



monbilansportsanté

Squash du Bois de Chaville

Sport et Santé

Squash du Bois de Chaville
50, rue Alexis Maneyrol
92370 CHAVILLE
06 21 02 10 60
squash.chaville@gmail.com

[Site Web](#)

Sommaire

1	CONTROLE DU DOCUMENT	3
1.1	RÉSUMÉ	3
1.2	LISTE DE DISTRIBUTION	3
1.3	HISTORIQUE DES CHANGEMENTS	3
1.4	DOCUMENTS ASSOCIÉS	3
2	SPECIFICITES ET CONDITIONS	4
2.1	L'EFFECTIF ET L'ÂGE	4
2.2	SPÉCIFICITÉ DE L'ACTIVITÉ RAQUETTES	4
2.3	RISQUES ET CONTRE-INDICATIONS	4
2.4	PUBLICS CIBLES POUR LES PROTOCOLES	4
2.5	OBJECTIFS PROPHYLACTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES	5
2.6	ADAPTATIONS ET PRÉCAUTIONS	6
3	OBJECTIFS	8
3.1	OBJECTIFS GÉNÉRAUX	8
3.2	DURÉE DES CYCLES	8
3.3	OBJECTIFS DE FIN D'ACCOMPAGNEMENT	8
4	LES MOYENS	10
4.1	LIEU	10
4.2	LES CONDITIONS DE PRATIQUE	10
4.3	MATÉRIEL	12
4.4	ENCADREMENT	12
5	MISE EN OEUVRE	13
5.1	APA RECOMMANDÉE	13
5.2	ORGANISATION	13
5.3	PROGRAMMATION DES SÉANCES	13
5.4	LES MISES EN ŒUVRE PÉDAGOGIQUES	14
5.5	LES FICHES PÉDAGOGIQUES	14
5.6	BILAN ET SUIVI	15
6	ANNEXES	16
6.1	APA RECOMMANDÉE – INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE	16
6.2	APA RECOMMANDÉE – HYPERTENSION ARTÉRIELLE	17
6.3	APA RECOMMANDÉE – MALADIE CORONARIENNE STABLE	18
6.4	APA RECOMMANDÉE – ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX	19
6.5	APA RECOMMANDÉE – SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ADULTE	20
6.6	APA RECOMMANDÉE – DIABÈTE DE TYPE 2	21
6.7	APA RECOMMANDÉE – BRONCHOPNEUMOPATHIE OBSTRUCTIVE	22
6.8	APA RECOMMANDÉE – CANCERS: SEIN, COLORECTAL, PROSTATE	23
6.9	APA RECOMMANDÉE – DÉPRESSION	24
6.10	APA RECOMMANDÉE – LES PERSONNES ÂGÉES	25
6.11	APA RECOMMANDÉE – PENDANT LA GROSSESSE ET EN <i>POST-PARTUM</i>	29
6.12	ACTIVITES DE RAQUETTES - FICHES DÉTAILLÉES DES SEANCES	30
6.13	SQUASH ET SANTE	30
6.14	SQUASH - NIVEAU ET CONNAISSANCE DE LA DISCIPLINE	31
6.15	FICHE PATIENT	32
6.16	FICHE PATIENT AVANT APA	33
6.17	SUIVI PATIENT PENDANT APA	34
6.18	CONVENTION CPAM 92 – SQUASH DU BOIS DE CHAVILLE”	34
6.19	CONSIGNES ORALES EN PÉDAGOGIE	34

1 CONTROLE DU DOCUMENT

La dernière version de ce document est stockée sous forme électronique. Toute copie imprimée doit être considérée comme une copie non contrôlée.

1.1 RÉSUMÉ

Le présent document a pour objet de proposer un projet pédagogique destiné à la pratique d'activités physiques adaptées pour les patients atteints d'affections longue durée.

1.2 LISTE DE DISTRIBUTION

De		Date	Tel/Fax/Email
Roland Bassibey		09/02/2022	0698867362 – rbassibey@free.fr
A	Action *	Date due	Tel/Fax/Email
Carine Champagne	A/R	16/02/2022	0621021060 - carinechampagne92@gmail.com
Nom établissement médical	A/R		A compléter

* Action : Approuve, Révise, Informé.

1.3 HISTORIQUE DES CHANGEMENTS

Le journal des modifications suivant contient l'enregistrement des modifications apportées à ce document :

Version	Date	Auteur	Vérfié par	Approuvé par	Description
0.1	15/02/2022	R.Bassibey	C.Champagne	C.Champagne	Prise en compte des remarques
0.2	17/02/2022	R.Bassibey	C.Champagne		

1.4 DOCUMENTS ASSOCIÉS

Document
Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes. Actualisation juillet 2019
Note méthodologique et synthèse bibliographique activité physique et sportive pour la santé - Promotion, consultation et prescription chez les adultes
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Surpoids et obésité de l'adulte
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Diabète de type 2
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Bronchopneumopathie obstructive
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Hypertension artérielle
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Maladie coronarienne stable
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Accidents vasculaires cérébraux
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Insuffisance cardiaque chronique
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Cancers : sein, colorectal, prostate
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Dépression
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Les personnes âgées
Référentiel de prescription d'activité physique et sportive - Pendant la grossesse et en post-partum
Réalité Cardiologiques – n° 350 - Janvier 2020

2 SPECIFICITES ET CONDITIONS

Le contenu de ce chapitre permet au lecteur d'apprécier les vertus des activités de raquettes en complément des activités classiques d'endurance et de renforcement musculaire.

2.1 L'EFFECTIF ET L'ÂGE

L'objectif est de démontrer qu'un sport de raquettes est jouable à tout âge et qu'il est surtout formateur. Pour le débutant, des jeux aménagés et des exercices ludiques pratiqués en club, ou dans un environnement adapté, vont lui permettre de développer ses capacités motrices, intellectuelles, affectives et sociales, sans dénaturer le sport codifié.

Ces jeux et ces exercices, engendrant pour la plupart une dépense métabolique modérée, peuvent parfaitement répondre aux besoins spécifiques de santé de patients atteints d'ALD, le tout dans le respect de la sécurité.

Au niveau des effectifs, chaque activité est organisée et animée en fonction des capacités des patients. L'éducateur médico-sportif (EMS) peut également constituer des groupes de patients, répartis sur plusieurs aires.

L'EMS est à même de déterminer les éléments à travailler pour amener le patient à s'améliorer dans ces domaines (lutte contre la fatigue, estime de soi, motivation, humeur, ...).

2.2 SPÉCIFICITÉ DE L'ACTIVITÉ RAQUETTES

Dans notre cas les activités de raquettes sont des activités :

- D'habileté, de coordination, d'équilibre, de contrôle, de différenciation, d'orientation ;
- De communication avec l'EMS, puis entre les patients à l'aide d'une balle ou d'un volant frappé(e) par une raquette ;
- A cibles de jeu qu'il faut repérer et utiliser selon des règles précises ;
- Où le patient doit gérer différents statuts dans un milieu instable, envoyeur, renvoyeur, échangeur avec ou sans rebond de balle.

2.3 RISQUES ET CONTRE-INDICATIONS

2.3.1 Risques liés à la discipline dans sa pratique sport-santé

- Traumatologie non spécifique ;
- Risque (rare) de pathologie tendineuses (coiffe des rotateurs et tendon d'Achille) et articulaires (changements de direction).

2.3.2 Contre-indications à la discipline dans sa pratique sport-santé

- Pathologies chroniques non stabilisées et maladies représentant une contre-indication à la pratique du sport.

Parmi les publics susceptibles de pratiquer une activité physique, très peu se verront contre-indiquer le squash ou le badminton, peu nécessiteront des limitations à leur pratique.

2.4 PUBLICS CIBLES POUR LES PROTOCOLES

2.4.1 Prévention primaire

Pour tous les publics bien-portants, quel que soit l'âge (de 4-6 ans selon la coordination motrice à plus de 70 ans (dernière catégorie des compétitions internationales) et quel que soit le sexe (en dehors de la grossesse).

2.4.2 Prévention secondaire et tertiaire

L'accueil des personnes atteintes de pathologies de niveau 3 requiert une coordination étroite entre le club d'accueil et les spécialistes de l'équipe soignante (cf. les différents niveaux de gravité de la présence des symptômes pris en compte pour les adaptations des APS proposés par le [Médico-sport santé](#)).

Il n'y a pas de publics cibles spécifiques autre que les personnes désirant ou nécessitant la reprise ou le maintien d'une activité physique. Les possibilités physiques des patients déterminent leur niveau de pratique, autorégulée dans la plus grande majorité des cas.

Le squash est à priori accessible à tous les groupes des quatre thématiques (prévention des effets de l'avancée en âge, pathologies cardio-vasculaires, pathologies métaboliques et cancers). Il est probable que ceux de la thématique « Prévention de l'avancée en âge » seront ceux chez qui la pratique régulière du squash sera généralement le plus profitable.

Pour les pathologies chroniques, il n'y a pas de volonté d'avoir des créneaux spécifiques. Toutefois le Squash du Bois de Chaville est très ouvert et accueille actuellement parmi son public de créneaux loisirs, par extension de la diversité existante des pratiquants, des personnes atteintes de maladie métabolique.

2.4.2.1 Prévention des effets de l'avancée en âge

- Seniors de plus de 55 ans physiquement actifs (compétiteurs ou pratiquants loisirs) : pratique traditionnelle ;
- Seniors pré-fragiles (sédentaires, porteurs de maladies chroniques, sous traitement médicamenteux...) : pratique santé / bien-être ;
- Seniors fragiles, en perte d'autonomie : pratique adaptée en établissement d'accueil, sous contrôle de l'équipe soignante.

2.4.2.2 Pathologies métaboliques

- Diabète de type 2 ;
- Obésité.

2.4.2.3 Cancers

En rémission, sur projet coordonné entre le club et les équipes soignantes.

2.4.2.4 Pathologies cardio-vasculaires

HTA niveau 1.

2.4.2.5 Pathologies de l'enfant

- Diabète de type 1 ;
- Obésité.

2.5 OBJECTIFS PROPHYLACTIQUES OU THÉRAPEUTIQUES

Associées aux activités physiques de la vie quotidienne, voire en complément d'autres activités physiques et sportives, participation aux objectifs suivants :

Prévention des effets de l'inactivité et de la sédentarité :

- Augmentation de l'endurance cardio-respiratoire ;
- Maintien ou amélioration :
 - De la force musculaire ;
 - De la masse musculaire ;
 - De l'endurance musculaire ;
 - De la proprioception ;
 - De la souplesse.
- Maintien ou amélioration du bien-être psychique ;
- Gain de capital osseux (enfant).

Prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires :

- Maintien ou amélioration de la circulation vasculaire ;
- Contribution au contrôle de la pression artérielle.

Amélioration de la qualité de vie (en prévention primaire, secondaire et tertiaire) :

- Prévention des troubles du sommeil, sous réserve que l'activité soit réalisée avant 18h ;
- Prévention des troubles anxieux et dépressifs ;
- Prévention et lutte contre l'isolement social.

Ralentissement des effets de l'avancée en âge :

- Maintien ou amélioration :
 - De l'équilibre ;
 - De l'autonomie ;
 - De la mémoire ;
 - De la concentration ;
- Prévention des troubles cognitifs ;
- Maintien du capital osseux ;
- Maintien ou amélioration de la masse musculaire ;
- Prévention du surpoids ;

Pathologies métaboliques :

- Poids et composition corporelle :
 - Equilibre pondéral ;
 - Amélioration de la composition corporelle ;
 - Prévention de la reprise de poids.
- Amélioration de l'équilibre glycémique (DT2).

Pathologies cardio-vasculaires :

- Diminution de la fréquence cardiaque de repos ;
- Diminution de l'essoufflement à l'exercice ;
- Amélioration de la récupération cardio-vasculaire à l'exercice ;
- Maintien des capacités fonctionnelles cardiaques ;
- Maintien des capacités vasomotrices et limitation de la rigidité vasculaire.

Cancers :

- Réduction de la fatigue ;
- Réduction du risque de récurrence.

2.6 ADAPTATIONS ET PRÉCAUTIONS

2.6.1 Précautions et prévention des accidents

2.6.1.1 Avis médical préalable

Certificat médical d'absence de contre-indication obligatoire, non spécifique, fréquence de renouvellement conforme à la réglementation, délivré par le médecin traitant (celui-ci sollicitera, si nécessaire, l'avis du médecin spécialiste).

2.6.1.2 Particularités liées à l'environnement

- Eviter la pratique si > 30°C ;
- Eviter la pratique d'intensité élevée en cas de pic de pollution ;
- Protection contre le froid.

2.6.1.3 Consignes spécifiques

- Hydratation (surtout par temps chaud et / ou si traitement diurétique) ;
- Consignes spécifiques à donner par le médecin traitant selon les pathologies :
 - Limitations éventuelles de l'intensité (pathologies cardio-vasculaires, respiratoires) ;
 - Limitations de certains mouvements ;
 - Prévention et gestion des hypoglycémies (diabète traité par médicaments hypoglycémisants) :
 - Automesure de la glycémie (avant, toutes les heures au début ou en cas de pratique inhabituelle, à la fin et à distance) ;
 - Surveillance des pieds systématique à la fin de chaque séance ;
 - L'EMS recommandera à la personne diabétique d'apporter avec elle son appareil de mesure et des aliments de resucrage ;
 - Reprise progressive chez les personnes de plus de 40 ans, en limitant en particulier les pas explosifs et en réalisant un échauffement sérieux, afin de prévenir les tendinopathies et ruptures tendineuses.

- Identification et respect des signes d'alerte obligeant l'arrêt de l'effort :
 - Douleurs thoraciques ;
 - Palpitations ;
 - Malaise ;
 - Hypoglycémie ;
 - Fatigue inhabituelle ;
 - Dyspnée inhabituelle ;
 - Céphalées brutales ;
 - Douleurs rachidiennes ;
 - Choc délivré par le défibrillateur.
- Pratique contre-indiquée si déséquilibre ou aggravation de la pathologie.

2.6.2 Modalités d'adaptation

les adaptations doivent permettre de garder l'aspect ludique et gratifiant (et le maintien d'un minimum de contrôle) :

- Taille du terrain (réduit la composante dynamique) : sans rien modifier des installations habituelles, il est possible d'adapter l'effort physique que va fournir le pratiquant en réduisant la surface de jeu en fonction de ses aptitudes physiques (l'aire de jeu étant divisée en plusieurs zones que l'on peut exclure à volonté si un joueur manque de possibilités de déplacement) ;
- Cibles :
 - Placées à différentes hauteurs, sur les murs frontal et latéraux ;
 - Au sol, en fonction des zones et de l'aire de jeu utilisée.
- Balle remplacée par ballon de baudruche (enfants / personnes âgées) puis par balle en mousse ;
- Mini-raquettes ;
- Pratique en groupe sur terrain aménagé (1^{ère} mesure d'adaptation pour les seniors).

Concernant les débutants sédentaires, l'intensité de pratique s'autorégule facilement.

3 OBJECTIFS

3.1 OBJECTIFS GÉNÉRAUX

la majorité des cas de fatigue est liée à un déconditionnement physique (ou désadaptation à l'effort), résultant directement de l'inactivité occasionnée par la prise en charge thérapeutique d'une affection longue durée (congé maladie, alitement, chimiothérapie, chirurgie, ...).

La fatigue est l'un des principaux symptômes identifiés par les patients. Face à cette fatigue, après avoir éliminé une cause curable, il s'agit de **promouvoir une activité physique adaptée** (APA).

Il s'agit également, vis-à-vis du patient et de son entourage, de **lever la crainte** liée à l'absence de pratique sportive antérieure, à la méconnaissance de son niveau physique, ou crainte de perturber le traitement.

De nombreux essais évaluant l'APA en cas de fatigue liée à la pathologie, retrouvent un impact très positif de l'APA sur le niveau de fatigue. Ce bénéfice existe tant sur la fatigue pendant le traitement, avec une réduction de ce symptôme, qu'après la fin des traitements.

Les conditions offertes au patient pour réaliser l'APA (lieu, fréquence...) lui seront détaillées lors de la consultation d'annonce et un certificat médical d'aptitude à l'AP doit être fait par le médecin traitant du patient.

3.2 DURÉE DES CYCLES

Notre démarche s'inscrit dans les diverses recommandations par :

- La planification d'une APA dès le début de la prise en charge ;
- Un personnel qualifié et formé (DU) ;
- Un programme individualisé prenant en compte : le stade de la maladie, les traitements, le niveau d'AP initial du patient, ses préférences sur le type d'exercice, son état psychologique ;
- La mise en place d'un programme personnalisé dans un cours, individuel ou collectif, toujours en concertation avec l'équipe médicale ;
- Un reconditionnement ou un entraînement à l'effort intégré dans le processus de soin en concertation avec le patient, centré sur la personne et sur la modification des habitudes de vie.

Pour un résultat optimal nous respecterons les règles suivantes :

- Une activité d'endurance et de renforcement musculaire (**vélo, rameur** et appareils de fitness, ...), complété par une **activité rythmique aérobie** adaptée au patient, progressive (travail sur la douleur, la posture avec des **jeux simples** d'habileté et de coordination, déplacements légers).
- D'intensité progressive, modérée à soutenue en fonction du niveau d'AP et de déconditionnement initial de la personne ;
- De fréquence répétée avec des séances encadrées. La pratique doit être régulière, la continuité est indispensable car l'effet est suspensif, les bénéfices s'estompent à l'arrêt de la pratique ;
- De durée courte ou prolongée avec des séances de 10-20 à 40-60 minutes ou plus, auxquelles ajouter l'échauffement, le repos et la détente après l'exercice ;
- les séances sont en général en groupe de 4 personnes maximum, plus rarement individuelles selon l'état et les besoins de la personne.

3.3 OBJECTIFS DE FIN D'ACCOMPAGNEMENT

Il s'agit principalement de :

- Permettre l'**autonomisation du patient** et un retour à une pratique d'AP en conditions ordinaires.
- **Redonner goût au sport** pour qu'une fois la guérison obtenue la personne ressente la nécessité de la pratique régulière de l'AP ; c'est le sport plaisir en rejoignant les structures associatives sportives ou de loisirs.

Plus spécifiquement et sur la base de notre retour d'expérience auprès de personnes atteintes d'ALD, nous tenons, en complément d'une activité rythmique aérobie, à faire découvrir l'activité et les approches du Squash, du Tennis de table ou du Badminton aux patients de tous âges grâce à des exercices adaptés et aux caractéristiques de ces jeux :

- Une approche ludique : Les exercices d'une séance sont tous organisés sous forme de jeux simples, multiples et variés ;
- Une approche éducative : Les jeux pratiqués vont lui permettre de développer ses capacités motrices, intellectuelles, affectives et sociales, sans dénaturer le sport codifié ;
- Une approche sécuritaire : L'encadrement est assuré par un EMS formé et diplômé qui veille à l'effectif approprié, au bon déroulement de la séance et au respect de l'intégrité physique des patients ;
- Une approche pédagogique : Afin de garantir dans une séance le respect des trois approches précédemment citées, l'espace de jeu et le matériel pédagogique proposés sont adaptés aux capacités du patient, son âge et son niveau afin de lui permettre d'évoluer dans les meilleures conditions.

Pour les patients ayant déjà pratiqué un sport de raquette (Niveau 2), les activités sont organisées autour d'exercices adaptés pour :

- Améliorer les différentes habiletés ;
- Améliorer la diversification du rythme des actions motrices ;
- Augmenter l'acquisition d'habiletés motrices et l'apprentissage d'un grand nombre de techniques de base ;
- Vérifier les dispositions pour l'endurance ;
- Stimuler le besoin d'initiative, de responsabilisation ;
- Solliciter les aptitudes d'appréciation des trajectoires, de coordination, de prise de décision sous contraintes de temps, de dissociation segmentaire, d'équilibre ;
- Apprendre des règles de jeu.

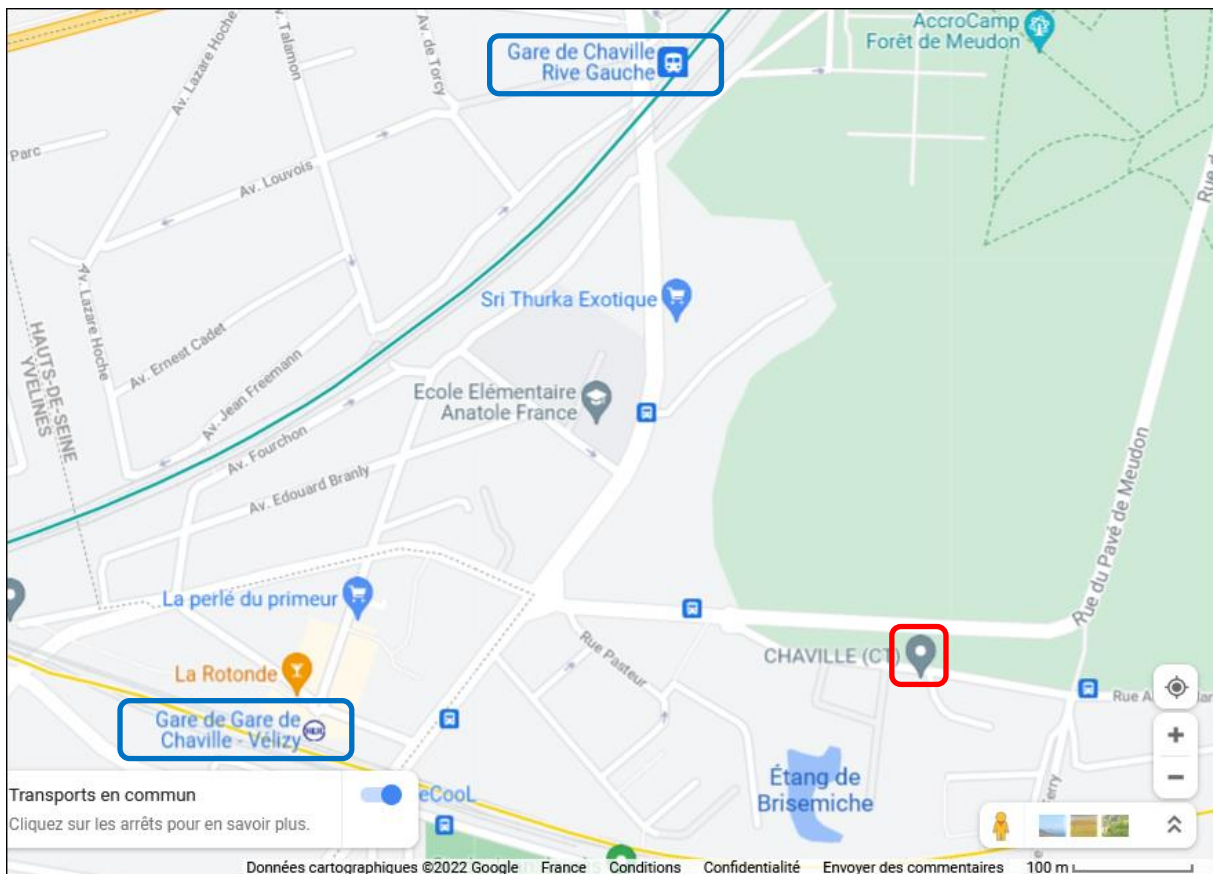
4 LES MOYENS

4.1 LIEU

Les activités se déroulent dans les infrastructures de l'association du Squash du Bois de Chaville, sise au 50 rue Alexis Maneyrol – 92370 Chaville et **agrée Prescri'Forme**. Pour certains exercices ([V. fiches pédagogiques en Annexes](#)), l'aménagement d'aires de jeu est envisageable dans tout autre espace adapté.

Le Squash du Bois de Chaville a été choisi par la CPAM 92 pour plusieurs raisons :

- Sa situation géographique ;
- La qualité de ses prestations et le professionnalisme de ses éducateurs (animant déjà des APSA dans une autre structure des Hauts-de-Seine) ;
- Sa facilité d'accès (Train, RER, autobus, parking, etc.) ;
- Une relation de confiance bâtie sur le long terme avec les instances du Squash et les partenaires publics (CPAM 92, [Mon Bilan Sport Santé](#), CDOS, CROS, GPSO, ...) ;
- Son excellente image au niveau de la municipalité de Chaville ;
- Sa politique volontairement axée sur la promotion du « Sport pour tous ».



Plan de situation du club et dessertes.

4.2 LES CONDITIONS DE PRATIQUE

L'association propose sa salle polyvalente (4 terrains de squash, un espace aménageable pour un terrain de badminton ou deux tables de ping-pong) une salle de fitness entièrement équipée.

Les accessoires fournis correspondent à la culture et aux représentations de l'activité.

Le nombre de patients par activité doit permettre une qualité et une quantité de pratique suffisante. Quatre patients par espace délimité étant la situation optimale.

Pour des pratiques ou des exercices en aires aménagées, le nombre de patients variera selon la typologie de l'activité.

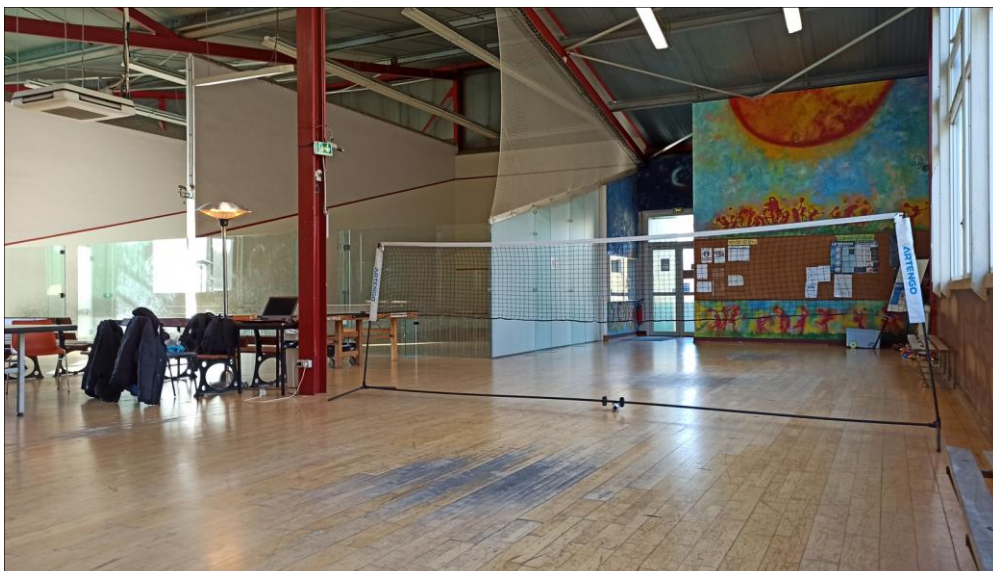
Pour les activités de raquettes, les balles utilisées sont choisies par l'EMS, mais surtout selon le niveau de réalisation des patients. Des balles en mousse peuvent être conseillées en tout début d'apprentissage pour aider à la lecture de trajectoires, des balles rapides seront le plus rapidement proposées aux patients voulant compléter leurs savoirs faire.

Selon les pathologies et les aptitudes du patient, les activités de raquettes (badminton, tennis de table, squash) représenteront de 20% à 75% de la durée d'une séance d'APA.



Nos installations :

ci-dessus, la salle de fitness,
ci-contre, les 2 tennis de table,
ci-dessous, le badminton et les 4 courts de squash.



4.3 MATÉRIEL

Le matériel suivant sera fourni :

- Vélos elliptiques ou vélos d'appartement ;
- Rameurs et « Steppers » ;
- Tapis de course ;
- Accessoires de cardio-training ;
- Tapis de sol épais ;
- Ballons suisses ;
- Appareils et accessoires de musculation, Medecine ball ;
- Raquettes et balles de tous types ;
- Petit matériel du club et de l'EMS ;
- Oxymètre, dynamomètre.

4.4 ENCADREMENT

L'activité physique (AP) est primordiale en prévention primaire. Elle joue un rôle fondamental pour éviter le gain de poids et elle réduit le risque de certains cancers (colorectal, sein, endomètre, poumon, prostate). Elle n'a que des avantages à condition de bénéficier d'un encadrement médical.

Pendant la maladie, l'AP doit être adaptée et encadrée par des professionnels formés afin de donner le maximum de sécurité aux patients et de respecter les conditions de son efficacité. Intensité, durée, fréquence sont les trois critères clés de l'APA.

Chaque patient est envoyé par son médecin traitant. L'enseignement des activités est assuré par trois intervenants diplômés :

Carine Champagne, titulaire d'un DU Nutrition et Diététique.

Josué Tresse, titulaire d'un DU Sport et Cancer, d'un diplôme Sport et Santé niveau 1 et d'un Brevet d'Etat de Moniteur de Squash.

Roland Bassibey, titulaire d'un diplôme Sport et Santé niveau 1 et d'un CQP de Moniteur de Squash.

5 MISE EN OEUVRE

5.1 APA RECOMMANDÉE

Si le patient n'est pas actif, il convient de l'initier au sport. L'initiation à l'AP par l'APA s'opèrera en fonction du niveau d'AP initial. Si le patient est actif il faut insister pour une poursuite de l'AP habituelle si son niveau d'AP le permet, sinon le patient est orienté vers des séances d'APA (V. Annexes).

Chaque patient est unique par rapport :

- A l'APS ;
- Aux traitements ;
- A la maladie ;
- Au corps ;
- A ses origines socio-culturelles ;
- Au travail ;
- A la société, aux autres ;
- Au corps médical.

Notre objet est d'accompagner le patient pour l'aider à trouver « son » APA, « sa » façon de la pratiquer, et qu'elle s'inscrive dans ses habitudes de vie, dans son projet de soin et de vie.

5.2 ORGANISATION

Séances individuelles ou bien répartition en sous-groupes de niveau suivant les aptitudes de chacun.

Démonstration par l'EMS des situations à réaliser pour chaque activité. Poursuivre les ateliers et les jeux avec un accompagnant en permanence.

5.3 PROGRAMMATION DES SÉANCES

5.3.1 Séance d'observation (1ère séance).

Cette phase permet d'évaluer les objectifs, les moyens mis en œuvre et reprend la situation de référence dont certains paramètres seront aménagés selon le profil de chaque patient (V. [Fiches patient](#) en Annexes) :

- Etat physique ;
- Etat psychologique ;
- Objectifs à donner ;
- Moyens pour démarrer son APA ;
- Exercices appropriés.

L'EMS permet au patient d'utiliser la pratique pour récupérer un bon état physique et se réapproprier son corps. L'EMS amène également le patient à progresser dans sa pratique, s'il le souhaite.

5.3.2 Séance pédagogique

Basée à court terme sur des apports techniques simples et progressifs limités aux éléments fondamentaux. (Exemple : respiration, rythme, décompte, postures, attitudes, disponibilité, équilibre).

Lors des exercices et des jeux, chaque mouvement doit être pensé. L'EMS indique aux patients les chainons musculo - squelettiques sollicités, comment placer le dos, les genoux, les psoas, la colonne vertébrale, les pieds, ...

A chaque séance l'EMS doit créer les conditions permettant au patient de s'approprier les mouvements avec efficacité ([consignes](#)). Chaque exercice ou jeu doit avoir du sens pour le patient (continuité). L'EMS créera un lien entre chaque activité, du début à la fin de la séance.

A moyen terme (3 mois) le patient et l'EMS ont optimisé les mouvements à réaliser en termes d'ancrage, de posture et de verticalité.

Selon les parties du corps sollicitées et les mouvements à travailler, il est possible de scinder une séance type en plusieurs sous-séances. L'EMS choisira les activités constitutives de chaque sous-séance de 10-15 minutes à 30-45 minutes.

A long terme (1 an) le patient peut assumer en toute autonomie une AP dans un club ou au sein d'une structure associative.

5.4 LES MISES EN ŒUVRE PEDAGOGIQUES

Démarche pédagogique.

La construction de la situation étant définie, il faut la faire vivre aux patients. Il s'agit de permettre aux patients de construire eux-mêmes leurs savoirs, de découvrir leur corps. Le principe de la démonstration est utilisé pour faire comprendre au patient l'organisation de la situation et la manière d'effectuer chaque mouvement.

Nous proposons une stratégie d'intervention en trois temps :

1^{er} temps : VIVRE LA SITUATION.

Après un échauffement en liaison avec l'objectif poursuivi dans la séance, l'enseignant propose aux patients le but de la situation, son organisation et les critères de réussite. Les patients vivent alors tous la situation et mettent en œuvre des solutions en appliquant des consignes et en fonction du but qu'ils ont à atteindre.

2^{ème} temps : S'EXPRIMER SUR MON VECU.

L'enseignant rassemble le groupe pour faire le bilan sur les critères de réussite et les solutions motrices des patients. L'objectif est de faire émerger les moyens construits par les patients pour s'adapter à leurs pathologies. Ils peuvent s'exprimer de multiples façons, comme la démonstration, la parole, l'écriture, la lecture d'une fiche d'observation etc...

Ces bilans sont ensuite retravaillés au fil des séances, donnant lieu à une approche de l'APA plus transversale et axée sur 3 points essentiels :

- La respiration ;
- L'intensité (fréquence et rapidité des mouvements) ;
- L'amplitude.

3^{ème} temps : UTILISER DES SOLUTIONS ADAPTEES.

On propose la même situation aux patients mais en y apportant des régulations.

Il s'agit, à partir des critères de réussite, de complexifier ou de simplifier la tâche selon le degré de réussite de chaque groupe de patients.

Chaque fin de séance comportera une partie jeu, plus ludique, qui tiendra compte du niveau global du groupe et des buts poursuivis.

5.5 LES FICHES PEDAGOGIQUES


Pour les activités de raquettes, l'éducateur propose dans le contenu de ses séances des situations qui permettront au patient de redécouvrir sa coordination générale, son analyse et son traitement d'objets se déplaçant dans l'espace (trajectoires) et ce, au maximum sous la forme ludique.

Ainsi, tous les exercices proposés sont rattachés à un thème permettant de donner au patient l'envie de réaliser les gestes. Les thèmes principaux mis en avant sont :

- La motricité (proprioception, déplacements, équilibre, placement, orientation) ;
- Les trajectoires (jeu et sports associés) ;
- Le rythme (dissociation, réaction) ;
- Le contrôle (préparation, synchronisation, habileté, différenciation, coordination).

Pour chacun de ces thèmes, seront déclinés des objectifs de développement et des exercices multiples et variés.

Les fiches thématiques identifiées par le pictogramme  proposent des activités ludiques et peuvent être facilement organisées sur un ou plusieurs terrains pour des groupes de patients.

Les activités identifiées par le pictogramme  ne nécessitent pas de terrain de squash ou de badminton et peuvent être organisées dans un espace adapté.

Les activités grisées présentent un risque pour le patient (tourner, fermer les yeux) et ne seront pas retenues par l'EMS.

5.6 BILAN ET SUIVI

Le Squash du Bois de Chaville est référencé sur [Monbilansportsanté](#). Cette entité, inscrite au cœur du dispositif Prescri'Forme, se déploie auprès de nombreux établissements médicaux et d'organisations sportives. Son usage consolide le suivi et l'encadrement des pratiques sportives dans le respect des recommandations établies par le corps médical.



Les dossiers des patients pris en charge par notre association sont gérés à travers Monbilansportsanté. Nous disposons également d'un outillage de suivi spécifique à chacun d'entre eux (V. Annexes).

6 ANNEXES

6.1 APA RECOMMANDÉE – INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

Activités physiques et sportives de loisirs selon leur coût énergétique (1 MET = 3,5 ml O²/min/kg) qui peuvent être proposées à un patient ICC stable :

VO ² (METs)	VO ₂ (ml/min/kg)	Puissance (watts)	Activités physiques et sportives	
< 3	6-11	< 50	- Marche (2-4 km/h) - Vélo fixe calme	- Gymnastique douce
3-5	12-18	50-100	- Équitation (au pas) - Golf - Volley-ball	- Tennis de table - Tennis (double)
5-7	19-25	100-150	- Marche (6-8 km/h) - Équitation (galop) - Tennis (simple), - Ski alpin - Patinage	- Musculation modérée - Badminton - Basket-ball - Vélo (15 km/h) - Natation (brasse)
7-9	6-32	150-200	- Vélo (20 km/h) - Natation (crawl)	- Jogging (8-10 km/h) - Escrime

Principaux critères d'autorisation pour la pratique d'une activité sportive par un insuffisant cardiaque chronique :

Ce qui est conseillé	Ce qui est déconseillé ou contre-indiqué
<ul style="list-style-type: none"> - Éducation thérapeutique spécifique ; - Évaluer et tempérer la motivation ; - Niveau technique adapté au sport ; - Surveillance de la fréquence cardiaque (cardiofréquence-mètre avec alarmes programmées) pendant l'effort, si besoin ; - Savoir s'abstenir si élément intercurrent ; - Échauffement et récupération prolongée ; - Hydratation adaptée ; - Respect absolu des symptômes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Compétition avec objectifs de performance ou de classement (par ex. APS avec décompte de points ou sanction chronométrique) ; - Efforts très explosifs avec sprints/à-coups répétés ; - Musculation lourde ; - Environnements très hostiles (plongée sous-marine, très haute altitude) ; - Prudence si risque de malaise à l'effort.

6.2 APA RECOMMANDÉE – HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Prescription d'APS chez un patient hypertendu :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
AP de la vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.	Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.	AP de la vie quotidienne.
AP en endurance.	3 à 7 jours par semaine.	Intensité modérée. Si bien tolérée, possibilité d'augmenter progressivement à une intensité élevée.	≥ 30 min par jour. Commencer en augmentant progressivement la durée de l'entraînement, en continu ou fractionné.	Activités sportives dynamiques modérées. Exemples : marcher, faire du vélo, nager, etc.
AP en renforcement musculaire.	2 à 3 jours par semaine, non consécutifs.	Intensité modérée. Si bien tolérée, possibilité d'augmenter progressivement à une intensité élevée (vers 80% 1-RM). Pour les débutants et les personnes âgées commencer par une intensité légère.	2 à 4 séries de 8 à 12 répétitions par exercice des grands groupes musculaires. Commencer en augmentant progressivement la durée.	Activités sportives statiques modérées. Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.).
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine.	Étirement jusqu'au point de tension ou de petit inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Étirements statiques ou dynamiques.

6.3 APA RECOMMANDÉE – MALADIE CORONARIENNE STABLE

Prescription d'APS chez le patient coronarien sans insuffisance cardiaque :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
AP de la vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.		Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance.	Au moins 3 par semaine Mieux ≥ 5 par semaine.	Sans EE : FC _{repos} + 20 à 30 bpm ou Borg 12-16/20. Avec une EE : 40 à 80 % FCR.	20 à 60 min par jour.	Activités sportives dynamiques. Exemple : ergocycle, tapis roulant pour marcher, vélo elliptique, stepper, ergocycle de bras, rameur.
AP en renforcement musculaire.	2 à 3 jours par semaine non consécutifs.	10 à 15 répétitions par exercice sans fatigue significative. Borg 11 à 13/20 ou 40 à 60 % 1-RM.	1 à 3 séries de 8 à 10 exercices différents des groupes musculaires majeurs.	Activités sportives statiques modérées. Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.).
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine.	Étirement jusqu'au point de tension ou de petit inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Étirements statiques ou dynamiques.

FC_{repos} : fréquence cardiaque de repos ; FCR : fréquence cardiaque de réserve ; bpm : battements par minute.

6.4 APA RECOMMANDÉE – ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

Prescription d'APS chez un patient post AVC :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.	Multiplier les activités en particulier de précision.	Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance.	3 à 5 jours par semaine.	Intensité modérée.	20 à 60 min par jour en continu ou fractionnée. 5-10 min échauffement et récupération pour chaque séance. Augmenter progressivement la durée en continu ou en entraînement séquentiel. Podomètre utile pour objectiver les progrès.	Exemples : marche (en environnement ou sur tapis roulant), vélo (assis ou couché, à bras, ou bras-jambes), nage, steps, activités en position assise, etc.
AP en renforcement musculaire.	2 à 3 jours par semaine, non consécutifs.	Commencer par intensité légère. Puis augmenter progressivement à modérée.	1 à 3 séries de 10 à 15 répétitions de 8 à 10 exercices sollicitant les grands groupes musculaires. Augmenter progressivement en fonction de la tolérance.	Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.). Muscles du tronc et des membres supérieurs et inférieurs. Circuit training, mobilité fonctionnelle.
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine avant ou après renforcement musculaire.	Étirement jusqu'au point de tension ou de petit inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Tronc, membres supérieurs et inférieurs.
Neuromusculaire travail de l'équilibre et de la coordination.	2 à 3 par semaine.			Tai-Chi, yoga, jeu de raquettes (coordination œil-bras), jeux vidéo actifs (Wii).

6.5 APA RECOMMANDÉE – SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ADULTE

Prescription d'APS chez le patient en surpoids ou obèse :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.	Multiplier les activités en particulier de précision.	Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance.	≥ à 5 jours par semaine. Voire tous les jours si possible.	Intensité modérée. Si possible, augmenter progressivement vers intensité élevée pour de meilleurs résultats de santé.	150 min par semaine (soit 30 min 5 fois par semaine). Augmenter progressivement la durée de 200 à 300 min par semaine (soit 60 min par jour, 5 jours par semaine). En entraînement continu ou séquentiel.	Activités sportives dynamiques modérées. Exemples : marche nordique, cyclisme, nage, gymnastique aquatique, aquabike.
AP en renforcement musculaire.	2 à 3 jours par semaine, non consécutifs.	Intensité modérée. Si possible, augmenter progressivement l'intensité pour améliorer la force et l'endurance musculaires.	2 à 4 séries de 8 à 12 répétitions pour chaque groupe musculaire majeur du corps.	Activités sportives statiques modérées. Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.).
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine.	Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Étirements statiques ou dynamiques.

6.6 APA RECOMMANDÉE – DIABÈTE DE TYPE 2

Prescription d'APS chez le patient diabétique de type 2 :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.		Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance.	3 à 7 jours par semaine.	Intensité modérée. En l'absence de contre-indication et chez des sujets avec une AP régulière : augmenter progressivement à des intensités élevées.	150 min/sem d'intensité au moins modérée, fractionnée et répartie sur la semaine. Avec l'évolution des capacités cardio-respiratoires : augmenter progressivement la durée, en entraînement continu ou séquentiel. Bénéfices supplémentaires pour la santé avec 300 min ou plus.	Activités sportives dynamiques modérées. Exemple : marche nordique, courir, faire du vélo, nager, danser, etc.
AP en renforcement musculaire.	2 ou mieux, 3 jours par semaine, non consécutifs.	Intensité modérée (soit 10 à 15 répétitions par série). En absence de contre-indication et chez des sujets avec une AP régulière : augmenter progressivement l'intensité (vers 8 à 10 répétitions par série).	Au moins 8 à 10 exercices différents avec 1 à 3 séries de 10 à 15 répétitions par exercice. Avec l'évolution des capacités musculaires, augmenter progressivement le nombre de séries (durée).	Activités sportives statiques modérées. Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.).
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine.	Étirement jusqu'au point de tension ou de petit inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Étirements statiques ou dynamiques.

6.7 APA RECOMMANDÉE – BRONCHOPNEUMOPATHIE OBSTRUCTIVE

Prescription d'APS chez le patient atteint de BPCO :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.		Marcher, monter les escaliers.
AP en endurance.	Au moins 3 à 5 jours par semaine.	Intensité modérée. Selon tolérance : augmenter progressivement à des intensités élevées.	20 à 60 min par jour. Selon tolérance : augmenter progressivement la durée. En entraînement continu ou séquentiel.	Activités sportives dynamiques modérées, puis selon tolérance: Marche libre ou nordique, vélo d'appartement, ergomètre de bras.
AP en renforcement musculaire.	2 - 3 jours par semaine, non consécutifs.	Intensité modérée.	2 à 4 séries de 8 à 12 répétitions pour développer la force musculaire. ≤ 2 séries, 15 à 20 répétitions pour développer l'endurance musculaire.	Activités sportives statiques modérées. Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.).
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine, voire quotidienne.	Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Étirements statiques ou dynamiques.

6.8 APA RECOMMANDÉE – CANCERS: SEIN, COLORECTAL, PROSTATE

Prescription d'APS chez les patients pendant et après un traitement de cancer :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Légère à modérée.	Multiplier les activités en particulier de précision.	Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance.	3 à 5 jours par semaine.	Modérée à élevée, de préférence en valeur relative selon l'échelle de Borg.	150 min par semaine d'activité avec une intensité modérée. Ou 75 min par semaine avec une intensité élevée. Ou un équivalent d'une combinaison des deux intensités d'exercice.	Activités rythmiques et prolongées utilisant de grands groupes musculaires (par exemple : marcher, faire du vélo, nager).
AP en renforcement musculaire.	2 à 3 jours par semaine, non consécutifs.	Commencer par de petites intensités et progresser par les plus petites augmentations possible.	Au moins une série de 8 à 12 répétitions.	Utiliser des poids, des machines à contre résistance, ou exécuter des tâches fonctionnelles de charge (exemple : assis-debout) visant tous les groupes musculaires majeurs.
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine. Plus efficace quotidiennement.	Selon l'amplitude tolérée.	Étirement statique de 10 à 30 secondes.	Des exercices d'étirements musculaires et de mobilisations articulaires de tous les grands groupes musculaires, en particulier ceux limités par les traitements d'hormonothérapie, de radiothérapie ou de chirurgie.
Progression.	Une progression très lente peut être nécessaire après traitement du cancer, et plus encore pendant le traitement. Il existe une très grande variabilité de la tolérance à l'AP chez ces patients. Si augmentation de la fatigue ou apparition de symptômes péjoratifs à l'AP, les différentes composantes FITT-VP (*) de l'AP devront être réduites à des niveaux mieux tolérés.			

(*) Une activité physique peut être décrite par ses différentes caractéristiques (ou modalités) : la fréquence, l'intensité, le type, le temps, le volume et la progression (acronyme FITT-VP).

6.9 APA RECOMMANDÉE – DÉPRESSION

Prescription d'APS chez un patient présentant un épisode dépressif caractérisé :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.		Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
AP en endurance.	Au moins 3 jours par semaine.	Intensité modérée. Si bien tolérée, possibilité d'augmenter progressivement à une intensité élevée	≥ 30 min par jour. Commencer en augmentant progressivement la durée	Activités sportives dynamiques modérées. Exemples : marcher, faire du vélo, nager, etc.
AP en renforcement musculaire.	≥ 2 à 3 jours par semaine, non consécutifs.	Intensité modérée. Si bien tolérée, possibilité d'augmenter progressivement à une intensité élevée. Pour les débutants et les personnes âgées, commencer par une intensité légère.	Commencer en augmentant progressivement la durée.	Activités sportives statiques modérées. Exercices en renforcement musculaire (poids, bandes élastiques, appareillages, etc.).
AP en assouplissement.	≥ 2 à 3 jours par semaine.	Étirement jusqu'au point de tension ou de petit inconfort.	Étirement statique de 10 à 30 secondes. 2 à 4 répétitions pour chaque exercice.	Étirements statiques ou dynamiques.
Activités sportives.	2 à 3 par semaine.			Programme de marche Yoga, Qi Gong, etc.

6.10 APA RECOMMANDÉE – LES PERSONNES ÂGÉES

Prescription d'APS chez les personnes âgées :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.		Marcher, monter les escaliers, faire du jardinage, le ménage, etc.
Exercices en endurance.	5 jours par semaine d'AP d'intensité modérée, ou 3 jours par semaine d'AP d'intensité élevée, ou 3-5 jours par semaine une combinaison d'AP d'intensité modérée à élevée.	En intensité relative: - selon l'échelle de Borg modifié : 5-6/10 pour une intensité modérée et à 7-8/10 pour une intensité élevée; - ou selon la valence affective.	30 à 60 minutes par jour d'AP d'intensité modérée pour un volume total de 150-300 minutes par semaine, ou 20 à 30 minutes par jour d'AP d'intensité élevée pour un volume total de 75-100 minutes par semaine, ou une combinaison équivalente d'AP d'intensité modérée et élevée.	Les modalités de l'exercice ne doivent pas imposer un stress excessif de l'appareil locomoteur. La marche est une AP conseillée. Les exercices aquatiques et sur vélo fixe sont conseillés chez ceux qui ont une tolérance limitée aux exercices en charge.
Exercices en renforcement musculaire.	≥ 2 fois par semaine, sessions non consécutives.	Intensité légère, pour commencer. En fonction de la tolérance à l'exercice, progresser vers des intensités modérées, voire élevées ou alterner des intensités modérées et élevées.	Progressivement 8-10 exercices impliquant les groupes musculaires majeurs avec pour chaque exercice 1 à 3 séries de 10 à 15 répétitions chacune.	Chez les personnes très âgées, travailler le renforcement musculaire avant l'endurance. Les programmes doivent être très progressifs en fonction de la tolérance à l'exercice. Musclature, port de poids, etc. impliquant les groupes musculaires majeurs. L'utilisation de machines de levée de poids doit être sécurisée et les sessions initiales doivent être supervisées par des professionnels sensibilisés aux besoins et aux risques spécifiques de la personne âgée. La montée ou descente des escaliers
Exercices en assouplissement.	≥ 2 fois par semaine.	Étirement jusqu'au point de tension ou de léger inconfort.	Tenir l'étirement 30 à 60 secondes.	Toutes les activités qui maintiennent ou augmentent la souplesse, utilisent des mouvements lents qui se terminent par des étirements pour chaque groupe musculaire majeur. Pour limiter les risques de blessures, utiliser de préférence des étirements statiques et éviter les mouvements balistiques rapides.
Exercices d'équilibre.	Les exercices d'équilibre sont particulièrement indiqués pour les chuteurs ou les individus avec des limitations de mobilité. Ils sont efficaces sur la prévention des chutes s'ils sont réalisés au moins 2 ou 3 jours par semaine. La pratique du tai-chi-chuan et les exercices d'équilibre statique ou dynamique, en groupe ou en individuel à domicile, réduisent le risque de chutes: • Équilibre statique : réaliser des postures de difficulté croissante en réduisant graduellement les appuis (exemples : debout 2 pieds en parallèle [joints], position semi-tandem, position tandem [2 pieds l'un derrière l'autre] ou station unipodale); • Équilibre dynamique : mouvements dynamiques qui perturbent le centre de gravité (exemples : marcher en tandem, ou changer de direction, ou tourner en rond); • Agir sur les groupes musculaires posturaux (exemple : debout sur les talons ou sur les orteils), réduire les informations sensorielles (exemple : debout les yeux fermés), agir sur l'attention (double tâche : marcher en parlant).			

Changements physiologiques et de la composition corporelle liés à l'âge :

Variables	Changements avec l'âge
Fréquence cardiaque au repos	inchangée
Fréquence cardiaque maximale	diminuée
Pression artérielle au repos et à l'exercice	augmentée
Débit cardiaque maximal	diminué
Capacité vitale (respiratoire)	diminuée
Capacité cardio-respiratoire (VO ₂ max)	diminuée
Masse maigre corporelle (dont la masse musculaire)	diminuée
Pourcentage de masse grasse corporelle	augmenté
Masse osseuse	diminuée
Force et puissance musculaire	diminuées
Souplesse musculo-articulaire	diminuée
Tolérance au glucose	diminuée

Repérage des personnes âgées à risque de chutes :

Tests	Valeur seuil normale	Marqueurs au-delà des valeurs seuils
Interrogatoire : « Êtes-vous déjà tombé ? » dans l'année ou dans les 6 mois précédents ?	Non.	Prédictif de nouvelle chute.
Test d'appui unipodal	Durée < 5 s.	Facteur indépendant de risque de chute grave.
Test de lever de chaise : temps pour se lever d'une chaise 5 fois de suite sans l'aide des mains.	Seuil 14 s.	Prédictif de chute et de la perte de mobilité.
Vitesse de marche.	Durée < 0,8 m/s.	Prédictive de chute, de perte d'indépendance, de déclin cognitif, d'entrée en institution et de décès.
Épreuve de la double tâche physique et cognitive (par exemple, marcher en parlant).		Un écart significatif entre simple et double tâche est associé à un risque de chute.
Timed Up and Go test.	Seuil : 12 à 20s selon les auteurs.	Marqueur de fragilité et de risque de chutes.

Signes et symptômes d'intolérance à l'activité physique :

- Impression de manque d'air ;
- Douleur/oppression dans la poitrine ;
- Palpitations ;
- Étourdissement ou évanouissement ;
- Difficulté pour maintenir une conversation confortablement pendant que l'on réalise l'AP ;
- Fatigue intense ;
- Couleur bleutée de la peau au niveau des lèvres ou sous les ongles ;
- Nausées ;
- Peau pâle, humide ou froide.

6.10.1 Les tests composites

Le Senior Fitness Test (SFT) :

SFT	Durée de passation	Cotation
<p><u>Endurance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de 2 minutes sur place : nombre de montées de genou réalisées pendant 2 minutes (à un point situé à mi-distance entre la rotule et la crête iliaque) - ou test de marche de 6 minutes (TM6) : distance parcourue en 6 minutes sur un circuit de 50 mètres <p><u>Équilibre dynamique, agilité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test aller-retour en marchant : nombre de secondes pour le plus vite possible : se lever, marcher 2,5 mètres, faire demi-tour et retourner s'asseoir <p><u>Force musculaire</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test de flexion de bras : assis sur une chaise, réaliser le plus grand nombre de flexions de bras réalisées en 30 secondes en tenant une haltère 2 kg pour les femmes et 3 kg pour les hommes (contractions du biceps) - Test assis/debout : assis sur une chaise, réaliser le plus grand nombre de levées en 30 secondes, avec les bras croisés sur la poitrine <p><u>Souplesse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Souplesse du haut du corps (gratte-dos) : une main au-dessus de l'épaule, paume contre le dos, et l'autre atteint le milieu du dos, paume vers l'extérieur, mesurer la distance entre les majeurs. Réaliser des deux côtés, prendre la plus petite distance - Souplesse du tronc : assis sur le bord d'une chaise, une jambe tendue, les mains cherchent à atteindre le pied, la distance entre le bout des doigts et le pied est mesurée 	<p>Ordre de passation des tests:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assis/debout (20 s) - Flexion bras (30 s) - Souplesse du tronc - Aller-retour en marchant - Souplesse du haut du corps - TM6 ou test de 2minutes sur place 	<p>Seuil indicatif témoignant d'un faible état fonctionnel:</p> <p>≤ 25th percentile aux normes en fonction de l'âge et du sexe du patient, mais pas de ses caractéristiques (poids, taille, état de santé, etc.)</p>

Le Short Physical Performance Battery (SPPB) :

Ce test est utilisé dans le programme Vivifrail qui classe les personnes âgées en quatre catégories :

- PA sans incapacité significative : 10-12 points ;
- PA incapacité légère (pré-fragile) : 7-9 points ;
- PA incapacité modérée (fragile) : 4-6 points ;
- PA avec incapacité sévère : 0-4 points.

SFT	Cotation	
Test d'équilibre statique (4 points) : - Pieds joints l'un à côté de l'autre - Position semi-tandem : talon d'un pied au niveau du gros orteil de l'autre pied - Position tandem : talon d'un pied en contact avec la pointe de l'autre pied	Durée de maintien de l'équilibre en secondes : 1 point : 10 s, 0 point : < 10 s 1 point : 10 s, 0 point : < 10 s 2 points : 10 s, 1 point : 3 à 9 s, 0 point : < 3 s	
Test de vitesse de marche sur 3 ou 4 mètres (4 points): - Temps requis pour marcher 3 ou 4 mètres à un rythme normal (utiliser le meilleur temps des deux essais).	Marche sur 3 mètres 4 points : VM < 3,625 s 3 points : VM 3,62 à 4,65 s 2 points : VM 4,66 à 6,50 1 point VM > 6,52 s 0 point : incapable	Marche sur 4 mètres 4 points : VM < 4,82 s 3 points : VM 4,82 à 6,20 s 2 points : VM 6,21 à 8,70 1 point VM > 8,70 s 0 point : incapable
Test du lever de chaise (4 points): - Temps pour se lever 5 fois d'une chaise, le plus vite possible, dos droit et bras croisés.	4 points : < 11,19 s. 3 points : 11,20 à 13,69 s 2 points : 13,70 à 16,69 s 1 point : 16,70 à 59 s 0 point : > 60 s ou incapable	

Le Timed Up and Go test (TUG) :

Ce test mesure le temps nécessaire pour se lever d'une chaise sans l'aide des bras, marcher 3 mètres, se retourner et se rasseoir.

- TUG < 10 s : normal ;
- TUG 10 à 20 s : marqueur de fragilité ;
- TUG > 20 s : risque de chute élevé.

6.11 APA RECOMMANDÉE – PENDANT LA GROSSESSE ET EN *POST-PARTUM*

Prescription d'APS chez la femme enceinte :

Type d'AP	Fréquence	Intensité	Durée	Exemples d'APS
Vie quotidienne.	Quotidienne.	Intensité légère à modérée.		Encourager à être active tous les jours.
AP en endurance.	Au moins 3 jours par semaine.	Intensité modérée selon la fréquence cardiaque maternelle et le "test de conversation".	150 à 180 minutes par semaine d'AP d'intensité modérée, réparties régulièrement. Pour les femmes inactives : séances 15 min x 3/sem, puis augmenter progressivement à 30-40 min x 3/sem au 2e trim.	AP sollicitant les groupes musculaires importants sans mise en charge ou à faible impact, par exemple : la marche, le vélo stationnaire, la natation, les exercices en piscine, etc.
AP en renforcement musculaire.	2-3 fois par semaine, sessions non consécutives.	Intensité modérée (8 à 15 répétitions peuvent être réalisées jusqu'à une fatigue modérée).	1 série pour les débutantes, 2 ou 3 séries pour les personnes entraînées.	Les exercices en renforcement musculaire doivent être concentrés sur les principaux groupes musculaires du haut et bas du dos et du plancher pelvien, mais peuvent être complétés par un entraînement des membres supérieurs et inférieurs. Pour éviter les risques de compression de la veine cave, il est recommandé de faire les exercices de renforcement de l'abdomen en position assise ou en décubitus latéral, et éviter la position couchée sur le dos ou debout prolongée après la 16e semaine de grossesse. Il faut aussi éviter les contractions musculaires isométriques prolongées et la manœuvre de Valsalva. En cas de difficulté de contrôle des muscles du plancher pelvien, une supervision des exercices par une sage-femme ou un kinésithérapeute (après le 90e jour du post-partum) peut être indiquée.
AP en assouplissement.	≥ 2-3 fois par semaine et encore mieux quotidienne.	Étirement jusqu'au point de ressentir une tension. Ne vous étirez pas trop!	Étirement statique de 10 à 30 secondes.	1 série d'exercices d'assouplissement statiques actif ou passif pour chaque groupe articulaire majeur.
Activités sportives.				La marche rapide, le cyclisme stationnaire, la natation ou la gymnastique en milieu aquatique.

6.11.1 Plages des fréquences cardiaques pour les femmes enceintes à faible risque

Contenu issu de la Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2015 :

Âge de la femme enceinte	Condition physique ou IMC	Fréquence cardiaque (bat./min)
Moins de 20 ans		140 à 155
20 à 29 ans	Inactive	129 à 144
	Active	135 à 150
	En bonne condition physique	145 à 160
	IMC > 25 kg/m ²)	102 à 124
30 à 39 ans	Inactive	128 à 144
	Active	130 à 145
	En bonne condition physique	140 à 156
	IMC > 25 kg/m ²)	101 à 120

6.12 ACTIVITES DE RAQUETTES - FICHES DETAILLEES DES SEANCES

Télécharger ces fiches au format PowerPoint en cliquant sur les liens ci-dessous.

6.12.1 Habiletés-Motrices-1:[cliquer ici](#)

6.12.2 Habiletés-Motrices-&-Trajectoires-1:[cliquer ici](#)

6.12.3 Jeux-&-Exercices-adaptés-1:[cliquer ici](#)

6.12.4 Jeux-&-Exercices-adaptés-2:[cliquer ici](#)

6.12.5 Jeux-&-Exercices-adaptés-3:[cliquer ici](#)

6.12.6 Jeux-&-Exercices-adaptés-4:[cliquer ici](#)

6.12.7 Jeux-&-Exercices-adaptés-5:[cliquer ici](#)

6.12.8 Jeux-&-Exercices-adaptés-6:[cliquer ici](#)

6.13 SQUASH ET SANTE

6.13.1 Le squash est bon pour la santé¹

« ...En novembre 2016, le « British Journal of Sports Medicine » a publié une étude démontrant que les sports de raquette sont les plus efficaces pour diminuer les risques de mortalité. Réalisée pendant neuf ans sur 80 000 adultes (43 705 femmes et 36 601 hommes), l'enquête révèle que les témoins ayant pratiqué du tennis ou du squash régulièrement avaient un risque de mourir de n'importe quelle cause réduit de 47 % par rapport à d'autres sportifs. Quant au risque de succomber à une maladie cardiovasculaire, il était réduit de 56 %. Un constat qui confirme Eric Lecerf. Médecin pour la Fédération de squash de la région Nouvelle-Aquitaine et lui-même pratiquant, il a mené de nombreuses études sur les conséquences de cette pratique.

...Le squash est adapté pour des maladies chroniques comme l'asthme, le diabète ou l'obésité. Pour les diabétiques, la logistique est moins lourde que pour des sports d'extérieur ; pour les obèses, les déplacements sont réduits et le parquet, qui est à double lambourde contrairement à d'autres sports, est adapté à leurs problèmes articulaires. Ce n'est pas un sport traumatisant pour les articulations de manière générale. [Pour les patients souffrant de pathologies ostéo-articulaires](#), il muscle le corps pour un meilleur maintien. Il est même [conseillé pour des personnes qui ont connu des problèmes cardiaques](#) car le cœur est un muscle qui va s'adapter à l'effort. Je recommande le squash à de nombreux patients.»

¹ <http://www.ffsquash.com/fr/jouer-au-squash/a-chacun-son-squash/le-squash-sante/1550-mais-si-le-squash-est-bon-pour-la-sante.html>

6.13.2 Physique et ludique, le Squash²

Extrait de l'interview du médecin du sport Charles Aisenberg paru dans le journal l'Equipe :

Quels sont les bienfaits liés à la pratique du squash ?

« ...Aujourd'hui, on sait que la pratique sportive est plus efficace pour protéger le cœur que tous les médicaments que nous avons à disposition. Par exemple, après un infarctus on demande aux gens de reprendre une activité sportive pour éviter une récurrence. Le sport en général, et pas seulement le squash, est bénéfique pour la santé. »

Le squash est considéré comme le sport le plus exigeant physiquement. Quelles sont les règles à suivre ?

« ...Le squash a une mauvaise image « médicale » mais il n'est pas plus dangereux que les autres sports de raquette ou d'autres sports explosifs. Il faut commencer doucement cette activité en découvrant la technicité et ce, avant de se lancer dans des matchs... »

Y a-t-il un âge limite à la pratique du squash ?

« Non, c'est lié à votre condition comme dans tous les sports. Pour les seniors on privilégie des sports qui sont pratiqués couramment... »

6.13.3 Le Squash bon pour le corps et l'esprit³

C'est un sport facile, subtil et intense qui requiert de la puissance, de la souplesse, mais aussi un sens de l'analyse et de la stratégie pour anticiper la trajectoire de la balle.

Elu récemment le sport le plus sain aux Etats-Unis après l'aviron et l'escalade, les bienfaits du squash se feront sentir dès les premiers coups de raquette. Il vous procurera une bonne dépense calorique et une sensation de bien-être immédiat.

En effet il permet d'évacuer le stress et de décompresser, de par la mobilité et concentration permanente qu'exige ce sport. Adieu les idées noires !

6.14 SQUASH - NIVEAU ET CONNAISSANCE DE LA DISCIPLINE

A l'intérieur d'un groupe de patients, les écarts de niveau peuvent être répartis de la façon suivante :

- Niveau 1 – Candide (ne connaît pas du tout le squash) ;
- Niveau 2 – Débutant (a déjà pratiqué un sport de raquettes) ;
- Niveau 3 – Intermédiaire (a déjà pratiqué 1 à 5 séances de squash en club ou présentant des qualités sportives dans les sports de balles ou ballons) ;
- Niveau 4 - Confirmé (a déjà joué en club).

En général, une majorité des patients sont de niveau 1, quelques-uns de niveau 2.

L'EMS adaptera donc les activités en fonction des capacités de chacun.

² <http://sportime81.com/le-squash/>

³ <http://www.femmezine.fr/bien-etre/sports/bienfaits-du-squash-sur-la-sante.html>

6.15 FICHE PATIENT

Maladie	Etat physique	Etat d'esprit
Quelle affection ?	Age du patient	Les motivations?
Depuis combien de temps ?	Sportif ou pas?	Par qui il (elle) est envoyé(e)?
Comorbidités ?	Quelles activités?	Etat d'esprit (positif ou pas)
Quel Traitement ?	Douleurs ou pas?	Que recherche la personne en venant à la séance? (Bien-être, Social, Thérapeutique)
Les effets secondaires ?	Son état en général	Plus acteur ou spectateur de sa maladie
Durée du traitement ?	Antécédents	Quelle humeur face à la maladie?

Consignes :

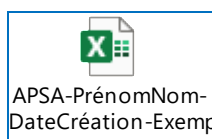
- 1^{er} Rendez-vous ;
- Ce qu'il faut savoir du patient ;
- Les informations à communiquer au patient.

6.16 FICHE PATIENT AVANT APA

Physique	Psychologique	Objectifs	Moyens
Douleurs (thorax, jambes, épaule, ...)	Relativement fragile	Regagner de la tonicité musculaire	Travail en résistance
Manque ou perte d'appétit	Minimise ses séquelles	Réouverture de la cage thoracique	Travail sur la respiration
Insomnie	Pas sportif culturellement	Travail du bas du corps	Travail de l'épaule et du bras
Fatigue	Ne se projette pas avec le sport		Travail membres inférieurs
Gêne respiratoire			
Perte d'équilibre			
Cicatrices			
Chambre d'implantation			
Essoufflement			
Perte musculaire, tonicité musculaire			
Inactif			

6.17 SUIVI PATIENT PENDANT APA

Ce tableau Excel permet la consolidation des activités effectuées lors de chaque séance et sous-séance :



6.18 CONVENTION CPAM 92 – SQUASH DU BOIS DE CHAVILLE”

Voir document « conv squash chaville 2021.docx ».

6.19 CONSIGNES ORALES EN PÉDAGOGIE

Anatomie	Termes
Aine	CPA (creux du pli de l'aine)
Buste	Se « grandir » / buste droit
Buste	Gonfler les poumons = « monter » les épaules, « grandir » la tête
Cage thoracique	« Ouverture – Fermeture » de la cage thoracique
Cage thoracique	« Tirer sur la cage thoracique »
Côtes	« Ouvrir / fermer » les côtes
Cou	Muscle du cou
Cuisse	Muscle du couturier
Dos	Dos bien droit
Dos	« Faites le dos rond, écarter les omoplates » = position du chat qui s'étire ! = dos rond = inspiration = rentrer le nombril = rentrer le ventre
Epaules	Epaules qui viennent toucher les joues
Fesses	« Pousser » les ischios (fesses loin derrière)
Genoux	Genoux au-dessus des pieds
Hanche	« Ouvrir la hanche », « fermer » la hanche
Jambe	Enfoncer la jambes / les pieds au sol
Jambe	« Amener » le poids : sur la jambe avant, sur la jambe arrière
Omoplates	« Rapprocher les omoplates », « Eloigner les omoplates »
Omoplates	Omoplates : « Glisser » les omoplates vers l'arrière, « Rapprocher les omoplates », « Eloigner les omoplates »
Pied	Le pied : talon, voute plantaire, coussinets, point du pied
Pied	Le pied : travail sur l'avant du pied, sur l'intérieur
Pied	Le pied : travail sur l'arrière du pied, sur l'extérieur
Pied	Pied parallèles, jambes fléchies, genoux qui « regardent » les orteils
Pieds	Pieds « Flex » (tendus)

Anatomie	Termes
Posture	« Conserver la verticalité » = mettre la tête haute, sommet du crâne « tiré » vers le haut, regard vers l'horizon
Posture	Conserver le dos droit : creusé dans le pli de l'aîne, plier les genoux, étirer les psoas
Poumon	Poumon qui se gonfle / dégonfle
Rachis	« Etirer » la colonne
Sternum	« Rentrer » le sternum
Taille	« Allonger la taille »
Tête	Fontanelle vers le haut, sommet du crâne vers le plafond, sommet du crâne vers le ciel
Tête	Regard vers l'horizon
Tête	Tête levée, « s'étirer vers le haut »
Ventre	« Serrer le ventre »
Ventre	Bas ventre tonique