

« Tennis de table » – Critères minimaux d'éligibilité pour les athlètes porteurs de déficiences physiques

Veuillez trouver, ci-dessous, les critères minimaux d'éligibilité en tennis de table, qui correspondent aux critères minimaux pour qu'un athlète soit affecté à la classe 10. Ceux-ci furent rédigés en traduisant l'[ITTF Para Table Tennis \(version janvier 2018\)](#), et sont fournis purement à titre informationnel. Seul le règlement de ITTF Para Table Tennis doit être utilisé lors de la classification, et non pas ces traductions.

Critères minimaux d'éligibilité (MIC)

Pour qu'un athlète soit considéré comme éligible au para tennis de table, il ou elle doit être atteint d'au moins, l'une des déficiences éligibles énumérées dans la section précédente. La gravité de l'affection doit répondre aux critères décrits dans le reste de cette section. Comme le tennis de table est un sport asymétrique dans l'utilisation des membres, pour certaines déficiences éligibles, les critères peuvent différer en fonction du membre affecté.

1. Diminution de la force musculaire

Membre affecté	Critères minimaux d'éligibilité
Bras jouant	Faiblesse de la main affectant les fonctions liées au tennis de table, telles que la prise, la puissance et les mouvements.
Bras non jouant	Paralysie du bras avec certaines fonctions résiduelles (lésion du plexus brachial). Perte de 30 points au MMT (Manual Muscle Testing – test manuel musculaire) répartie sur l'ensemble du bras.
Membres inférieurs	Perte de plus de 10 points au MMT dans un membre inférieur, répartie sur l'ensemble de la jambe. Une perte de 10 points répartie sur les deux jambes n'est pas considérée comme satisfaisant au critère minimal de handicap.

2. Déficience des membres

Membre affecté	Critères minimaux d'éligibilité
Bras jouant	Amputations des doigts : • Perte de 6 phalanges aux 4e et 5e doigts, ou • Perte de 5 phalanges aux 2e et 3e doigts, ou • Perte de 2 phalanges du 1er doigt et d'une partie du 1er os métacarpien (MCP), sans soutien suffisant pour la raquette.
Bras non jouant	Amputation sous le coude avec une longueur de moignon inférieure aux 2/3 de la longueur de l'ulna (cubitus), ou malformations comparables (dysmélie).
Membres inférieurs	Amputation de l'avant-pied à travers tous les métatarsiens (minimum 1/3 du pied amputé) ou malformations comparables (dysmélie).

3. Différence de longueur des jambes

Les athlètes affectés par une différence de longueur de jambe supérieure à 7 cm sont éligibles. La mesure est effectuée avec l'athlète en position couchée sur le dos et consiste à mesurer la distance entre l'EIAS (épine iliaque antérosupérieure) et la malléole médiale.

4. Petite stature

Les athlètes affectés par une petite stature sont éligibles en fonction de leur taille :

- homme : 140 cm et moins
- femme : 137 cm et moins

L'attribution de classe pour les athlètes de petite stature commence en classe 10, mais comme elle est le résultat d'autres déficiences, ils peuvent être considérés pour une classe inférieure. Par exemple, normalement, un athlète avec une seule amputation sous le genou est de classe 9, mais s'il a une petite stature plus une amputation sous le genou il fait partie de la classe 8.

5. Hypertonie

En para tennis de table, les grades de spasticité se réfèrent à l'échelle d'Ashworth :

- Grade 0 : aucune augmentation du tonus musculaire.

- Grade 1 : légère augmentation du tonus avec sensation d'« accrochage » lors de la flexion ou de l'extension du membre.
- Grade 2 : augmentation plus marquée du tonus, mais le membre peut être fléchi ou étendu facilement.
- Grade 3 : augmentation considérable du tonus, rendant le mouvement passif difficile.
- Grade 4 : membre rigide en flexion ou en extension.

L'hypertonie est définie comme une augmentation du tonus musculaire causée par une atteinte du système nerveux central et entraînant une résistance à un étirement passif du muscle. L'un des types d'hypertonie ci-dessous doit être clairement détectable cliniquement - c.-à-d. grade 1 sur l'échelle d'Ashworth au poignet, coude, épaule, cheville, genou ou hanche.

Hypertonie spastique :

Se définit comme une résistance au mouvement passif dépendante de la vitesse, avec un phénomène de la lame de canif. La résistance de ce phénomène correspond à une résistance initialement élevée suivie d'un relâchement soudain. La dépendance à la vitesse signifie que plus le mouvement passif est rapide, plus la résistance est importante et apparaît tôt dans l'amplitude du mouvement.

L'hypertonie spastique prédomine généralement dans les muscles antigravitaires, en particulier les fléchisseurs des bras et les extenseurs des jambes, et peut affecter certaines parties du corps plus que d'autres. En classification, l'évaluation de l'hypertonie spastique implique des mouvements passifs rapides à travers les principales amplitudes articulaires au niveau du poignet, du coude, de l'épaule, de la cheville, du genou ou de la hanche. Les athlètes présentant une hypertonie spastique clairement détectable cliniquement sont éligibles.

Lors de l'évaluation de l'hypertonie spastique au niveau de la cheville ou du poignet, un clonus peut être provoqué. Le clonus correspond à une alternance rapide et involontaire de contractions et de relâchements musculaires. Il survient typiquement au niveau des fléchisseurs plantaires de la cheville en réponse à une dorsiflexion passive rapide, ou au niveau des fléchisseurs du poignet lors d'une extension passive rapide du poignet. Un clonus durant 4 battements ou plus et reproductible de manière fiable au cours d'une même session de classification (c'est-à-dire un clonus inépuisable) est considéré comme indiquant la présence d'une hypertonie spastique répondant au critère minimal de handicap (MIC).

Rigidité :

Se définit comme une résistance accrue au mouvement passif d'un membre, indépendante de la vitesse d'étirement et relativement uniforme sur toute l'amplitude articulaire. Cette résistance uniforme est souvent décrite comme une résistance « en tuyau de plomb ». Elle présente généralement un schéma prédominant, le plus souvent en flexion.

Dystonie :

Il s'agit d'une résistance au mouvement passif pouvant être localisée (affectant les muscles d'un membre ou d'une articulation) ou généralisée (affectant l'ensemble du corps). Les contractions sont puissantes et soutenues, entraînant des mouvements de torsion ou de contorsion des zones atteintes. (La dystonie peut être classée soit comme un type d'hypertonie, soit comme un type de mouvement involontaire.) Le schéma est très variable : les contractions peuvent être rapides ou lentes, douloureuses ou non, et la direction de la plus grande résistance peut changer régulièrement (par exemple, un membre peut passer d'un schéma en flexion extrême à un schéma en extension extrême).

Un athlète qui ne présente aucun des trois types d'hypertonie – spasticité, rigidité ou dystonie – n'est pas éligible. Le panel de classification doit s'assurer que la résistance à l'étirement passif du muscle est due à une atteinte du système nerveux central. Les signes suivants peuvent être utiles à cet égard :

- Présence d'un clonus inépuisable du côté où le tonus est augmenté ;
- Réflexes anormalement vifs dans le membre où le tonus est augmenté ;
- Atrophie légère dans le membre où le tonus est augmenté ;
- Signe de Babinski positif du côté où le tonus est augmenté.

6. Ataxie

L'ataxie désigne une instabilité, une incoordination ou une maladresse des mouvements volontaires. Les ataxies éligibles doivent résulter d'une dysfonction du système nerveux moteur ou sensoriel. Les ataxies motrices résultent le plus souvent d'une malformation ou d'une lésion du cervelet et sont souvent associées à une hypotonie. Elles sont peu compensées par l'apport visuel. Les ataxies sensorielles résultent le plus fréquemment de lésions des neurones moteurs inférieurs ou de maladies de la moelle épinière, affectant la fonction vestibulaire ou proprioceptive. L'apport visuel peut aider à compenser l'ataxie sensorielle, qui est donc souvent plus évidente lorsque les yeux sont fermés. Lors de l'évaluation d'un athlète, le panel de classification doit s'assurer que le mouvement ataxique est démontrable et clairement observable pendant la classification, et que l'ataxie constatée résulte bien d'une dysfonction du système nerveux moteur ou sensoriel, comme décrit ci-dessus.

Les tests pouvant être utiles pour le déterminer incluent, sans s'y limiter :

- Test du doigt-nez : l'athlète touche son propre nez depuis la position de crucifix ;
- Test du doigt-doigt : le classificateur présente son index et demande à l'athlète de le toucher avec son propre index ;
- Test de l'orteil-doigt : le classificateur présente son index et demande à l'athlète de le toucher avec son orteil ;
- Test du talon-tibia : faire glisser le talon d'une jambe le long de la longueur du tibia opposé, de la cheville au genou, puis dans le sens inverse ;
- Marche en tandem ;
- La démarche

7. Athétose

L'athétose désigne des mouvements et postures involontaires résultant de lésions des centres de contrôle moteur du cerveau, le plus souvent des ganglions de la base. Lors de l'évaluation d'un athlète,

le panel de classification doit s'assurer que l'athétose est clairement observable et qu'elle est d'origine neurologique. Une athétose clairement évidente se manifeste par des mouvements et postures involontaires de type athétosique, observables par au moins un des signes suivants :

- Mouvements involontaires des doigts ou des membres supérieurs malgré les efforts de l'athlète pour rester immobile ;
- Mouvements involontaires des orteils ou des membres inférieurs malgré les efforts de l'athlète pour rester immobile ;
- Incapacité à maintenir le corps immobile – balancements du corps. Ces balancements ne doivent pas être dus à d'autres déficits neurologiques, tels que des troubles vestibulaires ou proprioceptifs, et ne doivent donc pas être exacerbés par la fermeture des yeux ;
- Postures caractéristiques athétosiques des membres et/ou du tronc.

L'athlète ne sera pas éligible si les seuls mouvements athétosiques concernent le visage.

8. Détérioration des mouvements d'amplitude articulaire passifs

Parties affectées du corps	Critères minimaux d'éligibilité
Bras jouant	Poignet rigide avec une prise fonctionnelle Légère réduction de l'amplitude de mouvement passive du coude ou de l'épaule.
Bras non jouant	Restrictions sévères de l'épaule ou du coude affectant clairement l'équilibre.
Membres inférieurs	Cheville rigide isolée. Réduction modérée de l'amplitude de mouvement passive des principales articulations.
Tronc	Restrictions modérées à sévères de la mobilité du tronc.