

Activité physique et handicap

L'activité physique, par l'une de ses composantes, le « sport santé », s'inscrit dans la stratégie nationale sport santé 2019-2024, dont l'ambition est de « promouvoir l'activité physique et sportive comme un élément déterminant, à part entière, de santé et de bien-être, pour toutes et tous, tout au long de la vie » (www.sports.gouv.fr). Les bénéfices médicaux de l'activité physique sont bien connus pour la population générale mais également pour les personnes suivies dans le cadre de pathologies chroniques et, parmi ces dernières, les personnes en situation de handicap. L'ambition pour notre société est de mettre en valeur les bienfaits de l'activité physique et du sport, de promouvoir ces pratiques et surtout de les rendre accessibles à tout type de population. Or, il est encore constaté que cette pratique d'activité physique reste très limitée chez les personnes en situation de handicap.

Épidémiologie

Selon le rapport mondial sur le handicap de l'OMS de 2011, 15 % de la population mondiale vit avec un handicap, soit environ un milliard de personnes, et ce nombre est en accroissement [50]. Cette augmentation s'expliquerait par le vieillissement global de la population, par l'augmentation du nombre de maladies chroniques et par le vieillissement, plus particulièrement, des personnes en situation de handicap. En France, environ 2,5 millions de personnes vivent avec au moins une limitation fonctionnelle [30]. Il ressort des données, de plus en plus nombreuses, que les personnes en situation de handicap seraient en moins bonne santé que la population générale [50]. En effet, cette population se trouve facilement exclue des programmes de prévention et de dépistage. Ainsi, suivant le groupe et le milieu, les personnes en situation de handicap peuvent se retrouver plus vulnérables à développer des problèmes de santé secondaires évitables, des morbidités concomitantes et des problèmes liés à l'âge. En parallèle, la fréquence des comportements à risque, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation ou la sédentarité, augmente aussi chez les personnes en situation de handicap. La Cnam a publié un rapport¹ dans lequel il est rappelé les difficultés de recours aux soins pour les personnes en situation de handicap, en particulier celles bénéficiant de l'allocation adulte handicapé, ainsi qu'un reste à charge plus élevé que pour la population générale.

Place incontournable de l'activité physique pour les personnes en situation de handicap

Une place pour la pratique d'activité physique s'impose dans la vie des personnes en situation de handicap,

1. Cnam. Améliorer le système de soins et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2020. Voir le chapitre consacré à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap repérables dans le Système national des données de santé (SNDS).

au vu des bénéfices de prévention en santé qu'elles peuvent en tirer. Pour ces personnes, comme pour le reste de la population, il est aujourd'hui clairement établi que notre système de santé ne fait pas assez de place à la prévention. À juste titre, il a longuement été considéré que l'activité physique était un moyen pour les personnes en situation de handicap de pouvoir se reconstruire (notamment par le sport), améliorer leur autonomie, accéder à une certaine valorisation sociale et permettre d'éviter la récurrence de la cause du handicap pour certaines d'entre elles. Seuls les bénéfices de ces notions de préventions secondaire et tertiaire étaient jusqu'alors reconnus pour la pratique de l'activité physique des personnes en situation de handicap. Cependant, l'augmentation constante de l'espérance de vie de ces dernières induit que cette population vieillissante, développant les mêmes facteurs de comorbidité que la population générale (obésité, diabète, hypertension, etc.), doit désormais pouvoir bénéficier des mêmes ambitions de prévention primaire que la population générale, notamment concernant l'activité physique. À cela il faut ajouter les préoccupations de prévention de l'altération fonctionnelle, qui peut, par perte de l'autonomie du fait de facteurs exogènes (douleurs articulaires, obésité...), induire un surhandicap avec le temps.

Une volonté de la part des intéressés !

L'enquête Sport et handicap de la Fondation française des jeux (FFJ) de 2016 [15] objectivait une surreprésentation de personnes inactives et retraitées, dans un échantillon de 1 127 Français âgés de 16 à 64 ans, en situation de handicap moteur, visuel ou auditif : 36 % au sein de l'échantillon des personnes en situation de handicap *versus* 28 % au sein de la population valide du même âge. Selon cette enquête, 70 % des personnes en situation de handicap étaient très ou assez intéressées par le sport en général, et 87 % considéraient qu'avoir une activité physique était essentiel ou important, notamment pour limiter l'effet de leur handicap. Cette enquête met donc en évidence un décalage entre la volonté des personnes en situation de handicap et leur pratique. Il est clairement établi que le but premier de la pratique sportive est la recherche du bien-être physique et mental, activité dissociée de la rééducation [52].

Des difficultés d'évaluation du niveau d'activité physique chez les personnes en situation de handicap

Selon le rapport de l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) de 2016, les données décrivant les pratiques d'activité physique des personnes atteintes de limitation fonctionnelle d'activité (LFA), à laquelle appartiennent

François Genêt

Professeur en médecine physique et de réadaptation (PU-PH), GHU Paris-Saclay, hôpital Poincaré à Garches, APHP, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), président de l'Institut de santé parasport connecté (ISPC Synergies), médecin responsable de la délégation médicale du Comité paralympique et sportif français (CPSF), membre du collectif Pour une France en Forme

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.



Le sport : nouvelle thérapeutique des maladies chroniques du XXI^e siècle ?

les personnes en situation de handicap, sont rares en France [2]. Elles pratiqueraient jusqu'à deux fois moins d'activité physique, et le taux de non-pratiquants est plus élevé que dans la population générale. Concernant plus particulièrement les personnes en situation de handicap, les activités de la vie quotidienne (activités professionnelles, domestiques, et déplacements) sont moins susceptibles d'être source d'activité physique chez ces personnes, du fait des limitations d'accessibilité et de différences de métabolisme énergétique. Le recrutement des ressources physiques, notamment musculo-squelettiques, cardiovasculaires et respiratoires, au quotidien ou dans la pratique sportive chez ces personnes, implique probablement un coût énergétique plus grand que chez la personne valide [2].

Par ailleurs, du fait de leurs limitations fonctionnelles, la mesure de l'activité physique au quotidien est plus complexe : les mesures quantitatives (podomètre par exemple) ne sont pas souvent utilisables, les questionnaires habituels² ne sont pas adaptés et mettent souvent en avant un effet plancher qui les rend inutilisables ; et enfin les échelles d'équivalence activité-MET ne sont pas applicables car les situations sont individuelles et difficilement universalisables. Pour finir, la pratique régulière d'activité physique varie selon la déficience ou la pathologie et selon la limitation fonctionnelle : elle est la plus faible chez les personnes ayant une déficience motrice ou portant un cumul de déficiences. La principale difficulté est donc la mesure en situation de vie et en temps réel de la quantité d'activité physique réalisée par une personne.

Spécificité de l'activité physique et de son suivi

Les modalités d'initiation à l'activité physique, celles du suivi clinique et biologique, doivent être encadrées car la mise en application et la pratique impliquent des organisations spécifiques souvent réservées à des spécialistes, et ne peuvent rester des approximations de celles de la population générale. En effet, les personnes en situation de handicap présentent des critères cliniques et fonctionnels très hétérogènes voire individuels. L'ajout de l'utilisation d'aides techniques d'autonomie (mobilité...) ainsi que l'utilisation d'aides spécifiques permettant l'activité physique complique la mise en capacité de pratiquer.

Par ailleurs, la prévention et la prise en charge de la blessure doivent être, elles aussi, très encadrées car elles peuvent facilement et sévèrement impacter toute autonomie pour le quotidien. En effet, l'augmentation de la longévité implique qu'une atteinte musculo-squelettique surajoutée au tableau initial de handicap représente une sentence directe sur le quotidien des personnes en situation de handicap à court terme, mais également à moyen et long terme.

Des fausses idées circulent

Les avancées scientifiques sur la plasticité neuronale et sur l'intérêt d'une rééducation précoce intensive et multimodale après une lésion neurologique centrale (cerveau notamment) incitent désormais à engager des programmes de rééducation de plus en plus intenses. Des recommandations issues du passé persistent malgré ces avancées. L'exemple de l'appréhension au renforcement délétère de la spasticité³ chez le patient neurologique central durant une activité physique en est un exemple frappant. Une majoration de l'hypertonie spastique durant un exercice peut arriver bien sûr, mais elle reste passagère et ne grève en aucun cas le processus de récupération neurologique. L'épargne de l'activité physique induit des dégâts beaucoup plus grands. Il en a été de même sur l'attente de la récupération d'un schéma moteur parfait (la marche par exemple) avant d'engager une rééducation à cette activité pour ces patients... Enfin, il convient de rappeler que le risque de chute, et donc celui de fracture, n'augmente pas avec la pratique de l'activité physique et qu'au contraire, le meilleur moyen de réduire ce risque et d'améliorer sa santé osseuse est de bien s'alimenter et s'hydrater, de pratiquer de l'activité physique, et de sortir en extérieur.

Problématique et bénéfiques au profit de l'inclusion

Enfin s'ajoute à cela la question délicate mais importante de l'inclusion sociale. L'activité physique et notamment le sport sont des puissants leviers de brassage de population permettant de bouleverser les hiérarchies sociales. Les hommes et les femmes sur un terrain de sport n'ont pas les mêmes codes ni les mêmes comportements que dans les autres secteurs de la vie, notamment professionnels. Ce trésor n'est pas si facile à partager avec les personnes en situation de handicap dans une société bien limitée par ses codes. Alors que la performance comparée au reste de la population n'est souvent pas au rendez-vous pour ces pratiquants, que les aides techniques ne sont pas toujours compatibles avec une pratique de rue ou une infrastructure non pensée.

Des perspectives

Les personnes en situation de handicap bénéficient des bienfaits de l'activité physique tant en termes de prévention primaire que secondaire ou tertiaire. L'organisation des Jeux paralympiques et olympiques de Paris 2024 doit être une opportunité pour développer l'activité physique, le sport santé et la pratique sportive des personnes en situation de handicap dans les années à venir. Mais la généralisation de cette pratique impose une plus grande implication des acteurs du sport, des mondes médical, social, associatif et politique, en toute coopération et synergie. 🏡

2. IPAQ, GPAQ, RPA, Ricci et Gagnon.

3. La spasticité est un trouble moteur caractérisé par des contractions musculaires involontaires.