

MASTER STAPS

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE POUR LA SANTE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

MEMOIRE

TITRE : Effets d'un programme de danse adaptée sur la motricité, la cognition et le bien-être psychologique chez des patients atteints de maladies neurologiques.

PRESENTE PAR : CHARTON Agathe

SOUS LA DIRECTION DE : MADAME MAINGUET Brigitte

« La Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires; celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Madame Mainguet, directrice universitaire de ce mémoire, pour son encadrement et ses conseils tout au long de cette année de master, qui m'ont permis d'aboutir à ce travail.

Je remercie également mes tuteurs de stage, Arthur et Pierre-Yves, pour leur accompagnement, leurs conseils pratiques et leur soutien au cours de cette expérience professionnelle, qui m'a permis d'enrichir mes compétences et de mieux comprendre le terrain.

Je remercie également les patients avec lesquels j'ai eu l'opportunité d'échanger durant mon stage. Leur participation et leur gentillesse ont rendu cette expérience enrichissante et formatrice.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du centre Hélène Borel, notamment aux kinésithérapeutes et aux ergothérapeutes, pour leur accueil, leur collaboration et les échanges constructifs qui m'ont permis de mieux appréhender le travail d'équipe dans un contexte de soins.

Enfin, je remercie l'ensemble du personnel du centre pour leur accueil et leur disponibilité, qui ont contribué à rendre cette expérience à la fois enrichissante et agréable.

Table des matières

PARTIE 1 : Mémoire	4
I. Introduction	4
II. Revue de littérature	5
1. Le bien-être : définitions, modèles et liens avec les pathologies neurologiques	5
1.1 Définitions et dimensions du bien-être	5
1.2 Modèles théoriques du bien-être	6
1.3 Le bien-être en santé publique et en psychologie	6
1.4 Lien entre activité physique, bien-être et pathologies neurologiques	7
1.5 Le bien-être comme finalité de l'intervention en APA	8
2. Les effets de la danse adaptée sur le bien-être dans les pathologies neurologiques	8
2.1 Caractéristiques des interventions de danse adaptée	9
2.2 Effets moteurs	9
2.3 Effets cognitifs	9
2.4 Bien-être psychologique et qualité de vie	10
2.5 Comparaison des études existantes et justification du protocole choisi	10
3. Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude	12
III. Protocole	13
1. Population étudiée	13
2. Prise en charge	17
3. Choix des tests	18
3.1 Mini-BESTest : Évaluation de l'équilibre fonctionnel	18
3.2 MoCA : Montreal Cognitive Assessment	19
3.3 WHO-5 : Échelle de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé	20
4. Programmation et modalités d'intervention en APA	21
IV. Statistiques	22
V. Résultats	22
VI. Discussion	26
VII. Conclusion	28
PARTIE 2 : Projet d'insertion professionnelle	37

PARTIE 1 : Mémoire

I. Introduction

De nos jours, les pathologies neurologiques touchent un nombre croissant de personnes, et leur prise en charge représente un véritable défi pour les professionnels de santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021), ces pathologies englobent un large spectre de troubles affectant le système nerveux, tels que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la sclérose en plaques ou encore la maladie de Parkinson. Ces affections entraînent fréquemment des altérations motrices, cognitives et psychologiques avec des conséquences importantes sur la qualité de vie des personnes concernées.

L'accumulation de ces déficits impacte les capacités physiques (faiblesse musculaire, troubles de l'équilibre, de la coordination) ainsi que les fonctions cognitives (attention, mémoire, planification) et peut également engendrer un isolement social et une perte d'estime de soi. Néanmoins, il existe des stratégies permettant d'atténuer ces effets et d'améliorer le quotidien des patients. Parmi elles, l'activité physique adaptée (APA) s'impose comme une approche prometteuse et complémentaire aux prises en charge médicales classiques.

En effet, plusieurs études ont montré que des interventions basées sur l'APA, et en particulier sur des pratiques corporelles adaptées comme la danse, pouvaient avoir des effets bénéfiques à la fois sur la motricité, les fonctions cognitives et le bien-être psychologique (Hackney et al., 2009 ; Kalyani et al., 2019). La danse adaptée, en particulier, offre un terrain d'expression unique où le plaisir du mouvement, la musique et l'interaction sociale se combinent pour stimuler à la fois le corps et l'esprit.

Ce mémoire vise à explorer les effets d'un programme de danse adaptée sur la motricité, la cognition et le bien-être psychologique chez des personnes atteintes de pathologies neurologiques, au sein du centre Hélène Borel de Raimbeaucourt. L'hypothèse est que ce programme permettra une amélioration de ces trois dimensions et qu'il contribuera à renforcer l'autonomie et la qualité de vie des participants.

Une intervention sera donc mise en place auprès d'un groupe de patients, sur une période de six semaines, à raison de deux séances de 30 minutes par semaine. Des évaluations avant et après l'intervention seront réalisées, comprenant des tests moteurs, cognitifs et des questionnaires sur le bien-être. Les résultats seront analysés et discutés à la lumière des études existantes afin de mieux comprendre l'impact de cette approche et d'envisager des perspectives pour la prise en charge des patients atteints de pathologies neurologiques.

II. Revue de littérature

1. Le bien-être : définitions, modèles et liens avec les pathologies neurologiques

1.1 Définitions et dimensions du bien-être

Le bien-être est une notion complexe, multidimensionnelle, qui a suscité de nombreuses tentatives de définition dans la littérature scientifique. Il peut être abordé à la fois sous l'angle subjectif et objectif, deux approches complémentaires permettant de cerner à la fois l'expérience vécue par l'individu et les conditions concrètes dans lesquelles il évolue.

Le bien-être subjectif correspond à la manière dont une personne perçoit et évalue sa propre vie. Il comprend des composantes cognitives comme la satisfaction de vie globale, et des composantes affectives comme la fréquence et l'intensité des émotions positives et négatives ressenties au quotidien (Diener et al., 1999). En d'autres termes, une personne se sent en bien-être lorsqu'elle estime que sa vie est globalement satisfaisante, qu'elle éprouve plus souvent des émotions agréables que désagréables et qu'elle se sent en accord avec elle-même.

À l'inverse, le bien-être objectif se base sur des critères extérieurs observables et mesurables comme le niveau d'éducation, les revenus, les conditions de logement ou encore l'état de santé (OECD, 2011). Ces indicateurs, souvent utilisés dans les politiques publiques, permettent de dresser un état des lieux des conditions de vie et de comparer différentes populations entre elles. Toutefois, ils ne reflètent pas nécessairement le ressenti personnel des individus : certaines personnes peuvent se sentir épanouies malgré des conditions de vie objectivement précaires tandis que d'autres, disposant de ressources matérielles importantes, peuvent souffrir d'un mal-être profond.

Une autre distinction majeure oppose le bien-être hédonique au bien-être eudémonique. Le premier repose sur la maximisation du plaisir et la réduction de la souffrance. Il se manifeste par des états affectifs positifs, une satisfaction immédiate et la recherche de confort (Ryan & Deci, 2001). Le second met l'accent sur la réalisation de soi, l'engagement dans des activités porteuses de sens, le développement personnel et la recherche d'un équilibre intérieur à long terme (Viau, 1994 ; Vallerand & Thill, 1993).

Ainsi, le bien-être ne peut se résumer à un simple état de bonheur passager. Il implique un sentiment durable d'accomplissement, de cohérence avec ses valeurs personnelles et de capacité à faire face aux défis de la vie. Il se construit au croisement du plaisir quotidien et d'un engagement profond dans une trajectoire personnelle et sociale (Waterman, 1993). Cette perspective intégrative permet de mieux comprendre pourquoi certaines interventions, notamment corporelles ou artistiques comme la danse, peuvent favoriser un bien-être global en agissant à la fois sur le plaisir immédiat, le lien social, l'estime de soi et le sentiment d'accomplissement.

1.2 Modèles théoriques du bien-être

Plusieurs modèles ont été développés pour structurer les différentes dimensions du bien-être. Le plus connu est probablement le modèle PERMA proposé par Seligman (2018), qui identifie cinq piliers constitutifs : les émotions positives (P), l'engagement (E), les relations positives (R), le sens (M pour *meaning*) et l'accomplissement (A). Ce modèle a l'avantage d'intégrer à la fois les aspects hédoniques et eudémoniques tout en tenant compte des dimensions sociales et existentielles du bien-être.

Un concept qui vient en complément des précédents est celui de flow tel que défini par Csikszentmihalyi (1990). Le flow correspond à un état d'immersion totale dans une activité, caractérisé par une concentration intense, une perception altérée du temps et un sentiment de contrôle optimal ; il génère des émotions positives durables et renforce l'engagement (E de PERMA) ce qui participe directement au bien-être.

Un autre cadre théorique pertinent est la théorie de l'autodétermination développée par Deci et Ryan (1985), qui repose sur la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, la compétence et l'appartenance sociale. Lorsque ces besoins sont comblés, la motivation intrinsèque augmente et un bien-être psychologique plus stable se développe.

Enfin, le modèle biopsychosocial proposé par Engel (1977) souligne que la santé et le bien-être résultent de l'interaction constante entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Cette approche est aujourd'hui largement utilisée en rééducation, elle permet de concevoir des interventions complètes en tenant compte de l'ensemble des dimensions de la personne.

1.3 Le bien-être en santé publique et en psychologie

Ces modèles théoriques trouvent aujourd'hui des applications concrètes dans les champs de la santé publique et de la psychologie où le bien-être est de plus en plus reconnu comme un indicateur central à intégrer dans les dispositifs de prévention et de soin.

Dans une perspective de santé publique, la notion de bien-être a progressivement pris une place centrale. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) a ainsi mis l'accent sur le rôle des conditions de vie, de l'environnement social, du soutien communautaire et de l'éducation à la santé dans la construction du bien-être au quotidien. Plus récemment, l'OCDE (2011) et d'autres institutions internationales ont proposé des indicateurs de bien-être subjectif afin de compléter les indicateurs économiques traditionnels, dans une approche plus holistique du développement humain (Stiglitz, Sen & Fitoussi, 2009).

En psychologie, le courant de la psychologie positive a contribué à reconnaître le bien-être comme un objet scientifique à part entière, en le définissant non plus comme la simple absence de troubles mais comme la capacité à s'épanouir, à développer ses ressources personnelles et à vivre une vie pleine de sens (Seligman, 2018).

1.4 Lien entre activité physique, bien-être et pathologies neurologiques

L'activité physique constitue aujourd'hui un levier essentiel du bien-être global, reconnu tant dans la littérature scientifique que dans les politiques de santé publique. Elle agit à plusieurs niveaux : en améliorant la condition physique générale, en réduisant les symptômes anxieux et dépressifs, en renforçant l'estime de soi et en favorisant l'intégration sociale (Vuillemin et al., 2005 ; Biddle & Mutrie, 2008). Cette action s'opère à la fois sur le plan hédonique, par le plaisir immédiat et les émotions positives qu'elle procure, et sur le plan eudémonique, par le sentiment d'accomplissement, la réalisation de soi et la consolidation des compétences personnelles (Ryan & Deci, 2001).

Chez les personnes vivant avec une pathologie neurologique, ces effets bénéfiques prennent une dimension encore plus marquée. Les troubles moteurs, cognitifs et émotionnels liés à ces affections altèrent profondément la qualité de vie et engendrent un mal-être global. La littérature souligne que ces pathologies, telles que l'accident vasculaire cérébral (AVC), la sclérose en plaques (SEP) ou la maladie de Parkinson, sont fréquemment associées à des symptômes dépressifs et anxieux, liés à la fois aux lésions cérébrales elles-mêmes et aux répercussions psychosociales de la maladie (Ayerbe et al., 2013 ; Reijnders et al., 2008). Les déficits moteurs réduisent l'autonomie, les fonctions cognitives sont souvent altérées, et la participation sociale est compromise, favorisant l'isolement et le repli sur soi (Winstein et al., 2016 ; WHO, 2023).

Dans ce contexte, l'Activité Physique Adaptée (APA) se présente comme une approche thérapeutique intégrative et complémentaire, visant à limiter la détérioration fonctionnelle tout en favorisant l'équilibre psychologique et social (Rimmer & Marques, 2012). Parmi les pratiques d'APA, la danse adaptée se démarque par son originalité et son potentiel à mobiliser simultanément des composantes motrices, cognitives, émotionnelles et sociales. Contrairement à d'autres formes d'exercice plus classiques, la danse introduit une dimension artistique et expressive qui stimule le plaisir et l'engagement. Elle offre un espace où le corps se déploie librement sur un support musical, favorisant l'exploration du mouvement, l'expression personnelle et la créativité (Quiroga Murcia et al., 2010 ; Batson & Deutsch, 2005).

La spécificité de la danse adaptée réside également dans sa capacité à engager des processus cognitifs tels que l'attention, la mémoire, l'orientation spatiale et la planification motrice. Par l'apprentissage de chorégraphies, la synchronisation des mouvements avec la musique et l'adaptation constante aux consignes, elle stimule des fonctions cérébrales souvent fragilisées par les pathologies neurologiques (Kalyani et al., 2019). Sur le plan émotionnel, la danse offre un moyen d'expression et de régulation affective, permettant de canaliser le stress et d'induire des ressentis positifs. Ces effets sont renforcés par l'effet de groupe, qui crée un environnement soutenant et bienveillant, propice à la valorisation personnelle et au renforcement du sentiment d'appartenance.

Les recherches récentes (Dhami et al., 2015 ; Hackney & Earhart, 2009 ; Koch et al., 2019) confirment que la pratique régulière de la danse adaptée améliore non seulement l'équilibre et la mobilité, mais contribue également à la réduction des symptômes dépressifs, à l'amélioration de la qualité de vie perçue et à la restauration du bien-être global. Ces bénéfices s'expliquent par la combinaison de multiples leviers : l'activation musculaire et cardio-respiratoire, la sollicitation cognitive par l'apprentissage de séquences motrices, l'expression émotionnelle par le mouvement et la musique, et enfin le soutien social généré par la dynamique collective.

Ainsi, dans le cadre des pathologies neurologiques, la danse adaptée se révèle être un levier thérapeutique particulièrement pertinent, capable d'adresser simultanément les dimensions physiques, cognitives et psychologiques du bien-être. Elle rompt l'isolement, redonne confiance en soi et réinstalle une dynamique de plaisir et d'accomplissement, là où la maladie tend à fragiliser ces équilibres. Cette approche incarne parfaitement l'esprit de l'APA, en plaçant la personne au centre de l'intervention et en favorisant une approche globale du bien-être.

1.5 Le bien-être comme finalité de l'intervention en APA

Au terme de cette première partie, il est à noter que le bien-être se comprend grâce aux approches subjectives et objectives et qu'il combine des dimensions immédiates (plaisir, émotions positives) et durables (sens, accomplissement). Les modèles étudiés en 1.3 soulignent que le bien-être naît de la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et de lien social, ainsi que d'un engagement total et agréable dans l'activité.

Il apparaît donc indispensable de placer le bien-être au cœur de toute intervention en Activité Physique Adaptée (APA). Au-delà de la simple correction de déficits moteurs ou cognitifs, l'APA vise à :

1. Générer du plaisir et de l'engagement en créant des expériences où le patient éprouve un état de flow.
2. Renforcer le sentiment de compétence grâce à des objectifs progressifs et adaptés, favorisant le ou les progrès.
3. Soutenir le lien social en encourageant l'écoute et l'échange.

Dans cette perspective, la danse adaptée se révèle particulièrement pertinente : son caractère rythmé et musical, son potentiel expressif et sa dynamique collective offrent un cadre idéal pour mettre en avant ces trois dimensions. Elle devient non seulement un outil de rééducation motrice et cognitive, mais aussi un véritable levier de bien-être, contribuant à restaurer la qualité de vie et l'équilibre psychologique, social et corporel des participants.

2. Les effets de la danse adaptée sur le bien-être dans les pathologies neurologiques

La danse adaptée s'impose aujourd'hui comme une modalité d'intervention prometteuse dans le champ de la réadaptation neurologique. En tant qu'activité physique artistique, rythmée et sociale, elle mobilise simultanément des composantes motrices, cognitives et émotionnelles ce qui en fait un support pertinent pour travailler sur la globalité du bien-être. Cette section propose une synthèse des effets documentés de la danse adaptée chez les patients atteints de pathologies neurologiques. Elle met en lumière les protocoles, les bénéfices observés, les limites méthodologiques et justifie les choix opérés dans le cadre de la présente étude.

2.1 Caractéristiques des interventions de danse adaptée

Les études recensées proposent des interventions très hétérogènes en termes de durée, de fréquence et de type de danse. La majorité des programmes s'étendent sur une période de 4 à 12 semaines, avec une fréquence comprise entre une et deux séances hebdomadaires (Shanahan et al., 2015 ; Adams et al., 2023). La durée des séances varie généralement entre 30 et 90 minutes. L'intensité de l'exercice est souvent faible à modérée, privilégiant la sécurité et la régularité.

Les styles de danse choisis diffèrent selon les capacités des participants et les objectifs ciblés : tango, danse en ligne, danse contemporaine, folk, ou encore jazz. Malgré cette diversité, tous les programmes ont pour point commun de solliciter l'équilibre, la coordination, la mémoire, l'expression corporelle et l'adaptation au rythme musical (Patterson et al., 2018 ; Ares-Benítez et al., 2022).

2.2 Effets moteurs

Les bénéfices moteurs constituent les effets les plus fréquemment observés. Chez les patients post-AVC, plusieurs études démontrent des améliorations significatives de l'équilibre, de la marche et de la coordination. Par exemple, l'étude de Bruyneel et al. (2023), menée auprès de 16 patients post-AVC, a mis en évidence une amélioration significative de l'équilibre (Mini-BESTest), de la coordination (LEMOCOT), et de l'autonomie fonctionnelle (FIM) après six semaines d'intervention.

De même, Patterson et al. (2018) ont observé une progression de 12,7 % du Mini-BESTest après dix semaines de danse adaptée, à raison de deux séances hebdomadaires. Ces résultats sont cohérents avec ceux rapportés chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, pour lesquels les interventions de type tango ou danse en ligne ont permis des gains significatifs en vitesse de marche, distance parcourue (6MWT), équilibre dynamique et performance en double tâche (Kalyani et al., 2019 ; Shanahan et al., 2015).

Dans la SEP, des études comme celle de Baştürk et al. (2024) révèlent des améliorations au niveau de l'équilibre (échelle de Berg) et de la mobilité, à l'issue de six à huit semaines de danse en ligne adaptée.

2.3 Effets cognitifs

Les effets cognitifs de la danse sont moins souvent évalués, mais certaines études commencent à explorer cette dimension. La danse engage de nombreuses fonctions cognitives : attention, mémoire de travail, orientation spatiale, inhibition, flexibilité mentale. Chez les patients parkinsoniens, Kalyani et al. (2019) montrent une amélioration significative du score au MoCA ainsi qu'une meilleure gestion des tâches cognitivo-motrices simultanées après un programme de dix semaines.

En revanche, Bruyneel et al. (2023) ne rapportent aucun effet significatif sur le MMSE chez les patients post-AVC, ce qui souligne peut-être une sensibilité insuffisante de ce test pour détecter des changements fins, ou la nécessité d'une durée d'intervention plus longue. Les études menées chez les patients SEP font rarement appel à des tests cognitifs standardisés, mais certains témoignages qualitatifs suggèrent une meilleure concentration ou vigilance post-séance (Adams et al., 2023).

2.4 Bien-être psychologique et qualité de vie

L’un des apports les plus notables de la danse adaptée concerne le bien-être émotionnel, psychologique et social. Plusieurs études rapportent une diminution de l’anxiété, une amélioration de l’humeur, un renforcement du sentiment d’estime de soi et une satisfaction accrue liée à la participation (Baştürk et al., 2024 ; Ares-Benítez et al., 2022). Ces effets semblent étroitement liés au caractère expressif, musical et social de la danse. Le plaisir du mouvement, la musique et le cadre non médicalisé favorisent un engagement actif et positif.

Au-delà des émotions individuelles, la danse adaptée contribue aussi au bien-être social en renforçant le sentiment d’appartenance et améliorant les interactions avec les autres. Pour des patients souvent confrontés à l’isolement ou à la perte de rôle social, ces éléments peuvent jouer un rôle majeur dans le maintien de la motivation. Certains travaux soulignent ainsi l’importance de ces dimensions relationnelles dans le vécu positif de l’activité, même lorsque les scores de qualité de vie globale ne montrent pas d’évolution significative (Bruyneel et al., 2023).

Cela mettent en évidence que les effets de la danse adaptée ne se limitent pas aux dimensions cliniques, mais touchent aussi profondément le vécu social, psychologique et affectif des patients, en accord avec les objectifs d’un accompagnement centré sur la personne.

2.5 Comparaison des études existantes et justification du protocole choisi

Le Tableau 1 ci-dessous présente une comparaison synthétique des protocoles de danse adaptée issus de différentes études menées sur des populations atteintes de pathologies neurologiques, permettant ainsi de situer l’originalité et les choix méthodologiques du présent protocole.

Étude (année)	Pathologie	Durée	Fréquence	Style de danse	Population (n)	Principales mesures	Résultats clés
Bruyneel et al. (2023)	AVC subaigu	6 semaines	1 séance/semaine	Danses variées (folk, contemp.)	16 post-AVC	Mini-BESTest, LEMOCOT, FIM, quadriceps, SS-QOL	↑ Équilibre, ↑ Coordination, ↑ Autonomie fonctionnelle
Patterson et al. (2018)	Mixte : AVC, SEP, lésion médullaire	10 semaines	2 séances/semaine	Tango, jazz, line-dance	20 AVC chroniques	Mini-BESTest	+12,7 % Mini-BESTest après 10 semaines (↑ Équilibre)
Kalyani et al. (2019)	Parkinson léger à modéré	12 semaines	2 séances/semaine	Dance for PD (contemporaine adaptée)	33 PD (17 intervention / 16 contrôle)	ACE-III, TMT A & B, HADS, PDQ-39	↑ Fonctions exécutives et mémoire, ↓ dépression, ↑ qualité de vie
Baştürk et al. (2024)	Sclérose en plaques	6–8 semaines	2 séances/semaine	Danse en ligne	31 SEP (15 intervention / 16 contrôle)	BBS, HADS, MSQoL-54	↑ Équilibre, ↓ Anxiété, ↑ Qualité de vie liée à la santé mentale

Tableau 1 : Comparaisons des protocoles de danse adaptée

La question de la durée d'intervention mérite également d'être soulignée. Les travaux de Baştürk et al. (2024) montrent qu'un protocole de seulement quatre semaines peut suffire à produire des effets significatifs notamment sur l'anxiété et l'équilibre, à condition que l'intensité soit maintenue. Toutefois, les programmes de plus longue durée comme ceux de Patterson et al. (2018) ou de Kalyani et al. (2019), semblent avoir un impact plus global, incluant des bénéfices cognitifs et psychosociaux en plus des améliorations motrices. Ces résultats soulignent l'intérêt d'une certaine intensité d'engagement dans le temps sans pour autant exclure la pertinence d'un format court si celui-ci est bien structuré.

D'un point de vue clinique, les études qui associent des effets moteurs, cognitifs et psychologiques apportent une plus-value certaine à la prise en charge. C'est notamment le cas de l'étude de Kalyani et al. (2019), qui met en évidence une amélioration des fonctions exécutives, de la mémoire épisodique, de l'humeur (réduction de la dépression) et de la qualité de vie chez des patients atteints de la maladie de Parkinson. Ces résultats appuient l'idée que la danse adaptée, lorsqu'elle est conçue comme une activité rythmée, expressive et engageante, peut agir simultanément sur plusieurs dimensions du bien-être.

En ce qui concerne les styles de danse, bien qu'ils diffèrent d'une étude à l'autre (tango, danse en ligne, danse contemporaine...), tous intègrent des éléments communs : une structure chorégraphique progressive, un appui sur le rythme musical et une adaptation constante aux capacités des participants. Ces caractéristiques semblent jouer un rôle clé dans l'adhésion des patients et la régularité de leur participation.

Enfin, il convient de souligner une limite commune à la majorité de ces études : la faible prise en compte du bien-être subjectif comme variable principale d'évaluation. Peu de travaux incluent des outils spécifiquement dédiés à la mesure du bien-être perçu, alors même que celui-ci représente un enjeu central dans les pathologies neurologiques. Cette observation justifie l'intérêt d'un protocole qui intègre explicitement cette dimension dans ses outils de mesure.

Ainsi, cette comparaison permet de dégager les éléments les plus pertinents des études existantes (fréquence bihebdomadaire, intensité modérée, format engageant) tout en identifiant les lacunes à combler, notamment en matière d'évaluation du bien-être subjectif. Le protocole proposé s'inscrit donc dans cette continuité, en adoptant une approche globale qui vise à agir sur la motricité, la cognition et le bien-être global perçu.

À partir de cette analyse, il est possible de tirer les enseignements des forces et des limites des études existantes afin de construire un protocole adapté aux objectifs de cette recherche. Ainsi, le protocole retenu repose sur une intervention de courte durée (4 à 6 semaines), comprenant deux à trois séances hebdomadaires de 30 minutes de danse aérobic adaptée de type LIA (Low Impact Aerobic). Ce choix s'appuie sur plusieurs éléments justificatifs :

- L'intensité modérée du LIA permet une sollicitation cardiorespiratoire sécurisée et accessible.
- Le caractère répétitif, rythmique et progressif de cette danse favorise la mémorisation, la coordination, et l'endurance.
- Ce type de danse est adaptable aux capacités physiques des patients, y compris ceux présentant des troubles de l'équilibre ou de la motricité.
- Enfin, il permet de viser à la fois des objectifs moteurs, cognitifs et psychosociaux dans une approche intégrative du bien-être.

3. Problématique, objectifs et hypothèses de l'étude

Les pathologies neurologiques chroniques telles que l'accident vasculaire cérébral (AVC), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou encore les compressions médullaires engendrent des répercussions profondes sur la vie des patients. Ces affections perturbent non seulement les capacités motrices et cognitives, mais affectent aussi l'état psychologique et, de manière plus globale, le bien-être.

Dans la littérature scientifique, le bien-être est aujourd'hui reconnu comme un objectif prioritaire en santé au même titre que la réduction des symptômes ou la récupération fonctionnelle. Pourtant, il reste encore trop souvent sous-évalué ou abordé de manière parcellaire. Il apparaît nécessaire de concevoir des interventions globales, capables de soutenir à la fois la motricité, les fonctions cognitives et l'état psychologique des patients pour contribuer à leur qualité de vie.

C'est dans ce contexte qu'émerge la problématique centrale de ce travail :

Dans quelle mesure un programme de danse adaptée de type LIA peut-il améliorer le bien-être global de patients atteints de pathologies neurologiques ?

L'hypothèse de cette étude est que la participation régulière à un programme de danse adaptée contribue à l'amélioration du bien-être global chez des patients atteints de pathologies neurologiques, en mobilisant à la fois les dimensions physiques, cognitives et psychologiques.

Les objectifs de cette étude visent alors à explorer les effets d'un programme de danse adaptée sur différents aspects du bien-être, qu'ils soient physiques, cognitives ou psychologiques, chez des personnes atteintes de pathologies neurologiques. Il s'agit notamment de contribuer à l'amélioration du bien-être global et de la qualité de vie perçue, à travers une intervention corporelle accessible, engageante et adaptée aux capacités fonctionnelles des participants.

III. Protocole

1. Population étudiée

La population incluse dans cette étude est constituée de patients adultes atteints de pathologies neurologiques diverses, suivis au sein du centre Hélène Borel à Raimbeaucourt dans le cadre de séances d'Activité Physique Adaptée (APA). Tous les participants présentaient des atteintes motrices, cognitives et/ou psychologiques liées à des affections neurologiques chroniques ou acquises, telles que des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des maladies neurodégénératives (comme la maladie de Parkinson ou la maladie à corps de Lewy), ou encore des atteintes médullaires (telles que des compressions médullaires ou tétraplégies incomplètes).

Au total, 8 participants ont été inclus dans le programme. Ils étaient âgés de 43 à 91 ans, avec une diversité de profils cliniques en termes de sévérité, d'ancienneté de la pathologie et de capacités fonctionnelles. Cette hétérogénéité a été prise en compte dans l'adaptation du contenu des séances de danse, de manière à assurer la sécurité, l'accessibilité et la pertinence des activités proposées pour chaque patient.

Les participants étaient tous volontaires pour intégrer le programme de danse adaptée, après avoir reçu une information claire sur les objectifs, le déroulement et les évaluations prévues dans le cadre de cette étude. Leur inclusion reposait sur des échanges avec l'équipe pluridisciplinaire (médecins, kinésithérapeutes, psychologues) et sur une validation des capacités motrices et cognitives minimales nécessaires à la participation active aux séances.

Pour garantir la cohérence du protocole et la sécurité des participants, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis en amont de l'intervention. Ces critères visaient à sélectionner des participants capables de bénéficier du programme de danse adaptée, tout en assurant leur sécurité physique et psychologique au cours des séances.

o Critères d'inclusion :

Les participants devaient répondre aux critères suivants :

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Être atteint d'une pathologie neurologique diagnostiquée (AVC, maladie neurodégénérative, atteinte médullaire...) ;
- Présenter des troubles moteurs et/ou cognitifs légers à modérés compatibles avec une participation en position debout ou assise selon les capacités ;
- Être en capacité de comprendre les consignes simples ;
- Avoir reçu un avis médical favorable à la pratique d'une activité physique adaptée, notamment en contexte de danse ;
- Être volontaire et avoir donné son consentement éclairé.

o Critères d'exclusion :

Certains critères ont conduit à l'exclusion des patients afin de ne pas compromettre leur sécurité ou la validité des résultats :

- Présence de troubles cognitifs sévères empêchant la compréhension des consignes ou la participation autonome ;
- Instabilité médicale ou épisodes aigus récents (chutes répétées, troubles cardiorespiratoires) ;
- Douleurs invalidantes ou limitations musculosquelettiques incompatibles avec la pratique gestuelle proposée ;
- Refus de participation ou impossibilité de donner un consentement libre et éclairé.

Ces critères ont permis de constituer un groupe homogène sur le plan de la participation, tout en respectant la diversité clinique des pathologies neurologiques concernées

	Patient A	Patient B	Patient C	Patient D	Patient E	Patient F	Patient G	Patient H
Sexe	F	F	H	F	F	H	F	H
Âge	56	65	62	43	62	63	69	78
Pathologie	AVC sylvien gauche, hémiparésie, discopathie dégénérative, fractures	Maladie neurodégénérative, discopathie, fractures	AVC hématomé gauche, fractures, dysarthrie	Hématome profond droit, hémiparésie, dysarthrie	Tétraparésie, mononévrite multiple	Maladie de Parkinson	Infarctus sylvien droit, hémiparésie, héminégligence	Neuropathie axonale, déficit du releveur pied gauche
Aide à la marche	Fauteuil, verticalisation possible	Debout quelques minutes, appui avant-pied	Autonome AVQ	Debout quelques minutes, mieux assis	Besoin d'un appui avant	Autonome AVJ	Marche	Béquilles, objectif : plus en avoir
Prescription	Équilibre assis/debout, renforcement musculaire, lutte contre enraidissement	Réentraînement, renforcement musculaire, parcours, équilibre	Activité gymnique	RM, équilibre	Renforcement musculaire des 4 membres, endurance à l'effort	Aérobic, réentraînement, RM, renforcement, étirement	Amélioration marche, équilibre	Renforcement musculaire, travail équilibre

Tableau 2 : Caractéristiques des patients du groupe test

	Patient I	Patient J	Patient K	Patient L	Patient M	Patient N	Patient O	Patient P
Sexe	H	F	F	H	H	H	F	H
Âge	77	91	79	58	73	74	76	76
Pathologie	AVC mésencéphalique gauche, hémiparésie, troubles élocution	AVC sylvien droit, hémiplégié séquellaire	SEP, PTH	Compression médullaire, myélopathe cervicale	TC, hématomes multiples, contusions	Maladie Parkinson, PTG D & G infecté	Tétraplégie, ataxie, restrictions alimentaires, troubles déglutition	Syndrome parkinsonien atypique, maladie à corps de Lewy
Aide à la marche	Peut marcher quelques minutes	Fauteuil, peut marcher (objectif)	Fauteuil, aide humaine	Fauteuil, qlq pas possibles	Fauteuil	Difficulté à se déplacer	Debout	Debout
Prescription	Activité gymnique, équilibre, amélioration marche	Lutte contre enraidissement, renforcement musculaire, transfert, marche	Mobilisation articulaire, endurance	Équilibre, posture	Mobilisation	Réentraînement doux à l'effort, équilibre	Rééducation polyneuropathie probable carentielle	Rééducation

Tableau 3 : Caractéristiques des patients du groupe contrôle

2. Prise en charge

Le programme de danse adaptée s'est déroulé sur une durée de quatre semaines, avec deux à trois séances hebdomadaires d'une durée d'environ 30 minutes. Cette fréquence a été choisie pour permettre une régularité suffisante tout en respectant les capacités physiques et la fatigabilité des participants atteints de pathologies neurologiques. Les séances ont eu lieu dans une salle d'Activité Physique Adaptée, sécurisée et accessible, au sein du centre Hélène Borel. Elles étaient encadrées par une enseignante en Activité Physique Adaptée formée à la danse et à la prise en charge des personnes en situation de handicap neurologique.

Chaque séance était structurée de manière à favoriser une progression à la fois motrice, cognitive et psychosociale. Elle débutait par un échauffement global visant à mobiliser les articulations, activer la respiration et favoriser une prise de conscience corporelle. La partie principale proposait des enchaînements chorégraphiques simples, adaptés au niveau fonctionnel de chacun, réalisés en musique afin de stimuler la coordination, la synchronisation des mouvements, l'équilibre et la mémoire motrice. Le travail pouvait se faire en position assise ou debout selon les capacités des participants, avec des variations d'amplitude, de rythme ou de support (appuis, aide extérieure) pour garantir une accessibilité maximale. La séance se terminait par une phase de retour au calme incluant des étirements doux, de la respiration guidée et parfois un moment de relaxation.

L'approche pédagogique était centrée sur le plaisir de bouger et la valorisation des progrès, même minimes. La musique jouait un rôle central en tant que médiateur émotionnel et moteur, facilitant l'engagement dans l'activité. Le programme favorisait l'expression de soi, la créativité et l'interaction avec les autres, tout en respectant le rythme et les limites de chacun. L'objectif global était de proposer un environnement stimulant et bienveillant, propice à la mobilisation des fonctions motrices et cognitives, à la réduction du stress et à l'amélioration du bien-être psychologique.

Dans le cadre de cette étude, deux groupes distincts ont été constitués afin de comparer l'impact spécifique d'un programme de danse adaptée à celui d'une prise en charge plus classique en Activité Physique Adaptée (APA).

Le groupe test a bénéficié d'un programme de danse adaptée de type LIA (Low Impact Aerobic) à raison de deux à trois séances par semaine pendant 4 à 6 semaines, en complément de leur prise en charge rééducative habituelle. Les séances étaient encadrées individuellement et conçues pour s'adapter aux capacités motrices et cognitives de chaque participant. Le groupe témoin, quant à lui, a suivi un programme d'APA plus classique, composé principalement d'activités physiques adaptées et d'exercices de renforcement musculaire sur machine, tels qu'ils sont généralement proposés dans les structures de rééducation. Ce groupe n'a pas participé aux séances de danse, mais a été suivi pendant une durée équivalente, sur le même rythme hebdomadaire.

Les deux groupes ont été évalués à deux reprises : une première fois en pré-test, avant le début des séances, puis en post-test, à l'issue des six semaines d'intervention. Les tests ont été administrés dans les mêmes conditions, à distance des séances, et sans intervention de l'évaluateur durant leur passation afin de limiter tout biais d'influence. Cette méthodologie permet de comparer objectivement les effets des deux approches sur le bien-être global, en particulier au niveau moteur, cognitif et psychologique.

3. Choix des tests

3.1 Mini-BESTest : Évaluation de l'équilibre fonctionnel

Le Mini-BESTest (Mini Balance Evaluation Systems Test) est un test clinique validé qui permet d'évaluer de manière complète et structurée les différentes composantes de l'équilibre. Il a été conçu pour être rapide à administrer tout en conservant une analyse fine des capacités posturales. Il est particulièrement adapté aux personnes atteintes de pathologies neurologiques, comme les AVC, la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques.

Ce test comprend 14 items, répartis en quatre grands domaines :

1. Anticipation posturale

Mesure la capacité à préparer et ajuster sa posture avant d'effectuer un mouvement volontaire : se lever d'une chaise, monter sur la pointe des pieds, **test unipodal**.

2. Réactions posturales

Évalue la réponse automatique aux perturbations externes, par exemple lors d'une poussée contrôlée vers l'arrière ou sur le côté.

3. Orientation sensorielle

Examine la stabilité lorsque les repères sensoriels sont modifiés (pieds sur mousse, yeux fermés), testant la reliance aux informations vestibulaires et proprioceptives.

4. Marche dynamique

Regroupe plusieurs tâches de marche : changement de vitesse, demi-tour rapide, marche avec rotation de la tête, ainsi que le **Timed Up and Go (TUG)**, qui consiste à se lever, marcher trois mètres, faire demi-tour, revenir et se rasseoir.

Chaque exercice est noté sur une échelle de 0 à 2 :

- 0 : incapable de réaliser la tâche ou déséquilibre important,
- 1 : performance partielle ou instable,
- 2 : tâche réalisée correctement et de manière stable.

Le score total possible est de 28 points : plus il est élevé, meilleure est la stabilité posturale. Le test dure environ 15 minutes et nécessite peu de matériel : un tabouret, un coussin en mousse, un chronomètre, un parcours dégagé de 3 mètres, et quelques repères au sol suffisent. Chaque item est expliqué puis réalisé par le patient sous la surveillance de l'évaluateur, qui note la qualité d'exécution.

Ce test est fiable, reproductible, et sensible aux changements après un programme d'intervention, même de courte durée. Il permet de repérer précisément les faiblesses dans le contrôle de l'équilibre, et d'orienter le travail de rééducation. Dans le cadre d'un programme de danse adaptée, il est particulièrement pertinent, car la danse sollicite justement plusieurs des composantes évaluées par ce test, comme la posture, la coordination, et la réactivité.

3.2 MoCA : Montreal Cognitive Assessment

Le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) est un test de dépistage neuropsychologique développé par Nasreddine et al. (2005), conçu pour évaluer rapidement les principales fonctions cognitives chez l'adulte. Il est particulièrement sensible aux troubles cognitifs légers et adapté aux patients atteints de pathologies neurologiques telles que l'AVC, la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques.

Ce test d'une durée de 10 à 15 minutes couvre un large spectre de fonctions cognitives réparties en sept domaines principaux :

1. Attention et concentration

À travers des tâches de répétition de chiffres, de vigilance (taper à un certain son) et de calcul mental.

2. Fonctions exécutives

Évaluées par des épreuves de trail making (relier des chiffres et lettres), de fluence verbale et d'abstraction.

3. Mémoire

Apprentissage de cinq mots avec rappel immédiat et différé.

4. Langage

Répétition de phrases complexes, dénomination d'images, fluence lexicale.

5. Fonctions visuo-spatiales

Copie d'un cube, dessin d'une horloge.

6. Orientation temporelle et spatiale

Date, lieu, situation.

Le score maximal est de 30 points, et un score inférieur à 26 peut être évocateur d'un trouble cognitif, bien que des ajustements soient prévus selon le niveau d'éducation. Une version française validée du MoCA est disponible, et son utilisation est fréquente dans le cadre de la rééducation ou de l'évaluation des patients neurologiques.

Dans le cadre d'un programme de danse adaptée, ce test permet de mesurer l'évolution globale de la cognition, notamment les fonctions sollicitées lors de l'apprentissage chorégraphique : attention soutenue, mémoire à court terme, planification motrice et orientation dans l'espace. Il constitue donc un outil pertinent pour évaluer l'impact de l'intervention sur les capacités cognitives générales.

3.3 WHO-5 : Échelle de bien-être de l'Organisation mondiale de la santé

Le WHO-5 Well-Being Index est un outil d'évaluation développé par l'Organisation mondiale de la santé pour mesurer le bien-être psychologique subjectif. Il s'agit d'un questionnaire court, simple et validé dans de nombreuses langues, dont le français. Il est largement utilisé dans les domaines de la santé publique, de la psychologie clinique et des soins chroniques, notamment chez les personnes atteintes de pathologies neurologiques.

Le WHO-5 comprend cinq items qui évaluent la fréquence de certains ressentis positifs au cours des deux dernières semaines :

1. Je me suis senti(e) joyeux(se) et de bonne humeur.
2. Je me suis senti(e) calme et détendu(e).
3. Je me suis senti(e) actif(ve) et plein(e) d'énergie.
4. Je me suis réveillé(e) reposé(e) et frais(che).
5. Ma vie quotidienne m'a semblé remplie de choses intéressantes.

Chaque item est noté sur une échelle de 0 (jamais) à 5 (tout le temps). Le score total brut (sur 25) est ensuite multiplié par 4 pour obtenir un score final sur 100. Un score inférieur à 50 peut indiquer une souffrance psychologique ou un risque de dépression, tandis qu'un score supérieur à 70 reflète généralement un bon niveau de bien-être subjectif.

L'intérêt du WHO-5 réside dans sa simplicité, sa sensibilité au changement et sa capacité à refléter le ressenti global du patient. Il permet de saisir l'impact émotionnel d'une intervention, sans s'appuyer sur des critères pathologiques ou médicaux. Dans le cadre d'un programme de danse adaptée, il s'agit d'un outil particulièrement pertinent pour évaluer l'évolution du plaisir, de la vitalité et du sentiment de satisfaction générale, qui sont au cœur de l'expérience vécue par les participants.

4. Programmation et modalités d'intervention en APA

Le cycle de danse adaptée a été mis en place sous forme de prises en charge individuelles dans une salle d'APA partagée. La présence d'autres patients dans cet espace a favorisé des interactions spontanées et bienveillantes : dès les premières séances, des encouragements tels que « C'est bien ce que vous faites » ou « On voit les progrès » ont contribué à créer un climat de soutien mutuel. La récurrence des participants et l'ambiance conviviale ont renforcé ce lien social, essentiel au bien-être psychologique. La musique rythmée et entraînante, choisie spécifiquement, a transformé l'atmosphère en un espace dynamique et stimulant, rompant ainsi avec le cadre plus formel et parfois silencieux des prises en charge classiques.

Une séance type était structurée selon une progression adaptée aux capacités de chaque participant. Après l'installation face à l'intervenant, un échauffement articulaire court (environ cinq minutes) préparait les articulations, en tenant compte des autres activités rééducatives de la journée (kinésithérapie, ergothérapie). La séance se poursuivait avec la découverte d'une musique, choisie en fonction de son rythme (introduction, couplets, refrains, outro) et adaptée aux capacités du participant grâce à la modulation des battements par minute. Les mouvements chorégraphiques étaient décomposés et expliqués lentement, favorisant la compréhension et l'intégration progressive. La gestion de l'hétérogénéité des participants a été anticipée par des stratégies d'adaptation spécifiques à l'APA : des repères visuels (plots au sol) ont été mis en place pour faciliter la compréhension des trajectoires, puis retirés progressivement au fil des progrès. Les amplitudes et complexités des mouvements ont été ajustées en fonction des capacités de chacun, et les séquences proposaient des variantes modulables (rythme, nombre de pas, direction) pour permettre à tous de progresser et de trouver un niveau d'engagement adapté. Les chorégraphies étaient répétées plusieurs fois, facilitant un apprentissage sécurisé et progressif. Une fois les pas maîtrisés, l'accent était mis sur le respect du rythme et la qualité d'exécution, nécessitant du temps et de la répétition. Chaque séance prévoyait l'apprentissage de deux danses, dont la complexité augmentait progressivement. Au terme du programme, chaque participant réalisait une chorégraphie complète sans assistance extérieure, témoignant des compétences motrices et cognitives acquises.

Il convient de noter que les tests d'évaluation ont été administrés dans le cadre des séances, en début (pré-test) et en fin (post-test) de la prise en charge, selon des conditions identiques pour tous les participants et sans intervention de l'évaluateur durant la passation. Cela a permis de garantir la neutralité de l'évaluation et de mesurer objectivement les effets du programme.

En mobilisant simultanément les dimensions motrices, cognitives et psychosociales, la danse LIA a démontré son caractère inclusif, offrant à chacun la possibilité de progresser et de trouver sa place. L'association de la musique, du plaisir, de l'interaction humaine et de la valorisation individuelle a favorisé la motivation et l'engagement, tout en contribuant au bien-être global des participants.

Cette approche reflète pleinement la spécificité de l'Activité Physique Adaptée, qui ne se résume pas à l'utilisation de techniques ou d'appareils, mais s'inscrit dans une démarche centrée sur la personne, où l'adaptation continue, le plaisir et la dynamique sociale constituent la véritable valeur ajoutée de l'intervention.

IV. Statistiques

Les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel Excel. Les moyennes et écarts-types ont été calculés pour chaque groupe et chaque moment d'évaluation. La normalité a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk et l'homogénéité des variances à l'aide du test de Levene. Afin d'évaluer l'évolution intra-groupe, des tests de comparaison pour échantillons appariés ont été réalisés. Les conditions de normalité et d'homogénéité étant respectées, un test t de Student pour échantillons appariés a été utilisé. Aussi, pour comparer les résultats inter-groupes un test t de Student pour échantillons indépendants a été appliqué. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$.

V. Résultats

Les résultats obtenus permettent de rejeter l'hypothèse nulle selon laquelle il n'y aurait aucune évolution entre les évaluations qui ont lieu avant et après la prise en charge en activité physique adaptée par la danse. Plusieurs différences significatives sont observées entre les mesures avant et après la prise en charge, en particulier au sein du groupe test (tableau 4), ce qui témoigne de l'efficacité potentielle de l'intervention corporelle dans un contexte de rééducation.

Toutefois, l'ampleur de la significativité varie selon les groupes. C'est pourquoi nous avons ensuite procédé à une comparaison intergroupes afin d'évaluer si le groupe ayant bénéficié de la prise en charge en danse adaptée (groupe test) montrait une amélioration significativement supérieure à celle du groupe contrôle, qui n'a pas suivi ce type d'intervention.

L'analyse statistique révèle des résultats contrastés selon les tests. Une progression plus importante est observée chez les participants du groupe test sur les tests du bien-être psychologique (WHO-5) et de l'équilibre (Mini-BESTest), tandis que l'évolution des scores cognitifs (MoCA) reste plus modeste. Ces données soutiennent partiellement l'hypothèse d'un effet bénéfique de la danse adaptée sur certaines dimensions de la santé chez les patients atteints de pathologies neurologiques.

	Avant		Après	
	Groupe test	Groupe contrôle	Groupe test	Groupe contrôle
MiniBESTest	13,2 ± 7,3	13,5 ± 7,4	20,1 ± 4,3**	17,8 ± 6,2**
MoCA	25,6 ± 3,7	22,8 ± 4,2	27,2 ± 2,8*	24,2 ± 4,1
WHO-5	47,0 ± 12,6	40,5 ± 11,4	65,0 ± 7,9**	49 ± 10,8***\$

Tableau 4 : Moyennes des résultats obtenus aux différents tests par les patients lors des évaluations initiales et finales

* : $p < 0,05$ intragroupe ; ** : $p < 0,01$ intragroupe ; *** : $p < 0,001$ intragroupe ; \$: $p < 0,05$ intergroupes ; ± : Ecartype

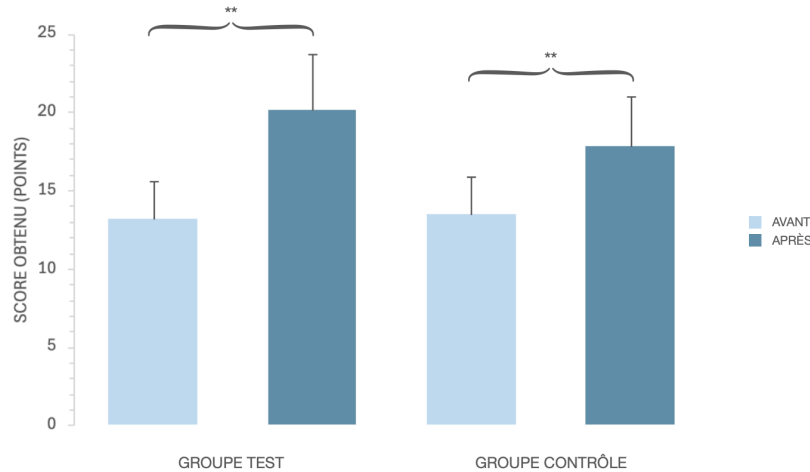


Figure 1 : Évolution des scores moyens obtenus avant et après la prise en charge du groupe test et du groupe contrôle

**** :** $p < 0,01$

L'équilibre postural a été évalué à l'aide du Mini-BESTest permettant de comparer les scores moyens obtenus avant et après la prise en charge. Une amélioration significative ($p < 0.05$) a été observée dans le groupe ayant bénéficié de la danse adaptée. Ce groupe est passé d'une moyenne de 13.25 points à 20.13 points après six semaines d'intervention (soit un gain moyen de 6.88 points ; $p < 0.05$). À l'inverse, le groupe contrôle a également progressé, mais de manière moins marquée, avec une moyenne passant de 13.50 à 17.88 points (soit un gain de 4.38 points ; $p < 0.05$). Ces données, illustrées par la figure 1, indiquent une amélioration de l'équilibre dans les deux groupes avec une progression plus importante dans le groupe ayant suivi la prise en charge corporelle.

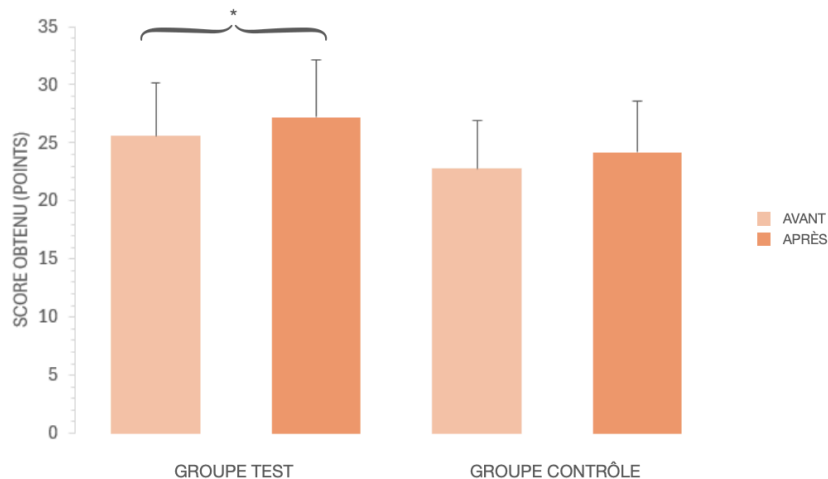


Figure 2 : Évolution des scores moyens obtenus avant et après la prise en charge du groupe test et du groupe contrôle

***** : $p < 0,05$

Les capacités cognitives ont été mesurées à l'aide du MoCA (Montreal Cognitive Assessment). Les scores moyens avant et après l'intervention ont été comparés (figure 2). Le groupe ayant suivi la prise en charge par la danse adaptée a vu sa moyenne augmenter de 25.63 à 27.25 points, soit un gain de 1.63 point ($p < 0.05$). Le groupe contrôle a également progressé, passant d'une moyenne de 22.88 à 24.25 points, soit une augmentation de 1.38 point ($p < 0.05$). Les deux groupes présentent donc une amélioration des scores cognitifs au terme de la prise en charge, avec une progression légèrement plus marquée dans le groupe ayant bénéficié de la danse adaptée.

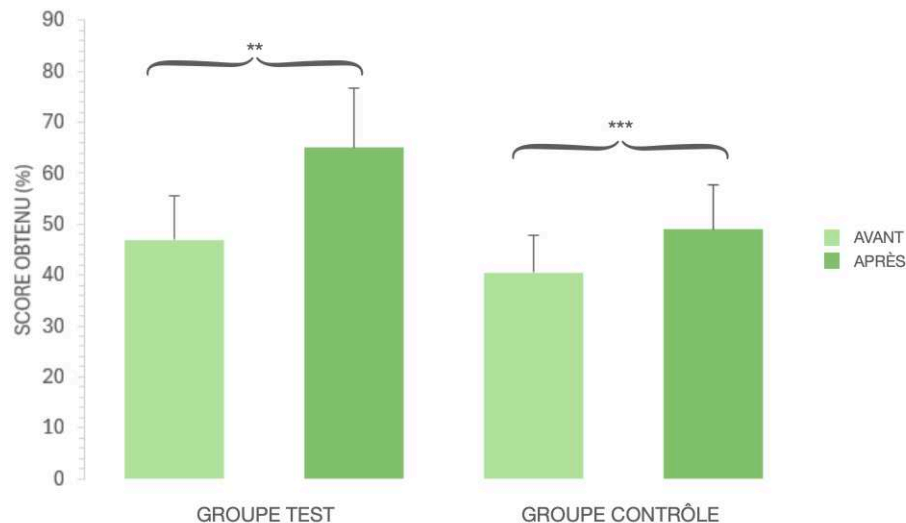


Figure 3 : Évolution des scores moyens obtenus avant et après la prise en charge du groupe test et du groupe contrôle

** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$

Le bien-être psychologique a été évalué à l'aide de l'échelle WHO-5, exprimée en pourcentage, visible sur le graphique ci-dessus (figure 3). Une augmentation significative ($p < 0.01$) a été observée dans le groupe ayant participé à la prise en charge corporelle. Le score moyen est passé de 47 % à 65 %, soit une hausse de 18 points ($p < 0.01$). Le groupe contrôle a également vu son score progresser, de 40.5 % à 49 %, ce qui représente un gain de 8.5 points ($p < 0.05$). L'amélioration du bien-être est donc visible dans les deux groupes, avec un effet plus important dans le groupe ayant pratiqué la danse adaptée.

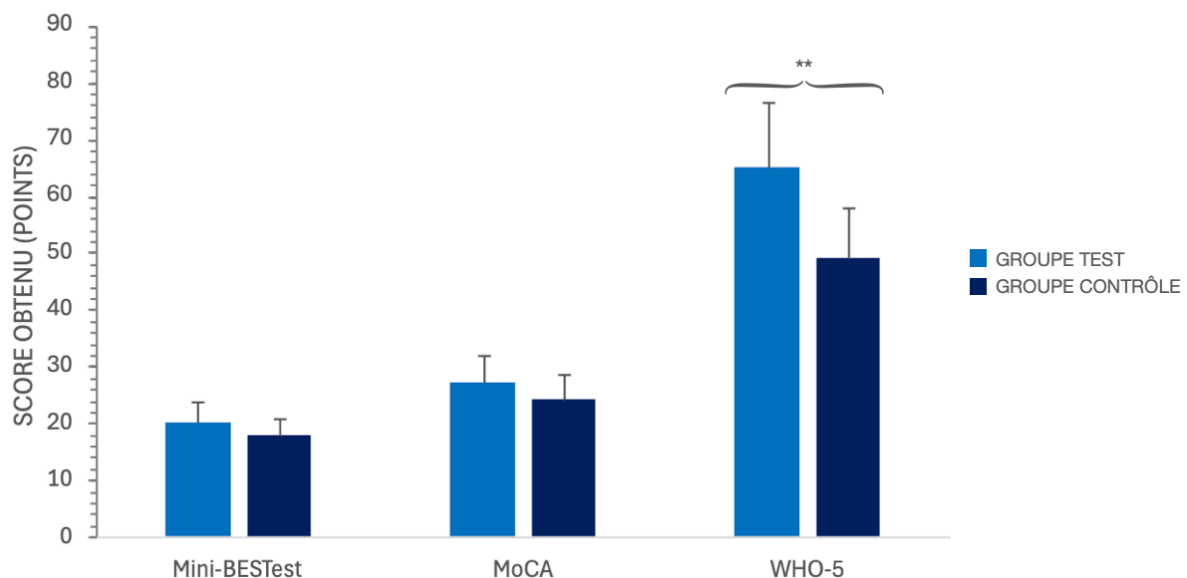


Figure 4 : Comparaison des résultats du groupe test et du groupe contrôle aux différents tests post prise en charge

** : $p < 0,01$

Afin d'évaluer l'effet différencié de l'intervention entre les deux groupes, une comparaison des résultats post-intervention a été réalisée sur chacun des trois tests (figure 4).

Concernant le Mini-BESTest, aucun écart significatif n'a été observé entre les deux groupes à l'issue de la prise en charge ($p = 0.41$). Bien que les deux groupes aient montré une amélioration de leurs performances motrices au cours du programme, cette progression semble similaire entre le groupe ayant pratiqué la danse adaptée et le groupe contrôle.

Pour ce qui est de la cognition, mesurée à l'aide du test MoCA, aucune différence significative n'a été relevée entre les groupes en post-test ($p = 0.106$). Les légères progressions observées dans les deux groupes ne permettent pas de conclure à un effet différentiel de l'intervention sur cette dimension.

En revanche, les résultats du WHO-5, qui évalue le bien-être psychologique, révèlent une différence significative entre les groupes en post-intervention ($p = 0.004$). Le groupe ayant suivi le programme de danse adaptée présente des scores de bien-être significativement plus élevés que le groupe contrôle à l'issue de l'intervention. Ce résultat suggère un effet positif spécifique de la danse adaptée sur le bien-être, au-delà de l'effet attendu d'un simple accompagnement en réadaptation.

Test	Groupe test (Avant-après)	Groupe contrôle (Avant-après)	Intergroupes (après)
MiniBESTest	1,15	0,64	0,28
MoCA	0,49	0,33	0,75
WHO-5	1,71	0,76	1,68

Tableau 5 : Résultats des tailles d'effet intragroupe et intergroupes pour les trois évaluations
d de Cohen : 0.2 = faible, 0.5 = modéré, 0.8 = fort (Cohen, 1988)

Les tailles d'effet ont été calculées à l'aide du coefficient d de Cohen pour chaque comparaison avant/après dans les deux groupes, ainsi que pour la comparaison intergroupes post-intervention. Le tableau DDD ci-dessous synthétise les valeurs obtenues.

Dans le groupe test, les résultats montrent des effets importants à très importants pour deux des trois dimensions évaluées. En effet, la taille d'effet est très forte pour le test WHO-5 ($d = 1,710$), indiquant une amélioration marquée du bien-être psychologique à la suite de l'intervention. Pour le Mini-BESTest, la taille d'effet est également forte ($d = 1,145$), traduisant une progression nette des capacités d'équilibre postural. Concernant les performances cognitives mesurées par le MoCA, la taille d'effet est modérée ($d = 0,492$), suggérant une évolution plus contenue dans ce domaine.

Dans le groupe contrôle, les tailles d'effet sont globalement plus faibles. On observe un effet modéré pour le WHO-5 ($d = 0,764$) et le Mini-BESTest ($d = 0,638$), tandis que la progression au MoCA présente une taille d'effet faible ($d = 0,332$).

Enfin, la comparaison intergroupes post-intervention sur le bien-être (WHO-5) met en évidence une taille d'effet très forte ($d = 1,684$), ce qui suggère un impact nettement plus important de la danse adaptée sur cette dimension dans le groupe test.

VI. Discussion

Les résultats obtenus au Mini-BESTest témoignent d'une amélioration significative de l'équilibre postural entre le début et la fin de la prise en charge, en particulier dans le groupe ayant suivi les séances de danse adaptée. Le score moyen est passé de 13,2 à 20,1 dans le groupe test, contre une progression de 13,5 à 17,8 dans le groupe contrôle.

Cette évolution peut s'expliquer par les spécificités de la danse adaptée, qui mobilise des composantes motrices telles que les transferts d'appuis, les déplacements latéraux, les rotations et les mouvements rythmés. Ces éléments sont directement en lien avec les dimensions évaluées par le Mini-BESTest comme la stabilité dynamique ou les réponses posturales à des perturbations. Dès les premières séances, certains patients qui tenaient à peine debout, ont pourtant réussi à s'engager dans le mouvement. La musique a joué un rôle moteur et émotionnel fort les aidant à dépasser leurs appréhensions. Portés par le rythme et les consignes, ils ont pu effectuer des gestes qu'ils ne réalisaient plus. En effet, la danse travaille l'équilibre de manière globale : par l'ancrage au sol, l'auto-grandissement, mais aussi par les déplacements dans l'espace. Chaque mouvement est décomposé et expliqué permettant aux patients de mieux comprendre les consignes, de progresser à leur rythme et d'exécuter les gestes en sécurité. Ce travail progressif renforce la conscience corporelle et favorise la stabilité. Les séances intégraient également des consignes spatiales et rythmiques, engageant activement les capacités motrices dans des situations proches du quotidien. Selon Godi et al. (2013), le Mini-BESTest est sensible aux évolutions fonctionnelles chez les patients neurologiques notamment lors de tâches dynamiques. Les progrès observés dans ce protocole semblent confirmer ces constats. Enfin, la progression notable du groupe test suggère que la pratique régulière de la danse a permis aux patients de développer des stratégies motrices plus efficaces, renforçant leur contrôle postural et leur confiance dans le mouvement. Ces résultats rejoignent ceux de Hackney et al. (2009), qui mettent en évidence les bénéfices de la danse sur la marche et l'équilibre chez les patients atteints de troubles neurologiques.

Ces éléments confirment que la danse adaptée, en tant que pratique corporelle complète, répond aux objectifs de cette étude visant à améliorer les capacités motrices de patients neurologiques par l'activité physique adaptée.

Les résultats obtenus à l'échelle WHO-5 indiquent une amélioration significative du bien-être psychologique chez les participants des deux groupes, avec une progression plus marquée dans le groupe ayant suivi la danse adaptée. Le groupe test est passé d'un score moyen de 47 % à 65 %, contre une progression de 40.5 % à 49 % dans le groupe contrôle. De plus, une différence significative a été observée entre les deux groupes après l'intervention, en faveur du groupe test. Ces résultats suggèrent que l'activité proposée a eu un impact positif sur le bien-être, au-delà des effets généraux de la prise en charge.

Le bien-être évalué par l'échelle WHO-5 correspond principalement au bien-être hédonique, centré sur les ressentis agréables, le plaisir, l'enthousiasme ou encore l'énergie ressentie au quotidien. Toutefois, certains effets observés dans le cadre de cette intervention relèvent également du bien-être eudémonique, qui renvoie à la réalisation de soi, au sentiment d'utilité et d'engagement actif dans une activité porteuse de sens. Dans ce contexte, la pratique régulière de la danse adaptée a pu contribuer à renforcer ces deux dimensions du bien-être. En effet, les séances proposées ont été conçues pour favoriser à la fois l'expression corporelle, la créativité et l'engagement actif à travers le mouvement. Ce contexte a pu faciliter l'entrée dans un état de flow, un état de concentration et de plaisir dans l'action où la personne est pleinement investie dans le moment présent.

(Csikszentmihalyi, 1990). Ce type d'expérience est associé à une augmentation du bien-être subjectif et à un renforcement de la motivation intrinsèque.

Un autre élément important à prendre en compte est que les participants du groupe test ont choisi de participer aux séances de danse. Le fait d'avoir le choix les a rendus plus acteurs de leur prise en charge, ce qui a favorisé une motivation personnelle à s'impliquer dans l'activité. Cette motivation intrinsèque a probablement renforcé leur engagement ainsi que leur expérience positive de la pratique. Ce facteur pourrait en partie expliquer l'ampleur des résultats observés. Par ailleurs, les séances de danse ont eu lieu dans la salle d'activité physique adaptée (APA), un espace partagé chaque jour par des patients en relative autonomie. Ce cadre bienveillant, où les patients s'encouragent et se soutiennent mutuellement sans jugement, a favorisé le développement de liens sociaux positifs, tout en contribuant à renforcer l'estime de soi et à réduire le sentiment d'isolement. Ces éléments ont pu jouer un rôle direct dans l'amélioration du bien-être psychologique observée chez les participants. Ainsi, les résultats obtenus au WHO-5 peuvent être interprétés comme le fruit d'une combinaison de facteurs : une activité engageante sur le plan corporel et émotionnel, une participation volontaire et motivée, un cadre social valorisant, et une opportunité d'expression de soi à travers le mouvement.

Les capacités cognitives ont été évaluées à l'aide du test MoCA, outil fréquemment utilisé chez les personnes atteintes de pathologies neurologiques. Les résultats montrent une légère amélioration des scores dans les deux groupes, avec un gain moyen de 1.63 point dans le groupe test et de 1.38 point dans le groupe contrôle. Toutefois, seule l'évolution du groupe test est statistiquement significative tandis que celle du groupe contrôle ne l'est pas. La comparaison intergroupes post-intervention ne révèle aucune différence significative.

Ces résultats suggèrent un effet modéré de l'intervention sur les fonctions cognitives, principalement dans le groupe ayant pratiqué la danse adaptée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette évolution limitée. D'une part, la durée de l'intervention (6 semaines) était relativement courte pour produire des effets cognitifs marqués. Selon certaines études (Teixeira-Machado et al., 2019 ; Chang et al., 2011), les bénéfices cognitifs de l'activité physique (notamment sur l'attention, la mémoire ou les fonctions exécutives) se manifestent généralement après plusieurs mois de pratique régulière.

Bien que le programme ait intégré des éléments favorables à la stimulation cognitive (comme des tâches duales, des changements de consignes fréquents et des séquences sollicitant l'attention et la mémoire de travail) les résultats au test MoCA montrent une amélioration modérée, sans différence significative entre les groupes. Cela peut s'expliquer par le fait que les chorégraphies ont été majoritairement réalisées sous la guidance constante de l'intervenante. Cette aide visuelle et verbale, bien que rassurante, a pu limiter l'engagement actif des patients dans les processus de mémorisation et de rappel autonome. Or, selon la littérature, les effets cognitifs de l'activité physique sont plus marqués lorsque la personne est amenée à prendre des décisions, à s'adapter seule et à gérer une certaine charge mentale (Best, 2010 ; Teixeira-Machado et al., 2019). Pour renforcer cet impact, il serait donc pertinent d'intégrer plus souvent des phases sans assistance afin de favoriser la mobilisation réelle des fonctions exécutives et la consolidation des séquences apprises.

Enfin, l'effet de l'activité sur la cognition pourrait également dépendre du niveau de base des participants, certains ayant déjà des scores élevés au MoCA avant l'intervention, ce qui limite les marges de progression. Malgré cela, les résultats suggèrent que la danse adaptée peut constituer une modalité intéressante de stimulation cognitive, notamment lorsqu'elle est pratiquée dans un cadre engageant, structuré et répétitif.

VII. Conclusion

Ce travail avait pour objectif d'évaluer les effets d'un programme de danse adaptée sur la motricité, la cognition et le bien-être psychologique chez des personnes atteintes de pathologies neurologiques. Les résultats montrent des évolutions positives dans les deux groupes avec des améliorations significatives plus marquées dans le groupe ayant participé à la danse adaptée, notamment au niveau de l'équilibre postural et du bien-être psychologique.

Ces résultats soulignent l'intérêt d'intégrer des pratiques corporelles artistiques et expressives comme la danse au sein des programmes de réadaptation. La régularité des séances, le cadre collectif bienveillant, le plaisir de bouger et le sentiment d'appartenance qu'elles favorisent semblent jouer un rôle central dans les bénéfices observés.

Cependant, plusieurs limites méthodologiques doivent être prises en compte dans l'interprétation de ces résultats. La taille réduite de l'échantillon limite la portée des conclusions et leur généralisation à d'autres populations. De plus, la durée relativement courte de l'intervention a pu restreindre l'ampleur des effets en particulier sur les fonctions cognitives. Enfin, le fait que les participants aient choisi volontairement de s'inscrire à la danse a pu introduire un biais de motivation, les rendant plus engagés et réceptifs à l'activité que d'autres patients.

Malgré ces limites, cette étude souligne la pertinence de la danse adaptée comme modalité complémentaire en activité physique adaptée en raison de sa capacité à mobiliser simultanément les dimensions motrice, cognitive et émotionnelle. Elle met en évidence des résultats encourageants qui pourraient être approfondis dans le cadre de recherches futures menées sur des échantillons plus larges et sur des périodes d'intervention plus longues. Ces travaux permettraient de mieux comprendre les effets spécifiques de la danse adaptée et de soutenir son intégration en tant qu'outil thérapeutique au service de la santé globale des personnes atteintes de pathologies neurologiques.

Bibliographie

- Adams, M. P., Bell, J. R., & Carr, J. H. (2023). Dance for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 45(1), 24–35.
- Ares-Benítez, I., López-Ortiz, A., Gándara-Gafo, B., García-Rubio, J., & García-López, H. (2022). Effects of dance therapy on balance, mobility, and quality of life in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12345.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14–21.
- Batson, G., & Deutsch, J. E. (2005). Effects of Feldenkrais Awareness Through Movement on balance in adults with chronic neurological deficits following stroke: A preliminary study. *Complementary Health Practice Review*, 10(3), 203–210.
- Baştürk, D., Köseoğlu, B. F., & Evcik, D. (2024). Effects of adapted line dance on balance, mobility, and psychological status in individuals with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 79, 104166.
- Best, J. R. (2010). Effects of physical activity on children's executive function: Contributions of experimental research on aerobic exercise. *Developmental Review*, 30(4), 331–551.
- Biddle, S., & Mutrie, N. (2008). *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-being and Interventions*. Routledge.
- Bruyneel, A.-V., Couillet, A., Duclos, G., & Stoquart, G. (2023). Adapted dance as a complement to rehabilitation in patients with stroke: A randomized controlled pilot study. *Heliyon*, 9(2), e13720.
- Chang, Y. K., Labban, J. D., Gapin, J. I., & Etnier, J. L. (2011). The effects of acute exercise on cognitive performance: A meta-analysis. *Brain Research*, 1453, 87–101.
- Chwastiak, L., & Ehde, D. M. (2007). Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatric Clinics*, 30(4), 803–817.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.

- Dhami, P., Moreno, S., & DeSouza, J. F. X. (2015). New framework for rehabilitation – fusion of cognitive and physical rehabilitation: the hope for dancing. *Frontiers in Psychology*, 5, 1478.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(11), 1276–1281.
- Godi, M., Franchignoni, F., Caligari, M., Giordano, A., Turcato, A. M., & Nardone, A. (2013). Comparison of reliability, validity, and responsiveness of the Mini-BESTest and Berg Balance Scale in patients with balance disorders. *Physical Therapy*, 93(2), 158–167.
- Hackney, M. E., & Earhart, G. M. (2009). Effects of dance on movement control in Parkinson's disease: A comparison of Argentine tango and American ballroom. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(6), 475–481.
- Kalyani, H. H. N., Sullivan, K. A., Moyle, G., Brauer, S., Jeffrey, E. R., & Kerr, G. K. (2019). Impacts of dance on cognition, motor function and quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 23(8), 1015–1024.
- Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis update. *Frontiers in Psychology*, 10, 1806.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). Cadre mondial intégré pour les soins et le soutien dans le domaine des troubles neurologiques. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Patterson, K. K., Wong, J. S., Prout, E. C., Brooks, D., & McIlroy, W. E. (2018). Dance for the rehabilitation of balance and gait in adults with neurological conditions other than Parkinson's disease: A systematic review. *NeuroRehabilitation*, 43(1), 99–119.
- Quiroga Murcia, J. A., Kreutz, G., Clift, S., & Bongard, S. (2010). Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. *Arts & Health*, 2(2), 149–163.

- Reijnders, J. S. A. M., Ehrt, U., Weber, W. E. J., Aarsland, D., & Leentjens, A. F. G. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23(2), 183–189
- Rimmer, J. H., & Marques, A. C. (2012). Physical activity for people with disabilities. *The Lancet*, 380(9838), 193–195.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166.

Annexes

Annexe 1 : Test MoCA

NOM :
Scolarité :
Sexe :

Date de naissance :
DATE :

VISUOSPATIAL / EXÉCUTIF		Copier le cube		Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points)		POINTS	
[]		[]		[]	[]	___/5	
[]		[]		Contour	Chiffres	Aiguilles	
DÉNOMINATION							
[]		[]		[]		___/3	
MÉMOIRE		Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.					Pas de point
		1 ^{er} essai	VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE
		2 ^{ème} essai					
ATTENTION		Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec.). Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4 Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					___/2
Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs		[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB					___/1
Soustraire série de 7 à partir de 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
		4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt					
LANGAGE		Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []					___/2
Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min		[] _____ (N≥11 mots)					___/1
ABSTRACTION		Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle					___/2
RAPPEL		Doit se souvenir des mots SANS INDICES					___/5
		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Points pour rappel SANS INDICES seulement
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optionnel		Indice de catégorie					
		Indice choix multiples					
ORIENTATION		[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville
							___/6

Annexe 2 : Mini-BESTest

AJUSTEMENTS POSTURAUX ANTICIPATOIRES	1. ASSIS A DEBOUT				
	Croisez vos bras sur votre poitrine. Essayez de ne pas utiliser vos mains sauf si nécessaire. N'appuyez pas vos jambes contre la chaise en vous levant. Levez-vous maintenant.	Normal : Se lève debout sans utiliser ses mains et se stabilise de façon indépendante.	2		
		Modéré : Se lève debout du premier coup AVEC l'aide des mains.	1		
		Sévère : Ne peut se lever debout de la chaise sans assistance OU a besoin de plusieurs tentatives avec l'aide des mains.	0		
	2. MONTER SUR LA POINTE DES PIEDS				
	Placez vos pieds à la largeur des épaules. Placez les mains sur les hanches. Essayez de monter le plus haut possible sur la pointe des pieds. Je vais compter à voix haute 3 secondes. Essayez de maintenir cette position au moins 3 secondes. Regardez droit devant vous. Allez-y maintenant.	Normal : Stable durant 3 secondes à une hauteur maximale.	2		
		Modéré : Peut lever les talons, mais à une amplitude incomplète (moins qu'en lui tenant les mains) OU instabilité marquée durant 3 secondes.	1		
		Sévère : ≤ 3 secondes.	0		
	3. SE TENIR SUR UNE JAMBE				
	Regardez droit devant vous. Gardez les mains sur les hanches. Levez une jambe vers l'arrière sans toucher ou appuyer celle-ci sur votre autre jambe. Restez debout sur une jambe le plus longtemps possible. Regardez droit devant. Levez la jambe maintenant.	GAUCHE	Essai 1 :	Essai 2 :	(temps en secondes)
Normal : 20 secondes.			2		
Modéré : < 20 secondes.			1		
Sévère : Incapable.			0		
DROITE		Essai 1 :	Essai 2 :	(temps en secondes)	
		Normal : 20 secondes.	2		
		Modéré : < 20 secondes.	1		
		Sévère : Incapable.	0		
TOTAL AJUSTEMENTS POSTURAUX ANTICIPATOIRES					/6

CONTRÔLE POSTURAL RÉACTIF	4. STRATEGIE DE PAS COMPENSATOIRE: ANTERIEUR				
	Tenez-vous debout avec les pieds à la largeur des épaules, les bras le long du corps. Penchez-vous vers l'avant contre mes mains au-delà de vos limites de stabilité. Quand je vais retirer mes mains, faites le nécessaire, y compris faire un pas, pour éviter de tomber.	Normal : Rétablit son équilibre de façon indépendante à l'aide d'un seul grand pas (un deuxième pas de réalignement est permis).	2		
		Modéré : Plus d'un pas est nécessaire pour rétablir l'équilibre.	1		
		Sévère : Ne fait aucun pas, OU chuterait s'il n'était pas rattrapé, OU chute spontanément.	0		
	5. STRATEGIE DE PAS COMPENSATOIRE: POSTERIEUR				
	Tenez-vous debout avec les pieds à la largeur des épaules, les bras le long du corps. Penchez-vous sur le côté contre ma main au-delà de vos limites de stabilité. Quand je vais retirer mes mains, faites le nécessaire, y compris faire un pas, pour éviter de tomber.	Normal : Rétablit son équilibre de façon indépendante à l'aide d'un seul grand pas (un deuxième pas de réalignement est permis).	2		
		Modéré : Plus d'un pas est nécessaire pour rétablir l'équilibre.	1		
		Sévère : Ne fait aucun pas, OU chuterait s'il n'était pas retenu, OU chute spontanément.	0		
	6. STRATEGIE DE PAS COMPENSATOIRE: LATERAL				
	Tenez-vous debout pieds joints, les bras le long du corps. Penchez-vous sur le côté contre ma main au-delà de vos limites de stabilité. Quand je vais retirer ma main, faites le nécessaire, y compris faire un pas, pour éviter de tomber.	GAUCHE	Normal : Rétablit son équilibre de façon indépendante à l'aide d'un seul pas (croisé ou latéral sont acceptés).	2	Reporter le score du moins bon des 2 côtés.
Modéré : Fait plusieurs pas pour rétablir son équilibre.			1		
Sévère : Chute ou ne peut faire de pas.			0		
DROITE		Normal : Rétablit son équilibre de façon indépendante à l'aide d'un seul pas (croisé ou latéral sont acceptés).	2		
		Modéré : Fait plusieurs pas pour rétablir son équilibre.	1		
		Sévère : Chute ou ne peut faire de pas.	0		
TOTAL CONTRÔLE POSTURAL RÉACTIF					/6

ORIENTATION SENSORIELLE	7. DEBOUT (PIEDS JOINTS): YEUX OUVERTS, SURFACE FERME			
	Placez les mains sur les hanches. Placez vos pieds ensemble jusqu'à ce qu'ils soient presque en contact. Regardez droit devant. Demeurez aussi stable et immobile que possible, jusqu'à ce que je vous dise d'arrêter.	Temps en secondes :	Normal : 30 secondes.	2
			Modéré : < 30 secondes.	1
			Sévère : Incapable.	0
	8. DEBOUT (PIEDS JOINTS): YEUX FERMÉS, SURFACE EN MOUSSE			
	Montez sur la surface en mousse. Placez les mains sur les hanches. Placez vos pieds ensemble jusqu'à ce qu'ils soient presque en contact. Demeurez aussi stable et immobile que possible, jusqu'à ce que je vous dise d'arrêter. Je vais commencer à chronométrer quand vous allez fermer les yeux.	Temps en secondes :	Normal : 30 secondes.	2
			Modéré : < 30 secondes.	1
			Sévère : Incapable.	0
	9. PLAN INCLINÉ- YEUX FERMÉS			
	Montez sur le plan incliné, les oreilles pointant vers le haut de la pente. Placez vos pieds à la largeur des épaules, les bras le long du corps. Je vais commencer à chronométrer quand vous allez fermer les yeux.	Temps en secondes :	Normal : Se tient debout de façon indépendante durant 30 secondes et s'aligne avec la gravité.	2
Modéré : Se tient debout de façon indépendante < 30 secondes OU s'aligne avec la surface.			1	
Sévère : Incapable.			0	
TOTAL ORIENTATION SENSORIELLE			/6	

MARCHE DYNAMIQUE	10. CHANGEMENT DE VITESSE DE MARCHE				
	Commencez à marcher à votre vitesse normale. Quand je dirai "vite", marchez le plus vite possible. Quand je dirai "lent", marchez très lentement.	Normal : Change significativement de vitesse de marche sans déséquilibre.	2		
		Modéré : Incapable de changer de vitesse de marche ou signes de déséquilibre.	1		
		Sévère : Incapable de changer significativement de vitesse de marche ET signes de déséquilibre.	0		
	11. MARCHER EN TOURNANT LA TÊTE – À L'HORIZONTALE				
	Commencez à marcher à votre vitesse normale. Quand je dirai "droite", tournez la tête pour regarder à droite. Quand je dirai "gauche", tournez la tête pour regarder à gauche. Essayez de marcher en ligne droite.	Normal : Tourne la tête sans changer la vitesse de marche et en gardant un bon équilibre.	2		
		Modéré : Réduit la vitesse de marche en tournant la tête.	1		
		Sévère : Présence de déséquilibres en tournant la tête.	0		
	12. MARCHER ET PIVOTER				
	Commencez à marcher à votre vitesse normale. Quand je dirai "tournez et arrêtez", faites demi-tour aussi vite que possible et arrêtez. Après le demi-tour, vos pieds devraient être rapprochés.	Normal : Tourne avec les pieds rapprochés RAPIDEMENT (≤ 3 pas) et avec un bon équilibre.	2		
		Modéré : Tourne avec les pieds rapprochés LENTEMENT (≥ 4 pas) et avec un bon équilibre.	1		
		Sévère : Ne peut tourner avec les pieds rapprochés sans déséquilibre, peu importe la vitesse.	0		
	13. ENJAMBER UN OBSTACLE				
	Commencez à marcher à votre vitesse normale. Quand vous arriverez à la boîte, passez par-dessus, et non autour, et continuez à marcher.	Normal : Peut enjamber la boîte en changeant minimalement sa vitesse de marche avec un bon équilibre.	2		
		Modéré : Enjambe la boîte mais lui touche OU démontre un comportement prudent en ralentissant sa marche.	1		
		Sévère : Incapable d'enjamber boîte OU contourne la boîte.	0		
14. TIMED UP & GO AVEC DOUBLE TÂCHE (marche sur 3 mètres)					
TUG : Quand je dirai "go", levez-vous de la chaise, marchez à votre vitesse normale, franchissez la marque au sol, puis faites demi-tour et revenez vous asseoir sur la chaise.		TUG avec une double tâche : (temps en secondes)			
TUG AVEC DOUBLE TÂCHE : "Comptez à rebours à voix haute par bonds de 3 à partir de : Quand je dirai "go" levez-vous de la chaise, marchez à votre vitesse normale, franchissez la marque au sol, puis faites demi-tour et revenez vous asseoir sur la chaise. Continuez à compter à rebours pendant tout ce temps." Pour attribuer un score à l'épreuve 14, si la vitesse de marche du sujet ralentit de plus de 10% entre le TUG sans et avec la double tâche, le score devrait être diminué d'un point.		Normal : Pas de changement notable en position assise, debout ou en marchant lorsque le sujet compte à rebours en comparaison avec le TUG sans double tâche.	2		
		Modéré : La double tâche affecte soit le décompte OU la marche (> 10%) par rapport au TUG sans double tâche.	1		
		Sévère : Arrête de compter en marchant OU arrête de marcher en comptant.	0		
TOTAL MARCHE DYNAMIQUE					/10

Directives pour le Mini-BESTest

Préparation du sujet : Le sujet devrait être évalué avec des souliers à talons plats OU sans souliers ni chaussette.

Équipement: Une surface en mousse Temper® (aussi appelé T-foamTM de 10cm (4") d'épaisseur, de densité moyenne T41), une chaise sans accoudoir ni roulette, un plan incliné (10°, au moins 60x60 cm (2'x2')), un chronomètre, une boîte (23 cm (9") de haut) et une distance de 3 mètres mesurée à partir de la chaise et indiquée au plancher par des marques.

Attribution des scores : Le score maximal pour ce test est de 28 points. Chacune des 14 épreuves est notée de 0 à 2.

"0" représente le plus bas niveau fonctionnel et "2" le plus haut niveau fonctionnel.

Si un sujet doit utiliser une aide technique pour une épreuve, diminuez le score d'une catégorie.

Si un sujet nécessite une assistance physique pour exécuter une épreuve, attribuez un score de "0" pour cette épreuve.

Pour l'épreuve 3 (Se tenir sur une jambe) et l'épreuve 6 (Stratégie de pas compensatoire: LATÉRAL), utilisez le score d'un seul côté (le moins bon).

Pour l'épreuve 3 (Se tenir sur une jambe), sélectionnez le meilleur temps des deux essais (pour un côté donné) pour attribuer le score de ce côté.

Pour l'épreuve 14 (Timed up & go avec double tâche), si la vitesse de marche du sujet ralentit de plus de 10% entre le TUG sans et avec la double tâche, le score devrait être diminué d'un point.

1. ASSIS À DEBOUT	Observez l'initiation du mouvement ainsi que le recours aux mains sur le siège ou sur les cuisses de même que la projection des bras vers l'avant.
2. MONTER SUR LA POINTE DES PIEDS	Accordez deux essais au sujet. Attribuez un score au meilleur essai. (Si vous soupçonnez que le sujet ne monte pas à la hauteur maximale, demandez-lui de remonter en tenant les mains de l'évaluateur). Assurez-vous que le sujet regarde une cible fixe située devant lui à une distance de 1,25 à 3,7 m (4 à 12').
3. SE TENIR SUR UNE JAMBE	Accordez deux essais au sujet et notez le temps en seconde que le sujet peut tenir jusqu'à un maximum de 20 secondes. Arrêtez de chronométrer si le sujet enlève les mains de ses hanches ou qu'il pose son pied au sol. Assurez-vous que le sujet regarde une cible fixe située devant lui à une distance de 1,25 à 3,7 m (4 à 12'). Répétez pour l'autre côté.
4. STRATÉGIE DE PAS COMPENSATOIRE: ANTÉRIEUR	Tenez-vous devant le sujet avec une main sur chacune de ses épaules. Demandez-lui de se pencher vers l'avant (assurez-vous qu'il y a assez d'espace pour qu'il puisse faire un pas vers l'avant). Demandez au sujet de se pencher jusqu'à ce que ses épaules et ses hanches soient devant ses orteils. Lorsque vous sentez que le poids du sujet repose dans vos mains, retirez très subitement votre support. Le test doit provoquer un pas. REMARQUE : Soyez prêt à attraper le sujet en cas d'une perte d'équilibre.
5. STRATÉGIE DE PAS COMPENSATOIRE: POSTÉRIEUR	Tenez-vous derrière le sujet avec une main sur chacune de ses omoplates. Demandez-lui de se pencher vers l'arrière. (Assurez-vous qu'il y a assez d'espace pour qu'il puisse faire un pas vers l'arrière). Demandez au sujet de se pencher jusqu'à ce que ses épaules et ses hanches soient derrière ses talons. Lorsque vous sentez que le poids du sujet repose dans vos mains, retirez très subitement votre support. Le test doit provoquer un pas. REMARQUE: Soyez prêt à attraper le sujet en cas d'une perte d'équilibre.
6. STRATÉGIE DE PAS COMPENSATOIRE: LATÉRAL	Tenez-vous à côté du sujet et placez une main sur le côté du bassin. Demandez-lui d'appuyer tout son corps dans votre main. Demandez au sujet de se pencher jusqu'à ce que le centre de son bassin soit au-dessus du pied droit (ou gauche) puis retirez subitement votre support. REMARQUE: Soyez prêt à attraper le sujet en cas d'une perte d'équilibre.
7. DEBOUT (PIEDS JOINTS): YEUX OUVERTS, SURFACE FERME	Notez le temps que le sujet peut tenir debout pieds joints jusqu'à un maximum de 30 secondes. Assurez-vous que le sujet regarde une cible fixe située devant lui à une distance de 1,25 à 3,7 m (4 à 12').
8. DEBOUT (PIEDS JOINTS): YEUX FERMÉS, SURFACE EN MOUSSE	Utilisez une surface en mousse de densité moyenne Temper® de 10 cm (4") d'épaisseur. Aidez le sujet à monter sur le coussin. Notez le temps que le sujet peut tenir debout jusqu'à un maximum de 30 secondes. Demandez au sujet de descendre du coussin entre les essais. Retournez le coussin entre chaque essai pour s'assurer qu'il ait conservé sa forme.
9. PLAN INCLINÉ- YEUX FERMÉS	Aidez le sujet à monter sur le plan incliné. Commencez à chronométrer une fois les yeux du sujet fermés et notez le temps. Notez la présence d'oscillations posturales excessives.
10. CHANGEMENT DE VITESSE DE MARCHÉ	Laissez le sujet faire de 3 à 5 pas à vitesse normale, puis dites : "vite". Après 3 à 5 pas rapides, dites : "lent". Laissez le sujet faire 3 à 5 pas lents avant qu'il arrête de marcher.
11. MARCHER EN TOURNANT LA TÊTE - À L'HORIZONTALE	Laissez le sujet atteindre sa vitesse normale puis dites "droite, gauche" à tous les 3 à 5 pas. Notez si vous voyez un problème dans l'une ou l'autre des directions. Si le sujet a des restrictions cervicales sévères, permettez un mouvement combiné de la tête et du tronc.
12. MARCHER ET PIVOTER	Faites la démonstration du pivot. Une fois que le sujet marche à vitesse normale, dites "tournez et arrêtez". Comptez le nombre de pas à partir de la commande "tournez" jusqu'à ce que le sujet soit stable. Les déséquilibres peuvent se manifester par une position élargie des pieds, des pas supplémentaires ou des mouvements du tronc.
13. ENJAMBER UN OBSTACLE	Placez une boîte (23 cm (9") de haut) à 3 m (10') de l'endroit où le sujet commencera à marcher. Deux boîtes de souliers superposées peuvent être utilisées pour confectionner cet équipement.
14. TIMED UP & GO AVEC DOUBLE TÂCHE	Utilisez le temps du TUG pour déterminer les effets de la double tâche. Le sujet devrait parcourir une distance de 3 mètres. TUG : Demandez au sujet de s'asseoir avec le dos appuyé contre la chaise. Le sujet sera chronométré du moment où vous dites "go" jusqu'à ce qu'il soit de retour en position assise. Arrêtez de chronométrer lorsque les fesses du sujet touchent le siège et que son dos s'appuie contre le dossier. Le siège de la chaise doit être ferme et la chaise ne doit pas avoir d'accoudoirs. TUG avec double tâche : Pendant que le sujet est assis, déterminez à quelle vitesse et avec quelle exactitude il peut compter à rebours à voix haute par bonds de trois à partir d'un nombre situé entre 100 et 90. Puis, demandez au sujet de compter à partir d'un nombre différent et après quelques-uns dites "go". Chronométrez-le à partir du moment où vous direz "go" jusqu'à ce qu'il soit de retour en position assise. Notez que la double tâche affecte la capacité de compter ou de marcher si la vitesse diminue (>10%) par rapport au TUG et/ou s'il y a de nouveaux signes de déséquilibre.



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

Annexe 3 : Test WHO-5

Indice (en cinq points) de bien-être de l'OMS (1999)

Veillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être.

Exemple : si vous vous êtes senti(e) *bien et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des deux dernières semaines*, cochez la case 3.

Au cours des deux dernières semaines	Tout le Temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
1. Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur	5	4	3	2	1	0
2. Je me suis senti(e) calme et tranquille	5	4	3	2	1	0
3. Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)	5	4	3	2	1	0
4. Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e)	5	4	3	2	1	0
5. Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	5	4	3	2	1	0

Calcul des points :

Pour calculer votre score, ajoutez les chiffres correspondant aux cases que vous avez cochées et multipliez la somme par quatre.

Vous obtiendrez alors un score compris entre 0 et 100. Un score élevé signifie un meilleur bien-être.



Annexe 4 : Salle d'APA



PARTIE 2 : Projet d'insertion professionnelle

Introduction

Ce document présente mon projet professionnel et personnel.

Actuellement en fin de Master en Activité Physique Adaptée, je m'apprête à franchir une étape importante de mon parcours : l'entrée dans le monde professionnel. Pour m'y préparer, j'ai pris le temps d'effectuer un véritable bilan de mes compétences, de mes qualités personnelles, de mes aspirations et des savoirs acquis au fil de mes études et expériences de terrain.

À travers mes stages, projets pédagogiques et engagements personnels, j'ai pu affiner ma compréhension du métier, identifier ce qui fait sens pour moi et ce que je souhaite transmettre. Ces expériences m'ont également permis de mettre en lumière ce qui m'anime profondément : l'envie d'accompagner les personnes de manière globale, à la croisée du corps, de l'esprit et de l'émotion.

Dans cette logique, j'ai choisi de compléter mon parcours par une licence de psychologie afin d'élargir ma compréhension des mécanismes psychiques et de renforcer mon approche humaniste. Mon projet professionnel s'oriente donc vers l'intégration d'une structure de santé existante – centre de rééducation, maison sport santé, structure médico-sociale – où je pourrais contribuer en y apportant ma sensibilité psychologique, mon expérience en APA et ma fibre artistique, notamment à travers des médiations corporelles comme la danse.

Ce document expose ainsi le fruit de cette réflexion : ma personnalité, mes compétences, mes valeurs, les choix que je fais pour construire un projet cohérent et les perspectives d'intégration dans le monde professionnel que je souhaite explorer.

1. Ma personnalité

1.1 Mes qualités

a. Une sensibilité à l'autre et une écoute active

Mon parcours m'a naturellement amenée à développer une attention particulière à l'autre, à son vécu, à ses émotions et à ses besoins. Travailler auprès de publics en situation de fragilité – personnes âgées, patients atteints de maladies neurologiques – m'a permis de cultiver cette capacité d'écoute bienveillante et d'adaptation relationnelle. Je suis convaincue que la qualité de la relation humaine est au cœur de toute intervention efficace, qu'elle soit corporelle, psychologique ou éducative.

b. Une capacité à créer du lien et à fédérer

Lors de mes expériences en groupe, que ce soit en animation, en projet artistique ou dans mes stages, j'ai souvent pris un rôle de lien entre les personnes. J'aime créer une ambiance conviviale et rassurante, dans laquelle chacun peut s'exprimer et s'impliquer. Cela m'a été très utile dans des groupes parfois hétérogènes ou peu soudés, notamment avec des lycéennes dans mes séances de danse ou dans des ateliers en structure.

c. De l'énergie et de l'engagement

Je suis quelqu'un d'investie. Quand un projet me tient à cœur, je donne le meilleur de moi-même,

sans compter mon temps ni mon énergie. Mon implication dans mes études, mes projets d'interventions en danse adaptée, ou encore dans la gestion d'un centre de loisirs, témoigne de cette capacité à porter une dynamique sur le long terme.

d. Une organisation rigoureuse

Avec les plannings à gérer, les dossiers à construire, les projets à monter, j'ai appris à structurer mon travail, à anticiper, à prioriser. J'aime que les choses soient organisées, claires et efficaces. Cette rigueur me permet de m'adapter à différents contextes (pédagogique, administratif, clinique), tout en gardant de la souplesse pour les imprévus.

1.2 Mes défauts

a. L'impatience constructive

Quand une idée me motive ou qu'un projet me stimule, j'ai tendance à vouloir le concrétiser très rapidement. Cela peut créer une frustration face à des lenteurs administratives ou des résistances institutionnelles. J'apprends à canaliser cette impatience en la transformant en moteur d'anticipation, en cherchant les moyens d'avancer autrement pendant les périodes d'attente.

b. Une implication émotionnelle forte

Je m'attache beaucoup aux personnes avec lesquelles je travaille, notamment dans les contextes de soin ou de vulnérabilité. Cela me pousse à donner beaucoup, parfois trop. J'apprends progressivement à poser des limites saines, à prendre soin de moi pour continuer à prendre soin des autres, notamment en m'intéressant davantage à la psychologie et à la prévention du burn-out dans les métiers de l'aide.

c. Un besoin de repères

Je fonctionne mieux dans des cadres définis, avec des objectifs clairs. L'incertitude peut parfois me déstabiliser. Mais avec l'expérience, j'ai appris à accepter les zones de flou, à faire confiance au processus et à oser sortir de ma zone de confort pour explorer de nouvelles possibilités.

2. Mes goûts et intérêts

a. Le contact humain

J'aime être en lien avec les autres, écouter, échanger, comprendre. Ce qui me plaît dans les métiers de l'accompagnement, c'est cette dimension humaine forte : la relation de confiance, la reconnaissance mutuelle, la capacité à faire émerger des ressources chez l'autre.

b. L'expression artistique et corporelle

La danse, en particulier, est un espace d'expression essentiel pour moi. Elle me permet de me sentir libre, créative, vivante. J'aime l'idée de pouvoir transmettre cette passion et cette liberté de mouvement dans un cadre thérapeutique ou préventif, pour aider d'autres personnes à mieux habiter leur corps et leurs émotions.

c. L'engagement et la persévérance

Je ne baisse pas facilement les bras. Lorsque je suis motivée, je m'investis pleinement, quitte à sortir de ma zone de confort. Même face aux difficultés, je garde le cap et j'essaie de tirer des enseignements de chaque situation. Cet engagement me pousse à toujours vouloir progresser, apprendre et transmettre.

d. Le travail d'équipe et la coopération

Ce que je préfère dans les projets, ce n'est pas forcément de tout planifier moi-même, mais de réfléchir à plusieurs, d'échanger les idées, et de construire quelque chose ensemble. Je me sens à l'aise dans des dynamiques collectives où chacun peut apporter sa touche, ses compétences, sa vision.

e. L'impact concret

J'ai besoin de sentir que ce que je fais a du sens, que mes actions ont un effet positif, même modeste, sur les personnes que j'accompagne. Voir des évolutions, des sourires, de la confiance retrouvée, c'est ce qui donne toute sa valeur à mon investissement.

3. Mes connaissances et compétences

Après mes cinq années d'études en Activité Physique Adaptée, enrichies de stages variés en milieu en structures médico-sociales, j'ai développé des compétences solides dans l'accompagnement global de la personne. J'ai appris à concevoir des séances adaptées aux besoins moteurs, cognitifs et émotionnels de publics très divers (personnes âgées, pathologies neurologiques et cardiologiques, enfants, etc.). Mon parcours m'a permis d'acquérir des connaissances scientifiques dans les domaines de la motricité, de la santé, de la psychologie du sport ainsi que dans l'analyse des besoins et l'évaluation fonctionnelle.

J'ai eu l'opportunité de réaliser plusieurs stages, qui m'ont permis de découvrir et de me confronter aux réalités du monde du travail. L'un d'eux, effectué au sein du service de cardiologie de Oignies, m'a particulièrement marquée. Ce centre de réadaptation met l'accent sur le bien-être global des patients, en associant un suivi psychologique attentif à une prise en charge motrice adaptée. Cette expérience a été déterminante dans mon parcours : elle m'a permis de mieux cerner ma vocation, de valoriser mes compétences et de mettre mes connaissances au service de la santé et de l'épanouissement des patients.

En parallèle de mes études, j'ai toujours été engagée dans diverses initiatives. Je me suis investie dans des projets associatifs (gestion d'un club de danse), dans des dynamiques collectives (montée en pré-nationale de mon équipe de handball) et dans des fonctions à responsabilités (direction de centre de loisirs). Ces expériences m'ont permis d'affiner mon sens de l'engagement, de trouver un équilibre dans la prise de responsabilités et d'apprendre à mieux définir mes objectifs et à m'organiser pour toujours les atteindre.

La rédaction de ce mémoire m'a également permis de concrétiser mes actions. Plus précisément, j'ai développé ma capacité à articuler les apports théoriques et la pratique de terrain, à m'appuyer sur des données probantes et à adopter une démarche structurée et rigoureuse. J'ai également appris à utiliser des tests standardisés, à analyser les résultats et à élaborer des plans d'intervention adaptés et cohérents.

Enfin, mes projets en lien avec la danse adaptée et ma volonté d'explorer la psychologie m'ont ouvert à une vision plus globale de la santé, qui prend en compte le corps, l'émotion, et le lien social.

4. Mon projet personnel et professionnel

Mon objectif professionnel est de devenir enseignante en activité physique adaptée (EAPA) au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans une maison sport-santé. J'y vois un environnement idéal pour contribuer activement à la prise en charge globale des patients en associant la dimension motrice à une compréhension plus fine de l'humain, de ses émotions et de ses blocages physiques comme psychologiques.

C'est dans cette logique que j'ai choisi de poursuivre une troisième année de licence en psychologie dès l'année prochaine. Cette formation me permettra d'approfondir mes connaissances sur les dimensions mentales et émotionnelles de la santé, et de mieux répondre aux besoins complexes de certaines populations fragiles (maladies chroniques, neurologiques, vieillissement, etc.).

En parallèle de cette formation, je souhaite également me déclarer auto-entrepreneur pour proposer des séances d'APA à visée préventive ou bien-être, basées sur des pratiques corporelles comme la danse, le Pilates ou le yoga. Ces séances pourront s'adresser à des particuliers ou à des petites structures partenaires, en lien avec les besoins repérés sur le terrain. Cette activité indépendante me permettra de valoriser ma créativité, d'explorer des formats plus souples, et d'entretenir une dynamique complémentaire à mon futur travail.

Je souhaite ainsi construire un équilibre professionnel entre un ancrage en structure, stable et pluridisciplinaire et une activité autonome plus libre, artistique et adaptable, tournée vers le bien-être global.

Ce double projet s'inscrit dans une vision cohérente de la santé : personnalisée, accessible, transversale, où l'APA et la psychologie se nourrissent l'une de l'autre au service du mieux-être.

5. Mon plan d'intégration professionnelle

Mon projet professionnel se construit autour de deux axes complémentaires. Mon objectif principal est d'intégrer une maison sport-santé en tant qu'enseignant en APA. Je souhaite y travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire, afin de contribuer à des prises en charge globales et personnalisées. Mon expérience et ma formation en APA, enrichies de connaissances en psychologie, me permettront de proposer des interventions adaptées aux besoins moteurs, cognitifs et émotionnels des patients. J'aspire à animer des séances individuelles et collectives, à participer à l'élaboration de parcours de soin, et à m'impliquer dans des projets transversaux visant à améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées.

En parallèle, je souhaite développer une activité indépendante en auto-entrepreneur, axée sur des pratiques corporelles complémentaires comme la danse adaptée, le Pilates ou le yoga doux. Cette activité me permettra d'explorer des approches plus artistiques, créatives et accessibles, en touchant un public plus large : particuliers, associations, entreprises. J'ai l'intention d'y proposer des ateliers bien-être et de prévention, construits autour du mouvement, de l'expression corporelle et de la détente. Ce projet indépendant me permettra également de valoriser ma créativité et mon goût pour la transmission dans un cadre plus souple et personnalisé.

J'envisage cette double trajectoire comme une façon de développer une carrière équilibrée, riche en expériences, et porteuse de sens. Je souhaite maintenir un ancrage institutionnel solide, tout en

conservant la liberté d'innover et d'explorer d'autres formats d'accompagnement, toujours centrés sur le bien-être et la santé globale.

Pour concrétiser ce plan, je m'appuierai sur les compétences déjà acquises au cours de ma formation et de mes expériences passées : l'adaptabilité, le sens de l'écoute, la capacité à animer des séances variées et à concevoir des programmes sur mesure. Ma formation continue en psychologie viendra enrichir cette base, en me donnant les outils nécessaires pour mieux comprendre et accompagner les patients dans leur singularité. Enfin, mon implication dans des projets associatifs, la gestion d'événements, et ma capacité à collaborer avec d'autres professionnels seront des atouts pour m'insérer durablement dans le secteur de la santé et du bien-être.