

Rapport d'évaluation 2014-15

Rédigé par

Martin Roynette,

Educateur Sportif, Stagiaire du Master 2 « Entraînement, Biologie, Nutrition, Santé »

et

Didier Chapelot,

Médecin, Maître de Conférences de l'Université Paris 13, Membre du comité de pilotage du Défi Forme Santé, Directeur-Adjoint du STAPS de l'UFR SMBH, Responsable de la licence Activité Physique Adaptée et Santé (APA-S)

Défi Forme Santé

Présentation

Comme chaque année depuis sa création, le comité de pilotage du Défi Forme Santé (DFS) a procédé à une évaluation de son programme. L'objectif est de valider l'approche choisie, c'est-à-dire une formule multisports de 12 semaines, à libre choix de fréquence et d'activités, fondée sur l'incitation des participants à travers une information tenant compte des règles de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Les modalités d'évaluation sont sous la responsabilité du Dr Didier Chapelot, directeur-adjoint du département STAPS de l'Université Paris 13 (UFR Santé Médecine Biologie Humaine, campus de Bobigny STAPS) et responsable de la licence Activité Physique Adaptée et Santé (APA-S), qui aboutit à la délivrance d'un diplôme qui permet le retrait d'une carte professionnelle et l'encadrement des activités physiques adaptées à des personnes à besoins spécifiques.

Les tests utilisés sont choisis en tenant compte de leur pertinence :

- scientifique (état actuel des connaissances dans la littérature scientifique internationale sur la validité des outils d'évaluations de l'activité physique santé) ;
- clinique (signification dans la vie quotidienne des améliorations observées pour chaque outil de mesure) ;
- populationnelle (particularités socio-culturelles des participants du DFS et contraintes spécifiques du programme).

Le critère de réussite primaire est l'amélioration significative de la condition physique, permettant la poursuite de l'activité physique de manière autonome ou dans des structures d'accueil pour tous publics.

Les critères de réussite secondaires sont :

- la satisfaction des participants concernant le programme auquel ils ont participé ;
- l'amélioration du ressenti de leur état physique et psychique ;
- la réduction de leur sédentarité.

La justification des tests choisis à la création du DFS a été argumentée et leur contenu décrit dans un mémoire de Master rédigé par **Celia Rossi** et communiqué à l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2012. Elle ne sera pas reprise dans ce document.

Des modifications avaient été apportées, toujours en accord avec le Dr Chapelot, en vue d'améliorer les évaluations ultérieures (en 2013 par **Caroline Gain Prieur** et en 2014 par **Martin Roynette**) et cela afin qu'elles répondent au mieux aux attentes, à la fois du comité de pilotage du DFS et des experts de l'ARS. Chaque changement de test a été justifié et argumenté dans les rapports d'évaluation rédigés par les évaluateurs. La batterie de tests actuellement utilisée s'est révélée bien adaptée à l'objectif de cette évaluation (vérifier l'efficacité du programme), et aussi compatible avec la philosophie de l'approche du DFS, c'est-à-dire la plus faible médicalisation possible afin de maintenir l'association entre activité physique et activité ludique.

La batterie de tests choisie pour l'évaluation 2014 du DFS a donc été conservée pour cette année 2015. L'évaluateur est par ailleurs le même que celui de l'an dernier, c'est-à-dire **Martin Roynette**.

La batterie de tests se compose donc :

- pour la **condition physique** (critère de réussite primaire) : du test de marche de 6 minutes (TDM6) couplé à l'échelle d'intensité perçue dite échelle de Borg ;
- pour la **force** des membres inférieurs le test dit chair stand ;
- pour l'**équilibre** le test d'appui unipodal ;
- pour la **qualité de vie** le questionnaire SF12 ;

Défi Forme Santé

- pour la lutte contre la **sédentarité** et le **niveau d'activité physique** (critère de réussite secondaire), le questionnaire de Ricci-Gagnon ;
- pour la **satisfaction**, un questionnaire avec smileys conçu spécifiquement pour le DFS.

Déroulement des tests

Même si ces tests ont été décrits dans les précédents rapports, il paraît utile de rappeler leur déroulement afin que les résultats présentés soient mis en perspective avec ce que les pratiquants ont réalisé.

La batterie de tests était passée au cours d'une séance du DFS, après consentement oral des pratiquants. Chaque évaluation était précédée d'un **échauffement** général d'environ 10 min.

Une fois l'échauffement terminé, les consignes du **TDM6** étaient expliquées par l'évaluateur au pratiquant : réaliser le maximum d'aller-retour en marchant le plus rapidement possible sans jamais courir, le tout sur une distance de 30 mètres balisée à l'aide de plots. Après le top départ, l'évaluateur annonçait le temps restants toutes les 60 secondes, et prévenait l'arrivée de la fin du test sur les 15 dernières secondes afin que le participant puisse anticiper son arrêt. A la fin du temps imparti, le pratiquant avait pour consigne de rester à l'endroit exact où il s'était arrêté, le temps que l'évaluateur place un plot à son pied le plus avance, ceci afin de mesurer par la suite les derniers mètres parcourus.

Le pratiquant prenait ensuite un temps de repos pour s'hydrater et coter l'échelle de **Borg**, dont les modalités de cotation avaient été préalablement expliquées.

Après que chacun eut réalisé le test, l'évaluateur prenait le pratiquant afin de réaliser dans l'ordre les 2 tests suivants :

- **Equilibre unipodal** : rester en appui sur le pied de son choix et maintenir une position d'équilibre le plus longtemps possible, les mains posées sur les hanches, dos droit et talon du pied levé en contact avec l'intérieur du genou de la jambe d'appui. Le temps était mesuré (jusqu'à 1 min. maximum). Trois essais étaient proposés, le meilleur des 3 était retenu.



- **Chair Stand** : les participants effectuaient depuis une position assise (sur un banc), dos droit et pieds à la largeur des épaules, bras croisés sur la poitrine, le maximum de levées pendant un temps de 30 secondes. Si le participant avait effectué une levée complète depuis la position assise au moment de la fin du compte à rebours, celle-ci était comptabilisée.



Une démonstration était effectuée par l'évaluateur pour chacun des tests précédents. Une fois ces tests réalisés, les **questionnaires SF12, Ricci-Gagnon** et, en fin de cycle, de **satisfaction**, étaient distribués. L'évaluateur restait à la disposition des pratiquants pour toute question concernant la compréhension des différents items. La grande diversité d'origines ethniques et culturelles rend l'usage de ces questionnaires particulièrement délicat dans le cadre du DFS et nécessite une présence effective de l'évaluateur pour que tous les items soient remplis. Les questionnaires étaient ensuite récupérés.

Afin d'être représentatif de l'effet du cycle, il fut pris soin de procéder à ces mesures au début et à la fin du DFS pour chaque pratiquant.

Cette année, le nombre de pratiquants ayant pu participer aux évaluations a augmenté (34 personnes contre 18 pour l'année dernière). Cependant, il faut tenir compte du fait que les tests ont pu être réalisés sur l'ensemble des 3 défis de l'année 2014-2015, ce qui n'avait pu être réalisé auparavant du fait de la prise en charge dans le cadre d'un stage qui ne commence en règle générale qu'en janvier.

Étant donné que la batterie de tests n'a pas été remaniée sur les deux dernières années, il a été choisi d'effectuer l'analyse statistique sur l'ensemble de la population comprise entre fin 2014 et fin 2015, soit 52 personnes.

Analyse statistique des mesures

Dans le but de mettre en évidence une évolution significative entre les variables initiales et finales, les données ont été analysées par test *t* de Student appariés. Le choix de ce test statistique est préféré du fait de l'effectif ($n > 30$), de la nature quantitative des variables (test paramétrique) et du caractère répété des mesures (pratiquants sont leurs propres témoins). Des corrélations de Pearson étaient conduites entre les différents scores obtenus aux tests et au SF12 pour déterminer si les éventuelles améliorations de la condition physique étaient associées entre elles ou aux éventuelles améliorations des composantes du SF12. Le logiciel Systat 10.0 (SPSS Co) fut utilisé aussi bien pour la saisie que l'analyse et la présentation des données. Les résultats sont donnés sous la forme de moyenne \pm écart-type.

Résultats

Caractéristiques des pratiquants évalués

L'évaluation a donc été réalisée auprès de 52 pratiquants (40 femmes et 12 hommes) au cours de 4 défis, chaque défi durant 12 semaines pour les tests suivants : TDM6, Chair Stand, Equilibre, SF-12. La moyenne d'âge était de 48 ± 11 ans et l'indice de masse corporelle (IMC) de 29 ± 5 kg/m².

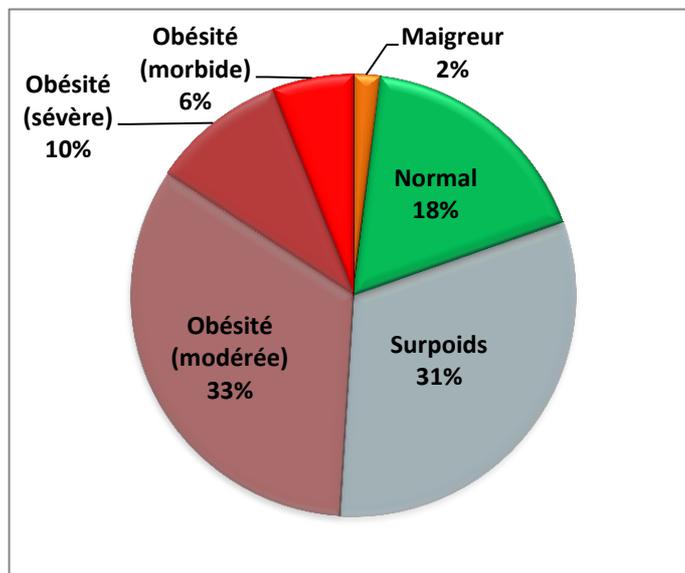


Figure 1. Estimation des corpulences des participants d'après IMC.

TDM6

Une augmentation de la distance parcourue au TDM6 était observée entre le début et la fin du cycle (Fig. 2). Celle-ci passait de 618 ± 80 m à 637 ± 85 m, soit une augmentation moyenne de 19 m. Cette différence était significative ($P = 0,02$). Le score de l'échelle de Borg correspondant à l'effort perçu lors du TDM6 (Fig. 3), n'était pas significativement différent entre début et fin du cycle (respectivement $11,6 \pm 2$ et $12,1 \pm 2,2$ sur une échelle de 6 à 20, ns).

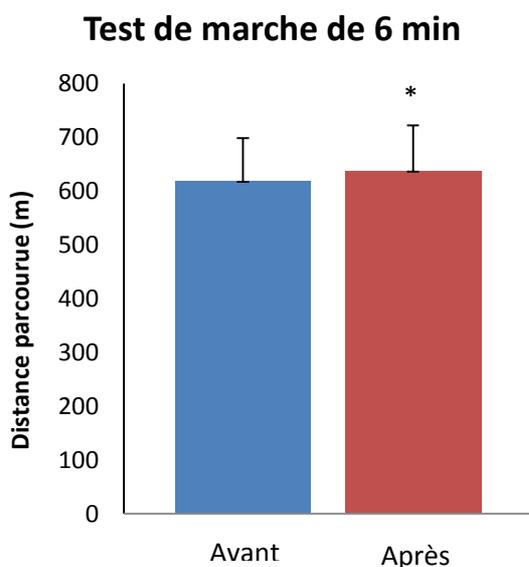


Figure 2. Distance parcourue au test de marche de 6 min Avant et Après le DFS. * Différence significative avec Avant, $P < 0,05$.

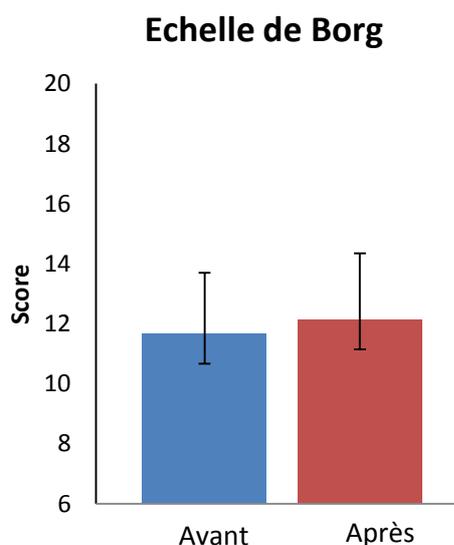


Figure 3. Score sur l'échelle de Borg de l'effort perçu au test de 6 min de marche Avant et Après le DFS.

Questionnaire SF 12

Une amélioration des scores de l'état physique, de l'état mental et total était observée (Fig. 4). Ainsi, le score physique passait de $42,5 \pm 9$ à 46 ± 9 , soit une augmentation de 3,5 points. Cette augmentation était significative ($P = 0,03$) Le score mental passait pour sa part de 46 ± 10 à 51 ± 7 , soit une augmentation de 5 points. Cette différence était aussi significative ($P = 0,0005$) Le score total enfin passait de 88 ± 16 à 97 ± 13 , soit une augmentation de 9 points. Cette différence était également significative ($P = 0,0008$). L'amélioration des scores était corrélée. Ainsi la modification des scores physiques était corrélée à celle des scores mentaux ($r = 0,31$, $P = 0,03$).

Questionnaire de qualité de vie SF 12

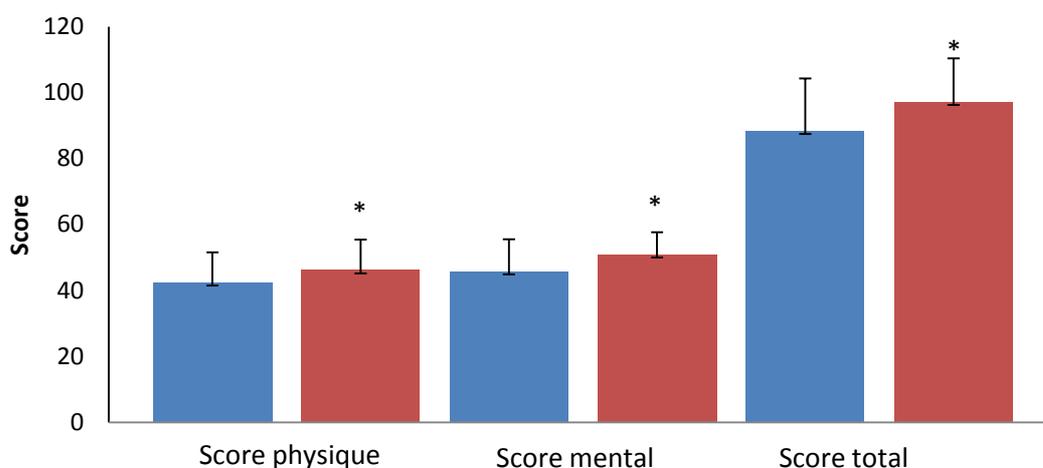


Figure 4. Scores de qualité de vie physique, de qualité de vie mentale et score total au questionnaire SF12. La première et seconde barre de chaque score représentent respectivement les scores avant et après le cycle du DFS. Le symbole * signifie qu'il y a une évolution significative, $P < 0,005$ pour score mental et score total, $P = 0,03$ pour score physique.

Test Chair Stand

Une augmentation du nombre de levées était observée à la fin des cycles (Fig. 5). Ainsi, le nombre de levées passait de $12,2 \pm 5,0$ à $13,3 \pm 5,0$ soit une augmentation de 1,1 levée. Cette différence était significative ($P < 0,0001$). A noter que sur les 52 pratiquants, 30 voyaient leur score augmenter.

Test d'équilibre unipodal

Une augmentation du temps tenu au test d'appui unipodal était retrouvée à la fin du cycle (Fig. 6). Ainsi, au début du DFS, le temps tenu moyen était de 33 ± 22 s et de 44 ± 19 s à la fin du DFS, soit une augmentation moyenne de 11 s. Cette différence était significative ($P < 0,0001$). On notera que 4 personnes qui ne pouvaient pas tenir la moindre position équilibre lors de la première évaluation, sont passées respectivement de 0 s à 8 s, de 0 s à 9 s, de 0 à 12s et de 0 s à 28 s. On notera aussi qu'alors seulement 13 pratiquants tenaient l'appui le temps maximum (60 s) à l'arrivée dans le DFS, 25 pratiquants y parvenaient à la fin du DFS.

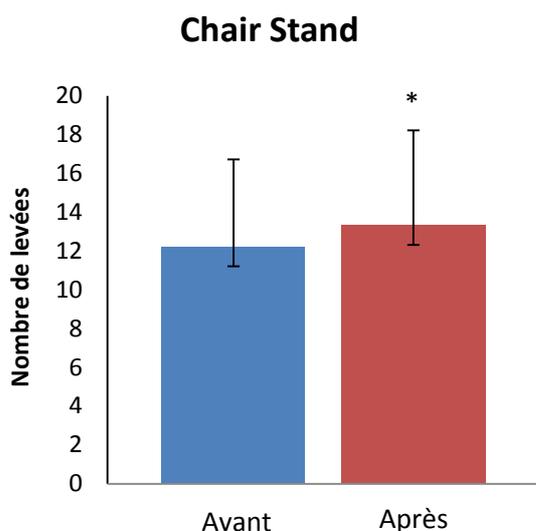


Figure 5. Nombre de levées effectuées au Chair Stand Avant et Après le DFS. * Différence significative avec Avant, $P < 0,001$.

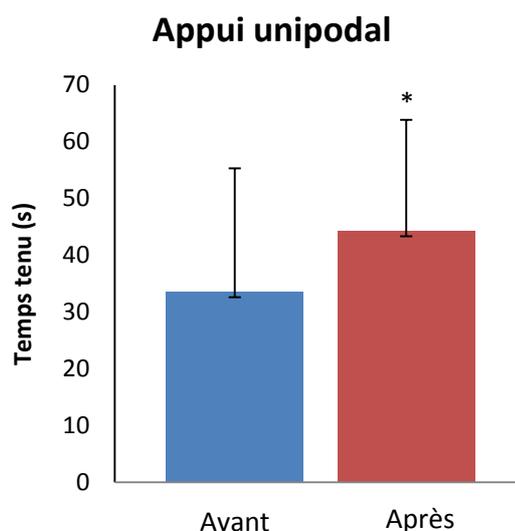


Figure 6. Temps tenu au test de l'équilibre Avant et Après le DFS. *Différence significative avec Avant, $P < 0,001$.

Corrélations

Les corrélations entre les changements de scores aux différents tests et questionnaires n'étaient significatives que pour le TDM6 et le SF12. En effet, l'amélioration de la distance parcourue au TDM6 était négativement corrélée à l'amélioration du score au SF12 que ce soit avec le score total ($r = -0,43$, $P = 0,015$, Fig. 7), le score mental ($r = -0,43$, $P = 0,015$) ou le score physique ($r = -0,43$, $P = 0,015$). Il est intéressant de noter que cette corrélation négative était aussi significative entre la distance parcourue au TDM6 à la fin du DFS et l'amélioration du score physique ($r = -0,35$, $P = 0,001$) et du score total au SF12 ($r = -0,29$, $P = 0,04$) mais pas avec celle du score mental. En revanche aucune corrélation entre les distances parcourues au TDM6 avant le DFS et l'amélioration des scores au SF12 n'était retrouvée. On notera enfin que l'amélioration des scores physique et mentaux au SF12 étaient faiblement mais significativement et positivement corrélés ($r = 0,30$, $P = 0,03$).

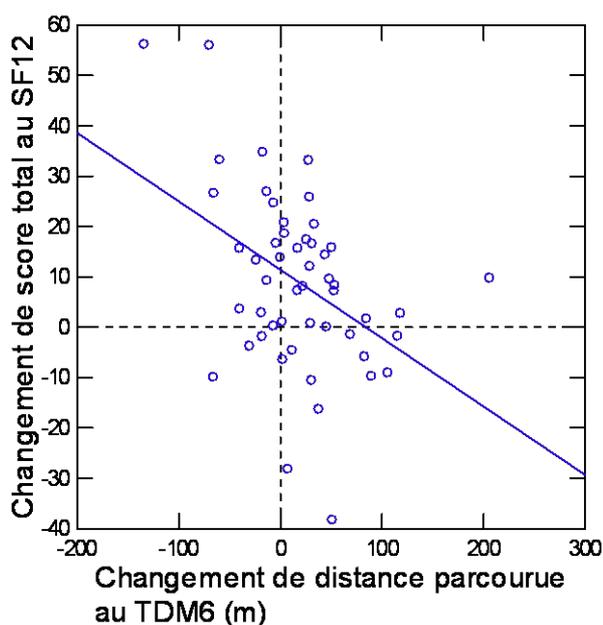


Figure 7. Corrélation entre les changements de score total au SF12 et de distance parcourue au TDM6, $P = 0,015$.

Défi Forme Santé

Questionnaire de satisfaction

Les réponses des pratiquants de l'échantillon ayant complété le questionnaire de satisfaction sont regroupées dans le Tableau 1. Elles montrent un niveau de satisfaction très élevé concernant le ressenti global du cycle proposé (ambiance, jours de pratiques, horaires, activités proposées) puisque seulement de 2 à 9% selon les items donnaient un avis moyen et aucun un avis négatif. Seule la difficulté des exercices donnait lieu à 12% de moyennement satisfait.

			
Ambiance des cours	46	1	0
Jours de pratique	43	4	0
Horaires	46	1	0
Activités proposées	45	2	0
Difficulté des exercices	39	8	0

Tableau 1. Réponses au questionnaire de satisfaction.  Très satisfaisant,  Moyennement satisfaisant,  Pas satisfaisant.

Discussion

L'évaluation choisie dans le cadre du DFS a pour but de mettre en évidence certains effets bénéfiques des activités proposées sur la condition physique et la santé (physique et psychique), de personnes déconditionnées physiquement, en surpoids ou obèses, ou ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique pour obésité morbide et phase d'amaigrissement rapide, et très éloignées de l'activité physique, que ce soit pour des raisons pécuniaires, culturelles ou professionnelles. Ces personnes sont appelées dans ce document « pratiquants » et non « patients » car elles participent à un cycle de reconditionnement sans avoir un statut de malade.

Cette évaluation se déroule dans un contexte qui ne se prête pas à une évaluation telle que celle qui pourrait être menée au sein d'un projet de recherche. Les pratiquants sont là pour pratiquer, et non en tant que volontaires participant à une étude d'intervention avec demande de consentement et avis d'un comité d'éthique. Cette précision est nécessaire pour comprendre la différence qui peut exister entre une évaluation professionnelle, permettant de vérifier que son action peut conduire à des améliorations objectivables, et une évaluation dans le cadre de la recherche, permettant de mesurer l'effet des activités physiques pratiquées et de préciser les facteurs impliqués dans leur succès ou leur échec, les sujets concernés par ces effets et les conclusions à en tirer pour améliorer la prise en charge des patients.

Par ailleurs, les pratiques physiques ne sont pas distinguées, ni l'assiduité, ce qui limite sérieusement les possibilités d'interprétation. Ces données seront consignées à l'avenir afin de déterminer s'il existe un seuil de fréquence au-dessous duquel les bénéfices ne sont plus détectables. La littérature internationale et les recommandations officielles fixent à 3 fois par semaine la fréquence minimale. Au sein du DFS, les pratiquants sont uniquement incités à pratiquer au moins 3 fois par semaine. La nécessité d'imposer un nombre minimum de séances hebdomadaires est une question à laquelle il faudra un jour répondre.

Cette évaluation n'a donc comme objectif que celui de répondre à la question suivante : ce cycle de 12 semaines permet-il, en moyenne, d'améliorer la condition physique des personnes qui en bénéficient et ceci se répercute-t-il sur leur qualité de vie physique et mentale ?

Concernant l'amélioration de la distance parcourue au **TDM6**, qui traduit la condition physique aérobie (parfois appelée d'endurance), celle-ci n'atteint pas la significativité clinique (c'est-à-dire perçue cliniquement par le patient), qui a été fixée à 54 m dans une population présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (Redelmeier et al., 1997). On notera tout de même une

augmentation non négligeable de 19 m. Une augmentation de plus de 30 m étant considérée comme souhaitable pour en inférer une amélioration dans la pratique des activités quotidiennes, ce résultat apparaît donc comme peu significatif en termes d'amélioration de la qualité de vie. Il faudrait à l'avenir déterminer si cette faible augmentation s'explique par les conditions dans lesquelles ces tests sont passés, par un biais d'échantillon ou par une réelle insuffisance du programme d'activités réalisées par les pratiquants.

Cette modeste mais significative augmentation de la distance parcourue, correspond, en utilisant l'équation de Ross et al. (2010), qui permet d'estimer une $\dot{V}O_{2max}$ à partir d'une distance parcourue au TDM6, à une amélioration moyenne de capacité d'endurance ($\dot{V}O_{2max}$ estimée) elle aussi logiquement très faible ($\approx 0,4$ ml/kg/min). On remarquera d'ailleurs que cette $\dot{V}O_{2max}$ estimée est très faible (≈ 19 ml/kg/min soit $\approx 5,5$ MET). La corpulence fait-il est vrai arithmétiquement diminuer cette $\dot{V}O_{2max}$ quand elle est exprimée par unité pondérale en augmentant le poids au dénominateur, mais cette valeur reste tout de même très faible et probablement sous-estimée étant donnée les capacités physiques des pratiquants observés sur le terrain. On rappellera que toutes les études montrent que 7 MET_{max} (≈ 25 ml/kg/min) est le seuil à partir duquel une diminution spectaculaire de la morbi-mortalité est observée.

En utilisant une des équations proposées dans la littérature internationale pour prédire la distance parcourue dans une population saine de 50 à 85 ans en tenant compte de l'âge, du sexe, de la taille et du poids (Troosters et al., 1999), les pratiquants avaient une distance de marche à leur arrivée dans le DFS de 46 ± 119 m inférieure à la distance attendue (665 ± 117 m), cette différence étant significative ($P = 0,08$). Elle n'était plus que de 27 ± 115 m inférieure à la fin du cycle, cette différence n'étant pour sa part plus significative (ns). Ceci montre que la faible amélioration a toutefois remis le groupe de pratiquants étudié ici dans la moyenne des distances attendues.

Le TDM6, bien que le plus utilisé à l'heure actuelle en APA pour évaluer la condition physique aérobie, est toutefois entaché de facteurs de perturbation, surtout lorsqu'il est réalisé dans des conditions qui peuvent varier entre les deux séances. Le score de l'**échelle de Borg** montre que la difficulté perçue est très modérée et qu'il est probable que ce test, tel qu'il est pratiqué ici, sous-estime la capacité aérobie. Il serait souhaitable d'en améliorer la passation dans les prochains DFS, et de quantifier de manière plus fiable le gain d'endurance obtenu. Toutes les études montrent en effet qu'à raison de 3 séances hebdomadaires à l'intensité moyenne atteinte au DFS et se prolongeant 12 semaines, les gains en concentration d'oxygène par le muscle sont très significatifs et dépassent les seuils de significativité clinique. Proposer un second test lors du pré et du post TDM6, afin de mettre en évidence une possible irrégularité dans les résultats serait intéressant, mais se révèle être impossible à mettre en place dans le contexte du DFS. On notera toutefois que les distances parcourues au TDM6 dans notre échantillon est dans la moyenne des distances attendues pour une population de même poids, taille, âge et sexe, ce qui traduit une condition physique correcte dès l'entrée dans le DFS, et donc la nécessité d'avoir un cycle d'intensité et de fréquence suffisantes pour encore accroître cette valeur.

Pour la composante force, nous avons choisi d'utiliser le **Chair Stand**. Il a pu être réalisé correctement par 51 des 52 pratiquants et on a pu noter une augmentation moyenne de 1,1 levée. Bien qu'on retrouve son utilisation plutôt orientée vers des personnes de 60 ans et plus dans la littérature (Jones et al., 2002), il semble néanmoins pertinent dans ce cadre d'activités physiques adaptées regroupant un public avec une tranche d'âge assez large (24 ans pour la personne la plus jeune, 75 pour la plus âgée) et avec des parcours sportifs et des ennuis de santé qui varient grandement d'une personne à l'autre. Il serait peut-être souhaitable

En ce qui concerne l'évaluation de l'équilibre, on peut constater une nette amélioration de cette

composante au **test d'appui unipodal** (11 secondes en moyenne) notamment chez des participants qui n'étaient pas en mesure de maintenir un équilibre unipodal sans déséquilibre au départ (4 sur 52). Ces résultats nous permettent donc de souligner l'impact des exercices réalisés au cours du cycle sur l'évolution de l'équilibre des participants. L'équilibre est travaillé au cours des séances de renforcement musculaire et de « cardio », mais l'aquagym ou la marche nordique possèdent aussi chacune des composantes d'équilibre aboutissant probablement à son amélioration. On rappelle que, négligé, le manque d'équilibre peut être un facteur de risque aggravant de chute. La population concernée n'est certes pas à risque de chutes telles que redoutées chez les personnes plus âgées mais la capacité de rétablir une stabilité corporelle lors d'accidents de la vie quotidienne pourrait représenter un bénéfice secondaire intéressant à évaluer, surtout chez les personnes dont la corpulence aggrave encore les conséquences d'une chute.

Les résultats du **questionnaire SF12** montrent une amélioration sur les deux composantes traitées dans celui-ci, à savoir : la qualité de vie mentale et sociale et la qualité de vie physique. L'augmentation du score sur la qualité de vie physique vient donc appuyer les témoignages des participants sur l'impact du programme dans leur vie de tous les jours (apparition moins précoce de l'essoufflement pour un même effort, augmentation l'endurance musculaire (marche pour venir jusqu'au lieu plutôt que de prendre la voiture etc.). Aussi, l'augmentation du score de vie mentale et sociale permet de souligner un aspect souvent moins abordé par les participants de par sa nature plus personnelle, qui est celui de l'influence de l'activité physique sur leur mental au quotidien.

Les **corrélations** entre les changements des différents scores aux tests et au SF12 montrent effectivement qu'il existe une relation entre l'amélioration de la distance parcourue au TDM6 (et donc de la capacité aérobie, c'est-à-dire la capacité de faire un effort prolongé) et l'amélioration au SF12 (de chacun des 3 scores) mais, contrairement à ce qui était attendu, cette corrélation est négative, en d'autres termes plus l'amélioration au TDM6 est forte, moins l'amélioration au SF12 l'est. La corrélation est toutefois faible (voir Fig. 7) et demande à être confirmée. Par ailleurs, cette corrélation négative est entièrement due à celle qui lie le changement de score au SF12 à la distance parcourue au TDM6 à la fin du cycle. En d'autres termes, plus les pratiquants ont eu une amélioration de leur score de qualité de vie au SF12 moins leur distance de marche à la fin du cycle est élevée, quelle que soit celle au début du cycle. Une explication serait que l'amélioration de la qualité de vie est surtout ressentie par les personnes qui ont une distance de marche faible et qui peuvent ressentir de façon plus nette l'amélioration que ce gain de distance. Toutefois, cette interprétation doit être prudente car le graphique montre qu'une partie des pratiquants dont le score au SF12 a le plus augmenté, ont vu leur distance de marche se réduire au SF12 à l'issue du DFS. Ceci demandera à être exploré dans les prochaines évaluations.

Enfin, ce qui ressort des **questionnaires de satisfaction** est une fois de plus un niveau de satisfaction très élevé, avec plus de 90% de très satisfaits et aucun pratiquant non satisfait, quel que soit le domaine (horaires, jours, activités proposées, ambiance) abordé. Seule la difficulté des exercices obtint 12% de moyennement satisfaits, sans que l'on puisse savoir si cela traduit le sentiment que les exercices étaient trop ou pas assez difficiles, ou un mélange des deux. Ceci sera aussi à explorer dans l'avenir. Les remarques ajoutées sur le questionnaire de satisfaction montrent l'envie de pratiquement tous les pratiquants qui ont ajouté un commentaire de poursuivre leur activité au-delà des 12 semaines, ou de pouvoir participer à une activité dont il n'ont pas pu ou très peu profiter au cours de leur cycle pour des raisons le plus souvent d'emploi du temps. Ceci est une priorité du DFS et sera un des objectifs de la prochaine évaluation, la pérennisation de l'activité à volume (couple intensité x durée) suffisant, est le fondement même de la création de ce programme.

Conclusion

Le choix de reprendre la même batterie de tests pour cette année semble être pour l'instant pertinent au vue de sa capacité à s'intégrer au DFS sans pour autant en dénaturer l'ambiance. L'impact d'un programme d'activité physique tel qu'il est proposé au DFS apporte des bénéfices certains sur la santé physique et mentale des personnes y participant bien que ceux-ci restent modestes.

Désormais il reste une étape importante à évaluer dans le parcours des personnes participant à un tel programme qui est celle de « l'après DFS ». L'accompagnement des participants vers une démarche autonome, personnelle et pérenne de cette activité physique s'inscrit déjà dans le cadre du projet et se construit tout au long des cycles, au travers des échanges variés entre les enseignants APA-S et les pratiquants.

Il est donc prévu pour cette année, la mise en place d'une procédure spécifique permettant de rendre compte de cette notion essentielle.

Références bibliographiques

- Jones C.J et al. Measuring functional fitness of older adults. *The Journal On Active Aging*. 2002,1:24-30
- Ross RM, Murthy JN, Wollak ID et al. The six minute walk test accurately estimates mean peak oxygen uptake. *BMC Pulm Med* 2010;10:31
- Redelmeier et al. Interpreting small differences in functional status: the six minute walk test in chronic lung disease patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155:1278-82.
- Troosters T, R Gosselink, M Decramer Six minute walking distance in healthy elderly subjects. *European Respiratory Journal*. 1999,14 :270-274;