

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Victoria MAUSSION

Le 21 Juin 2024

**FREINS À L'ACCÈS AU HANDISPORT DES PERSONNES PORTEUSES D'UN DÉFICIT
MOTEUR OU NEUROSENSORIEL SÉVÈRE : L'AVIS DES PATIENTS**

Co-directeurs de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN & Dr Rémi ESTEVEZ

JURY :

Monsieur le Professeur Xavier DE BOISSEZON	Président
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Rémi ESTEVEZ	Assesseur

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRÓS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq ue
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Anesthésiologie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépat o-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat o-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat o-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUDAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Xavier de Boissezon,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail de recherche.

A mes co-directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Rémi Estevez,

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger cette thèse, votre première. Merci d'avoir été encourageant et d'avoir apporté un regard aiguisé sur ce sujet original.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe Poutrain,

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger cette thèse. Merci d'avoir été un guide tout au long de ce travail, merci pour l'altruisme et la disponibilité dont vous avez fait preuve.

Au membre du jury,

Monsieur le Docteur Emile Escourrou,

Je vous remercie pour votre présence et d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Recevez ici toute ma reconnaissance.

Je remercie également mes maîtres de stages qui m'ont accompagné tout à long de l'internat, merci pour votre transmission d'humanité, de sagesse et de savoir.

A ma famille,

Vous m'avez transmis l'art de vivre ses rêves, vous m'avez soutenue dans les tempêtes et encouragée, à chaque chute, à remonter en selle. Vous m'avez appris que la folie est belle, que c'est chouette d'avoir du caractère et des convictions, à ne pas avoir peur de se donner et de galoper dans le vent,

Merci pour la liberté, l'amour, l'aventure et le courage.

Merci de m'avoir transmis votre fierté.

A mes amis,

A mes sœurs de Dragey, merci d'être un soutien sans faille, merci d'être cet oasis d'amour inconditionnel et de respect, merci pour nos balades vélo-pizza-plage,

Aux sirènes du Mt-St-Michel, merci à la providence de nous avoir lancé sur le même chemin, c'est un honneur d'avoir posé « les bases » à vos côtés,

Difficile exercice que de citer toutes les belles rencontres faites pendant cet internat occitan, des châtelains-écologes ariégeois aux hippies du Couserans en passant par les randonneurs des Hautes-Py, les extraordinaires ruthénois et la coloc de l'ambiance du Comminges, Chacun de vous est unique, merci d'avoir croisé ma route et de l'avoir illuminée.

A mes amis dispersés au gré du vent et du temps, vous êtes le sel, le sang, la joie.

L'aventure continue, en toute simplicité.

Table des matières

Liste des abréviations	p.2
Introduction.....	p.3
Méthode.....	p.6
Résultats.....	p.8
Discussion.....	p.17
Conclusion.....	p.21
Bibliographie.....	p.22
Annexes.....	p.24
1) Questionnaire : 2023-A01208-37_questionnairethese_v9_20230915.....	p.25
2) Notice d'information : 2023-A01208-37_annexe1noticed'information_v8_20240111.....	p.30
3) Protocole : 2023-A01208-37_Protocole_v11_20231008.....	p.33
4) Quelques réflexions supplémentaires.....	p.38

Liste des abréviations :

AP : activité physique

CIF : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé

CNCI : certificat de non contre-indication

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

FFE : foot-fauteuil électrique

FFH : fédération française du handisport

HAS : haute autorité de santé

Insee : institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : institut national de santé et de recherche médicale

MPR : médecine physique et de réadaptation

NGBs : National Governing Bodies

OMS : organisation mondiale de la santé

QR : quad rugby

Introduction :

« Mens sana in corpore sano » Thalès

D'après la DREES, en France, « En 2021, 6,8 millions (13 %) de personnes de 15 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive »(1). Les personnes atteintes de déficit moteurs et neurosensoriels (hypoacousie, malvoyance) présentent une part non négligeable de nos consultations. Par ailleurs ils ont une certaine vulnérabilité quant à leur santé et requièrent donc une attention particulière de la part de leur médecin généraliste.

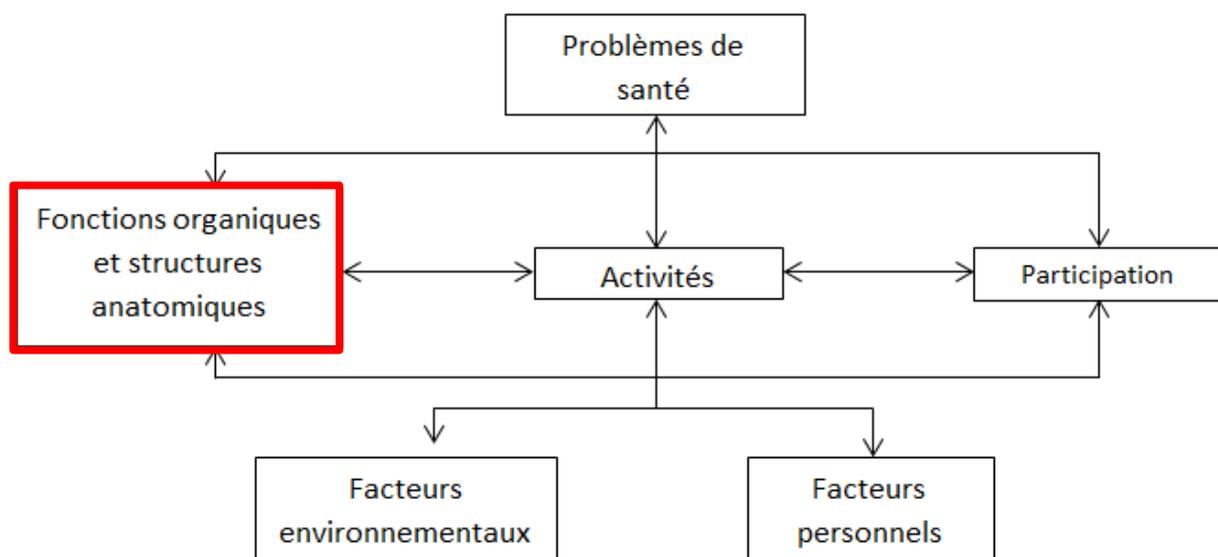
L'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue dans sa classification sur le handicap : (2)

- la déficience (impairment) : toute perte ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique
- l'incapacité (limitation) : une réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales par un être humain ;
- le désavantage social (restriction) : pour un individu donné, il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux ou culturels).

En 2001, l'OMS révisé sa classification en 4 catégories. Ainsi, comme l'explique la HAS (3) et comme l'illustre la figure 1, le handicap est « un concept multidimensionnel et le résultat d'une interaction dynamique entre plusieurs composantes : les fonctions organiques et les structures anatomiques de l'individu qui peuvent être déficientes, les activités pratiquées par l'individu et les domaines de la vie auxquels il participe, les facteurs environnementaux qui influencent cette participation et les facteurs personnels ».

Dans cette étude nous nous référons au concept des fonctions organiques et des structures anatomiques (cf encadré rouge, figure 1) et nommerons donc les répondeurs « personnes porteuses de déficit » plutôt que « personnes en situation de handicap », car il s'agit d'étudier les freins et les facilitateurs qui mettent certaines personnes en situation de handicap vis-à-vis de leur pratique sportive.

Figure 1. Interactions entre les composantes de la CIF (2)



Un des rôles essentiels du médecin généraliste est la prévention. Le sport et l'activité physique en sont des outils majeurs.

Ses bénéfices pour la santé sont prouvés depuis de nombreuses années pour la population générale. En effet, un rapport de la HAS de 2022(4) affirme que l'activité physique et sportive permet d'améliorer la santé physique et psychique des individus.

Les médecins sont régulièrement sollicités pour évaluer la balance bénéfique/risque d'une pratique sportive en vue de la délivrance d'un certificat de non contre-indication (CNCI) au sport. (5) Nous nous demandons si la balance bénéfices/risques est la même chez les personnes en situation de déficit. Cette population est plus vulnérable sur le plan psychosocial avec un risque plus important de dévalorisation et d'une perte de sentiment de liberté. En effet, d'après la pensée phénoménologique de Merleau-Ponty, « C'est par mon corps que je comprends autrui, comme c'est par mon corps que je perçois des choses. »(6) . Le corps phénoménal est le corps vécu, le corps d'expérience. Ainsi un corps amoindri entraînerait une vision amoindrie du monde. Selon Anne Marcellini, « le sport peut être perçu, *a priori*, comme un environnement qui va générer une situation de handicap inéluctable pour des personnes touchées dans leur corps » (7)

Les médecins pourraient être tentés de contre-indiquer et de restreindre ces pratiques dans un but protectionniste. En incitant à se désinvestir de son corps, le risque qui peut s'observer chez les personnes porteuses de déficit, c'est un phénomène de désincarnation, comme le décrit Anne-Sophie Parisot (8). C'est une stratégie de protection individuelle visant à séparer le corps de l'esprit qui à long terme, peut conduire à l'aliénation du corps par une perte d'identité.

En réalité, le sport serait un moyen de retrouver le chemin de son corps ; d'une part, grâce à l'expérience de sensations inhabituelles, d'autre part, avec l'exercice de règles sportives qui ne seraient pas des contraintes qui amputent la liberté du sportif, mais plutôt des énigmes dont le sportif pourrait s'approprier et avec lesquelles il pourrait jouer en s'adaptant à son environnement. Ainsi R. Richard, à la lumière de la pensée de Michel Foucault, défend l'idée du sport comme « technique du soi » et que « l'expérience sportive du corps atteint d'une déficience motrice importante, constitue une voie privilégiée de construction et de réhabilitation du sujet incarné » (9)

L'expérience du mouvement et des compétitions crée l'identité du sportif et justifie le fait que certains sports qui ne requièrent ni endurance, ni forte dépense énergétique soient considérés comme tels. C'est le cas du foot fauteuil électrique (FFE) ou de la boccia¹. L'étude de cas de R. Richard (9) l'illustre ; pour les handicapés lourds, « le fauteuil électrique rétablit le lien phénoménologique entre intentionnalité et motricité » lors de la pratique du FFE, avec un élargissement du schéma corporel au fauteuil. De même, une étude de P. Proust (10) est un autre exemple de réhabilitation du corps par le sport. Ainsi l'équitation est considérée comme un soin : « L'hippothérapie permet ainsi un développement de la psychomotricité, avec une intégration du schéma corporel, une régulation tonique, une coordination motrice, une structuration spatio-temporelle, ainsi qu'un développement de l'équilibre. On note aussi une amélioration de la relation et de la communication : valorisation, vigilance, maîtrise de soi, confiance en soi. »

Le sport peut donc permettre de mieux appréhender son rapport au corps, et donc au monde.

De plus, le sport est un moyen de pratiquer l'activité physique, dont ses bienfaits sur la santé physique et psychique sont clairement reconnus dans la littérature. Elle diminue les pathologies associées aux situations de déficit, dont la dépression, les troubles musculo-squelettiques, et ralentit la progression des maladies associées. Une étude sur le handisurf (11) l'illustre. D'autres nombreux exemples dans la littérature montrent l'intérêt du sport sur les plans physique, psychique et social. (12)

1 Boccia : un sport de boule apparenté à la pétanque

C'est pourquoi depuis 2022, l'assurance maladie propose le remboursement de l'activité physique adaptée (APA), selon la loi du 2 mars 2022(13) visant à démocratiser le sport en France. Les modalités semblent encore mal connues de la part des médecins généralistes. (3)

Cependant, en France, la pratique sportive chez les personnes en situation de déficit moteur ou neurosensoriel semble anecdotique. Nous nous interrogeons sur la réalité de cette impression, qui résulte d'expériences cliniques et personnelles et de quelques données de la littérature.

En effet, une enquête de l'Insee dont les résultats sont décrit par Marcellini compare le taux de pratique sportive de la population générale et celui de la population ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive. Ainsi, en France, 60 % de personnes sans aucune déficience déclarent faire du sport contre 20 à 23 % de personnes en situation de déficit déclarent une pratique sportive. (14) En Angleterre, la part de non sportifs représenterait 50 à 55 % des adultes et dans la catégories « personnes handicapées » elle serait de 90 % (15). Une autre étude sur le handisport au Liban(16) décrit que parmi les personnes en situation de handicap, le nombre des sportifs ne dépasse pas les 1,5 %, que la plupart des ces sportifs sont scolarisés et que peu d'adultes pratiquent un sport en compétition. Ce phénomène serait expliqué par : le manque de prise en charge sportive en centre de rééducation ; le manque d'informations sportives ; la non-application des lois libanaises ; les difficultés de déplacement et d'entraînement ; le coût élevé du matériel spécial ; l'absence de terrains adaptés.

La balance entre les freins et les facilitateurs semble être en défaveur d'une pratique régulière dans la population générale mais encore plus dans la population des personnes atteintes de déficits moteurs ou neurosensoriels. Celles-ci rencontrent des freins personnels (intrinsèques) et environnementaux (extrinsèques) plus nombreux que la population générale.

Nous pouvons nous interroger sur la place du médecin généraliste dans l'existence de ces freins et comment peut-il être force de solutions pour répondre à cette problématique de santé publique.

D'où la question de recherche : "Quels sont les freins à l'accès au sport adapté des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère ? l'avis des patients."

Afin d'y répondre, nous avons défini un objectif principal de l'étude. Il est d'estimer la proportion de sportifs ayant expérimenté des freins à l'obtention du CNCI au sport. Le critère de jugement principal est la proportion de participants à l'étude ayant identifié au moins un frein à l'obtention du certificat.

Les objectifs secondaire de l'étude sont :

- 1) la description de freins à l'accès au sport adapté identifiés par les sportifs
- 2) la description des bénéfices de la pratique sportive identifiés par les sportifs
- 3) la description des adaptations identifiées par les participants à l'étude pour accéder à la pratique sportive

avec pour critères de jugements secondaires la liste des freins identifiés avec effectifs et pourcentages de chaque frein, la liste des bénéfices identifiés avec effectifs et pourcentages pour chaque bénéfice, la liste des adaptations identifiées avec effectifs et pourcentages pour chaque adaptation.

Méthode :

Il s'agit d'une étude épidémiologique non interventionnelle, transversale descriptive.

Nous avons construit un questionnaire puisqu'il n'en existait pas d'adapté à la question de recherche dans la littérature. Le questionnaire a été construit à partir de réflexions issues de la littérature et d'expériences de terrain, de la pratique médicale et sportive des investigateurs. (cf annexe 1). Nous avons mis en relief que la pratique sportive pouvait être freinée par cinq types de facteurs : socio-démographiques, comportementaux, sociaux, environnementaux et psychosociaux (17). Le questionnaire est donc articulé autour de ces cinq thèmes.

Premièrement, nous avons posé des questions concernant le facteur socio-démographique : âge, genre, catégorie professionnelle, suivi médical, type de déficit, pathologie à l'origine du déficit, mode d'acquisition du déficit et autres pathologies.

Deuxièmement, les questions s'intéressent au comportement sportif de l'individu. Nous leur avons demandé les sports pratiqués actuellement et leur niveau, les sports pratiqués antérieurement au déficit et leur niveau, le temps, la fréquence et l'ancienneté de leur pratique sportive.

Troisièmement, les facteurs sociaux, environnementaux et psychosociaux sont abordés ensemble.

Tout d'abord, nous nous sommes questionnés sur les freins en eux mêmes avec une attention première aux freins de la part du médecin. Ils nous intéressent particulièrement car ils évaluent nos pratiques. Nous pourrions concrètement agir dessus. Ils constitueront donc le critère principal de recherche. D'après la théorie de motivation autodéterminée de Deci et Ryan(18), les freins des sportifs sont soit intrinsèques, soit extrinsèques. Un frein intrinsèque est autodéterminé, lié à nos propres limites, comme par exemple la fatigue, la peur de la blessure. Un frein extrinsèque signifie qu'il est lié à l'environnement, par exemple le temps de trajet pour aller au sport, ou la formation du coach au handisport.

Ensuite, nous nous sommes interrogés sur les besoins en adaptations et solutions qui pourraient diminuer certains freins extrinsèques. Nous avons questionné la réalité des adaptations et aides obtenues en pratique.

Et enfin nous nous sommes demandé quels étaient les éléments favorisant la pratique sportive qui pourraient diminuer certains freins intrinsèques. Puis nous avons recherché les bénéfices ressentis par les sportifs, qui sont des arguments facilitateurs de la pratique sportive.

Le questionnaire a été administré en une fois, de manière individuelle, par l'investigateur.

La durée du questionnaire était estimée à quinze minutes (variable selon les possibilités de communication des répondants).

Chaque participant de l'étude a été informé des modalités de l'étude et de ses droits et s'est vu remettre une notice d'information papier (cf annexe 2). Un formulaire de non-opposition a été rempli par l'investigateur et chaque participant de l'étude au moment du recueil des données et a été stocké sous format papier dans un lieu sécurisé à la maison de santé dans laquelle exerce un des investigateurs de l'étude (160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez).

Les données ont été récoltées sur deux fichiers distincts pour garantir l'anonymisation des données. Les données nominatives ont été associées à un code d'anonymat sur un premier fichier et les réponses au questionnaire associées au code d'anonymat sur le deuxième fichier.

L'analyse des résultats est descriptive et a été réalisée sur fichier anonymisé.

Pour répondre à la question, nous avons interrogé des personnes avec un déficit moteur ou neurosensoriel (malvoyance, hypoacousie par exemple).

Les critères d'inclusion étaient :

- pratiquer un sport actuellement
- être en situation de déficit moteur et ou neurosensoriel sévère

Le critère de sévérité a été défini arbitrairement comme la nécessité d'une adaptation à la pratique sportive.

Les critères de non inclusion étaient :

- personnes mineurs ou sous mesure de protection (tutelle/curatelle) ;
- personnes ne pratiquant pas de sport ;
- personnes n'ayant pas de déficit moteur et/ou neurosensoriel sévère.

L'étude s'est déroulée en France.

Les participants à l'étude ont été recrutés majoritairement via le réseau de la Fédération Française du Handisport (FFH), qui met à disposition un listing de clubs affiliés à la FFH, proposant théoriquement du sport adapté aux personnes présentant un déficit moteur ou neurosensoriel. Ces clubs ont été contactés par téléphone et par mail pour une première prise de contact, puis des rencontres collectives entre l'investigateur de l'étude et les membres de l'étude ont été organisées. Enfin chaque sportif souhaitant participer à l'étude a transmis ses coordonnées personnelles pour convenir d'un rendez-vous individuel ultérieur, laissant un délai de réflexion permettant un consentement éclairé.

Les sportifs ayant déjà participé à l'étude ont été invités à partager les coordonnées de l'investigateur à d'autres sportifs potentiellement concernés par notre étude. Ainsi quelques autres sportifs en situation de déficit moteur et/ou neurosensoriel ont été recrutés par proposition volontaire spontanée.

Initialement, le réseau Efformip de Toulouse a été contacté comme indiqué dans le protocole (cf annexe 3) mais la population souhaitée pour notre étude ne correspondait pas à leur population cible de non-sportifs, contrairement à ce que nous pensions. Les membres d'Efformip contactés nous ont renvoyé vers la FFH.

Résultats :

Le recueil des données a duré pendant quatre mois, de décembre 2023 à mars 2024.

Les participants de l'étude sont 77 individus pratiquant du sport et avec un déficit moteur et/ou neurosensoriel sévère c'est-à-dire impactant leur pratique sportive et requérant une adaptation.

La moyenne d'âge des participants à cette étude est 41ans, avec une médiane à 40ans, le plus jeune ayant 20ans et le plus âgé 75ans.

63 sportifs, soit 82 % des participants de l'étude, sont des hommes.

Figure 2. Répartition des participants de l'étude en fonction de leur catégorie socioprofessionnelle (n=77)

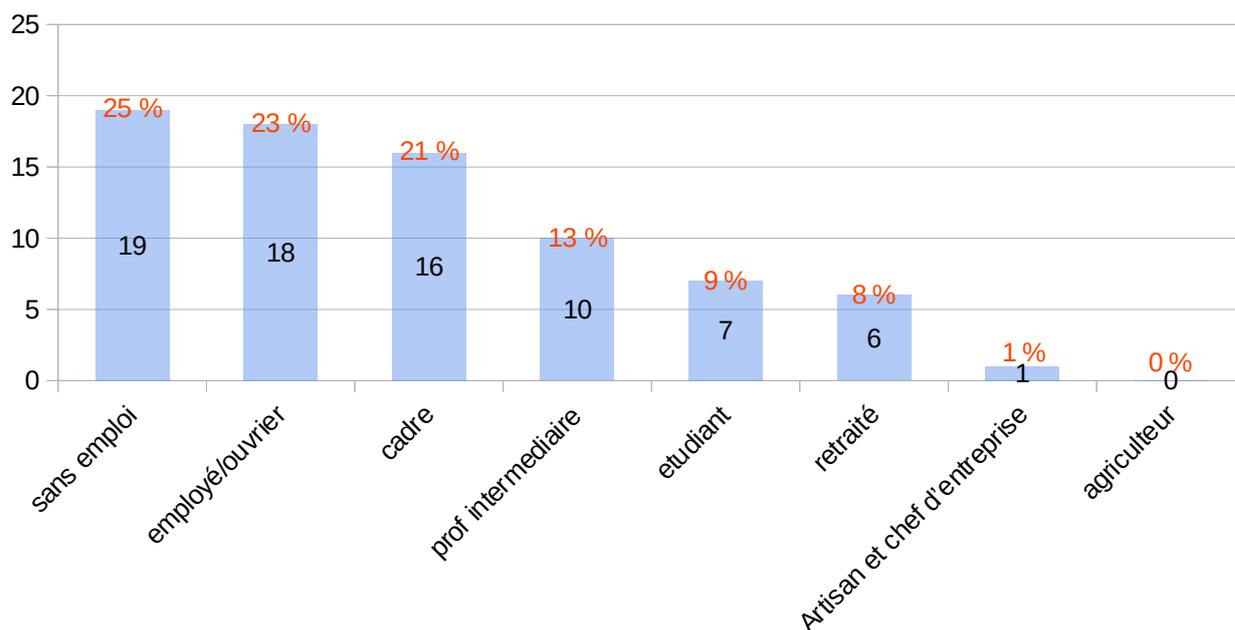
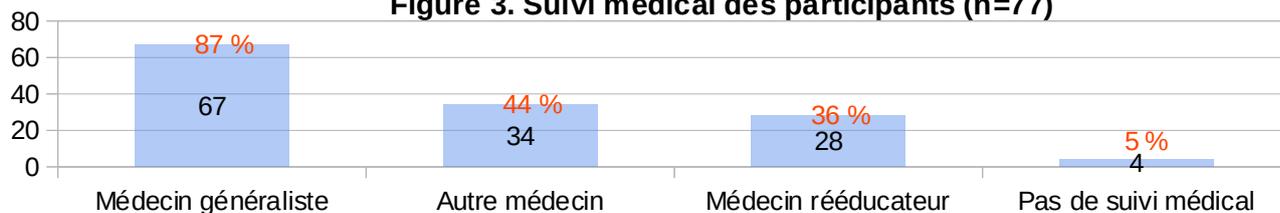


Figure 3. Suivi médical des participants (n=77)



67 participants, soit 87 % des sportifs de l'étude, sont suivis par un médecin généraliste. Moins de 50 % sont suivis par d'autres médecins.

A noter que certains participants ont un suivi par plusieurs médecins.

Déficit	n	Pourcentage
paraplégie	19	24,68 %
faiblesse musculaire (myasthénie, myopathie, dystrophie musculaire, SEP, polyradiculonévrite, amyotrophie spinale)	16	20,78 %
amputation de membre inférieur	11	14,29 %
tétraplégie	8	10,39 %
paralysie multiples (poliomyélite, SLA)	6	7,79 %
raideurs articulaire (spasticité, akinésie, hypokinésie)	6	7,79 %
troubles posturaux (syndrome de Parkinson, paralysés cérébraux)	6	7,79 %
malvoyance	5	6,49 %
hémiplégié	4	5,19 %
Trouble de l'équilibre	3	3,90 %
agénésie de membre supérieur	3	3,90 %
agénésie de membre inférieur	2	2,60 %
Trouble sensitif	2	2,60 %
amputation de membre supérieur	1	1,30 %
Trouble de la continence	1	1,30 %
surdité	1	1,30 %
Petite taille (<140cm)	1	1,30 %
fragilité osseuse	0	0,00 %
tremblements	0	0,00 %

A noter que certains participants ont plusieurs types de déficit.

Les pathologies des sportifs de cette étude sont : des fractures et luxations osseuses des vertèbres, d'autres fractures osseuses et leurs complications (dermo-hypodermite nécrosante, ostéites), des délabrement du plexus brachial, des compressions de la moelle épinière, des discopathies dégénératives opérées, des anoxies cérébrales périnatales, des infirmités motrices cérébrales, des accidents vasculaires cérébraux, des méningites à méningocoque, des cancers (sarcomes, tumeurs cérébrales), des séquelles de poliomyélite, des dystonies musculaires généralisées, des scléroses en plaque, des paraparésies spastiques, des scléroses tubéreuses de Bourneville, des myopathies de Becker, des neuropathies post-réanimation, des cardiopathies congénitales, des rétinites pigmentaires, des amyotrophies spinales, des myopathies facio-scapulo-humérales, des pieds bots. Certains sportifs de cette étude ne savent pas nommer ou expliquer précisément leur pathologie.

Parmi cette population sportive, le déficit peut être apparu de différente manière : congénitale ou acquise, par maladie ou traumatisme.

37 participants (soit 48 %) ont un déficit dû à un accident/traumatisme.

22 participants (soit 29 %) ont un déficit acquis par maladie.

18 participants (soit 23 %) ont un déficit congénital.

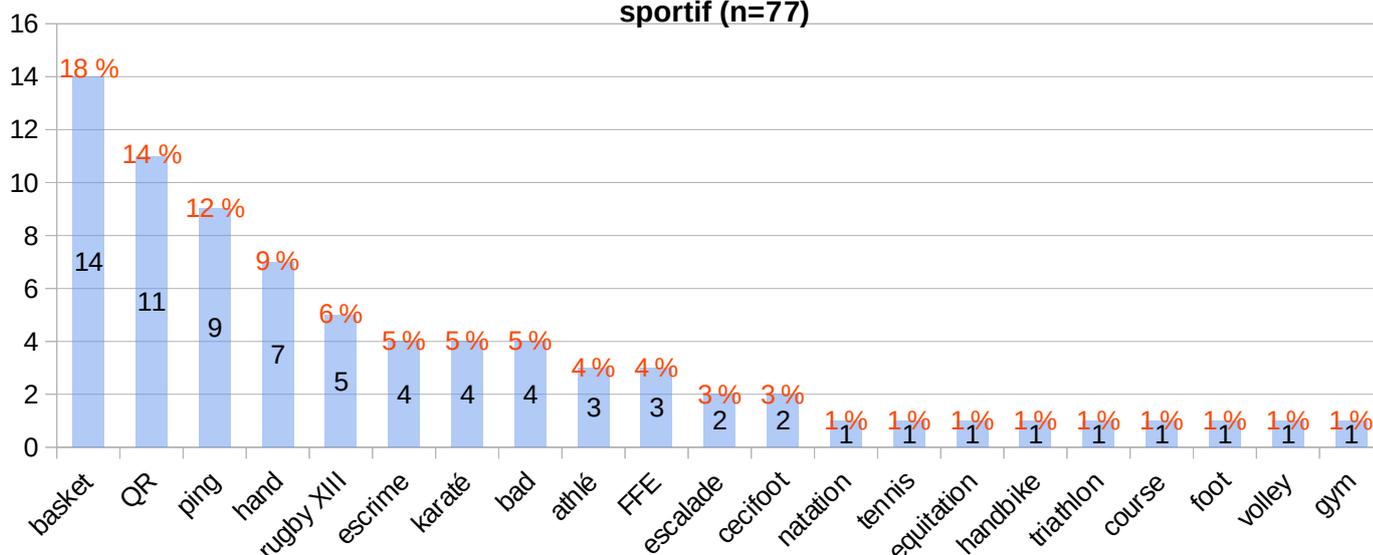
Nous avons demandé aux participants s'ils avaient d'autres pathologies pouvant impacter leur pratique sportive.

63 participants, soit 82 % des sportifs interrogés, n'ont pas d'autres pathologies associées diagnostiquées pouvant impacter leur sport.

14 personnes, soit 18 % des répondeurs ont des pathologies associées pouvant impacter la pratique sportive, notamment : myopie, asthme, spondylarthrite ankylosante, syringomyélie, syndrome de la coiffe des rotateurs, compression du plexus brachial, arthrose, syndrome de Pugg-Jegger, diabète, syndrome d'apnée du sommeil, cancer colo-rectal, maladie de Charcot-Spine et scoliose.

Les sports pratiqués par les participants de l'étude sont multiples. Pour quantifier l'activité sportive de chacun, nous nous sommes focalisés sur le sport principal uniquement (selon la figure 4 ci-dessous).

Figure 4. Répartition des sports en considérant l'activité principale de chaque sportif (n=77)



*QR= quad rugby.

Ainsi 57 sportifs, soit 74 % des participants à cette étude, pratiquent plusieurs sports.

85 % des sportifs ayant acquis leur déficit faisaient du sport antérieurement.

Figure 5. Répartition du niveau de pratique des sportifs de l'étude (n=77)

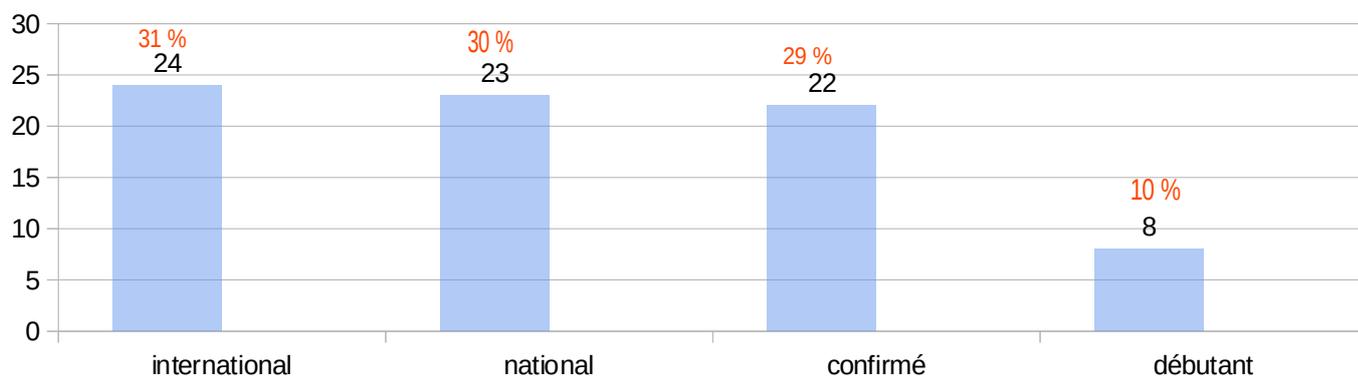


Tableau 2. Pratique du sport chez les sportifs de l'étude en fonction de leurs déficits (congénitaux/acquis/acquis par trauma/acquis par maladie/ acquis en ayant déjà une pratique antérieure/ acquis et ayant débuté le sport après le déficit).

	Totaux	Congénitaux	Acquis				
	Totaux	Congénitaux	Acquis totaux	Acquis par maladie	Acquis par traumatisme	Acquis faisant du sport avant	Acquis ayant débuté le sport après déficit
Nombre de sportifs	77	18	59	22	37	50	9
Pourcentage	1	0,23	0,77	0,29	0,48	85 % des sportifs déficit acquis	15 % des sportifs avec déficit acquis
Freq/semaine	3,55	3,71	3,55	3,77	3,04	3,43	3,11
Heure/semaine	6,68	7,00	6,68	6,61	6,80	6,87	6,00
Année de pratique	13,63	13,86	13,56	14,97	11,20	12,97	17,56

Les sujets répondeurs pratiquent du sport en moyenne 3,5 fois/semaine, à raison de 7h par semaine, et avec une ancienneté de pratique de 14ans en moyenne et avec une médiane à 10ans.

Parmi les participants de l'étude ayant un déficit acquis, 9 sportifs, soit 15 %, ont commencé leur pratique sportive après l'apparition de leur déficit.

Ils pratiquent du : ping-pong, basket (3), volley, rugby à XIII, karaté (2) et handball.

Chez les sportifs ayant commencé le sport après l'apparition de leur déficit, il y a eu un seul refus du certificat de non-contre-indication (CNCI) à la pratique sportive et il y a eu trois craintes (soit 33 %) de refus du CNCI. Ces craintes résultent d'une méconnaissance du handicap et que le praticien ait d'autres priorités de soin.

Parmi les 9 participants de l'étude qui ont commencé leur pratique sportive après l'apparition de leur déficit, 5 sportifs (soit 56 % de ces néo-sportifs) ont eu comme moteur à leur pratique l'encouragement de leur entourage et/ou du corps médical (contre 36 personnes, soit 47 % des 77 sportifs interrogés dans l'étude).

Sur les 77 répondeurs, 75 sportifs, soit 97 %, ont eu besoin d'un certificat de non contre-indication au sport. Dans les situations où le CNCI au sport n'était pas requis, il s'agissait de pratique autonome, hors-club, en salle d'escalade par exemple, ou à l'étranger.

13 sportifs, soit 17% des participants à cette étude ont eu un refus de la délivrance du CNCI au sport.

Tableau 3. D'après les 13 sportifs concernés, motifs de refus du CNCI au sport par le médecin

Motifs de refus de la délivrance du CNCI au sport par le médecin	n	Pourcentage
le médecin avait peur que je me blesse, que je me mette en danger	7	53,85 %
Autre*	7	53,85 %
le médecin ne connaissait pas mon déficit / ma pathologie/ les risques de blessures associés à la pratique du sport choisi	5	38,46 %
le médecin a jugé que la balance bénéfique/risque était en défaveur de la pratique du sport	4	30,77 %
le médecin ne connaissait pas/peu l'activité physique adaptée ou le handisport choisi	4	30,77 %
le médecin avait d'autres priorités de soin	4	30,77 %
le médecin pensait que mon déficit était une contre-indication au sport souhaité	3	23,08 %
le médecin ne voulait pas s'engager devant l'évolutivité du déficit	3	23,08 %
le médecin n'a pas entendu ma demande car il était mal à l'aise avec ma situation	1	7,69 %
le médecin n'a pas entendu ma demande car la communication était laborieuse	0	0,00 %

*Dans cette catégorie autre, les raisons du refus de délivrance du certificat citées par les participants étaient le temps de convalescence encore nécessaire (4) avant la reprise, la peur de la blessure d'autrui (2) et le désintérêt total (1).

10 sportifs, soit 13 % des participants à cette étude, avaient des craintes sur l'acceptation de délivrance d'un tel certificat par leur médecin. Parmi eux, l'objet de cette crainte était que :

- chez 7 sportifs, le médecin ait peur de la blessure.
- chez 4 sportifs, le médecin méconnaisse leur handicap
- chez 3 sportifs, le médecin ait peur de l'engagement devant l'évolutivité possible du handicap
- chez 3 sportifs, le médecin juge que la balance bénéfico-risque soit défavorable
- chez 3 sportifs, le médecin pense que le déficit soit une contre-indication au sport choisi.

Parmi les 13 répondants ayant expérimenté un refus de délivrance du CNCI au sport, seulement 3 sportifs (soit 23%) avaient des craintes d'un autre refus, lors d'une consultation ultérieure. Ces 3 sportifs ont eu par la suite une délivrance du CNCI au sport, par un autre médecin.

Parmi les 13 sportifs ayant expérimenté un refus de délivrance du CNCI au sport, nous nous interrogeons sur leur ressenti.

- 6 sportifs soit 46 % des sportifs ayant eu un refus, ont plutôt été démotivés dans leur pratique sportive.
- 5 sportifs soit 38 % sportifs ayant eu un refus, n'ont pas ressenti d'impact sur leur motivation au sport.
- 2 sportifs soit 15 % des sportifs ayant eu un refus, ont plutôt été motivés dans leur pratique sportive.

64 sportifs, soit 83 % des personnes interrogées, n'ont pas subi de refus dans leur parcours sportif.

Parmi les 75 sportifs ayant obtenu un CNCI au sport, nous nous interrogeons sur l'impact de la délivrance dans leur pratique sportive.

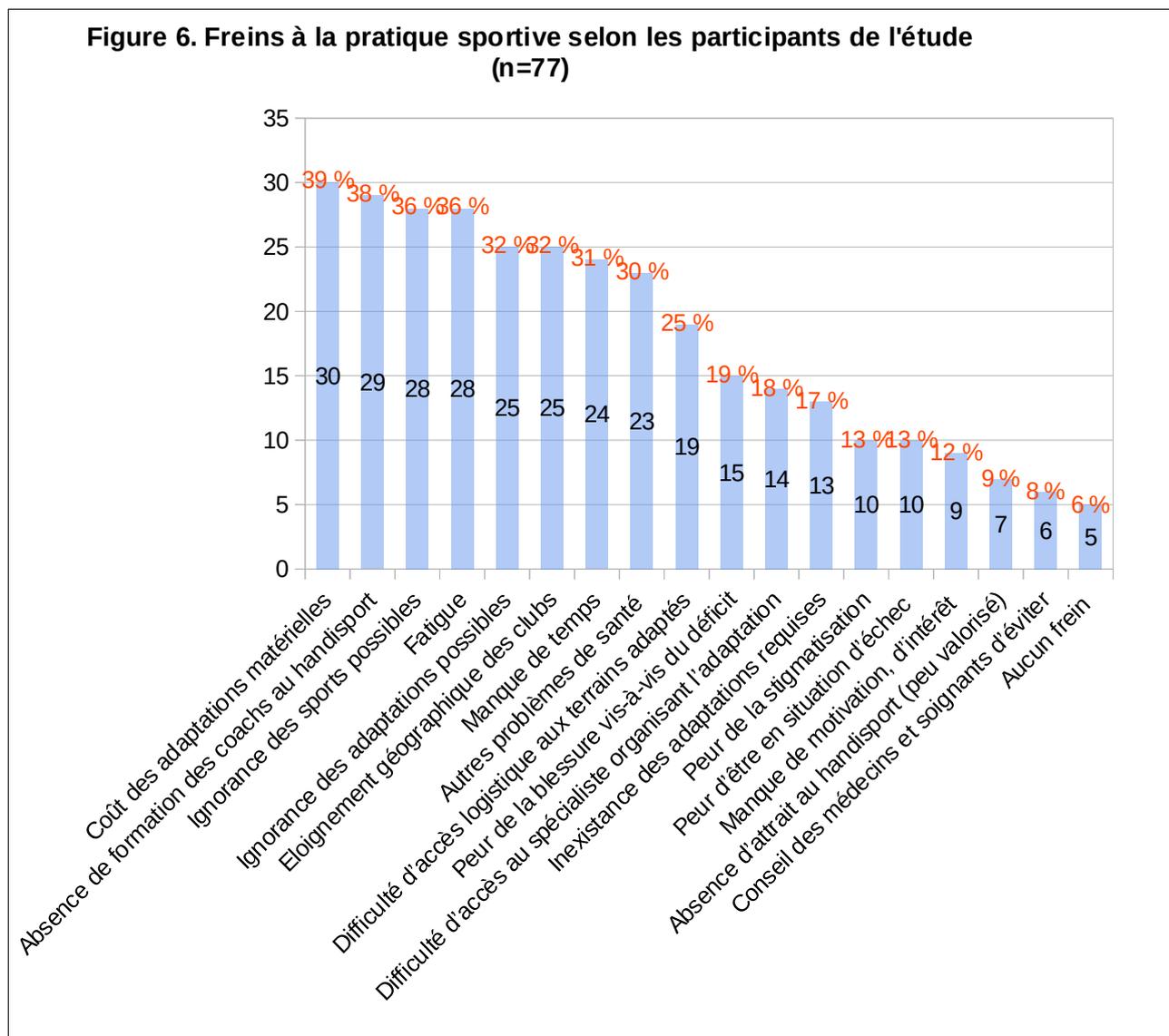
50 sportifs, soit 67 %, n'ont pas senti d'impact sur leur pratique.

25 sportifs, soit 33 %, ont été conforté dans leur décision de faire du sport.

Aucun sportif a été démotivé par la délivrance du certificat.

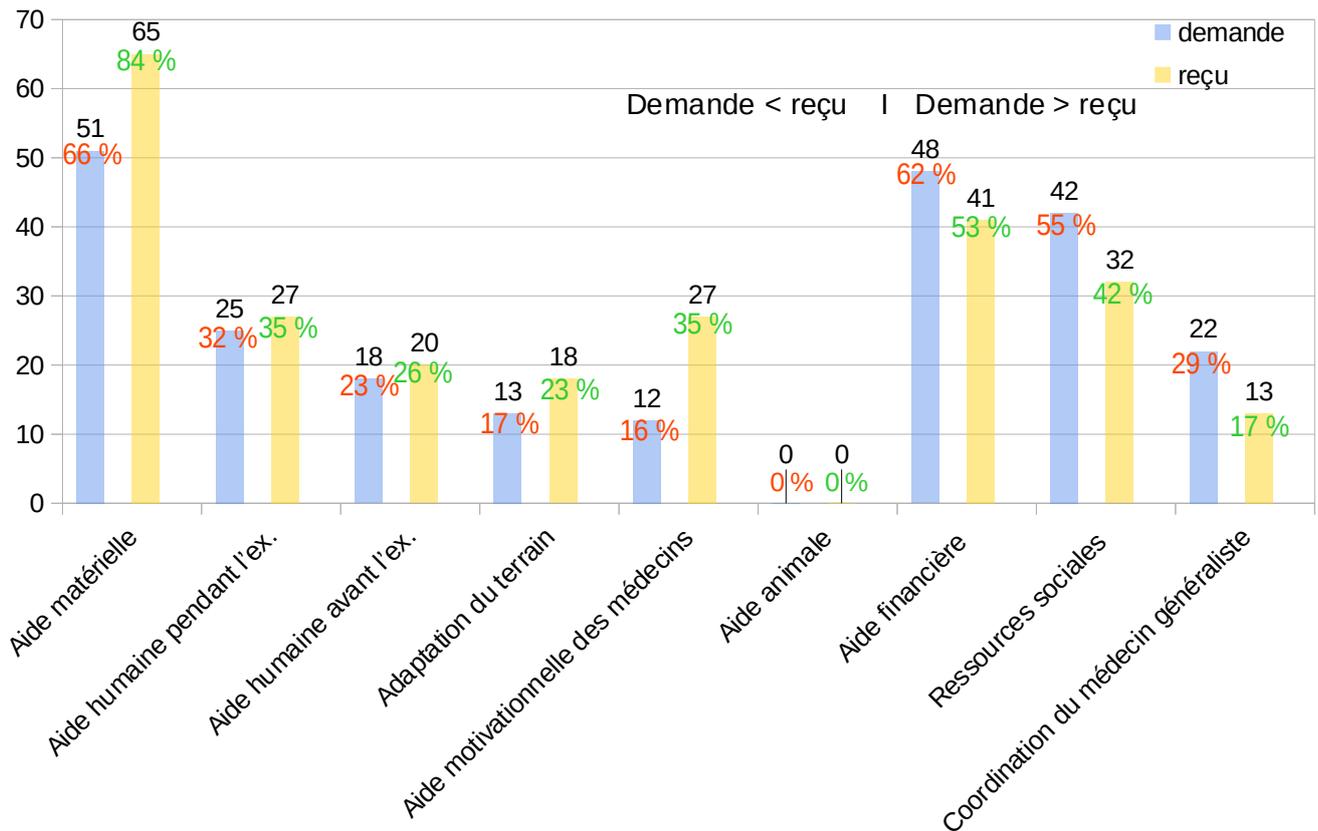
2 sportifs, n'ont pas sollicité la délivrance du CNCI.

72 participants, soit 94 % des participants de l'étude, ont des freins à leur pratique sportive.



Nous avons demandé quels étaient les besoins d'adaptation des sportifs en situation de déficit et les aménagements qu'ils pouvaient avoir obtenu dans la réalité.

Figure 7. Aménagements demandés/reçus pour la pratique du sport (n=77)



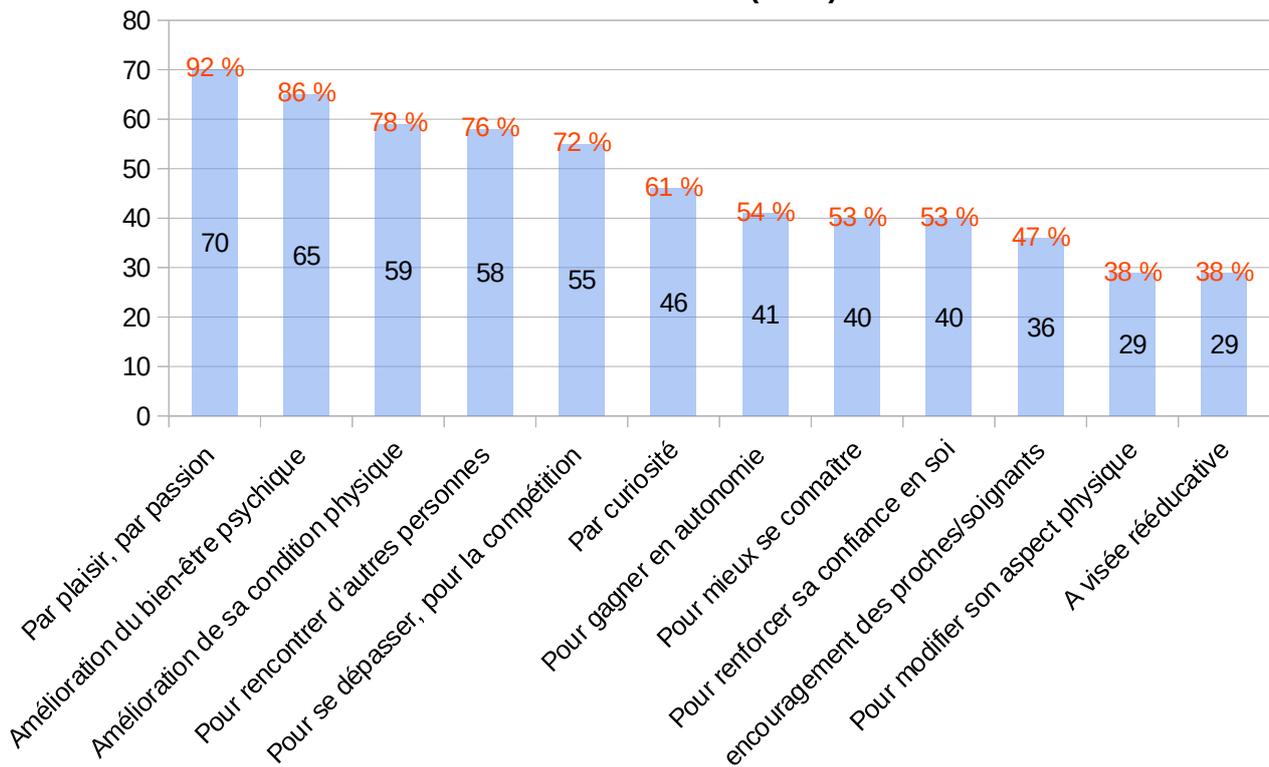
Les demandes majoritaires de la part des sportifs interrogés sont l'aide matérielle, l'aide financière et les ressources sociales (par les associations et les médias).

Les sportifs bénéficient en majorité d'adaptation matérielle pour leur pratique.

En moyenne, les sportifs interrogés dans cette étude ont attendu 8 mois pour pouvoir pratiquer, après qu'ils aient pris la décision de faire du sport. Plus de la moitié des sportifs n'ont pas eu à attendre pour pratiquer leur sport. En effet 32 personnes ont du attendre, soit 42% des participants.

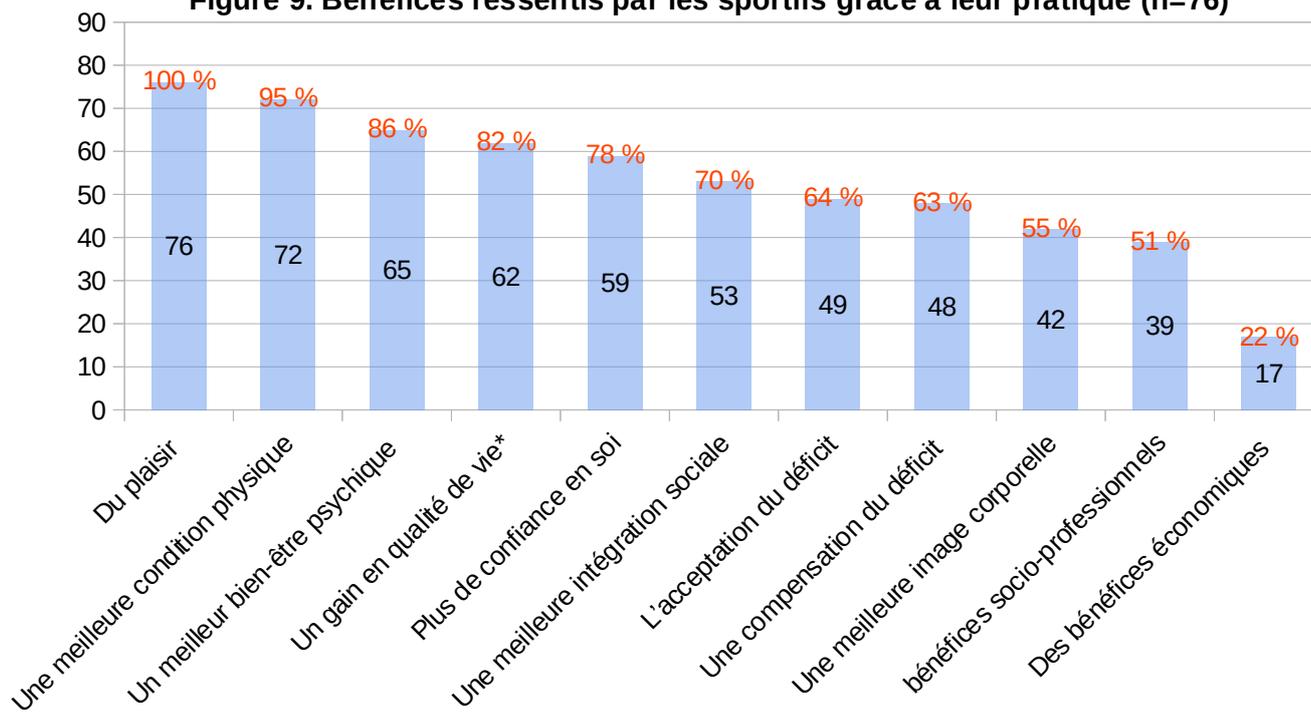
Nous avons demandé quels sont les éléments initiateurs de la pratique sportive chez ces sportifs.

Figure 8. Elements moteurs à la pratique sportive relevés par les participants de l'étude (n=76)



Durant la discussion informelle avec les sportifs, d'autres moteurs à la pratique du sport ont également été cités, notamment continuer le sport par habitude d'une ancienne pratique valide, par inspiration d'autres sportifs, par patriotisme, pour le rêve olympique, pour donner un sens à sa vie et se sauver, par engagement socio-politique (« faire connaître la réalité et la dignité du handicap »), pour aider un club, pour être fier de soi, ou encore pour s'occuper.

Figure 9. Bénéfices ressentis par les sportifs grâce à leur pratique (n=76)



*Un gain en qualité de vie c'est-à-dire moins de stress, moins de fatigue et plus d'autonomie.

D'autres bénéfices ont été relevés par les participants à l'étude lors de la discussion informelle, et peuvent être classés en deux catégories.

Ils sont d'une part personnels, avec la possibilité de voyager grâce au sport, l'accès au haut niveau, les opportunités professionnelles, l'amélioration de leur inclusion sociale.

D'autre part il s'agit de bénéfices pour autrui. Ainsi les personnes porteuses de déficits rapportent que leur pratique du sport permet une sensibilisation au handicap, un échange d'expérience avec d'autres sportifs atteints de déficit, la rencontre d'exemples et de personnes inspirantes et la possibilité d'être soi-même un modèle à suivre.

Discussion :

Cette étude a montré que la majorité des sportifs porteurs de déficit moteur ou neurosensoriel sévère n'ont pas de frein à la pratique sportive lié à un refus de la délivrance du CNCI au sport par le médecin.

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la proportion de sportifs ayant eu un refus de la prescription du CNCI au sport, ceci afin de rendre compte des limitations posées par les médecins à l'encontre des personnes atteintes de déficit souhaitant une accessibilité au sport. Cet objectif a été défini dans une population de sportifs qui pratiquent activement au moment de l'étude et qui se sont vus autoriser la pratique par d'autres médecins. On peut penser que notre population est donc légitime dans sa pratique.

13 sportifs soit 17% des participants à cette étude ont eu un refus de la délivrance du CNCI au sport. C'est un chiffre faible, et nous pouvons considérer positivement les pratiques des médecins qui ont tendance à autoriser la pratique sportive chez les personnes présentant un déficit moteur ou neurosensoriel.

C'est un chiffre tout de même encore trop haut, car aucun des sportifs n'avaient de contre-indication formelle à la pratique du sport. (Cf listes des pathologies à l'origine du déficit et des pathologies associées, page 8).

Pour le nuancer, d'après la discussion informelle avec les participants de l'étude, la plupart des refus recensés semblent être liés à d'anciennes pratiques datant d'avant la publication des résultats sur le sport-santé et ses bienfaits, dans la population générale mais aussi celle présentant des déficits moteurs et neurosensoriels.

Nous avons demandé les motifs de refus de la délivrance du CNCI au sport, d'après les répondants, pour tenter de les expliquer. Les médecins ayant refusé les certificats avaient un souci de respecter le *primum non nocere* : par exemple dans cette étude, le motif majoritaire était la peur de la blessure du sportif dans 54 % des refus.

Cette attitude de *primum non nocere* est critiquable : nous pensons qu'il s'agit d'une attitude paternaliste néfaste pour l'estime de soi des individus atteints de déficit. La démotivation ressentie par 46 % des sportifs ayant expérimentés un refus de délivrance du CNCI au sport en est une illustration (cf page 11). De plus, parmi les personnes ayant eu des craintes que le médecin ne signe pas le CNCI au sport, le motif majoritaire de la crainte était la peur de la blessure du sportif. Nous pensons qu'il est important d'alerter les médecins sur ce risque de surprotection inappropriée, qui peut altérer le bien-être et la confiance en soi des personnes en situation de déficit. Elles évoluent déjà dans une société où des progrès restent à faire dans l'inclusivité. Au contraire, nous pensons qu'il est primordial que les médecins et les soignants (kinésithérapeutes, etc) stimulent l'intérêt à la pratique du sport chez les personnes présentant un déficit.

D'ailleurs, l'étude montre que la communication médecin-patient n'est pas problématique, ce qui est positif. D'une part, la difficulté de communication n'est pas identifiée comme un motif de refus du CNCI au sport d'après les répondants de l'étude. D'autre part, dans cette étude, le taux de crainte de refus de délivrance du CNCI au sport est inférieur (0,13) au taux de refus de délivrance du CNCI au sport par les médecins (0,17).

Le présumé était que les sportifs ayant déjà eu un refus avaient des raisons d'être craintifs vis-à-vis de leur délivrance ultérieure d'un CNCI au sport : il n'en est rien. (cf page 10 « Parmi les 13 sportifs ayant expérimenté un refus de prescription au CNCI au sport, seulement 3 sportifs (soit 23%) avaient des craintes d'un autre refus »)

De manière plus globale, les freins à la pratique du sport chez les personnes porteuses d'un déficit, cités par les répondants de l'étude, sont principalement : le coût des adaptations, le manque de formation des coachs au handisport et le manque de connaissance des participants de l'étude des sports possibles. Il s'agit donc surtout majoritairement de freins extrinsèques ; c'est-à-dire de freins

environnementaux. Ils sont cohérents avec les demandes d'adaptation souhaitées par les répondus. Ces demandes sont une augmentation des aides financières et matérielles ainsi qu'une amélioration des ressources médiatiques pour faire connaître le handisport aux personnes en situation de déficit et aux travailleurs du milieu médico-sportif.

Cette étude a mis en évidence que les adaptations réalisées répondaient bien aux demandes d'adaptation exprimées par les sportifs, notamment l'aide matérielle. Par ailleurs, les sportifs interrogés rapportent que les clubs aident à la réalisation des démarches administratives pour l'obtention d'aide de matériel et d'autres aides sociales. Cependant ces progrès sont à poursuivre, notamment pour l'aide financière et l'aide médiatique. (Cf figure 7).

Dans cette étude, les facilitateurs à la pratique sportive et ses bénéfiques sont **multiples** (cf figure 8 et 9). Ces résultats étaient attendus car largement décrits dans la littérature.

Pour les répondus, les éléments facilitateurs les plus importants pour commencer le sport sont : le plaisir, le bien-être psychique, l'amélioration de la condition physique, la rencontre d'autres personnes et le dépassement de soi. L'aspect « rééducationnel », s'il est important pour les soignants, n'est pas majoritaire dans la population de notre étude. De même, l'aspect esthétique est le moins cité.

Au vu de la proportion de sans-emploi parmi les participants, on peut souligner l'intérêt du sport dans son rôle de maintien de lien social. En effet, parmi les sportifs répondus de l'étude, il y a 25 % de sans emploi.

Les bénéfiques ressentis par les sportifs de notre étude sont quasi tous majoritaires. Soulignons que la totalité des répondus éprouvent du plaisir à faire du sport. Nous ne connaissons pas de prise en charge thérapeutique qui atteindrait un tel résultat. Seuls les bénéfiques économiques sont minoritaires (22 % des répondus), ce qui paraît logique. Toutefois, ils existent de façon indirecte car une personne en meilleure santé grâce au sport consomme peut-être moins de soins.

Les participants sont **suivis en majorité par un médecin généraliste** : il a donc une place privilégiée dans la prévention et a donc une **responsabilité particulière** par rapport aux autres médecins. Nous nous attendions à un plus grand suivi par les autres médecins associés au suivi des déficits moteurs et neurosensoriel : notamment les MPR, les urologues et les neurologues. C'est pourquoi nous avons développé quelques messages issus de ce travail de thèse à l'intention des médecins généralistes (cf annexe 4).

La pratique sportive des participants de l'étude requiert dans sa grande majorité un CNCI au sport. En effet son besoin a concerné 75 des 77 répondus, soit 97%. Cela n'était pas attendu et peut être expliqué par un recrutement via les clubs affiliés à la FFH. Les sportifs ne requérant pas de certificat du fait d'une pratique autonome exclusive sont sous-représentés dans notre étude.

Notre étude retrouve que les sportifs n'ont pas tant de freins à la délivrance du CNCI au sport par leur médecin, d'après les personnes en situation de déficit. Une étude réalisée en 2019 en Occitanie interrogeait directement les médecins généralistes sur les freins qu'ils pouvaient avoir à la délivrance du CNCI au sport, chez les personnes paraplégiques (19). D'après cette étude, les principaux freins relevés étaient le « manque de formations et de connaissances », le « manque de matériels et de tests adaptés » et le « manque d'expérience ».

Le sujet a également été abordé par la HAS en avril 2024 : (3)

« En France, il existe 5 freins majeurs à la prescription d'AP par le médecin traitant :

- (1) son manque de connaissances concernant l'AP et ses impacts sur la santé ;
- (2) ses craintes vis-à-vis des risques d'évènements cardio-vasculaires graves liés à la pratique d'une AP, en particulier chez les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques ;
- (3) l'absence de recommandations sur les modalités de consultation et de prescription médicale d'AP ;
- (4) l'absence de parcours de santé structurés pluriprofessionnels centrés sur la prescription d'AP ;
- (5) le coût pour le patient de cette AP prescrite. »

« Ce guide de consultation et de prescription médicale d'AP à des fins de santé répond aux points 2 et 3. La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France donne des réponses aux points 4 et 5. »

Le premier frein est amené à disparaître au regard des résultats de nombreuses publications de la littérature, tel que le guide de la HAS (4) qui recense en détail les intérêts multiples de la pratique sportive, ou encore l'étude du Dr Avinée (20) médecin en MPR et donc spécialiste de la question.

Le recours au médecin généraliste pour la délivrance du CNCI au sport dans la population générale est amené à diminuer grâce à la loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 (21)

Dans notre étude, les freins exprimés par les répondeurs sont en majorité extrinsèques. Une étude espagnole, ayant comparé les freins personnels (intrinsèques) et environnementaux (extrinsèques) retrouve l'inverse ; « the most important barriers for people with a disability are intrinsic/personal ones » (22)

D'après notre étude, les freins cités par les sportifs sont cohérents avec leurs demandes formulées et la réponse apportée est proportionnelle et ajustée. D'après la discussion informelle avec les sportifs, ils évoquent une vraie amélioration de la visibilité des handisports dans le grand public, et donc une amélioration de l'aide médiatique. Cela va dans le sens de la littérature. La médiatisation du handisport progresse, notamment grâce aux jeux olympiques. Cependant, « plus le handicap sort de l'ombre, plus sa situation socialement précaire apparaît comme insupportable » (14) et plus l'exigence d'accessibilité au sport chez les personnes en situation de déficit apparaît grande.

Les moteurs et bénéfices sont multiples. En accord avec les résultats de notre étude, une étude espagnole souligne l'importance des bénéfices psycho-sociologiques ; « the most popular motives were those related to leisure, enjoyment and social aspects. » (22).

Un rapport de l'Inserm (23) décrit les mêmes facteurs de motivation à la pratique de l'AP que dans notre étude. Ils sont : « le contrôle du poids (perte de poids), la santé, les bénéfices psychologiques (plaisir, bien-être), l'estime de soi, la valeur physique perçue (apparence physique et force musculaire pour les hommes), la socialisation, des motivations d'accomplissement (implication et persévérance, si orientée vers la tâche et non sur soi) ». L'Inserm ajoute que « la santé et la perte de poids ne sont pas des motivations pour les jeunes, mais le deviennent progressivement et sont prioritaires à 50 ans. ».

Une revue systématique de la littérature en 2021(24) souligne les bénéfices psychosociaux retrouvés également dans cette étude, à savoir du plaisir, un gain en qualité de vie, plus de confiance en soi,

une meilleure intégration sociale, l'acceptation du déficit et des bénéfiques socio-professionnels. De même, pour les personnes en situation de handicap « leur taux de chômage est le double de celui des personnes actives, soit 21 % »(25)

La discussion informelle avec les sportifs de l'étude retrouvait d'autres bénéfiques au sport avec une expérience du sentiment de liberté et de fierté, également décrit dans la littérature « Le sport a offert aux enfants et adolescent une ouverture sociale, source importante de joie et de fierté. Les adultes ont rapporté avoir expérimenté les sentiments de liberté et de détermination, le sport ayant fourni un terrain pour boursculer les stéréotypes sur le handicap. Les athlètes de haut-niveau ont démontré leur passion et leur dévouement, cherchant plus de reconnaissance pour leur exploits, et le soutien des organisations nationales du sport au Royaume-Uni (NGBs) et des professionnels du sport ».(24)

2

Nous soulignons la responsabilité particulière des médecins généralistes vis-à-vis des sportifs en situation de déficit. La HAS va également en ce sens (3): «Une politique de promotion de l'AP sur ordonnance utilise le potentiel du cabinet médical de ville à atteindre les personnes inactives les plus éloignées de l'AP : les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes âgées fragiles, les personnes en situation de handicap, les personnes dyscommunicantes et les personnes précaires. Elle s'appuie sur la confiance accordée par les patients à leur médecin pour les amener à changer de comportement, et sur l'ordonnance, prescription médicale écrite, qui par elle-même est un facteur de motivation et d'adhésion à l'AP ».

Les sportifs en situation de déficit pratiquent en majorité en clubs. D'après la littérature, les médecins ont intérêt à encourager cette pratique collective. D'une part, elle répond aux freins extrinsèques : celui du besoin de matériel et du coût des adaptations, car les clubs se sont organisés et peuvent prêter l'équipement sportif à leurs membres, mais aussi celui d'un manque de connaissance du handisport et des adaptations possibles. D'autre part la pratique en club permet de diminuer les freins intrinsèques par la sociabilisation, par la rencontre de ses pairs qui sont source d'inspiration, par la motivation en équipe et par la responsabilité d'être un maillon du groupe. L'étude de Marecaille (17) encourage également cette pratique en club : « A partir de vingt-quatre études qualitatives et six quantitatives, ils retrouvent deux éléments déterminants :

- L'appartenance à un groupe présentant le même handicap favorise l'auto-efficacité, l'intégration sociale, responsabilise les pratiquants.
- L'encadrement par un professionnel du sport et de la santé rassure les participants par sa maîtrise. Ainsi les sujets s'autonomisent et s'engagent plus durablement dans leurs pratiques. »

Une des limites de notre étude est l'appel au volontariat qui peut entraîner un biais de recrutement. Le nombre n de sportif est 77. Cet échantillon manque de puissance. Il y a un biais de mémorisation car le recueil rétrospectif demandait à certains sportifs un effort de mémoire important. On peut craindre un biais de désirabilité sociale et ce d'autant plus que le questionnaire a été administré par l'investigateur de l'étude, le recueil n'était pas autonome. Il y a un biais d'information lié à l'enquêteur.

La force de cette étude est qu'elle soit originale. De plus elle présente un large panel de pratiques sportives. Les sportifs répondus dans cette étude présentent une grande diversité de déficits moteurs et neurosensoriels.

2 Traduction par l'auteurice – « Sport offered children and adolescents a social outlet, creating considerable happiness and pride. Adults reported experiencing feelings of freedom and purpose, and sport provided an arena to challenge disability stereotypes. Elite athletes displayed passion and dedication, craving more recognition of their achievements and support from NGBs and sport practitioners »

Il serait intéressant d'étudier le pourcentage de refus de délivrance du CNCI au sport par les médecins dans la population générale des personnes atteintes de déficits moteurs ou neurosensoriels sévères pour estimer l'impact d'un tel refus sur la pratique sportive. En effet notre population a surmonté les difficultés pour pratiquer son activité. Nous serions curieux d'estimer la part qui ne serait pas passé outre un tel refus médical.

Conclusion :

Le sport est un réel outil de résilience, vis-à-vis des personnes en situation de déficit moteur ou neurosensoriel, en apportant un sentiment de liberté, d'autoefficacité et d'inclusivité. Nous nous demandons si les sportifs porteurs de déficit moteur ou neurosensoriel sévère ont des freins à la pratique sportive liés à un refus de la délivrance du CNCI au sport par le médecin. Il n'en est rien. La communication médecin-handisportif n'est pas identifiée comme problématique et la place privilégiée du médecin généraliste dans le suivi des handisportifs a été mise en lumière par cette étude. Cependant le médecin doit s'affranchir de ses craintes liées principalement à la peur de la blessure du sportif puisqu'en accord avec la littérature, les bénéfices à la pratique sportive sont nombreux. Ils sont donc à promouvoir, notamment grâce aux facilitateurs de la pratique sportive identifiés dans notre étude et retrouvés dans la littérature, principalement le plaisir, le bien-être psychique, l'amélioration de la condition physique, le développement de liens sociaux et le dépassement de soi. Le médecin généraliste peut également encourager la pratique en clubs et faire connaître les associations locales affiliées à la FFH, véritables acteurs de la médiatisation du handisport. Les clubs sont sources de solutions pour les freins extrinsèques des personnes en situation de déficit : ils aident à recevoir du matériel et des aides financières pour la pratique du sport. Ils permettent plus d'inclusivité puisqu'ils font connaître le handisport grâce à des initiations auprès des sportifs valides et en situation de déficit moteur ou neurosensoriel et médiatisent les différents sports possibles. Les inégalités d'accès au sport restent présentes mais tendent à s'atténuer grâce à une prise de conscience collective des freins et facilitateurs au sport, de sa balance bénéfice-risque et des adaptations et solutions existantes. Ce travail de thèse est une contribution à l'inscription des personnes en situation de déficit et de leurs médecins dans ce mouvement sportif.

Toulouse, le 10 juin 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Bon pour publication
Pr Xavier de Boissezon



Bibliographie :

1. Le handicap en chiffres - Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/le-handicap-en-chiffres-edition-2023>
2. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
4. Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité [Internet]. HAS; 2022 juill [cité 2 mai 2024] p. 57. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
5. Article L231-1 - Code du sport - Légifrance [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022105658
6. Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. 1945.
7. MARCELLINI A, DE LESELUC E, LE ROUX N. Vivre en fauteuil roulant : aspects symboliques. *Vivre En Fauteuil Roulant Asp Symb.* 2008;123-33.
8. Parisot AS. Le vécu du corps et l'intériorisation du regard. Une expérience personnelle. In: *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 8 mai 2024]. p. 139-52. (Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-corps-vecu-chez-la-personne-agee-et-la-personne--9782100713097-p-139.htm>
9. Richard R. L'expérience sportive du corps en situation de handicap : vers une phénoménologie du fauteuil roulant. *Staps.* 2012;98(4):127-42.
10. Proust P, Cottalorda J, Alamartine E, Gautheron V. Apports de l'hippothérapie dans la prise en charge du handicap. *J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt.* 1 oct 2004;24(3):86-9.
11. Lemarchand B. Activité, acteurs et bienfaits du handisurf – Pratique du surf des mers par les personnes handicapées. *Kinésithérapie Rev.* 2014;14(146):29-33.
12. Tlili L, Lebib S, Moalla I, Ghorbel S, BenSalah FZ, Dziri C, et al. Impact de la pratique sportive sur l'autonomie et la qualité de vie du paraplégique. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 avr 2008;51(3):179-83.
13. LOI n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France (1). 2022-296 mars 2, 2022.
14. Marcellini A, Villoing G. *Corps, Sport, Handicaps Tome 2 : Le mouvement handisport au XXIe siècle - Lectures sociologiques* [Internet]. Téraèdre; 2014 [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.gorgone.univ-toulouse.fr/book/88871542>

15. Black K, Roibás AC, Stamatakis E. Une conception inclusive du sport. *Nouv Rev Adapt Scolarisation*. 2012;58(2):139-44.
16. Ghossoub K, Fakhoury O, El Hage A, El Horr F, Sayegh Ghossoub M, Sleilati G. Handicap et sport de compétition: étude sur 210 personnes handicapées sportifs libanais. *J Réadapt Médicale*. 2008;28(3):102-9.
17. Marécaille V. Evaluation du niveau d'activité physique avant et après rééducation en hôpital de jour chez les patients en situation de handicap [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2019 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM142.pdf
18. Paumier D, Chanal J. Motivation autodéterminée, conséquences motivationnelles et hypothèse de spécificité en contexte scolaire : état des lieux, implications et perspectives. *Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation*. 30 juin 2018;(203):111-30.
19. Tresoldi A. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Occitanie concernant l'établissement du certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport chez les patients paraplégiques [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2807/>
20. Avinée V. Pré requis pour la recherche des déterminants de l'activité physique ou sportive chez les personnes en situation de handicap moteur habitant le Nord Pas de Calais [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-2021, France]: Université de Lille; 2018 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM155.pdf
21. [sports.gouv.fr](https://www.sports.gouv.fr) [Internet]. [cité 15 mai 2024]. Le certificat médical pour le sport. Disponible sur: <https://www.sports.gouv.fr/le-certificat-medical-pour-le-sport-676>
22. Ascondo J, Martín-López A, Iturricastillo A, Granados C, Garate I, Romarateabala E, et al. Analysis of the Barriers and Motives for Practicing Physical Activity and Sport for People with a Disability: Differences According to Gender and Type of Disability. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2023;20(2):1320.
23. Activité physique : Contextes et effets sur la santé [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>
24. Aitchison B, Rushton AB, Martin P, Barr M, Soundy A, Heneghan NR. The experiences and perceived health benefits of individuals with a disability participating in sport: A systematic review and narrative synthesis. *Disabil Health J*. 1 janv 2022;15(1):101164.
25. Reverte K. Les salariés handicapés et leur vieillissement. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2018;18(1):19-19.

Annexes :

- 1) Questionnaire : 2023-A01208-37_questionnairethese_v9_20230915
- 2) Notice d'information : 2023-A01208-37_annexe1noticed'information_v8_20240111
- 3) Protocole : 2023-A01208-37_Protocole_v11_20231008
- 4) Quelques réflexions supplémentaires

Questionnaire :

Version 9 - 15/09/2023.

Objectif : Sport chez les personnes présentant un déficit moteur ou neurosensoriel sévère

Numéro du questionnaire :

N° de code répondeur :

1. Quel âge avez-vous?

..... ans.

2. Quel est votre genre ?

- Femme
- Homme
- Non genré
- Autre

3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?

- Agriculteur
- Artisan
- Cadre
- Employé/ Ouvrier
- Retraité
- Sans emploi
- Étudiant
- Profession intermédiaire

4. Quel est votre suivi médical ? Je suis suivi régulièrement par : (plusieurs réponses possibles)

- un médecin traitant
- un médecin rééducateur
- un autre médecin. Précisez :
- Je n'ai pas de suivi médical.

5. Quel est votre type de déficit ? (plusieurs réponses possibles)

- Agénésie (non création) de membre inférieur
- Agénésie (non création) de membre supérieur
- Amputation de membre inférieur
- Amputation de membre supérieur
- Fragilité osseuse
- Petite taille (<140cm)
- Hémiplégie
- Paraplégie
- Tétraplégie
- Paralysies multiples (ex : poliomyélite, SLA)
- Raideurs articulaires (spasticité, akinésie, hypokinesie)
- Faiblesse musculaire (ex : myasthénie, myopathie, dystrophie musculaire, SEP, polyradiculonévrite, amyotrophie spinale)

- Trouble de l'équilibre (ex : SEP)
- Trouble de la continence (ex : traumatisme médullaire, SEP,..)
- Tremblements
- Troubles posturaux (ex : syndrome parkinsonien, paralysés cérébraux)
- Surdité
- Malvoyance
- Troubles sensitifs
- Autre. Précisez :

6. A quelle pathologie est due votre déficit ?

.....

7. Comment est survenu votre déficit ?

- Congénital (dès la naissance)
- Acquis par maladie.
- Acquis par accident / traumatisme.

8. Avez-vous une autre pathologie ? (qui pourrait impacter votre pratique sportive)

- Oui. Précisez :
- Non

9. Quels sports pratiquez-vous actuellement ? (précisez le niveau : débutant/confirmé/national)

1. Niveau :
2. Niveau :
3. Niveau :

10. Quels sports avez-vous pratiqués antérieurement au déficit (s'il a été acquis)? (précisez le niveau : débutant/confirmé/national)

1. Niveau :
2. Niveau :
3. Niveau :

11. A quelle fréquence pratiquez-vous ?

Je pratique tous les jours.

12. Combien de temps par semaine pratiquez-vous ? (heures)

.....

13. Depuis combien d'années pratiquez-vous ? (mois / années)

.....

14. Vous a-t-on demandé un certificat médical pour pratiquer votre activité sportive?

- Oui Non

15. Vous a-t-on déjà refusé et/ou limité la prescription d'un tel certificat médical ?

- Oui Non

16. Si oui, pour quels motifs ? (plusieurs réponses possibles)

- le médecin avait peur que je me blesse, que je me mette en danger
- le médecin ne voulait pas s'engager devant l'évolutivité du déficit
- le médecin pensait que mon déficit était une contre-indication au sport souhaité
- le médecin ne connaissait pas mon déficit / ma pathologie/ les risques de blessures associés à la pratique du sport choisi
- le médecin ne connaissait pas/peu l'activité physique adaptée ou le handisport choisi
- le médecin avait d'autres priorités de soin
- le médecin n'a pas entendu ma demande car la communication était laborieuse
- le médecin n'a pas entendu ma demande car il était mal à l'aise avec ma situation
- le médecin a jugé que la balance bénéfique/risque était en défaveur de la pratique du sport
- Autre motif. Précisez :

17. Aviez-vous des craintes sur l'acceptation de votre demande de certificat par le médecin ?

- oui
- non

18. Si oui, quelles étaient ces craintes envers votre médecin ? (plusieurs réponses possibles)

- La peur de l'engagement devant un déficit à risque d'évolutivité (évolution d'une pathologie, complications ostéoarticulaires..)
- La méconnaissance du handicap
- La peur de la blessure chez un patient ayant déjà un déficit
- La méconnaissance des risques associés au sport par manque d'études/formation
- La méconnaissance des adaptations pour accéder au sport
- La méconnaissance des bénéfices liés à la pratique du sport
- La balance bénéfice/risque serait jugée défavorable
- Le déficit serait une contre-indication au sport choisi
- le médecin aurait pu avoir d'autres priorités de soin
- la demande aurait pu ne pas être reçue à cause d'une mauvaise communication entre le patient et le médecin
- la demande aurait pu ne pas être reçue à cause d'un sentiment d'inconfort/ une attitude d'évitement de la part du médecin
- Autre crainte. Précisez :

19. Quel impact le refus du certificat médical a-t-il eu sur votre pratique ?

- Motivation
- Démotivation
- Aucun impact
- Je n'ai pas eu de refus de certificat

20. Quel impact l'obtention du certificat a-t-il eu sur votre pratique ?

- Motivation
- Démotivation
- Aucun impact
- Je n'ai pas obtenu de certificat

21. Quels ont été les freins à votre pratique sportive ? (plusieurs réponses possibles)

- Je me sentais fatigué
- J'avais d'autres problèmes de santé
- Mon déficit en lui-même m'a freiné par peur de la blessure et de me mettre en danger
- Je ne connaissais pas/mal les adaptations possibles.
- Les adaptations sportives requises coûtaient trop cher
- L'accès aux spécialistes organisant l'adaptation était difficile
- Les adaptations requises n'existaient pas
- L'accès logistique aux terrains adaptés était laborieux
- Je manquais de temps pour pratiquer un sport
- Je manquais de choix/ je ne connaissais pas les sports proposés
- Il n'y avait pas de club dans ma région
- Les éducateurs sportifs des clubs existants n'étaient pas/peu formés à l'activité physique et au sport adaptés.
- Le sport adapté, le handisport ne m'attirait pas (car il est peu valorisé)
- J'avais peur d'être stigmatisé/jugé par les autres.
- Les médecins et autres acteurs de santé m'ont déconseillé de pratiquer un sport
- J'avais peur d'être en situation d'échec
- Je manquais de motivation, je n'en voyais pas l'intérêt
- Aucun frein
- Autre frein. Précisez :

22. De quels aménagements /aides auriez-vous souhaité bénéficier ? (plusieurs réponses possibles)

- Adaptation matérielle (prothèse/orthèse/fauteuil..)
- Adaptation du terrain
- Aide humaine avant l'exercice : ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin rééducateur
- Aide humaine pendant l'exercice (coaching vocal, aide physique)
- Aide animale (chiens guides d'aveugles)
- Aide financière
- Ressources sociales (association handisport à proximité, application, média)
- Aide motivationnelle (par un médecin ou un autre acteur de santé)
- Aide du médecin traitant pour conseiller, coordonner le parcours médico-sportif et orienter vers les bons acteurs
- Autre. Précisez :

23. De quelles adaptations avez-vous bénéficié ? (plusieurs réponses possibles)

- Adaptation matérielle (prothèse/orthèse/fauteuil..)
- Adaptation du terrain
- Aide humaine avant l'exercice : ergothérapeute, kinésithérapeute, médecin rééducateur
- Aide humaine pendant l'exercice (coaching vocal, aide physique)
- Aide animale (chiens guides d'aveugles)
- Aide financière
- Ressources sociales (association handisport à proximité, application, média)
- Aide motivationnelle (par un médecin ou un autre acteur de santé)
- Aide du médecin traitant pour conseiller, coordonner le parcours médico-sportif et orienter vers les bons acteurs.
- Autre. Précisez :

24. Combien de temps avez-vous dû attendre pour pratiquer votre sport ?mois.

25. Pourquoi avoir voulu pratiquer du sport ? (plusieurs réponses possibles)

- Par plaisir, par passion
- Pour améliorer ma condition physique (souffle, endurance)
- Pour modifier mon aspect physique (poids, musculature, gainage)
- Pour améliorer mon bien-être psychique
- Pour me dépasser, par amour de la compétition
- Pour mieux me connaître (capacités et limites)
- Pour rencontrer d'autres personnes
- Pour renforcer ma confiance en moi et mon estime personnelle
- Pour gagner en autonomie
- A visée rééducative / pour compenser mon déficit
- Par encouragement des proches, du corps médical
- Par curiosité, je voulais découvrir une nouvelle activité.
- Autre. Précisez:

26. Quels bénéfices avez-vous tirés de votre pratique sportive ? (plusieurs réponses possibles)

- Du plaisir
- Une meilleure confiance en moi et estime de moi
- L'amélioration de ma condition physique (souffle, endurance)
- Une compensation de mon déficit
- L'amélioration mon bien-être psychique
- Un gain en qualité de vie (moins de stress, de fatigue, plus d'autonomie...)
- Une meilleure image corporelle de mon point de vue
- Des bénéfices socio-professionnels car mon statut de sportif est valorisé par l'autre.
- Une meilleure intégration sociale (j'ai plus d'amis et de relations sociales)
- Je relativise mon déficit et j'accepte mieux de vivre avec
- Des bénéfices économiques
- Autre. Précisez : ...

27. Vos réflexions sur le sujet nous intéressent, avez-vous des remarques à nous transmettre ? Merci pour votre participation.

Notice d'information destinée aux personnes répondant au questionnaire

Titre de la recherche : Freins à l'accès au sport des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère : l'avis des patients.

Promoteur : Dr Rémi Estevez

Investigateur : Dr Rémi Estevez

I - Information sur la recherche :

Pour quelle finalité vos données personnelles seront collectées et traitées ?

Pour répondre à une question d'une thèse en médecine générale sur le sport chez les personnes atteintes de déficit moteur ou neurosensoriel sévère.

Quel est le déroulement de la recherche ?

Un questionnaire sera distribué directement aux participants de l'étude. Il dure 20 minutes environ. Seules des données déclaratives seront demandées. Aucun examen clinique n'est prévu. Aucun prélèvement biologique ni autre examen complémentaire n'est prévu. Aucun examen des caractéristiques génétiques ne sera fait.

Quelles sont les données vous concernant qui seront collectées et traitées ?

Il s'agit de données épidémiologiques (age, sexe, catégorie socioprofessionnelle..), de données de santé (type de handicap, pathologies associées, histoire de la maladie..) et de données sur votre pratique sportive.

Pendant combien de temps vos données personnelles vont-elles être conservées ?

2 ans maximum.

Quels bénéfices attendus, contraintes et risques associés aux traitements et procédures spécifiques de la recherche ?

Aucun bénéfice et risque particulier n'a été relevé. La seule contrainte est le temps d'environ 20 minutes consacré à la réponse du questionnaire. Par conséquent, aucun remboursement ni indemnisation n'a été prévu pour les participants à l'étude.

Des études optionnelles sont-elles prévues ultérieurement ?

Non.

II - Information sur les droits du participant :

Que signifie le consentement libre et éclairé à la participation à une recherche impliquant la personne humaine ?

Votre participation est libre et signifie qu'elle est volontaire, elle n'a pas été obtenue sous la contrainte.

Votre participation est éclairée, cela signifie que vous avez été informé des modalités de l'étude, des bénéfices, risques et contraintes relatifs à cette étude.

Comment vos données personnelles seront-elles traitées dans le cadre de la recherche ?

Vos données seront anonymisées puis étudiées de manière quantitative (pourcentages, moyennes, valeurs absolues..).

Quelle est la base juridique et la finalité de traitement de vos données personnelles ?

Le promoteur de cette étude est responsable de vos données sur le plan légal. Sachant que l'investigateur de cette étude se sentira moralement responsable de vos données et veillera à conserver la clé USB en lieu sécurisé.

Comment la confidentialité de vos données sera-elle assurée ?

Les données seront anonymisées et conservées sur une clé USB cryptée protégée par un mot de passe.

Qui aura accès à vos données personnelles ?

Une interne en médecine générale à Toulouse et son directeur de thèse, médecin généraliste en Occitanie. Ces personnes, soumises au secret professionnel, auront accès à vos données dans le cadre de leur fonction et en conformité avec la réglementation.

Quels sont vos droits relatifs à vos données personnelles ?

Vous avez le droit de refuser de participer à cette étude, d'interrompre votre participation ou de demander la suppression de vos données personnelles ultérieurement, bien entendu avant la suppression du fichier d'anonymisation utilisé dans cette étude (délai <1 an), auquel cas il ne sera plus possible de faire le lien entre vous et vos données.

Comment exercer vos droits ?

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou pour exercer vos droits ou pour vous opposer à l'utilisation de vos données si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, veuillez contacter le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse dpo@dumg-toulouse.fr.

Si malgré les mesures mises en place vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données compétente dans votre pays de résidence, la CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr>.

Un transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne est-il envisagé ?

Non

Vos données pourront-elles être réutilisées ?

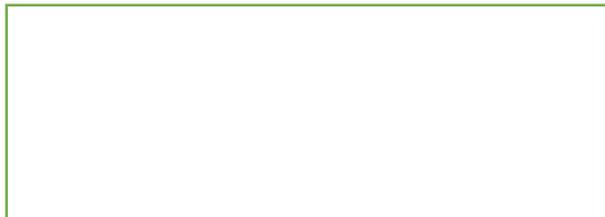
Non.

Formulaire de non opposition

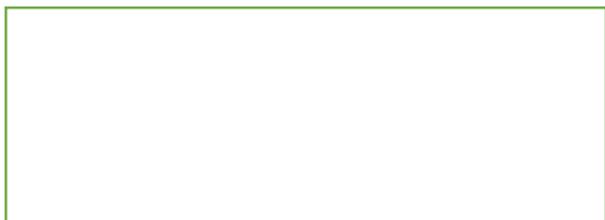
Je soussigné, [prénom, nom] , investigateur (ou personne qualifiée le représentant) certifie avoir informé de façon éclairée, sur les modalités de cette étude, Madame /Monsieur [prénom, nom] qui ne s'est pas opposé(e) ensuite à sa réalisation.

Fait à [lieu], le [date] :

Signature de l'investigateur (ou de la personne qualifiée le représentant) :



Signature du participant :



NB : Un exemplaire est remis au participant à l'étude et un exemplaire est conservé par l'investigateur

RÉSUMÉ DU PROTOCOLE POUR LES RECHERCHES MENTIONNÉES AU 3° DE L'ARTICLE L. 1121-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE NE COMPORTANT QUE DES QUESTIONNAIRES OU DES ENTRETIENS

Date et numéro de version du protocole : 08 octobre 2023, version 11

Date et numéro de version de la note d'information (joindre ce document) : 15 septembre 2023, version 6, cf annexe 1

Date et numéro de la version des questionnaires et/ou de la trame des entretiens (à joindre ces documents) : 15 septembre 2023, version 9

Conformité de cette demande d'avis avec la procédure prévue au II de l'article R.1123-20 du code de la santé publique (une réponse négative à l'un des quatre critères ci-dessous signifie que vous ne relevez pas de cette procédure) :

– cette recherche comporte uniquement des données recueillies par questionnaire (s) ou entretien (s) : OUI

– cette recherche n'a aucune conséquence pour les personnes participantes que ce soit en termes de sécurité ou de modification de la prise en charge habituelle : OUI

– cette recherche est dénuée de risque et les inconvénients pour les personnes participantes à la recherche sont négligeables : OUI

– le recueil et le traitement des données mis en œuvre dans cette recherche sont conformes à la méthodologie de référence MR003 homologuée par la CNIL : OUI

Titre de la recherche : Freins à l'accès au sport adapté des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère : l'avis des patients.

Titre abrégé de la recherche : Freins à l'accès au sport adapté des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère : l'avis des patients.

Numéro d'enregistrement (ID-RCB) : 2023-A01208-37

I Informations administratives

Promoteur : Docteur ESTEVEZ Rémi

Courriel : docteur.estevez@gmail.com

Adresse : Maison de santé, 160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez

Téléphone : 0658019143

Pour les thèses et travaux universitaires indiquer obligatoirement les coordonnées du responsable scientifique (directeur de thèse ou de mémoire) :

Nom, Prénom et Fonction : ESTEVEZ Rémi, Docteur en médecine générale

Courriel : docteur.estevez@gmail.com

Adresse : Maison de santé, 160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez

Téléphone : 0658019143

Investigateur ou, le cas échéant, investigateur coordonnateur :

Nom, Prénom et Fonction : ESTEVEZ Rémi, Docteur en médecine générale

Courriel : docteur.estevez@gmail.com

Adresse : Maison de santé, 160 allées Savi,, 31440 Saint-Béat-Lez

Téléphone : 0658019143

Adresse du lieu principal de la recherche :

Maison de santé, 160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez

Téléphone : 0658019143

Nombre de centre si recherche multicentrique : recherche monocentrique : 1

II Contexte et justification de la recherche : rationnel présentant le contexte et les hypothèses de la recherche :

Les personnes en situation de handicap représentent environ 20% de la population. Ils présentent une certaine vulnérabilité quant à leur santé et requièrent donc une attention particulière de la part de leur médecin généraliste.

Un des rôles essentiels du médecin généraliste est la prévention. Le sport et l'activité physique en sont des outils majeurs.

Or « le sport peut être perçu, a priori, comme un environnement qui va générer une situation de handicap inéluctable pour des personnes touchées dans leur corps » (Marcellini, De Léséluc, & Le Roux, 2008, pp. 129-130).

Les médecins pourraient être tentés de contre-indiquer et de restreindre ces pratiques dans un but protectionniste.

Cependant le sport permet de mieux appréhender son rapport au corps et donc au monde et diminue les pathologies associées : dépression, troubles musculo-squelettiques, aggravation des pathologies liées au handicap, etc...

C'est pourquoi depuis mars 2022 l'assurance maladie propose le remboursement de l'activité physique adaptée (APA).

D'où la question de recherche : "Quels sont les freins à l'accès au sport adapté des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère : l'avis des patients."

III Objectifs et critères de jugement

A Objectif principal de la recherche et critère de jugement principal (maximum 750 signes)

Objectif principal : Estimer la proportion de personnes ayant expérimentés des freins à l'obtention du CNCI au sport

Critère de jugement principal : proportion de personnes ayant identifié au moins 1 frein à l'obtention du certificat

B Objectif (s) secondaire (s) et critère (s) de jugement secondaires éventuels (maximum 1500 signes)

Objectifs secondaires :

1) description de freins à l'accès au sport adapté identifiés par les personnes porteuses de déficit

2) description des bénéfices de la pratique sportive identifiés par les personnes porteuses de déficit

3) description des adaptations identifiées par les personnes porteuse de déficit sévère pour accéder à la pratique sportive

Critères de jugement secondaires :

Liste des freins identifiés avec effectif et pourcentage de chaque frein, liste des bénéfices identifiés avec effectif et pourcentage pour chaque bénéfice, liste des adaptations identifiées avec effectif et pourcentage pour chaque adaptation

IV. Organisation de l'étude :

A Description synthétique du schéma d'étude (maximum 750 signes)

L'étude se déroulera en France. La durée de l'étude est estimée à 6 mois , pour recruter 100 personnes. Elle comprend le recueil des données par questionnaire, administré par un tiers et l'analyse de ces dernières.

Les personnes qui acceptent de participer à cette étude répondront donc à un questionnaire, avec l'aide d'un tiers. Le tiers est une interne en médecine générale de Toulouse, Victoria Maussion, déléguée par le Dr Estevez, l'investigateur de la recherche. Son rôle est de transmettre le questionnaire par voie orale ou écrite si besoin (personnes malentendante, malvoyantes), et de retranscrire les réponses sur format numérique pour l'anonymisation et l'analyse de ces données.

Le questionnaire permettra d'évaluer les freins à l'accès au sport adapté des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère, les bénéfices du sport adapté identifiés par ces personnes et les adaptations pour accéder à cette pratique sportive.

Une notice d'information est remise au répondeur afin de lui expliquer les modalités de l'étude, que sa participation à l'étude ne modifie en aucun cas sa prise en charge et que ses données sont anonymes. Les données sont ensuite exploitées personne par personne.

Le but de cette thèse serait de recenser les bénéfices perçus par les sportifs à la pratique du sport adapté, de faire prendre conscience aux médecins sollicités pour la délivrance du CNCI au sport des freins rencontrés par leurs patients, et de mettre en lumière les adaptations possibles et nécessaires à la pratique du sport adapté.

B. Méthodologie des questionnaires :

Type d'étude : Etude épidémiologique non interventionnelle, transversale descriptive.

– questionnaire (s)

Modalités de passation :

– questionnaire administré par : face à face, de manière individuelle, seuls, en tête à tête avec l'investigateur

– questionnaire administré en : une fois

Type de questionnaires : non validé

– si validé, indiquer l'origine de la validation : non validé.

– si non validé, justifier : il n'y a pas de questionnaire existant ou validé applicable à la question de thèse (Quels sont les freins à l'accès au sport adapté des personnes porteuses d'un déficit moteur ou neurosensoriel sévère : l'avis des patients.), le sujet étant très peu abordé en recherche. Pour continuer l'étude, l'investigateur et son interne délégué ont donc constitué un questionnaire adapté à la question de recherche, à l'aide des données disponibles dans la littérature et de leur expérience professionnelle et sportive personnelle.

Commentaire libre (si besoin pour préciser les réponses ci-dessus notamment lorsqu'il y a plusieurs passation de questionnaires) :

C Trame de l'analyse statistique et/ou références du biostatisticien responsable :

Constitution d'un tableau Excel et conduite des analyses statistiques à l'aide du logiciel Biostat TGV.

D Recueil, anonymisation et exploitation des données.

Recueil : Durant cette période nous aurons accès à deux fichiers Excel : « Excel 1 » et « Excel 2 » stockés sur une clé USB cryptée, stockée dans un placard fermé à clé, à la maison de santé dans laquelle exerce l'investigateur (160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez). Une double sauvegarde sera effectuée sur un disque dur externe crypté, stocké à la maison de santé Mont Royal Santé (14 bis avenue de Mazères, 31210 Montréjeau) dans laquelle l'interne Victoria Maussion travaille occasionnellement, dans un placard fermé à clé.

Le premier « Excel 1 » regroupera le nom prénom d'un répondeur associé à un « code d'anonymat ».

Chaque code d'anonymat sera au format exclusivement numérique, et ne comprendra ni les initiales du répondeur ni de numéro en lien avec son identité (tel que date de naissance ou numéro de sécurité sociale par exemple).

Sur le deuxième « Excel 2 » apparaîtra le « code d'anonymat » suivi des résultats du questionnaire. De ce fait, sur aucun questionnaire n'apparaîtra l'identité du participant, et il n'y aura pas de fichier informatique associant son identité à ses données.

Les informations de non-opposition seront recueillies sous forme papier et stockées, avec la clé usb cryptée, dans un placard fermé à clé.

Anonymisation : Une fois toutes les données récoltées et associées à chaque répondeur, nous procéderons à une anonymisation complète : suppression du fichier « Excel 1 ». Il restera donc seulement le fichier « Excel 2 ». Les questionnaires eux seront supprimés dès que les informations sont rentrées dans le fichier Excel 2.

Par conséquent, nous serons les seuls à accéder aux données nominatives des répondeurs et ce pendant une durée inférieure à 6 mois, temps maximal estimé du recueil de l'ensemble des données. La date d'échéance de conservation des données avant l'anonymisation complète étant fixée au 01/07/2024. Il sera ainsi impossible de remonter jusqu'au nom du participant après cette date, voire avant selon la rapidité du recueil des données.

Exploitation des données : Les données seront ensuite exploitées et analysées répondeur par répondeur.

Analyse statistique : L'analyse sera descriptive.

Les variables quantitatives seront décrites par la moyenne et l'écart type en cas de distribution gaussienne, ou par la médiane et l'interquartile (i.e. 25ième et 75ième percentiles) dans le cas contraire. La normalité des distributions sera testée par un test de Shapiro-Wilk et vérifiée graphiquement par des histogrammes.

Les variables qualitatives seront décrites par les effectifs et les pourcentages.

V. Informations relatives à la mise en œuvre de la recherche :

– **type de lieu où doit se dérouler la recherche (exemple : service hospitalier, cabinet médical, école...)** : salle de réunion d'un cabinet médical (justification : lieu d'interrogatoire neutre et calme, accessible aux personnes à mobilité réduite, calme pour que les personnes à déficience attentionnelle ou auditive puissent se concentrer)

– **définir le lieu de recherche** : Le recueil se déroulera à la maison de santé dans laquelle exerce l'investigateur (160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez). Le traitement, l'exploitation et l'analyse statistique des données se fera à la maison de santé dans laquelle exerce l'investigateur (160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez).

– **durée prévisionnelle de la recherche** : six mois.

– **durée prévisionnelle de participation par personne** : durée du questionnaire, 10 minutes.

– **la recherche implique-t-elle en plus un recueil de données rétrospectives** : non

– **personnes incluses dans la recherche** :

Nombre de personnes interrogées : 100, nombre n estimé pour obtenir une puissance suffisante à l'analyse statistique des données (descriptive),

Critères de non-inclusion :

- Personne ne présentant pas de déficit moteur ou neurosensoriel sévère.
- Personne ne pratiquant pas de sport adapté.
- Personne mineure, sous tutelle ou sous curatelle.

Critères d'exclusion secondaire : Sans objet

La recherche inclut-elle des personnes ne présentant aucune affection ? Non car par définition, présenter un déficit moteur ou neurosensoriel est une affection.

Modalités de recrutement des personnes interrogées : Personnes inscrites dans des clubs de sport adapté. Association de patients pratiquant le sport adapté. Patients de médecins et professionnels de santé en lien avec le réseau Efformip Toulouse.

Le réseau Efformip Toulouse sera contacté par lettre. Les professionnels de santé et du sport présentés par le réseau et les personnes susceptibles de participer à cette étude seront contactés par mail.

Modalités d'information et de traçabilité de la non-opposition : Notice d'information papier, formulaire de non opposition rempli sur place et stocké sous format papier, dans un placard fermé à clé, à la maison de santé dans laquelle exerce l'investigateur (160 allées Savi, 31440 Saint-Béat-Lez)

– **inconvénients pour les personnes incluses dans la recherche** : Temps personnel accordé à répondre au questionnaire (10 minutes).

Durée prévisionnelle du recueil de données par entretien ou questionnaire pour un participant : environ 10 minutes (variable selon les possibilités de communication du répondeur).

Durée prévisionnelle totale de participation à la recherche pour un participant si le recueil de données est réalisé en plusieurs fois (durée entre l'inclusion et le dernier recueil de données) : recueil unique.

Temps de transport maximal estimé pour les participants, si applicable : 0.

Quelques réflexions supplémentaires

Les participants sont **suivis en majorité par un médecin généraliste** : il a donc une place privilégiée dans la prévention et a donc une **responsabilité particulière** par rapport aux autres médecins. Vis-à-vis de cette responsabilité, nous soulignons quelques messages importants dans cette annexe :

- **Éthique**

Cette étude montre que la pratique sportive a tendance à être autorisée et même encouragée par les médecins, au vu de la balance bénéfico-risque. 72 % des répondeurs de l'étude ont voulu faire du sport pour se dépasser et par amour de la compétition. L'article de Querval (26) nous alerte sur les risques éthiques du sport-performance poussé à l'extrême. Le médecin doit surveiller la santé psychique des sportifs en situation de déficit devant le « risque d'un épuisement physique et/ou psychique, d'une fuite en avant, à toujours vouloir « faire mieux ». Le sport-performance encourage ainsi des « attitudes dopantes », avec l'idée « qu'on peut être "performant" [...] qu'en consommant des produits "optimisants" ». Les sportifs avec prothèse y seraient particulièrement vulnérables. On peut citer Oscar Pistorius, qui a d'ailleurs été accusé de dopage technologique.

- **Mixité homme-femme**

Dans cette étude, 80 % des répondeurs sont des hommes. Ce résultat est étonnant lorsqu'on observe que la proportion de femme dans la population des personnes atteintes de déficit moteur ou neurosensoriel en France est supérieure à celle des hommes. Par exemple, d'après l'Insee, en 2019, la part des femmes de 45-54 ans revendiquant une limitation dans leurs activités habituelles est de 26,2 % contre 20,2 % chez les hommes.(27) Toujours d'après l'Insee, en 2022, en France, la part des femmes déclarant être limitées dans leurs activités générales et classées porteuses de handicap est supérieure ou égale à celle des hommes, et ce dans chaque classe d'âge à partir de 16ans (28).

Deux hypothèses se présentent. D'une part, une interprétation possible est qu'il y ait un biais de recrutement. Il semblait pourtant prévenu par la diversité des sports, des clubs et des types de déficits recrutés. D'autant plus que, d'après la discussion informelle avec les membres des clubs affiliés à la FFH, ils revendiquent la mixité et l'inclusivité de genre de leur discipline. Cependant d'après l'Insee, ces disparités existent dans la population générale également, mais de façon moindre. Ainsi en 2020, toutes classes d'âge confondues, 15,3% de femmes n'ont pas fait de sport dans l'année précédente contre 9,8 % d'hommes. (29)

D'autre part, les femmes pourraient avoir plus de difficultés d'accès à la pratique sportive, ce qui est corroboré par les données Insee ci-dessus. Toujours d'après cette étude de l'Insee, « quel que soit l'âge, les femmes déclarent moins souvent une pratique intensive ». Une étude espagnole va en ce sens « Regarding gender, women perceived more barriers than men » (22)

Les deux hypothèses ne s'excluent pas. Le médecin généraliste doit donc être vigilant de ne pas oublier les femmes porteuses de déficit dans son rôle préventif d'encouragement et d'accompagnement vers la pratique sportive.

- **Risque du paternalisme**

Comme dit précédemment, une attitude de *primum non nocere* excessive peut être délétère. Les contre-indications à la pratique sportive sont peu nombreuses, et souvent limitées dans le temps. Par exemple, chez un sportif nécessitant un appareillage, « les blessures en lien avec l'appareillage ou l'installation sont une contre-indication temporaire » au sport, comme le rappelle la HAS(3). La part des sportifs dans notre étude qui a déjà rencontré un refus à la prescription au CNCI au sport (17 %) reste excessive. La discussion informelle avec certains sportifs de l'étude révèle que certains sportifs peuvent avoir le sentiment d'être infantilisés par le milieu médical et sportif.

- **Regard holistique**

Les médecins généralistes doivent penser à prendre en charge dans sa globalité le sportif venant pour obtenir un CNCI au sport, avec ses autres pathologies. Pour plus d'adhérence à cette prise en charge holistique, nous pouvons expliquer l'intérêt du diagnostic préventif et l'impact possible sur

leur pratique sportive. En effet, 12 % des sportifs de l'étude ont des pathologies associées pouvant impacter la pratique sportive. Ces chiffres nous rappellent que nous devons faire un examen complet au moment du CNCI au sport. Devant le peu de pathologies associées, il est possible qu'il y ait un effet distrayant du handicap. Le médecin généraliste ne doit pas s'éloigner de son regard global.

- **Leviers de communication**

Connaître les freins et les facilitateurs au sport permet au médecin de mieux communiquer sur l'intérêt de la pratique sportive. Ainsi dans notre étude, les freins sont plutôt environnementaux et si le médecin généraliste sait adresser ses patients à des clubs proposant des initiations à la pratique et prêtant du matériel requis, il saura rassurer la personne désireuse de pratiquer du sport.

Par ailleurs, les moteurs à la pratique sportive et ses bénéfices constatés par les répondants sont multiples. Surtout, ils ne se limitent pas au sport-santé ou à la rééducation. Un conseil minimal positif sur la pratique sportive pourrait être bénéfique pour promouvoir le sport chez une population qui ne se sent pas forcément concernée. La HAS(3) dans son guide de prescription de l'APA (activité physique adaptée) présente tout une série de freins à l'activité physique et les arguments et attitudes correspondantes dont le médecin peut se saisir pour y répondre.

Mode d'acquisition du déficit : un facteur protecteur ?

Le mode d'acquisition du déficit peut être : congénital, c'est-à-dire apparu in utero, acquis par maladie ou acquis par traumatisme.

Un de nos présupposés était que les personnes porteuses de déficit congénital avaient plus de risque de ne pas pratiquer de sport. Ils auraient moins accès aux centres de MPR, où l'initiation au handisport et à ses adaptations sportives sont courantes. De plus ils doivent créer l'habitude de la pratique sportive malgré la difficulté du déficit alors que les répondants ayant acquis leur déficit avaient pour la majorité déjà l'habitude de la pratique sportive. Par ailleurs, un mécanisme de latence et de difficulté au changement est souvent présent chez les personnes ayant un déficit depuis longtemps. Par exemple, d'après la discussion informelle avec les participants, certains n'avaient pas vraiment d'attente sur d'éventuels aménagements (« pour ne pas se projeter et être déçus »). D'où l'intérêt majeur des initiations.

Dans cette étude, 37 participants (soit 48 %) ont un déficit dû à un accident/traumatisme, 22 participants (soit 29 %) ont un déficit acquis par maladie et 18 participants (soit 23 %) ont un déficit congénital. Cela corrobore cette hypothèse mais nous souhaitons comparer ces données à la répartition des déficits dans la population générale des personnes présentant un déficit moteur ou neurosensoriel, sportive et non-sportive. En effet, la part de déficit congénitaux plus faible dans notre étude pourrait être proportionnelle à la population générale. Dans la littérature, il est décrit que « 85 % des handicaps sont acquis au cours de la vie », « 15 % en raison d'un handicap de naissance ou acquis dans la très petite enfance »(25) Ceci ne va pas dans le sens de nos hypothèses et il serait intéressant d'étudier plus spécifiquement cette question. Un autre biais de confusion à prendre en compte est l'âge car cette proportion du mode d'acquisition varie en fonction du moment de vie. L'âge moyen de notre échantillon est relativement jeune, 41ans, ce qui augmente la part de déficit congénitaux.

A propos du rythme et de la diversité de la pratique :

La pratique des sportifs de cette étude est **plus intense (en fréquence, temps) et diversifiée** que les recommandations médicales officielles adressées à la population générale. En effet l'OMS préconise une que « les adultes âgés de 18 à 64 ans devraient pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. »(30). Dans cette étude, les sportifs pratiquent en moyenne 3,5 fois/semaine, à raison de 7h par semaine, c'est plus de trois fois les recommandations. L'ancienneté de pratique de 14 ans en

moyenne et avec une médiane à 10 ans malgré une moyenne d'âge des sportifs peu élevée (41 ans) est un argument pour penser que les sportifs de l'étude trouvent un intérêt majeur dans le sport. D'ailleurs cette activité sportive pourrait être sous-estimée dans l'étude car nous avons mesuré le sport principal de chaque participant pour des raisons de faisabilité, et 57 sportifs, soit 74 % des participants à cette étude, pratiquent plusieurs sports.

Le présupposé était que les sportifs en situation de handicap, ayant plus de freins à l'accès au sport que les personnes dans la population générale, pratiquent moins que les recommandations médicales. Il n'en est rien. Cette population se définit dans son action comme sportive en premier lieu. Il aurait été intéressant de comparer chez les sportifs l'intensité et la diversité des pratiques sportives de la population générale avec celle atteinte de déficit.

De la difficulté des participants de l'étude à comprendre l'intérêt de la prévention en santé et la place du médecin dans le parcours du sportif :

D'après la discussion informelle avec les participants, beaucoup ont qualifié la démarche de « formalité administrative » « inutile » « paperasse obligatoire ».

D'après la discussion informelle avec les sportifs, le rôle du médecin traitant en tant que « coordonnateur du parcours médico-sportif » n'est pas clairement perçu par les répondants, même s'il existe. En effet la réorientation vers d'autres spécialistes (cardiologue, MPR), le suivi et le soin des blessures liées au sport, la prescription des soins paramédicaux (kinésithérapie, ergothérapie) ne sont pas considérés par les participants de l'étude comme une aide du médecin traitant à sa pratique sportive.

De même, d'après la discussion informelle, le suivi en kinésithérapie et en ergothérapie n'est souvent pas classé par les sportif comme une « aide humaine avant l'exercice ».

Freins : un manque d'inclusivité dans les clubs et dans les médias

Après avoir évoqué ces divers freins, la discussion informelle avec les sportifs révèle qu'ils souhaiteraient plus d'**inclusivité** dans les sports valides. En effet, toujours d'après des témoignages informels, s'il n'est pas toujours possible de réunir assez de sportifs porteurs de déficit sur un même territoire pour constituer une équipe, il serait quand même envisageable d'accroître l'inclusivité des clubs par une **évolution de l'encadrement sportif**, une **amélioration de la médiatisation** des adaptations et aides à l'accès au sport, et une meilleure coordination entre les fédérations sportives valides et handi.

La discussion informelle souligne également que les sportifs aimeraient plus d'**initiation** à la pratique du handisport chez les valides comme chez les personnes atteinte de déficit, notamment grâce à l'aide des associations.

Frein du matériel coûteux résolu grâce aux clubs

D'après la discussion informelle, par la mise à disposition de matériel coûteux, grâce aux associations et aux clubs de handisport, il y a peu de freins à la pratique immédiate, ce qui est très positif. La majorité des sportifs de notre étude n'a pas du attendre pour pratiquer le sport. Les aides au financement sont proportionnelles aux nombres de licenciés d'où l'intérêt de se déclarer auprès de la Fédération Française de Handisport. D'après la discussion informelle avec les sportifs, le délai pour pratiquer du sport avait pour motifs « le temps d'acceptation du déficit, la durée de convalescence, la difficulté de trouver un club, la difficulté pour s'organiser au niveau logistique. »

Bénéfices socio-professionnels sous-estimés

Les réponses à la catégorie bénéfices socio-professionnels doivent être pondérées du fait de la population interrogée, composée à 25 % de sans-emploi, à 9 % d'étudiants et à 8 % de retraités.

D'après la discussion informelle plusieurs sportifs ont trouvé du travail ou évolué dans leur carrière grâce à leur pratique sportive.

Bibliographie de l'annexe 4 :

3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medecale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
22. Ascondo J, Martín-López A, Iturricastillo A, Granados C, Garate I, Romaratezabala E, et al. Analysis of the Barriers and Motives for Practicing Physical Activity and Sport for People with a Disability: Differences According to Gender and Type of Disability. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2023;20(2):1320.
25. Reverte K. Les salariés handicapés et leur vieillissement. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM*. 2018;18(1):19-19.
26. Queval I. Itinéraires du corps augmenté : déficiences et performances dans le sport. *Corps Psychisme*. 2020;76(1):21-32.
27. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432473?sommaire=5435421#tableau-figure2>
28. Limitation d'activité générale selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5227625>
29. Pratiques culturelles et sportives – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 29 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5432487?sommaire=5435421>
30. World Health Organization. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. 2010;58.

AUTEUR : MAUSSION Victoria

TITRE : FREINS A L'ACCÈS AU HANDISPORT DES PERSONNES PORTEUSES D'UN DÉFICIT MOTEUR OU NEUROSENSORIEL SÉVÈRE : L'AVIS DES PATIENTS

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr ESTEVEZ Rémi

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : TOULOUSE – 21 Juin 2024

Résumé en français :

Malgré une balance bénéfico-risque en faveur du sport chez les personnes en situation de déficit moteur ou neurosensoriel, une part importante n'a aucune pratique sportive. Le médecin généraliste a un rôle de prévention, la responsabilité d'inciter au sport et de délivrer le certificat de non contre-indication au sport. L'objectif principal de ce travail est d'estimer la proportion de personnes ayant expérimenté des freins à l'obtention du CNCI au sport. Un questionnaire a été délivré à des sportifs en situation de déficit sévère. Notre étude retrouve peu de freins au sport liés à un refus de CNCI au sport [13 participants (17%)]. Le médecin généraliste a une place privilégiée pour inciter les personnes porteuses de déficit à pratiquer du sport adapté.

Titre et résumé en anglais :

Severe motor or sensory disabled people experiencing difficulties to access sport : patient feedback

Despite the positive benefits of sport in people with motor or sensory disability, the majority do not participate. The general practitioner's job is health promotion and is responsible for the issue of certificates of fitness for sport. The main objective of this work is to determine the amount of people having trouble obtaining this certificate. A questionnaire has been delivered to sports people with severe deficit. Our study reveals that few obstacles to play sport are due to the refusal of the medical certificate [13 participants (17%)]. The general practitioner has a key role to play in encouraging disabled people to participate in sport within their capabilities.

Mots-Clés : Handisport – handicap – déficit – sport adapté - sport santé – certificat de non contre-indication au sport

parasport - handicap – disability – deficit – inclusion through sport – sport for health – medical certificate of fitness for sport

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France