Enseignant en Activité Physique Adaptée

En gériatrie

Camille COLIN
Nasr Eddine FRAYHI

Formation

L'Activité Physique Adaptée (APA) correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filière **STAPS APA et Santé**, niveau licence et master).

Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui mobilisent des compétences d'enseignement des activités physiques, sportives ou artistiques.

Définition

Les Activités Physiques Adaptées (APA) «*regroupent l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de* ***prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation****, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes*» (Ninot et Partyka, 2007).

L'enseignant en activité physique adaptée a pour mission d'améliorer les **ressources internes**, **l'autonomie**, la **santé** et la **qualité de vie des résidents**.

La démarche de l'enseignant en APA est **MULTIDIMENSIONNELLE** : par le biais des activités physiques et sportives, les dimensions touchées sont **biologiques**, **cognitives**, **psychologiques** et **sociales**.

Place de l'EAPA en EHPAD

Dans les EHPAD, l'APA s'insère dans le projet général de développement de lieux de vie dont la finalité vise l'atteinte d'une **qualité de vie satisfaisante** pour chaque résidant tout au long du séjour, et ce **quelles que soient ses déficiences et incapacités**.

Le vieillissement :

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme suivant l'avancée en âge. Il est la résultante des effets de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent progressif qui doit être distingué des effets des maladies. (Corpus de Gériatrie, (2000), « chapitre I, le vieillissement humain »).

Les différents objectifs

Fonctions motrices	Fonctions cognitives et cérébrales	Fonctions psychologiques	Fonctions sociales
Prévention des chutes	**Travail de la compréhension, de l'attention et de la concentration**	**Estime de soi**	**Lutter contre l'isolement**
Rééducation à la marche	Travail de la coordination	Confiance en soi	Créer / entretenir le lien
Lutte contre la fonte musculaire	Travail de la double tâche	Bien être mental	Notion de partage et de plaisir
Optimiser les capacités cardio-respiratoires	Stimulation de la mémoire	**Réduire le stress, l'anxiété et la dépression**	
Lutter contre la fatigue			

Fonctions motrices

- **Prévention des chutes :**

Environ une personne sur trois âgée de plus de 65 ans et une personne sur deux de pl

Les chutes répétées ont été définies par la Haute autorité de santé (HAS) comme la
temps s'étendant de 6 à 12 mois. Elles sont considérées comme un indicateur de m
personnes âgées. Les personnes chutant 2 fois ou plus dans l'année, sont plus à risque

La chute doit être considérée comme un marqueur fort de fragilité avec un risque de p

=> Travail de l'équilibre statique et dynamique sur les parcours de marche

Ex du DM3

=> Travail de la proprioception (def :La proprioception est l'ensemble des informat
régulation de la posture et des mouvements du corps. Le système proprioceptif int
en contractant certains muscles, par exemple sur une surface instable)

- **Rééducation à la marche :**
  - Optimisation du périmètre de marche (sur sols variés)
  - Donner un objectif concret (ex: pouvoir se rendre en salle à manger seul)
  - Travail du schéma de marche
  - Optimisation des capacités cardio respiratoires, endurance (ex : MOTOMED)

Fonctions motrices

- **Lutter contre la fonte musculaire :**

La **sarcopénie** désigne la diminution progressive de la masse musculaire liée au vie
d'apports alimentaires (INSERM)

Au cours du vieillissement, notre masse musculaire diminue progressivement. C
nos muscles squelettiques. Mais outre le vieillissement, certains facteurs peuve
partir d'un certain âge.

Ce sont essentiellement la **sédentarité**, les **maladies**, dont les **troubles nutriti**
hormones anabolisantes).

- Intérêt du renforcement musculaire des muscles posturaux
- Matériel utilisé : bâtons / haltères / élastiband / Motomed

Fonctions cognitives et cérébrales

- **Travail de la compréhension**, de **l'attention** et de la **concentration** :

=> analyse de la consigne, réalisation d'un exercice seul ou en groupe

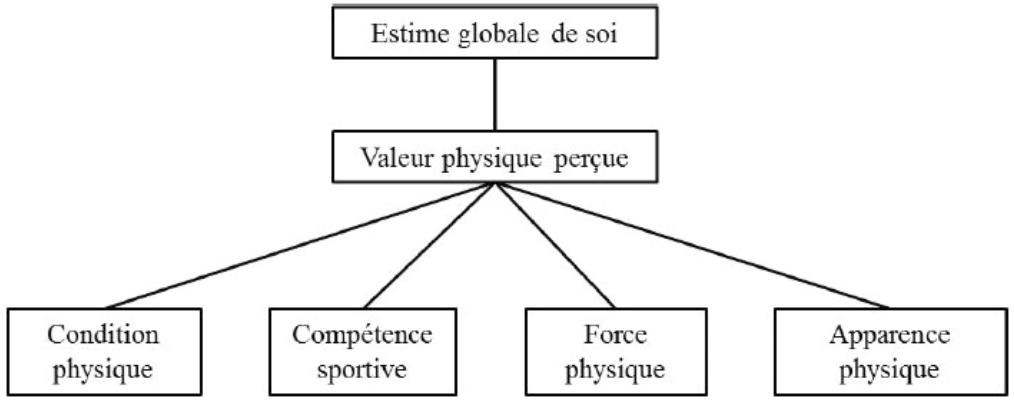
Ex : jeu de quilles

- **Travail de la double tâche**

Ex : marcher et chanter en même temps / nommer la couleur des différents marquage au sol / compter le nombre de répétitions tout en réalisant l'exercice / etc.

Fonctions psychologiques

Chez les personnes âgées entre 55 et 75 ans, sans pathologie, l'activité physique régulière et d'intensité modérée a un effet bénéfique sur le bien-être (sentiment de compétence, image de soi, faible anxiété). Les études montrent en particulier qu'une pratique physique ou sportive augmente **faiblement mais significativement le niveau d'estime de soi.** (**INSERM** *"Activité physique - Contextes et effets sur la santé »)*



(Ninot et al.,2000)

L'activité physique réduit l'anxiété de la population générale adulte. Elle diminue le niveau de dépression de populations très diverses et devrait être proposée dans toute prise en charge de la dépression (**INSERM** *"Activité physique - Contextes et effets sur la santé »)*

sociales

Lutter [illegible]mbre
d'autre[illegible]nysiq

Restau[illegible]socia
=> F[illegible]ux d'
coo[illegible]adap

Importance de la **notion de plaisir lors de la séance !!!**

The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community

(Lucineide Oliveira and all, 2019)

Table 1 - Comparison of variables between sedentary and active elderly living in the community

Variables	Sedentary	Active	p
Age (years)	72.56±5.68[a]	69.75±4.36[b]	0.0001
Physical activity level	5.81±2.31[a]	15.81±5.48[b]	<0.0001
Anxiety scale (HADS-A)	5.23±3.94[a]	3.78±3.71[b]	0.0001
Depression scale (HADS-D)	5.81±4.16[a]	3.01±3.22[b]	<0.0001
Functional capacity	58.51±26.41[a]	76.35±24.95[b]	<0.0001
Physical aspects	37.26±41.37[a]	64.32±42.57[b]	<0.0001
Ache or pain	64.17±27.28[a]	74.61±27.87[b]	0.0081
General state of health	71.62±17.99[a]	79.22 ±16.54[b]	0.0022
Vitality	62.93±23.18[a]	76.72±21.46[b]	<0.0001
Social aspects	72.84±31.71[a]	89.45±19.56[b]	<0.0001
Emotional aspects	71.79±42.77[a]	82.64±35.86[b]	0.0500
Mental health	69.46 ±24.78[a]	78.79±20.22[b]	0.0041

Data presented as mean ± standard deviation and scores, unless otherwise specified.
HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety Scale; HADS-D = Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression Scale.
Means followed by different lowercase letters within rows differ statistically from each other (Student's t test at 5%).

Les différents outils d'évaluation de l'APA

Evaluation de l'équilibre
- Tinetti Score
- Get Up and Go

Evaluation de l'endurance
- Test de marche de 6 minutes
- Senior Fitness test

Test de force musculaire
- Assis debout

Test de souplesse

Travail pluridisciplinaire : possibilités de s'appuyer sur les bilans des différents professionnels (kiné, ergo, psychologue , médecin , etc)

Différence entre un Enseignant en APA et un Kiné

EAPA	Kiné
• **Il se concentre sur la totalité de la personne : pôle physique, psychologique et social.** • **Son intervention se fait sur prescription médicale** • **Lors des séances, le pratiquant est actif, jamais passif.** • **Il intervient par le biais d'objet médiateur, il ne manipule pas directement le patient.**	• Ses objectifs d'intervention se rapportent essentiellement à la déficience. ils sont surtout limités à ces changements biologiques spécifiques (ex : rééducation entorse de cheville). • Son intervention se fait sur prescription médicale. • Participation du patient à la fois active et passive. • Il peut manipuler le patient.

Conclusion

L'APA a pour caractéristique une **approche holistique** qui porte sur 4 dimensions : physique, psychologique, cognitive et sociale. Les objectifs de la prise en charge porte donc sur ces 4 différents aspects, avec comme **finalité le maintien ou l'amélioration de l'autonomie de la personne et l'amélioration de la qualité de vie** de celles-ci.

Merci pour votre attention