

*L'activité physique adaptée
comme facteur de bien-être :
Focus sur le handicap mental et psychique*

Pierre Therme
Professeur Emérite

&

Tanguy Marqueste
Maître de conférences



Faculté des
Sciences du Sport
Aix*Marseille Université

Un petit détour historique des rapports corps/santé

La question des rapports entre santé mentale et santé physique recouvre celle de l'évolution du dualisme et des représentations du corps.

Le corps et ses pratiques vont faire l'objet de représentations et donc de connaissances selon un processus de métaphorisation (Vigarello 2005).

Durant la première moitié du XIX^{ème} siècle, le corps est assimilé aux machines hydrauliques et éoliennes. La santé c'est la force.

Avec l'avènement des théories de la thermodynamique durant la deuxième moitié du XIX et la première du XX, le corps est assimilé à une machine gérant des flux énergétiques. La santé c'est le mouvement et le plein air.

A partir des années 1930, le corps est considéré comme une machine traitant de l'information, une machine qui apprend et s'auto-organise cf les travaux de Skinner, de Piaget et de Wallon.

La santé c'est la compétence cognitive.

De nos jours, comme le souligne (Vigarello, 1978. Le corps redressé), un nouvel idéal s'est emparé de nos sociétés à l'issue de la deuxième guerre mondiale: être beau et en bonne santé sans les contraintes du corset et de la rectitude.

Isabelle Quéval parle, pour les périodes actuelles, de l'idéal du
« corps médico sportif »

Le corps doit être idéal, contrôlé et maîtrisé. Ce qui n'est pas le cas
du corps du handicapé psychique et mental.

« L'excellence corporelle » dont parle Jacques Defrance, n'est pas
attribuable aux personnes porteuses de troubles mentaux.

Un des premiers auteurs à avoir articulé santé physique et santé mentale est de mon point de vue, le Docteur Jean Itard (1774-1838)

Le travail sur Victor de l'Aveyron diagnostiqué par l'aliéniste Pinel d'idiotie, pose les bases d'une authentique éducation sensorimotrice, d'une confrontation de Victor à des expériences sensorielles et cognitives nouvelles et adaptées.

Aujourd'hui nous parlons de sport/santé, de sport sur ordonnance.

Sport et santé : des rapports dialectiques

Les pratiques sportives selon le niveau et les conditions dans lesquelles elles se développent, peuvent être délétères.

Elles peuvent faire l'objet de conduites à risques et de recherche effrénée de sensations (Zuckerman 1999).

Cette recherche de sensations est articulée aux conduites à risques et aux addictions.

Dépendance à l'activité physique :

→ comportement de pratique excessif, incontrôlé et se manifestant par des symptômes physiologiques et psychologiques (Hausenblas et Downs, 2002).

Thèse de Benjamin Allègre, sur 373 sujets du Marseille-Cassis en 2004, 49% présentent des symptômes de dépendance.

120 concurrents des 100 Km de Millau, le taux de dépendance s'élève à plus de 60%

La pratique du sport ou des activités physique
n'est pas consubstantielle aux pratiques de santé.

Le sport peut ne pas être la santé.

Les Pratiques sportives adaptées

Les sports modernes sont des pratiques sociales et culturelles.

Elles possèdent un sens anthropologique que toute personne, quelle que soit sa position de handicap ou d'inadaptation, perçoit.

Leurs pratiques mobilisent donc les fonctions biologiques, psychologiques et sociales de la personne.

Elles ont un effet sur la santé car elles mobilisent les fonctions bio-psycho-sociales (Engels 1988) au sein des apprentissages moteurs.

L'activité physique et sportive dans le champ des troubles psychiques

Les troubles psychiques sont essentiellement des troubles de la relation dont le corps, ses imaginaires et ses pratiques sont, entre autres les vecteurs (Sivadon, 1995).

Les Activités Physiques Sportives et Artistiques Adaptées permettent, de par les apprentissages moteurs qu'elles provoquent, de mobiliser par le canal moteur, les structures cognitives supérieures.

Les apprentissages moteurs

Les résultats des nombreux travaux scientifiques de ce domaine de recherche sont totalement adaptables au champ des troubles psychiques.

Ils sont même très pertinents, pour quelles raisons ?
Car ils mobilisent la personne sur les modes Bottom Up,
(*Théories Top Down/Bottom Up : Hauert 1989*)



Du périphérique au central, du sensori-moteur au cognitif.

Adaptés donc aux personnes porteuses
de déficiences mentales, de troubles psychiques,
qui sont moins performantes dans
les sollicitations centrales directes, dont la parole serait le vecteur.

Nos travaux ont montré que, quelque soit le type de handicap psychique et mental et quelque soit l'âge, la personne est capable de développer des apprentissages moteurs et donc de se développer.

Parmi les travaux sur l'apprentissage moteur, les approches écologiques (Gibson 1950) semblent bien adaptées aux personnes présentant un handicap psychique.

Il existe un couplage entre perception et action :
l'action crée l'information et l'information spécifie l'action.

Apprendre consiste à détecter l'information utile pour agir.

« Ce type d'apprentissage va nécessiter de la part de l'enseignant non pas d'agir sur l'élève, mais sur son milieu » (Temprado & Montagne, 2001)

Il s'agira donc d'aménager le milieu, de le rendre stimulant sur le plan sensoriel par exemple, utiliser des repères très colorés : maillots, ballons, plots, tracés de terrain....

Utiliser des repères sonores, des stimulations proprioceptives et haptiques : le contact et le toucher dans les sports de combats comme le judo adapté, le rugby adapté, la danse....

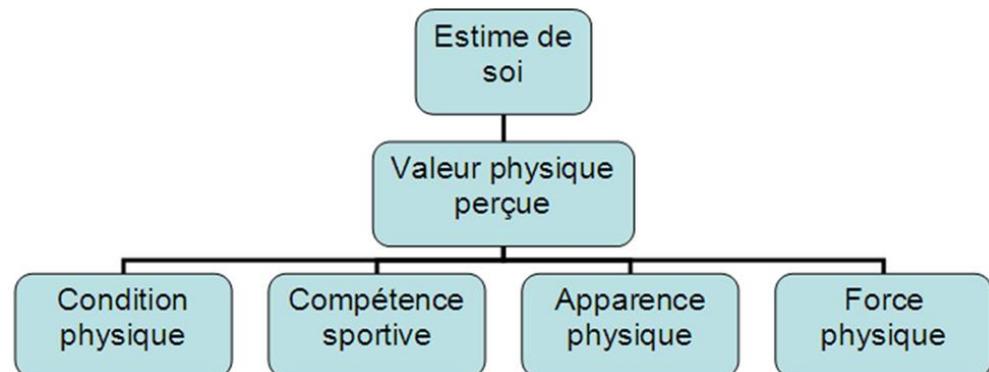
Le canal émotionnel et l'estime de soi physique chez les personnes présentant des Troubles du Spectre Autistique

Ces travaux montrent aussi une stabilisation de ces processus sous l'effet de la pratique de programmes d'Activités Physiques Adaptées.

Les personnes présentant des troubles ou inadaptations présentent très souvent une dégradation de l'estime de soi.

Dans la modélisation du concept de soi, l'estime globale de soi est le résultat d'une évaluation personnelle consciente. Ce concept exprime « dans quelle mesure chacun s'aime, s'accepte, et se respecte en tant que personne ». C'est un jugement global, plus ou moins positif à l'égard de soi-même, qui s'alimente des évaluations de ses compétences ou de ses qualités dans des secteurs spécifiques.

Le concept de Soi physique a émergé comme une construction clé du Soi particulièrement dans les cultures occidentales. Le modèle multidimensionnel et hiérarchique du concept de Soi physique a été développé par Fox et Corbin (1989).



Les contenus des programmes

Ils dépendent de plusieurs facteurs :

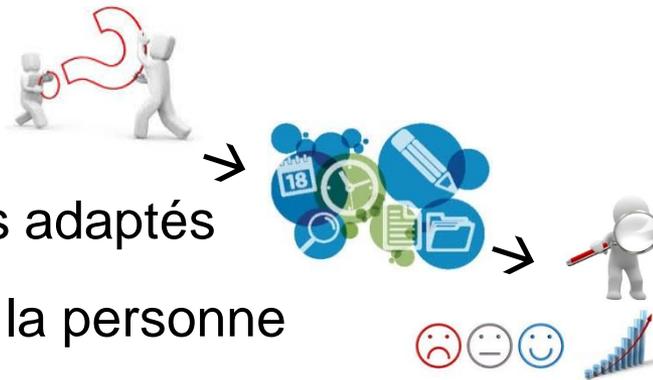
- Les caractéristiques biopsychosociales des personnes intégrant les étiologies, les symptomatologies, les singularités corporelles et motrices.
- Les résultats des évaluations diagnostiques dans les situations de références concrètes.
- Les motivations des personnes, mises au jour par des entretiens ou des échelles psychométriques adaptées,

Les Activités Physiques et Sportives Adaptées comme pratiques de Santé Publique

Une démarche pour adapter les contenus.

Les trois étapes:

- Evaluation diagnostique
- Elaboration des contenus adaptés
- Evaluation des effets sur la personne



Les niveaux d'intervention :

- ✓ Prévention Primaire / Universelle
- ✓ Prévention Secondaire / Orientée
- ✓ Prévention Tertiaire / Ciblée
Education du Patient

Dans nos expériences de judo avec des adolescents(es) présentant des troubles du spectre autistique dans le service du regretté Pr René Soulayrol.

Nous avons montré (3 publications dans la revue *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*) que la pratique du judo, à raison de deux séances par semaine sur une année, a permis de diminuer le morcellement corporel et une mise en cohérence sensorimotrice et cognitive de l'espace avant et de l'espace arrière du corps et en conséquence de diminuer les symptômes de morcellement et d'identité.

Des résultats concrets

Un exemple concret :

l'enseignement de la boxe éducative auprès de déficients moyens
(Jacquemin, 2015, IME les Ecureuils, Marseille)

« Effet d'un programme de boxe éducative adaptée sur l'anxiété-trait, l'équilibre statique et l'évolution des compétences en boxe d'enfants et d'adolescents déficients intellectuels »

Faculté des Sciences du Sport
de Marseille Université

Mémoire de stage présenté en vue de l'obtention du :

Diplôme de Master Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

Spécialité : Activités Physiques pour la Santé (APRS)

Effet d'un programme de boxe éducative adaptée sur l'anxiété-trait, l'équilibre statique et les compétences en boxe d'enfants et adolescents déficients intellectuels

Présenté par
JACQUEMIN Florian

Lieu du stage
Institut Médico Educatif Les Ecureuils
272 Avenue de Mazargues
13008, Marseille

Responsable de stage
DESCHAMPS Olivier

Tuteurs de Stage
THERME Pierre & MARQUETTE Tanguy

Année universitaire 2014-2015

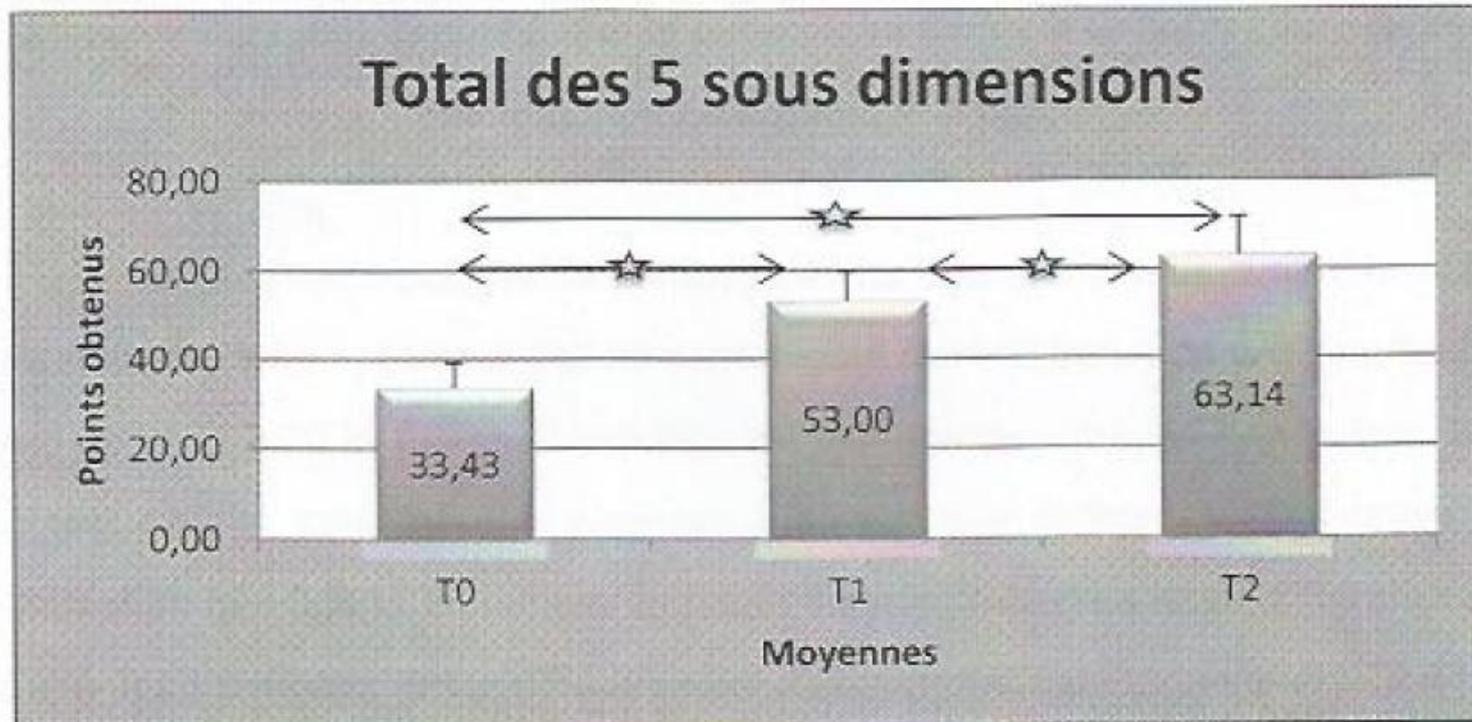
INSTITUT LES ECUREUILS
Association FOUQUE
BP 5 - 272 Av. de Mazargues
13206 MARSEILLE Cedex 08
Tel. 04 91 10 72 86 - Fax 04 91 71 18 49
13008marseille@wanadoo.fr

Programme de 20 séances de 2h sur 10 semaines.

7 élèves ont participé au programme, 4 garçons et 3 filles, âge moyen 11 ans 6 mois, QI compris entre 35 et 55.

Les objectifs: acquisition de nouvelles habiletés motrices, réduction du niveau d'anxiété et amélioration de l'équilibre.

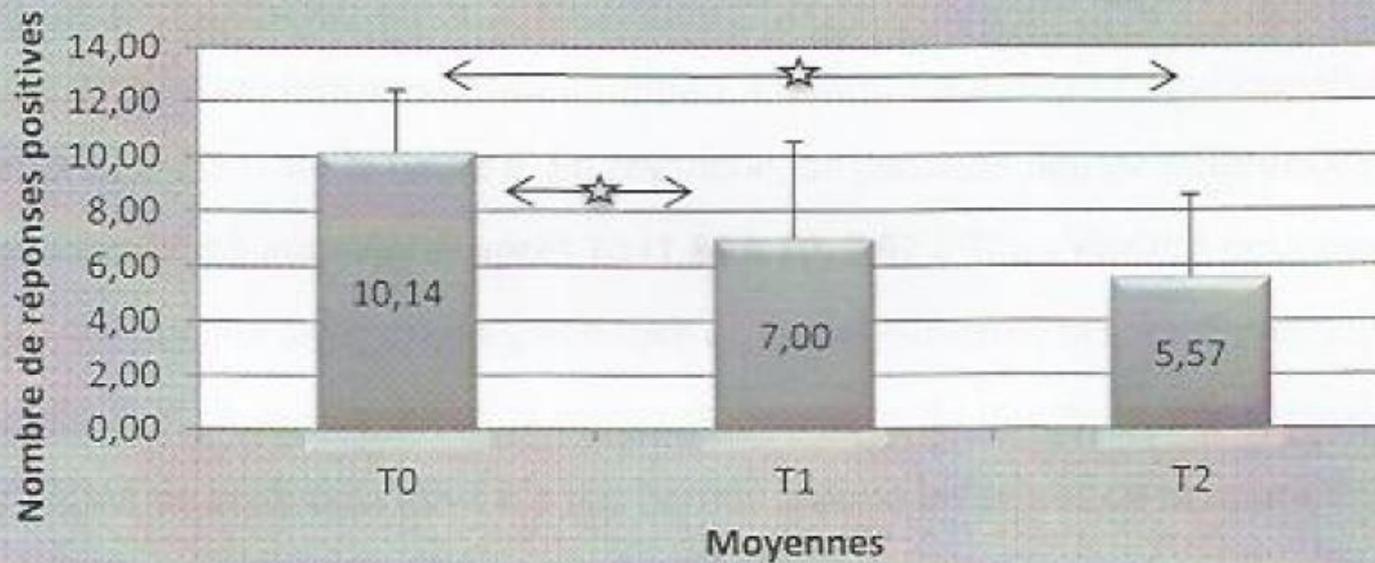
Principaux résultats



Temps de passation	T0-T2	T0-T1	T1-T2
Significativité	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Figure 1 : Moyennes générales des scores des participants à l'évaluation de la Boxe

Anxiété Généralisée



Temps de passation

T0-T2

T0-T1

T1-T2

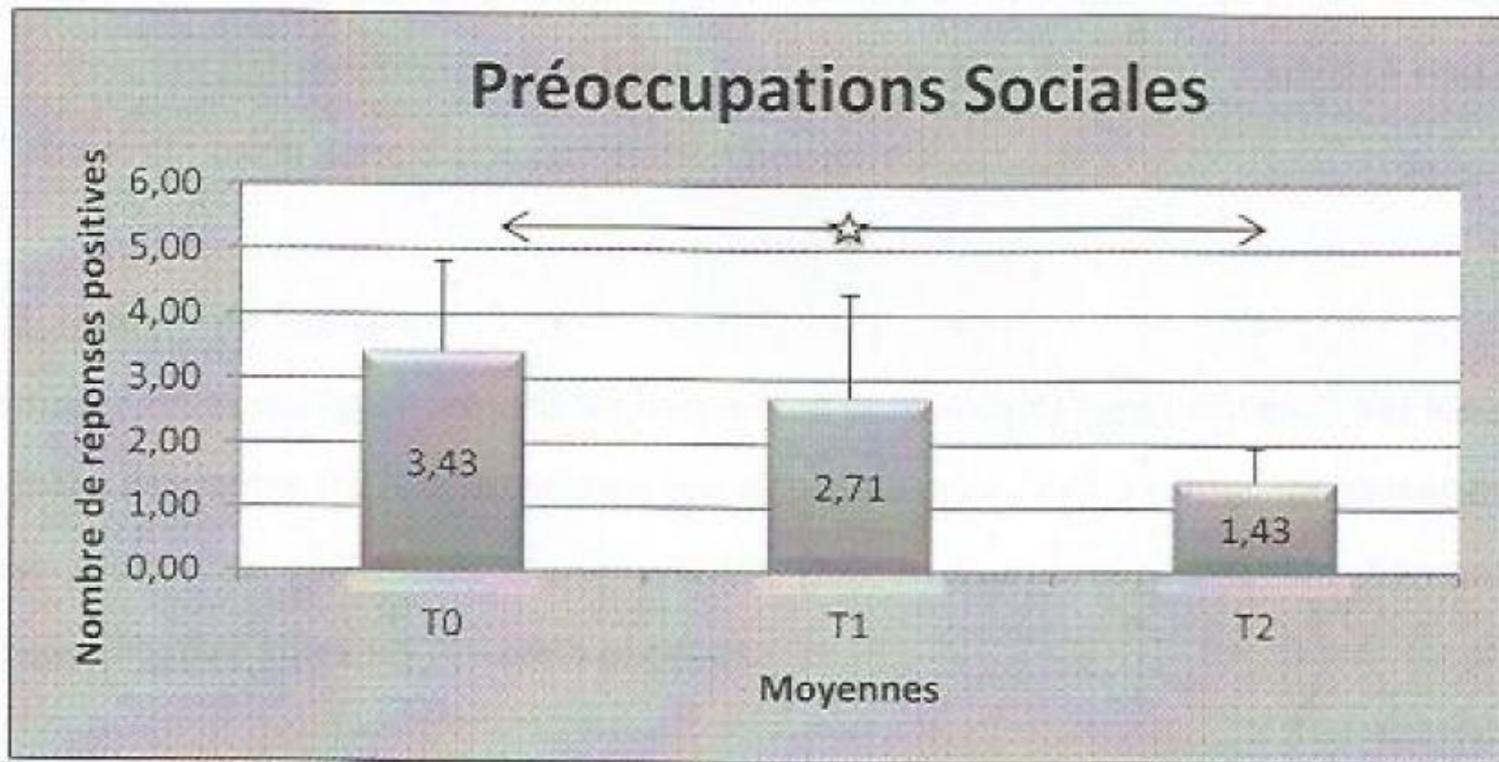
Significativité

0,02

0,049

0,338

Figure 7 : Moyennes des participants au questionnaire d'Anxiété



Temps de passation	T0-T2	T0-T1	T1-T2
Significativité	0,015	0,255	0,052

Figure 9 : Moyennes des participants à la dimension « Préoccupations Sociales » du questionnaire d'Anxiété

Boxe et Equilibre Unipodal Droit (yeux ouverts)

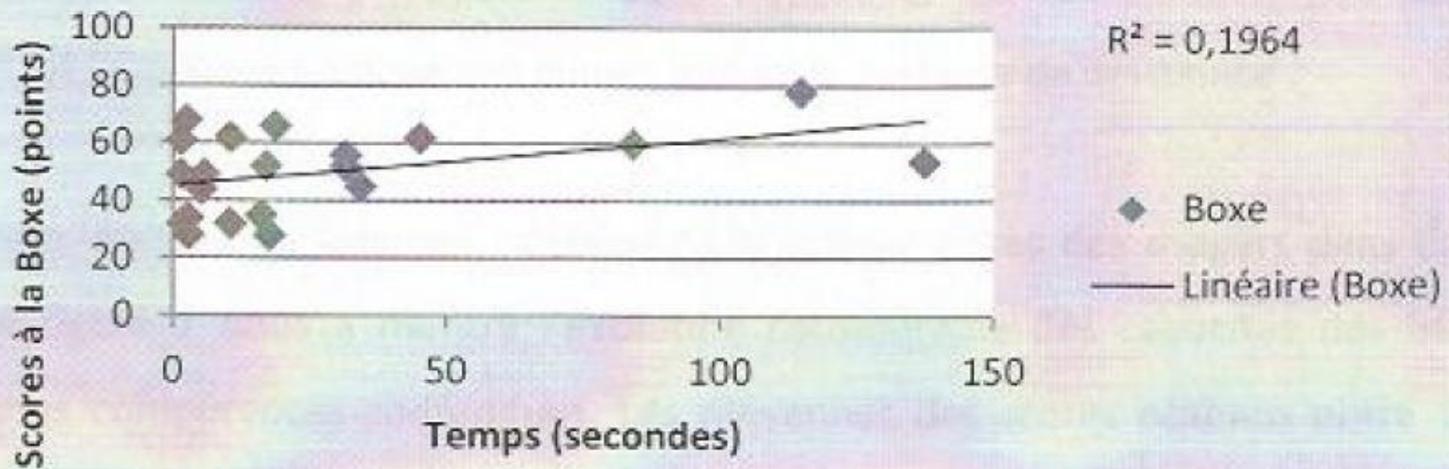


Figure 15 : Corrélation entre les scores moyens de boxe et d'équilibre unipodal droit les yeux ouverts

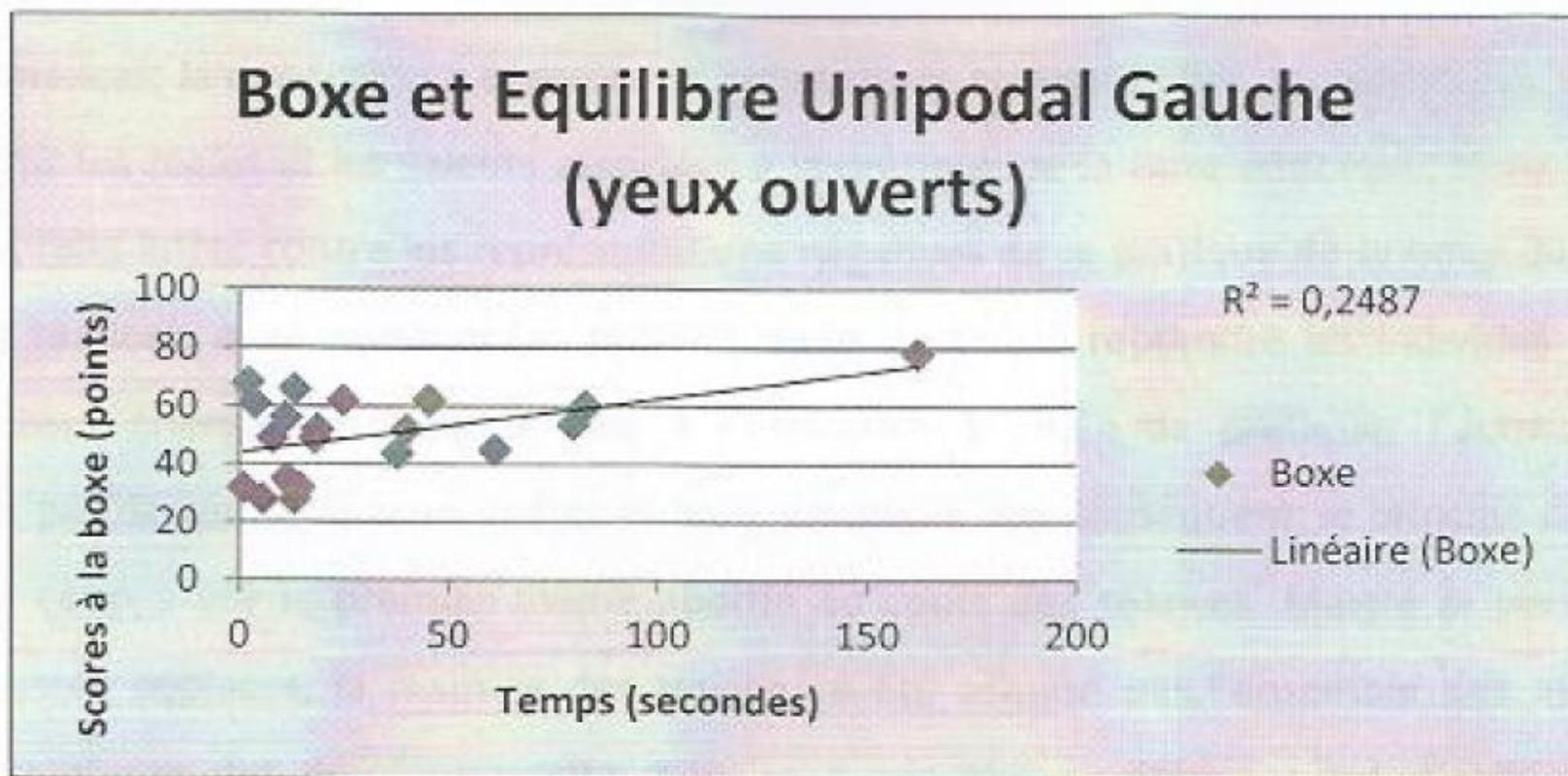


Figure 16 : Corrélation entre les scores moyens de boxe et d'équilibre unipodal gauche les yeux ouverts

La pratique de l'escalade avec des enfants présentant des troubles du spectre autistique

Expérience menée dans le service de pédopsychiatrie du CHU
Sainte Marguerite à Marseille.

Cette étude se propose de mettre en valeur les potentialités
d'apprentissage de ces enfants dans une activité sportive adaptée:
l'escalade (Therme et Col, 1992, *Psychiatrie de l'enfant*)

Groupe de 6 enfants, moyenne âge 6ans 7 mois,
diagnostiqués psychotiques et dysharmoniques.



Les évaluations ont porté sur les 6 premières séances.

Nous avons étudié plusieurs variables;

- La durée d'une escalade.
- La durée totale d'activité.
- La hauteur atteinte.

La pratique se déroulait dans un gymnase hors de l'hôpital.

Sur une structure artificielle.

Résultats

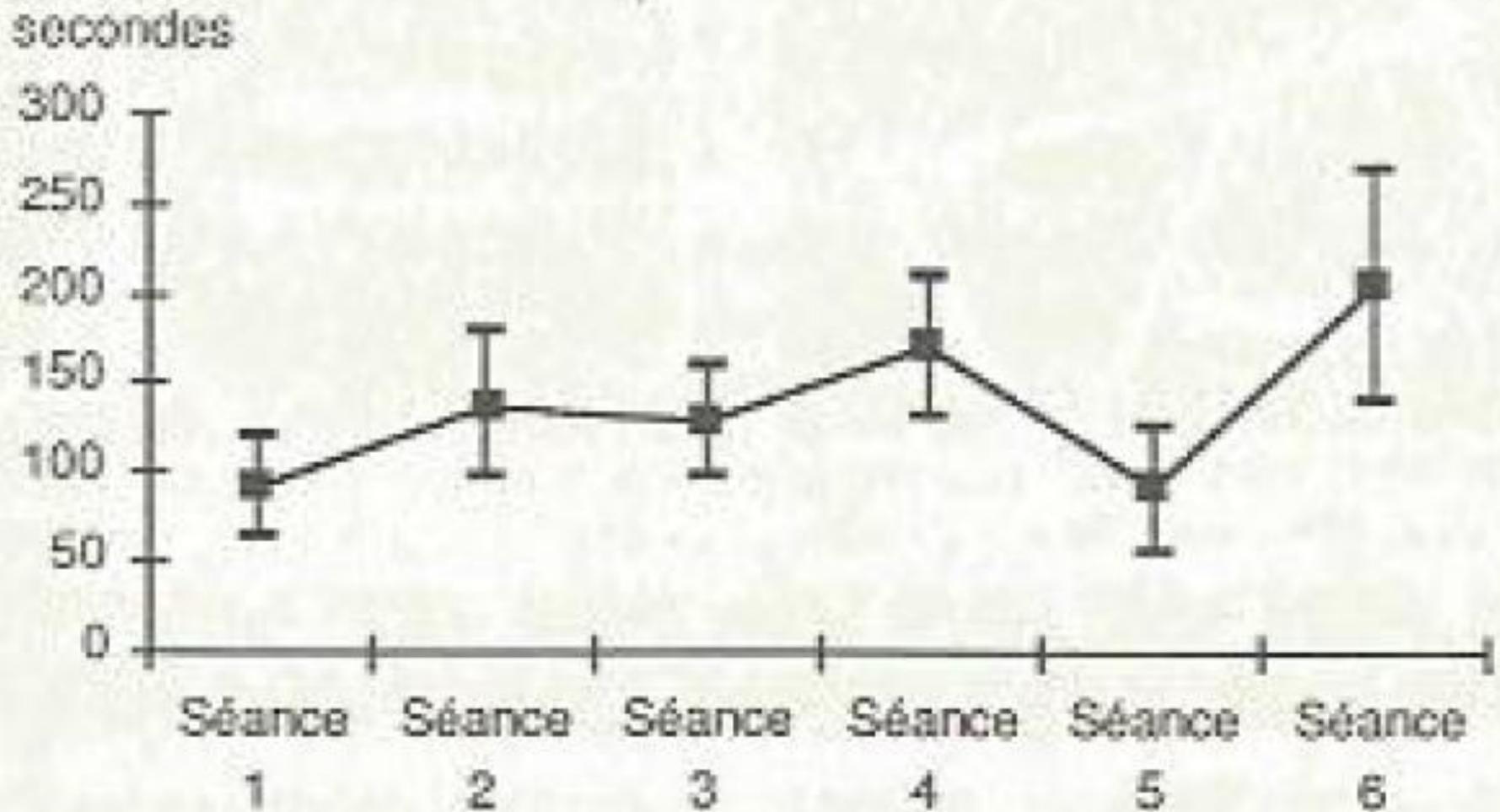


Figure 2. — *Evolution du total d'activité par séance*

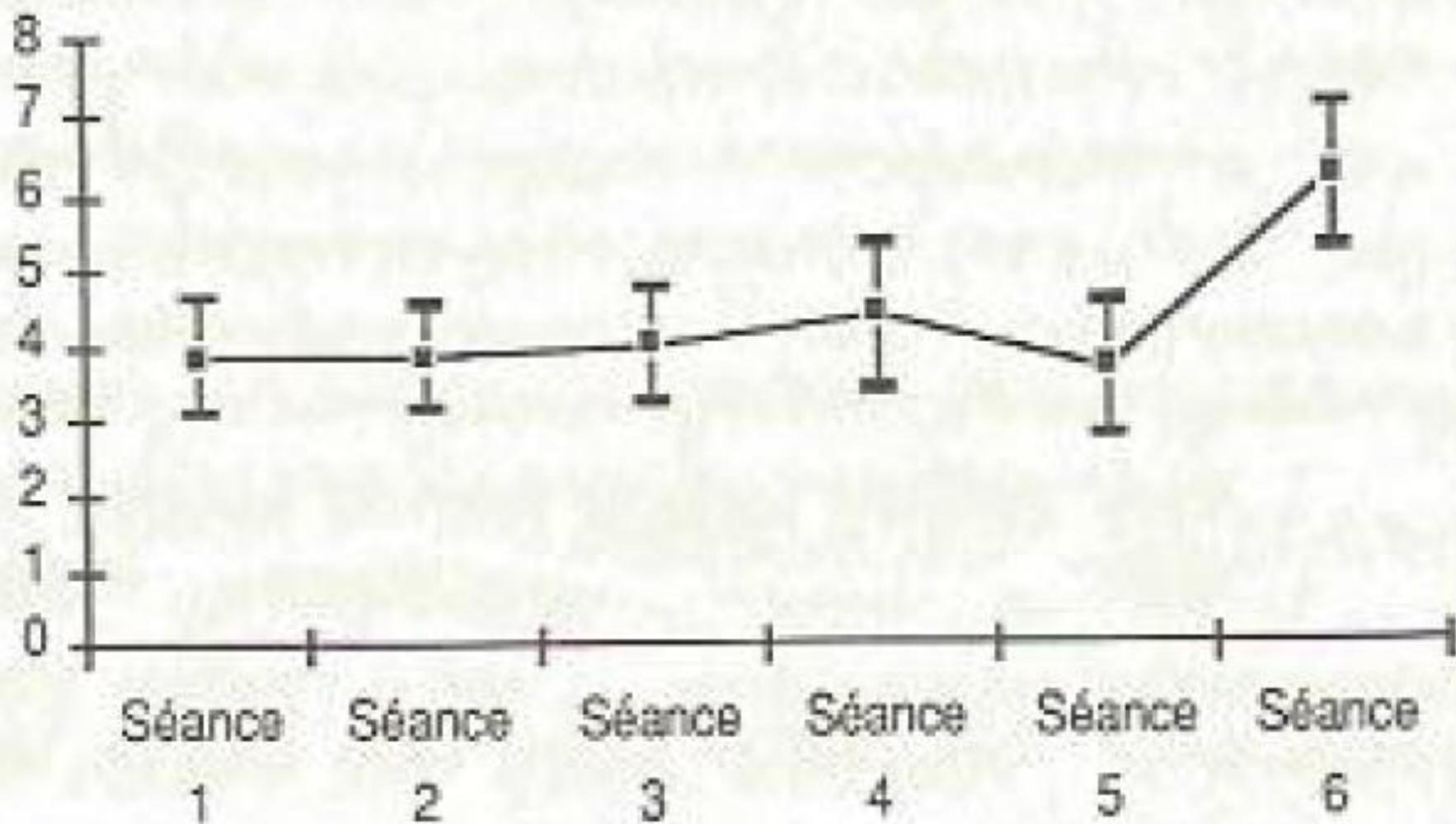


Figure 5. — *Evolution du nombre moyen d'escalades*

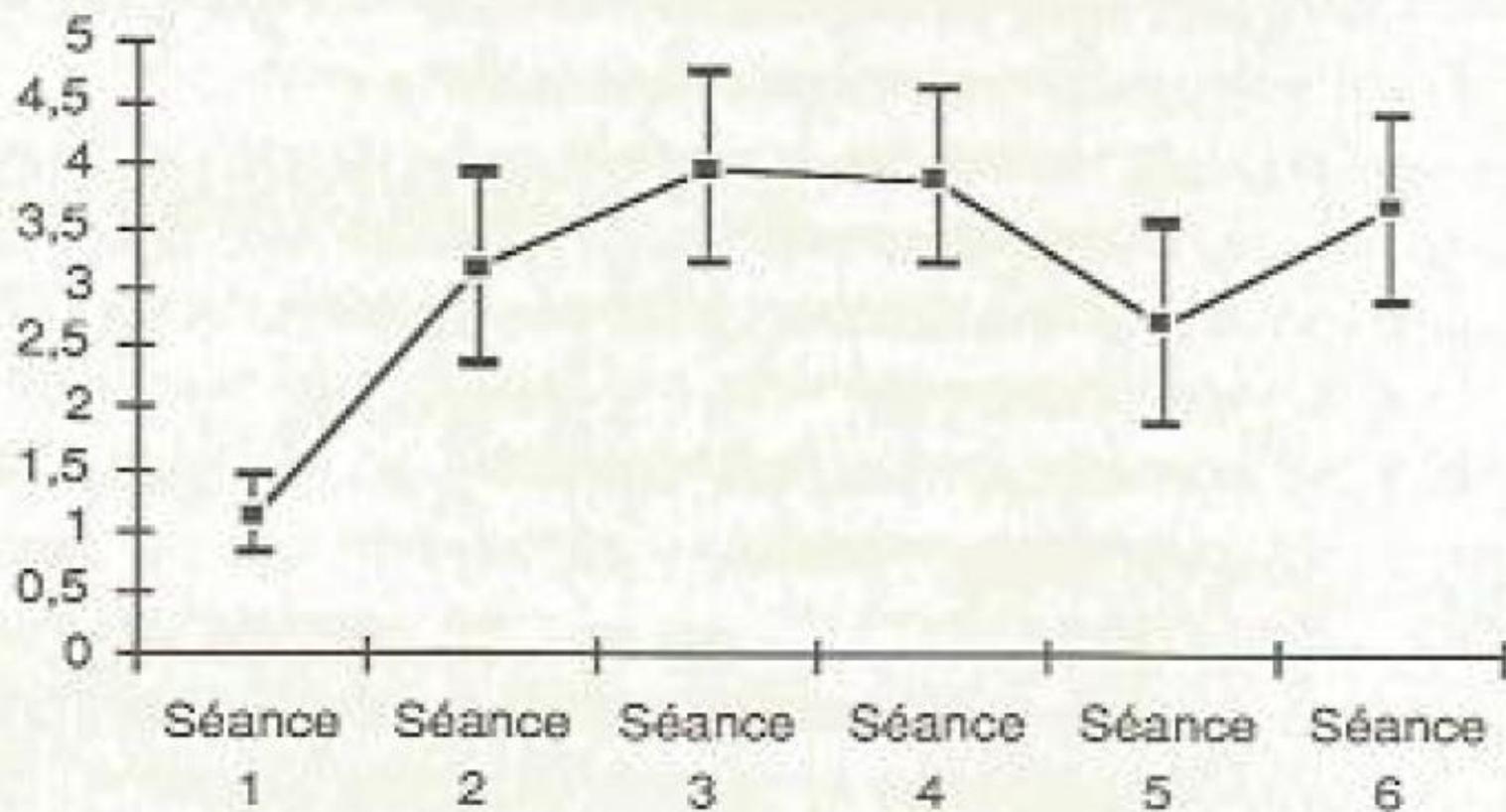


Figure 7. — Evolution de la hauteur moyenne d'escalade au fil des séances

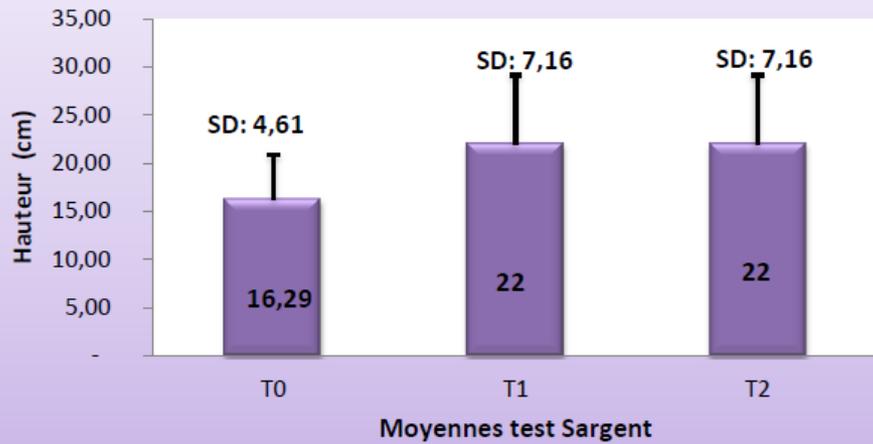
Utiliser un programme d'activité physique adapté, combinant force et endurance, auprès d'adolescents souffrant de déficience intellectuelle afin d'améliorer la condition physique, l'estime de soi physique et l'autonomie sociale.

Martine Parsus – IME les écureuils (Prix de la FFSA décembre 2013)

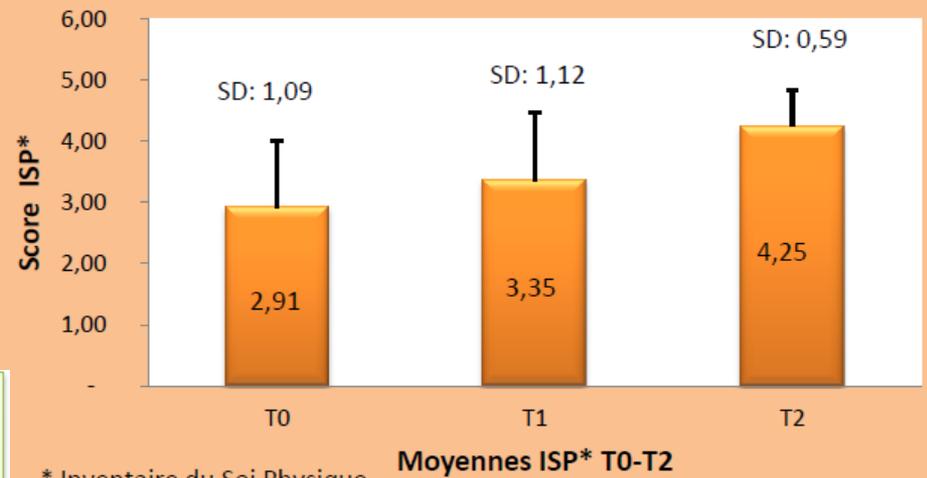
Les objectifs :

- Assurer la prise en charge régulière des participants par l'activité physique
- Evaluer les usagers participant au programme
- Améliorer la condition physique (force et aérobie)
- Améliorer l'estime de soi physique
- Améliorer l'autonomie sociale

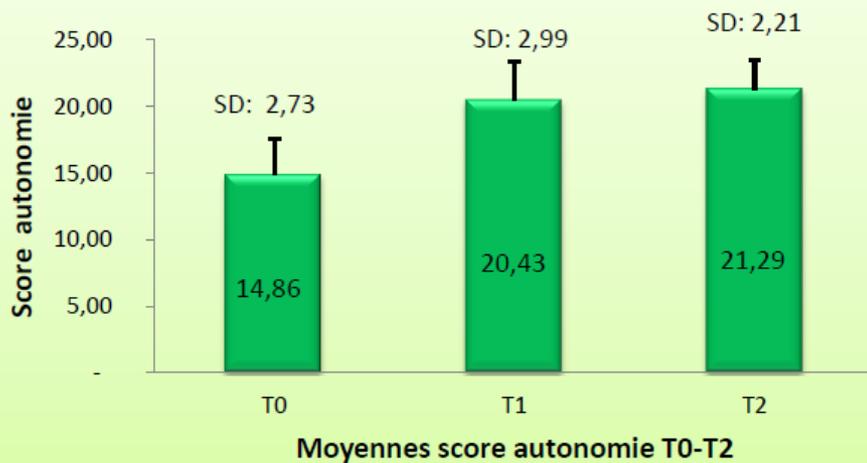
Comparaison test sargent T0-T2



Comparaison score ISP* T0-T2



Comparaison score autonomie T0-T2



Etude comparative des effets de deux programmes d'activité physique sur la condition physique, les symptômes et la qualité de vie de personnes souffrant de schizophrénie

Clément Rouy – APHM (Les cahiers du sport adapté 2017)

Variables \ Temps	Groupe 1 : pratique aérobie			Groupe 2 : pratique aérobie + renforcement			Groupe 1 versus Groupe 2 à T0 à T1	
	T0	T1	p	T0	T1	p	p	p
Capacité d'exercice fonctionnelle	574 ± 47,21	646,25 ± 55,13	p = 0,005	619 ± 53,02	692,17 ± 74,07	p < 0,001	NS	NS
Puissance muscul. Des membres inf.	10,5 ± 1,29	13,75 ± 1,26	p = 0,018	13,5 ± 1,87	20,17 ± 3,06	p < 0,001	NS	p < 0,001
Puissance muscul. Des membres sup.	13,25 ± 2,1	18,25 ± 1,5	p = 0,006	15 ± 4,16	23,83 ± 4,74	p < 0,001	NS	p = 0,028
Puissance muscul. Des abdominaux	8,75 ± 2,22	12,5 ± 3,11	p = 0,033	11,33 ± 2,66	16,17 ± 3,25	p = 0,001	NS	P = 0,05
Qualité de vie	54,69 ± 14,30	62,76 ± 19	NS	54,08 ± 13,69	59,55 ± 22,95	NS	NS	NS
Symptômes positifs	9 ± 1,63	7,75 ± 0,96	NS	13,33 ± 2,94	10,66 ± 4,32	NS	NS	NS
Symptômes négatifs	17,5 ± 9,68	15,5 ± 9,68	NS	17,33 ± 3,93	13,33 ± 5,24	NS	NS	NS
Psychopatho. Générale	32 ± 12,03	27,75 ± 6	NS	30,33 ± 5,95	26,67 ± 5,75	NS	NS	NS
PANSS Total	58,5 ± 20,82	51 ± 15,06	NS	61 ± 10,41	50,67 ± 12,23	NS	NS	NS

Tableau 1 : Evolutions moyennes des variables au sein des deux groupes et au cours du temps

Conclusions

Quel que soit le trouble psychique ou mental, les personnes qui en sont porteuses peuvent développer des apprentissages.

Ces activités physiques et sportives adaptées participent pleinement au projet thérapeutique des établissements sanitaires et sociaux.

Mais comme nous venons de le démontrer l'articulation sport-santé ne va pas de soi, elle n'est possible que dans la mesure où les programmes sont travaillés, les évaluations ajustées, et les bénéfices objectivés.



Nous vous remercions des votre attention



Faculté des
Sciences du Sport
Aix*Marseille Université