 5 et 25 % O Entre 25 et 50 %
- O Entre 50 et 75 % O Plus de 75 % O Tous

Pour rappel :

5 % = 1 personnes pour un total de 20 résidents

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

21) Selon vous combien de temps sur une journée passent-ils en étant sédentaire (= devant la télé, lecture, assis à discuter ou passer le temps) ?

	Aucun	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
Plus de 10h/jour						
Entre 5 et 10h/jour						
Moins de 5h/jour						

22) Selon vous : combien de temps consacrent-t-ils à l'activité physique au total ?

	Aucun	0-25 %	25-50 %	50-75 %	75-100 %	100 %
1h/ jour et plus						
3 à 7h/ semaine						
1 à 3h/semaine						
Moins d'1 h/semaine						

Pour rappel :

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

Pour rappel : Activité physique = tout mouvement des muscles, s'opposant à la sédentarité.

Activité physique = comprend le sport + loisir + déplacement

23) Quelles répercussions sur les activités physiques des résidents a eu la pandémie Covid

19 ?

- Aucunes modifications, car très peu d'activités physiques initialement
- Arrêt total de toute activité physique pour tous les résidents pendant les confinements
- Les activités au sein de la structure ont pu être maintenu, mais pas les activités liés aux clubs et associations extérieurs
- Adaptation des activités physiques : persistance des activités plein air uniquement
- Adaptation des activités physiques : diminution du nombre de participant
- Adaptation autre

24) Si adaptation autre, merci de préciser :

.....
.....

Annexe 5 : Questionnaire partie II spécifique des directeurs

II. Maintenant, quelques questions au sujet de l'activité physique :

7) Avez-vous déjà été sensibilisé à ce sujet dans le cadre d'établissement médico-social pour des personnes handicapées mentales et psychiques ?

O Oui O Non

8) Si oui, par qui ?

- L'ARS (=Agence Régionale de Santé) grand Est
- Le CDCA (= Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'autonomie)
- La DRDJSCS (= Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sport et de la Cohésion Sociale) grand est
- La FFSA (=Fédération Française de Sport Adapté), représenté par la Ligue SAGE en Alsace
- Autre

9) Si autre, merci de préciser :

.....
.....

10) Existe-t-il des financements dédiés à l'activité physique ?

O Oui O Non

10) Y-a-t'il un éducateur spécialisé/sportif au sein de l'établissement ?

Oui Non

11) Existe-t-il un ou plusieurs programmes en rapport avec l'activité physique au sein de l'établissement ?

Oui Non

Si oui : répondre aux questions 12 à 14

Si non : passer directement à la question 15

12) A quelle fréquence sont proposées les activités physiques ?

- Plus de 5 demi-journées par semaine
- 5 demi-journées par semaine
- 3 à 4 demi-journées par semaine
- 1 à 2 demi-journées par semaine
- Moins d'1 demi-journée par semaine
- Je ne sais pas

13) Existe-t-il un espace dédié pour l'activité physique ?

Oui Non

14) Concernant l'espace, le matériel, l'équipement utilisés pour les activités physiques, pensez-vous qu'ils soient :

Très bien adapté Adapté

O Inadapté

O Il n'y a pas d'espace ni d'équipement spécifique

15) Existe-t-il des partenariats entre l'établissement et certaines associations ou clubs sportifs ?

Oui, avec certaine(s) association(s)

Oui, avec certain(s) club(s)

Non

16) Si oui : quels clubs ou quelles associations ?

.....

17) Si oui, sous quelle forme ?

.....

Annexe 6 : Questionnaire partie II spécifique des éducateurs sportifs**II. Maintenant, quelques questions au sujet de l'activité physique :**

7) Combien de résident participait à vos activités avant la Covid 19 ?.....

8) Combien de résident participe à vos activités aujourd'hui?.....

9) A quelle fréquence sont proposées vos séances d'activités physiques ?

Plus de 5 demi-journées par semaine

5 demi-journées par semaine

3 à 4 demi-journées par semaine

1 à 2demi-journées par semaine

Moins d'1 demi-journée par semaine

10) Disposez-vous d'un espace dédié pour l'activité physique ?

Oui

Non

11) Concernant l'espace, le matériel, l'équipement utilisés pour les activités physiques, pensez-vous qu'ils soient :

Très bien adapté

Adapté

Inadapté

Il n'y a pas d'espace ni d'équipement spécifique

12) Sur quel mode fonctionne la participation des résidents ?

	Aucun 0 %	0-25 %	25-50 %	La moitié 50 %	50-75 %	75-100 %	Tous 100 %
Volontariat simple							
Inclus dans un projet par volontariat							
Inclus dans un projet par critère							

Pour rappel :

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

13) En cas d'inclusion dans le cadre d'un projet : quel est ce projet ?

.....

14) Quelles pathologies rencontrez-vous ?

	Aucun 0 %	0-25 %	25-50 %	La moitié 50 %	50-75 %	75-100 %	Tous 100 %
Handicap mental							
Handicap psychique							
Handicap moteur							
Polyhandicap							
Trisomie 21							
Schizophrénie							
Autisme							

15) Vous semble-t-il que certains patients soient plus difficiles à encadrer selon un groupe de pathologie ?

O Oui

O Non

16) Si oui, quelle(s) pathologie(s) ? Et quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ?

.....

17) Quelle évolution avez-vous pu remarquer dans le temps au cours de votre travail ?

Le nombre de participant a franchement augmenté, d'ailleurs vous ne pouvez plus tous les accepter

Le nombre de participant a augmenté, et vous avez encore la capacité d'en accueillir d'avantage

Le nombre de participant est resté stable

Le nombre de participant a diminué

18) Quels vous semblent-ils être les motifs de participation ?

	Aucun 0 %	0-25 %	25-50 %	La moitié 50 %	50-75 %	75-100 %	Tous 100 %
Attrait pour le sport , la performance							
Attrait pour le loisir , le côté ludique							
Attrait par l'activité de groupe							
Les bénéfices pour leur santé							

Pour rappel :

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

19) Certains résidents sont-ils inscrits dans des clubs ou associations sportifs à l'extérieur de l'établissement **avant la Covid** ?

- Oui : dans certains clubs
- Oui : dans certaines associations
- Non

20) Si oui : dans quels clubs ou quelles associations ?

.....

21) Si oui : combien de résident sont concerné ?

- Moins de 5 % Entre 5 et 25 % Entre 25 et 50 %
 Entre 50 et 75 % Plus de 75 % Tous

Pour rappel :

5 % = 1 personne pour un total de 20 résidents

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

22) Existe-t-il des partenariats entre l'établissement des certaines associations ou clubs sportifs ?

- Oui, avec certaines associations
 Oui, avec certains clubs
 Non

23) Si oui, avec quelle(s) association(s), quel(s) club(s) ?

.....

24) Si oui, sous quelle forme ?

.....

25) Quelles types d'activités physiques pratiquaient les participants, avant la Covid ?

	Aucun 0 %	0-25 %	25-50 %	La moitié 50 %	50-75 %	75-100 %	Tous 100 %
Marche							
Vélo							
Danse							
Jardinage							
Ménage							
Musique							
Jeux de lancé							
Jeux d'équilibre							
Gymnastique							
Musculation							
Activité aquatique (Natation, aquagym..)							
Sport de raquette (Tennis, Badminton...)							
Sport de ballon (Foot, Hand...)							
Sport de combat (boxe, judo ...)							
Tir à l'arc							
Autre ...							

Pour rappel :

25 % = 5 personnes pour un total de 20 résidents

50% = 10 personnes pour un total de 20 résidents

75 % = 15 personnes pour un total de 20 résidents

26) Si autre, merci de préciser :

.....

27) Quelles répercussions sur les activités physiques des résidents a eu la pandémie Covid 19 ?

- Aucunes modifications
- Arrêt total de toute activité physique pour tous les résidents pendant les confinements
- Les activités au sein de la structure ont pu être maintenu, mais pas les activités liées aux clubs et associations extérieurs
- Adaptation des activités physiques: activités plein air ou avec distanciation
- Adaptation des activités physiques : diminution du nombre de participant
- Adaptation autre ...

28) Si adaptation(s) autre(s), merci de préciser :

.....

.....

BIBLIOGRAPHIE

1. Nicodème B, Léna B, Nathalie B, Clémence B, Justine C, Adriano F, et al. Sport, handicap et santé publique. 2013;39.
2. [Internet]. [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337003/9789240014862-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Handicap et santé [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
4. Wikipédia: Handisport. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Handisport&oldid=170568158>
5. Wikipedia: FFSA. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 juill 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=F%C3%A9d%C3%A9ration_fran%C3%A7aise_du_sport_adapt%C3%A9&oldid=160992770
6. L'apathie, un symptôme transnosographique : diagnostic différentiel et prise en charge [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-236/l-apatie-un-symptome-transnosographique-diagnostic-differentiel-et-prise-en-charge>
7. Blouin M, Binet M, Bouchard R-H, Roy M-A, Després J-P, Alméras N. Improvement of Metabolic Risk Profile under Second-Generation Antipsychotics: A Pilot Intervention Study. Can J Psychiatry. avr 2009;54(4):275-9.
8. ARS-PRS 2018-2028 [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_20180618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf
9. OMS - Activité physique 12.2020 [Internet]. [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
10. MeasuringPhysicalActivity_infographic_A4_FINAL_French.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: https://world.physio/sites/default/files/2020-05/MeasuringPhysicalActivity_infographic_A4_FINAL_French.pdf
11. Duclos PM. Sport, santé, activité physique, sédentarité : de quoi parle-t-on ?
12. La loi « handicap » du 11 février 2005 [Internet]. MDPH 77. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.mdp77.fr/fr/la-loi-handicap-du-11-fevrier-2005>
13. Introduction-CIF-CCOMSFCICIF-2017-diaporama.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2017/12/Introduction-CIF-CCOMSFCICIF-2017-diaporama.pdf>

14. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
15. Les-differents-types-de-handicap - CCAH [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CAAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
16. unapei_essentiel_handicapmental.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: https://www.unapei-ap.fr/wp-content/uploads/2018/12/unapei_essentiel_handicapmental.pdf
17. F.A.S. et F.A.M. dAlsace [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-d-accueil-medicalise-pour-adultes-handicapes--f-a-m---437/rgn-alsace.html>
18. Enquête sur la pratique des activités physiques et sportives dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées. 2018;81.
19. Découvrir le métier – Ordre des masseurs-kinésithérapeutes [Internet]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/je-suis-etudiant/decouvrir-le-metier/>
20. Médecine du sport [Internet]. La médecine du sport. [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.lamedecinedusport.com/sports/sport-handicap-mental-psychique-promouvoir-des-solutions-adaptees/>
21. Association sportive: quels outils/applications pour faciliter votre gestion? | Sport equipments [Internet]. [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.sport-equipements.fr/association-sportive/>
22. Stubbs B, Williams J, Gaughran F, Craig T. How sedentary are people with psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 1 mars 2016;171(1):103-9.
23. Bartlo P, Klein PJ. Barthlo et Klein : Physical Activity Benefits and Needs in Adults With Intellectual Disabilities: Systematic Review of the Literature. *Am J Intellect Dev Disabil.* 1 mai 2011;116(3):220-32.
24. Borland RL, Hu N, Tonge B, Einfeld S, Gray KM. Participation in sport and physical activity in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(12):908-22.
25. Waugh A, Crumlish N, Kelleher E, Forde C, Broderick J. A feasibility study of a physiotherapy-led motivational programme to increase physical activity and improve cardiometabolic risk in people with major mental illness. *Gen Hosp Psychiatry.* 1 sept 2018;54:37-44.
26. Temple VA, Frey GC, Stanish HI. Physical Activity of Adults with Mental Retardation: Review and Research Needs. *Am J Health Promot.* sept 2006;21(1):2-12.

27. Netgen. Effets métaboliques et endocriniens des antipsychotiques atypiques [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 23 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2432/22980>
28. Smogur M. Psychotrope et prise de poids. 2009;36:4.
29. Tréhout M, Dollfus S. L'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie : de la neurobiologie aux bénéfices cliniques. *L'Encéphale*. déc 2018;44(6):538-47.
30. Hawkins A, Look R. Levels of engagement and barriers to physical activity in a population of adults with learning disabilities. *Br J Learn Disabil*. déc 2006;34(4):220-6.
31. Carraro A, Gobbi E. Effects of an exercise programme on anxiety in adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2012;33(8):1221-6.
32. Ashdown-Franks G, Williams J, Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Hubbard K, et al. Revue: texte intégrale à rechercher. *Schizophr Res*. 1 déc 2018;202:3-16.
33. Kwon JS, Choi J-S, Bahk W-M, Yoon Kim C, Hyung Kim C, Chul Shin Y, et al. Weight management program for treatment-emergent weight gain in olanzapine-treated patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A 12-week randomized controlled clinical trial. *J Clin Psychiatry*. avr 2006;67(4):547-53.
34. Lalande D, Thériault L, Kalinova É, Fortin A, Leone M. The effect of exercise on sleep quality and psychological, physiological, and biological correlates in patients with schizophrenia: A pilot study. *Schizophr Res*. mars 2016;171(1-3):235-6.
35. Zosso G, Sentissi O. Revue: Handicap psychique et AP. *Swiss Arch Neurol Psychiatry Psychother* [Internet]. 15 févr 2019 [cité 21 juill 2020];170(01). Disponible sur: <https://sanp.ch/article/doi/sanp.2019.03008>
36. Gautrais E. et Herbaux V. Les déterminants du surpoids et de l'obésité chez les adultes déficients intellectuels en institution : une étude qualitative auprès de 26 éducateurs sur la nutrition et l'activité physique. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2018.
37. Palermo A. Un programme de sport inclusif pour des personnes vivant avec DI : l'effet sur le taux d'activité physique et sur l'anxiété [Internet]. University of Geneva; 2020 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:138799>
38. Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. oct 2016;46(14):2869-81.
39. Laura D. Entre protection et autonomie : les principes de l'action sociale et médico-sociale à l'épreuve de la crise. 2020;39.
40. Ironman CN-. Kris Nikic: 1% Better Challenge [Internet]. Chris Nikic - Ironman. [cité 27 nov 2020]. Disponible sur: <https://chrisnikic.com/1%25-better-challenge>

41. Stanish HI, Frey GC. Handicap mental et Promotion AP. Salud Pública México. 2008;50:s178-84.
42. Shapiro DR. Participation Motives of Special Olympics Athletes. Adapt Phys Act Q. avr 2003;20(2):150-65.
43. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 22 avril 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en-sante-un-concept-critique-pour-la-sante-publique>
44. Bovier C. Cours théoriques inclusifs promouvant une AP régulière chez les personnes présentant DI: efficacité, bénéfices et difficultés rencontrées: Le cas de Bouger Ensemble [Internet]. University of Geneva; 2020 [cité 4 déc 2020]. Disponible sur: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:137492>
45. guide_pair-aidance.pdf [Internet]. [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: https://gpf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/12/guide_pair-aidance.pdf
46. Le dispositif Handicap (DH) - DAHLIR [Internet]. DAHLIR - Dispositif d'Accompagnement du Handicap vers des Loisirs Intégrés et Réguliers. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.dahlir.fr/handicap/le-dispositif/>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
masseutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : GAUARD Prénoms : Emilie

Ayant été informé(e) qu'en réappropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1991 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie (travaux) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'enreçois en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'enreçois en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

à STRASBOURG, le 15/12/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

Introduction. La promotion de l'activité physique, dans une démarche de prévention de la santé est un sujet d'actualité. La santé des personnes en situation de handicap, en est un autre. Les personnes qui vivent avec un handicap mental et/ou psychique ont une sédentarité, et des comorbidités souvent décrites comme étant plus importantes que la population générale. L'activité physique est une piste intéressante pour y remédier. L'objectif principal de notre étude était de dresser un état des lieux sur la place actuelle de l'activité physique au sein des F.A.S. et F.A.M. en Alsace accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique.

Méthode. Nous avons choisi de réaliser une étude quantitative, épidémiologique descriptive, multicentrique, sous la forme d'une série de cas. Tous les établissements F.A.S. et F.A.M. localisés en Alsace, accueillant des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique ont été contactés. Des questionnaires en ligne ont ensuite été envoyés à l'intention des directeurs des établissements, ainsi que du personnel paramédical et des éducateurs sportifs.

Résultats. Près de deux tiers de ces établissements ont participé à notre étude. Parmi eux, 90 % déclaraient proposer à leurs résidents des séances d'activité physique. Les principaux freins retrouvés à la pratique de celles-ci étaient : le manque de motivation des résidents, les médicaments, la pandémie à la Covid 19. Les motivations principales étaient : la socialisation et le jeu. La plupart des personnes interrogées estimaient également qu'une promotion de l'activité physique au sein de cette population serait pertinente.

Conclusion. Notre étude montre qu'une large majorité d'établissements propose à leurs résidents une pratique d'activités physiques et sportives. Pour autant l'encadrement de celles-ci n'est pas optimale. La communication autour de ce sujet reste perfectible tant auprès des résidents, de leur entourage, que du personnel soignant, ou encore des directeurs des établissements.

Rubrique : DES de Médecine Générale

Mots clés : activité physique, handicap mental, handicap psychique, F.A.S., F.A.M.

Président de Jury : Mr le Professeur Thomas VOGEL

Assesseurs : Mr le Docteur Fabien ROUGERIE

Mr le Docteur Emmanuel BIDET

Mr le Docteur Stéphane CARNEIN

Adresse de l'auteur :

COLLARD Emilie

5 rue Jean Mermoz

51200 EPERNAY