

ÉVALUATION

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES EHPAD ET SES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT

Évaluation des actions mises en place
par l'ARS Midi-Pyrénées en 2014-2015

Novembre 2016

ÉVALUATION

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES EHPAD ET SES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT

Évaluation des actions mises en place
par l'ARS Midi-Pyrénées en 2014-2015

Céline Mathieu
Dr Françoise Cayla

Novembre 2016

TABLE DES MATIÈRES

1/ INTRODUCTION	1
2/ CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE.....	2
L'activité physique chez les personnes âgées	2
Le cas particulier des résidents d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	4
Les orientations actuelles pour la promotion de la pratique d'activités physiques et sportives (APS) pour les personnes âgées au sein des EHPAD	5
Le déploiement de l'activité physique dans les EHPAD de la région Midi-Pyrénées par l'ARS	7
3/ OBJECTIFS ET MÉTHODE DE L'ÉVALUATION	9
Les outils d'évaluation	9
Les critères d'évaluation	11
4/ LES DIFFÉRENTS TYPES D'INTERVENTION PROPOSÉES AUX EHPAD.....	12
CAPACITY : Le modèle de l'entraînement sportif fondé sur la validation d'un programme.	12
SIEL BLEU : le modèle éducatif de l'activité physique adaptée fondé sur la compétence d'un spécialiste	13
EFORMip : Le modèle du réseau de santé fondé sur l'approche de la fragilité	14
5/ LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION	16
1. Les conditions de mise en place : état des lieux, attentes et réalités	16
Un constat préalable : l'AP déjà « présente » dans la majorité des EHPAD	16
Une attente forte : renforcer l'intégration des AP dans un projet de « prévention » et/ou de « soin »	16
Les bénéficiaires ciblés pour l'intervention : pas de véritable logique de priorisation en dehors de la « chute répétée »	17
Une large adhésion des équipes malgré quelques craintes vis-à-vis des interventions AP	18
Les référents désignés au sein de l'EHPAD : le rôle clé de l'animateur pour opérationnaliser la mise en œuvre des AP en EHPAD	18
2. L'appréciation de la mise en œuvre des interventions.....	20
Les ateliers d'AP par Capacity et Siel Bleu	20
La formation et l'accompagnement par eFORMip	25

3. Les apports, les effets, l'impact des interventions.....	29
Le professionnalisme de l'intervenant pour une prise en charge adaptée	29
L'ouverture sur l'extérieur et la dynamique impulsée autour de l'AP	29
Les bénéfices constatés pour les résidents.....	30
La modification des pratiques professionnelles	31
L'intégration de l'AP au sein des EHPAD (notamment PVI et PE).....	32
La poursuite de l'AP au sein des EHPAD	34
Les pistes évoquées par les EHPAD pour pérenniser l'AP au sein des EHPAD	36
6/ SYNTHÈSE – DISCUSSION	38
Faits marquants.....	38
Pistes de réflexion	43
7/ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	46

1/INTRODUCTION

Depuis 2014, l'ARS de la région Midi-Pyrénées participe à la promotion de l'activité physique dans les EHPAD de la région (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) à travers le financement de trois associations intervenant dans ce champ.

Après 2 ans de mise en œuvre, et dans le contexte de regroupement des régions, l'Agence souhaite évaluer l'impact de ces interventions sur l'intégration et le développement de l'offre d'activité physique en EHPAD. Il s'agit également de donner de la visibilité à la nouvelle ARS Occitanie sur les stratégies à déployer pour soutenir l'extension des activités physiques en EHPAD et leur pérennisation à plus long terme.

Cette mission d'évaluation a été confiée à l'ORSMIP fin 2015. Ce rapport restitue l'ensemble des éléments issus du travail mené pour y répondre :

- La première partie, après avoir resitué l'intérêt de l'activité physique chez les personnes âgées en identifiant le cas particulier des résidents en EHPAD, présente les orientations préconisées pour la promotion des activités physiques et sportives (APS) et celles mises en place en Midi-Pyrénées par l'ARS.
- Le second chapitre précise les objectifs de cette évaluation et les différents outils d'évaluation mis en place.
- La description détaillée des trois types d'intervention financée permet de mettre en exergue les différentes « logiques d'action » de chaque opérateur.
- L'appréciation des professionnels des différents EHPAD ayant participé à ces 3 types d'actions est ensuite analysée selon différents critères d'évaluation.

Les éléments de synthèse regroupés à la fin du rapport permettent de dégager des éléments de discussion et d'orientation sur les conditions de mise en place de ces trois modèles d'intervention mais aussi sur les conditions de pérennisation de ce type de projet.

2/ CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

L'activité physique chez les personnes âgées

Les activités physiques adaptées (APA) se définissent comme l'ensemble des activités physiques et sportives (APS)¹, adaptées aux capacités de la personne dans un but de prévention, de rééducation, de réadaptation, réhabilitation, réinsertion, d'éducation et/ou de participation sociale (SFP : Société Française des Professionnels en APA, 2010). Elles permettent une approche de la personne dans sa globalité : psychologique, physiologique et sociale. Celles-ci doivent être organisées, structurées, planifiées et répétées en fonction des objectifs fixés en vue de l'amélioration ou du maintien de la ou des composantes de la condition physique (Caspersen et coll., 1985). La fréquence, l'intensité et le type d'activité sont autant de paramètres à prendre en considération pour l'adaptation d'un programme d'activité physique à un individu.

L'amélioration des connaissances concernant les mécanismes du vieillissement, de la rééducation et de l'entraînement physique ont contribué, et continuent de le faire, au développement de programmes adaptés aux personnes âgées selon leur degré d'autonomie et leur état de santé.

Les bienfaits physique et fonctionnel largement démontrés de l'APA (amélioration des capacités cardio-respiratoires, réduction du risque de maladies chroniques...), à tous les niveaux de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et à tous les âges de la vie, conditionnent son usage dans le maintien de l'autonomie. De nombreuses études s'accordent sur l'efficacité des programmes d'APA dans la prévention du déclin fonctionnel et de la perte de la masse musculaire (sarcopénie), sur la minéralisation osseuse et sur l'équilibre (contribuant ainsi à éviter les chutes et les fractures associées) voire sur l'entretien des fonctions cognitives et de la sociabilité².

Selon les recommandations de l'OMS, en vue d'améliorer leur capacité physique et fonctionnelle, de prévenir les risques liés au vieillissement et la survenue de maladies non transmissibles, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient :

- Pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue
- Pratiquer l'activité d'endurance par périodes d'au moins 10 minutes
- Réaliser des exercices de renforcement musculaire au moins deux fois par jour

Il est également souligné que « les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine » et « Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent »³.

¹ L'activité physique est définie comme « tout mouvement du corps qui est produit par la contraction des muscles squelettiques et qui augmente substantiellement la dépense énergétique » (American College of Sports Medicine, 2000).

² *Développer l'activité physique pour la santé des séniors* – Pr Daniel Rivière- La Santé en Action, N°429 – Septembre 2014

³ OMS (2016) - Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé : http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/

L'expertise collective Inserm de 2008 sur l'activité physique relève deux dimensions en matière d'adaptation des activités physiques : « D'une part, l'individualisation de l'intensité de l'activité physique est préconisée [...]. Compte tenu de l'hétérogénéité des niveaux d'aptitude physique des sujets âgés, pour certains d'entre eux une activité d'intensité modérée correspondra à la marche normale, pour d'autres à la marche rapide. D'autre part, l'accent est mis sur la diversification des activités : au-delà de l'endurance (ou exercice aérobie), il faut ajouter le renforcement musculaire (activité contre résistance) particulièrement important chez le sujet âgé ou pathologique mais également les activités d'équilibre pour un maintien de la souplesse et une prévention des chutes. Des combinaisons d'activités modérées ou intenses peuvent être effectuées. »

Outre le fait de faciliter l'accès à l'activité physique sur le plan fonctionnel et de favoriser une approche multi-sensorielle les préconisations visent encore par la diversification des types de mobilités à ajuster les demandes ou désirs d'autonomie aux expériences et cultures corporelles.

Deux dimensions sont ainsi structurantes dans la conception de l'activité physique adaptée.

L'une qui l'expose tant par la communauté scientifique que par le législateur⁴ « comme une thérapeutique » à part entière dite « non médicamenteuse », notamment pour les personnes âgées et/ou les porteurs de pathologies chroniques. Dans cette perspective, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été sollicitée en 2015 par la CNAMTS et la DGS pour l'élaboration de recommandations sur la prescription médicale de l'activité physique adaptée chez les patients atteints de pathologie chronique, la production de référentiels de prescription par pathologie et la production d'outils d'évaluation de la condition physique utilisables par les médecins.

L'autre qui la situe dans le champ des pratiques corporelles plus ou moins associées à des cultures sportives, artistiques, expressives... De ce point de vue, les enquêtes (Burlot, Lefèvre, 2009 ; Caradec...) montrent l'appétence d'une génération du baby-boom pour la pratique du sport ou d'une activité physique chez les retraités et les séniors. Le sport est associé pour ces personnes à un idéal de santé, au maintien d'une esthétique corporelle, d'une disponibilité physique et intellectuelle... (Feillet, 2000). Il représente un facteur de socialisation et protection contre l'isolement. Assez paradoxalement l'engagement dans la pratique d'une activité physique reste relativement stable avec l'avance en âge (si de 50 à 54 ans 22% des français ne déclarent aucune activité physique, de 65 à 69 ans ils sont 23% et de 70 à 75 ans 38% source enquête INSEP 2000). Les femmes pratiquent moins que les hommes et le sentiment d'être sportif diminue avec l'âge.

Ceci interroge sur la continuité des expériences en activité physique. Si l'activité physique et sportive fait partie d'un mode de vie actif partagé par les séniors qui y voient eux-mêmes de nouvelles voies pour se protéger des effets du vieillissement, l'entrée dans un établissement EHPAD se trouve-elle en concordance ou en rupture avec des modes d'engagement dans l'activité physique.

C'est précisément à l'articulation d'une approche institutionnelle promue par les politiques de santé sur la lutte contre la sédentarité, le maintien de l'autonomie et d'une attention aux socialisations corporelles articulées sur les attentes et désirs des personnes d'entretenir leur mobilité que se situe la nécessité **de promouvoir une activité physique au sein des EHPAD.**

Par-delà la perspective promotionnelle se pose le problème des prises en charge et des compétences à encadrer l'activité physique adaptée tant sur le versant de l'efficacité des programmes et de leurs sécurisations que sur celui des correspondances avec une demande personnelle ou collective d'utilisation et d'entretien du corps.

⁴ HAS avril 2011 -Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
Amendement de mars 2015 au projet de loi de modernisation du système de santé donnant un cadre législatif pérennisant le développement de la prescription et de l'encadrement d'une activité physique sur l'ensemble du territoire

La Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA) a élaboré en 2015 un référentiel métier de l'enseignant en APA (mis à jour en mai 2016) dans la perspective de déterminer les compétences permettant d'articuler l'approche préventive, l'idéal de réhabilitation et la demande de bien être corporel. Il précise les conditions d'intervention de ces professionnels qui, formés depuis les années 80 dans les universités, travaillent dans différents secteurs du sanitaire et médico-social dont les EHPAD (partie « Activités types réalisées et compétences associées de l'Enseignant en APA intervenant auprès de personnes âgées en établissement »). Ce référentiel permet également de favoriser la reconnaissance institutionnelle apportée à ces « nouveaux » métiers de la santé et du sport en donnant une lisibilité au travail en APA selon les types d'établissements.

Dans ce contexte où l'AP occupe désormais une place majeure dans le champ de la santé publique, il apparaît nécessaire de structurer et formaliser un peu plus sa mise en place. Par-delà les modélisations, la question du financement de l'intervention est posée. Les expérimentations et études qui se multiplient à ce niveau devraient permettre d'alimenter les réflexions menées sur le sujet.

Le cas particulier des résidents d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

En 2014, 58% des résidents accueillis dans les EHPAD de la région Midi-Pyrénées (plus de 400 établissements avec près de 33 000 lits autorisés en HP) présentaient un niveau de dépendance élevé (GIR 1 et 2). Plus de 9 résidents sur 10 nécessitaient une aide permanente pour les actes essentiels de la vie quotidienne (GIR 1 à 4). Les résidents au niveau de dépendance le plus faible (GIR 5 et 6) représentaient environ 8% de l'effectif des EHPAD (Données RamEHPAD 2015). La prévalence des pathologies sévères est très élevée, 40% sont déments, près de 10% ont des séquelles d'AVC, 5% souffrent d'un cancer évolutif (Rolland 2009). Selon le volet « pathologie et morbidité » de l'enquête EHPA (DREES 2011), les résidents cumulent en moyenne entre 6 et 7 pathologies, essentiellement des pathologies chroniques stabilisées. Le nombre moyen de chutes est évalué à 1,7 par lit et par an en EHPAD contre 0.6 pour les personnes âgées vivant à domicile (Revue de la Gériatrie 2015).

Il ne s'agit donc pas ici d'une population dans laquelle le dépistage de la fragilité apparaît le plus pertinent mais « la prévention du déclin fonctionnel doit être une priorité de soins » (Rolland –Livre blanc). La qualité de vie est en effet fortement conditionnée par le maintien de l'autonomie qui conditionne aussi la charge en soins des équipes soignantes et le coût financier de la prise en charge.

L'Anesm rappelle que l'EHPAD est un lieu de vie permettant un accompagnement global et médicalisé des personnes âgées et que la qualité de vie des résidents constitue la finalité de ces structures. Elle cite l'APA comme l'un des éléments à intégrer dans le plan personnalisé du résident (Recommandations concernant la qualité de vie en EHPAD, Novembre 2012). Le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, élaboré en 2007 par la Direction Générale de l'Action Sociale et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, recommande également aux établissements de mettre en place des activités physiques régulières pour permettre aux résidents de préserver leur autonomie et diminuer le risque de chute. Ce guide indique aussi qu'il faut éviter le déconditionnement physique, inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière, réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche, favoriser la verticalisation et accompagner la marche, prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un travail progressif de l'équilibre et de la marche.

Parmi les interventions qui ont fait l'objet de recherches pour évaluer leur effet sur la prévention du déclin fonctionnel l'organisation de séances d'activité physique en EHPAD ont démontré leur efficacité même si actuellement elles n'apparaissent pas généralisées : seuls un tiers des résidents participeraient à des séances d'exercices physiques (données IQUARE - Rolland).

Notons également que si le réentraînement physique ne permet pas à lui seul de réduire le risque de chute en EHPAD (INSERM 2008), la majorité des interventions multifactorielles jugées efficaces pour cela incluaient un programme d'exercice physique.

La pratique d'AP, même de façon modeste, apparaît donc profitable aux résidents y compris pour ceux atteints de démence (Revue de la Gériatrie 2015), et contribue ainsi :

- à maintenir et préserver l'autonomie sociale, physique, psychique et fonctionnelle
- à améliorer ou restaurer des capacités même cognitives (orientation, mémoire corporelle...)
- à réduire les troubles thymiques et les troubles du comportement
- à établir/favoriser les relations sociales

Mais peu d'études et de recherches ont actuellement été menées sur l'intégration de la pratique de l'AP au sein des EHPAD (fréquence, quantité, conditions d'intervention...). Il y a donc, dans ce contexte particulier, peu de références pour en guider la mise en œuvre.

Les orientations actuelles pour la promotion de la pratique d'activités physiques et sportives (APS) pour les personnes âgées au sein des EHPAD

Depuis 2001, la France a mis en place une politique publique visant à améliorer l'état de santé à travers la promotion d'une alimentation et d'une activité physique favorable à la santé. Ces orientations stratégiques ont été initiées dans le cadre du Programme National Nutrition Santé 1 (PNNS) dont l'un des axes est consacré à « développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité » à tous les âges. L'approche nutritionnelle sur le bien manger et bouger a été complétée pour les seniors par d'autres orientations emboitant le pas d'une politique mondiale (active ageing: a policy framework, OMS 2002, Healthy ageing UE 2003) comme le plan national Bien Vieillir (PNBV), 2003 et 2007, le plan Alzheimer 2008-2012 et plus récemment le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie 2015.

Dans la continuité de cette dynamique et en vue de renforcer plus spécifiquement les stratégies de prévention dans le champ des activités physiques et sportives (APS), a été élaboré en 2008, le Plan National de prévention par l'Activité Physique et Sportive (PNAPS) : « *Retrouver sa liberté de mouvement* ». Ce dernier intègre des préconisations organisées selon les âges et milieux de vie dont un volet spécifique est dédié aux Séniors en distinguant : les seniors valides, les seniors en cours de fragilisation, en perte de capacité ou porteurs de poly pathologies et les séniors dépendants.

Des éléments de bonnes pratiques pour l'évaluation et la prescription des activités physiques et sportives (APS) selon le niveau de capacité fonctionnelle ont été mises en avant, l'enjeu étant de proposer de l'APS adaptée à chacun. Parmi les recommandations figure notamment une recommandation sur la promotion des APS au sein des maisons de retraite et des EHPAD qui précise les différentes actions pouvant concourir à cet objectif.

En 2013, le rapport du Dr Jean Pierre Aquino « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* » dresse un état des lieux de la prévention du vieillissement et propose des mesures concrètes en faveur du « Bien Vieillir ». Dans la lignée de ce travail, un rapport établi sous la présidence du Pr Daniel Rivière a été remis au ministère en décembre 2013 : « *Dispositifs d'activités physiques et sportives en direction des personnes âgées* ». Il permet de dégager des propositions et recommandations

au regard des initiatives recensées. Il identifie des freins au développement de la pratique des APS mais aussi les facteurs pouvant renforcer l'efficacité des actions mises en place.

Des propositions spécifiques sont formulées pour les seniors résidant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (quel que soit leur niveau de dépendance). Il s'agit de :

- Promouvoir les actions de maintien de l'intégrité et de la santé des personnes âgées dépendantes par l'intervention de professionnels du monde sportif spécifiquement formés avec du matériel adapté et sécurisé
- Généraliser l'accueil d'éducateurs sportifs qui travailleront en lien avec les équipes soignantes des établissements avec intégration des actes d'APS dans les actes de soins
- Inscrire au programme de formation continue du personnel des EHPAD, des formations spécifiques concernant la pratique d'APS et le maintien des bons gestes au quotidien et de préférence en interprofessionnel.

Pour les auteurs du rapport, les APS doivent également être intégrées dans le projet d'établissement et bénéficier de ressources financières et humaines pérennes afin de permettre « qu'une véritable politique de prévention par les APS soit mise en place au sein des EHPAD ».

En 2015, ces orientations sont reprises dans le Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie (PNAPA) qui « repose sur le développement d'une prévention globale entendue, comme la gestion active du « capital autonomie » de chaque personne, tout au long de la vie ». Ce plan se structure autour de 6 grands axes :

- Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie,
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables,
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité,
- Réduire les inégalités sociales (et territoriales) de santé,
- Former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie,
- Développer la recherche et les stratégies d'évaluation.

Il insiste sur des actions jugées prioritaires en leur donnant un caractère opérationnel et s'adresse tout particulièrement aux futures Conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (dispositif de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement déployé en 2016). L'activité physique et sportive adaptée constitue, de manière transversale pour les différents axes, l'un des principaux domaines d'intervention recensés pour prévenir et/ou limiter la perte d'autonomie au sein des 3 principaux groupes de personnes âgées : les robustes, les fragiles et les dépendants. À ce titre, le rapport annexé encourage les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les maisons de retraite médicalisées (EHPAD) à développer la pratique d'une APS adaptée et encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé.

En lien avec ces différents plans nationaux, le Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE) qui vise à faire des APS un outil essentiel de la stratégie nationale de santé publique est décliné à l'échelle régionale (2012)⁵. Ce plan propose d'accroître le recours aux APS comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer les recommandations des APS par les médecins et les professionnels de santé. Il s'inscrit dans une démarche opérationnelle mobilisant notamment les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les Agences Régionales de Santé (ARS). Au-delà de la mise en œuvre des priorités définies au plan national, il s'agit de conforter les expériences innovantes en cours et de répondre aux besoins non couverts sur la région.

⁵ Instruction n°DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012

Les actions formalisées dans le Plan régional sport santé bien-être en Midi-Pyrénées (2013-2016) ont été reprises dans le Projet Stratégique Régional de Santé (PSRS) de l'ARS Midi-Pyrénées (Schéma régional de prévention). Elles sont déclinées et réalisées en fonction du type de public, d'une logique territoriale et/ou d'actions transversales.

Pour les personnes âgées en institution, définies comme un public « à besoins spécifiques », il s'agit de développer des modules d'activité physiques en EHPAD via des opérateurs ou des professionnels en EHPAD et spécialement formés.

Le déploiement de l'activité physique dans les EHPAD de la région Midi-Pyrénées par l'ARS

Le cadre et les objectifs de cette intervention

Si dans le cadre de leur mission d'accompagnement des EMS et de veille quant à la qualité et l'efficacité de la prise en charge des publics, l'ARS Midi-Pyrénées soutenait déjà de nombreuses actions de prévention en direction des EHPAD, et sur diverses thématiques (bucco-dentaire, suicide, nutrition...), aucun programme, jusqu'à l'élaboration du plan régional sport santé bien-être, soit avant 2012/2013, n'était financé par l'ARS pour favoriser la mise en place d'activités physiques auprès des résidents d'EHPAD.

Une enquête réalisée à ce moment-là par l'association effORMip a alors permis de dresser un premier état des lieux concernant la place des AP dans les EHPAD et l'intérêt et besoins des équipes à ce sujet (cf. « *État des lieux – Enquête activités physiques en EHPAD – 2014- effORMip* »). Sur les 222 établissements répondants (52% de retours), le bilan tiré de cette enquête montre que :

- 23% des EHPAD bénéficiaient de l'intervention d'un éducateur sportif diplômé (principalement prestataire, très peu de salarié)
- 88% des EHPAD déclaraient avoir d'autres professionnels « favorisant les AP » (en moyenne 2 et parfois en plus de l'éducateur) et citaient en premier lieu les animateurs (132/195 EHPAD) suivis des AMP/AS et professionnels de la rééducation
- 13 structures ne disposaient ni d'éducateur ni d'un autre professionnel impliqué sur les AP
- 78% des EHPAD se disaient intéressés par une formation d'encadrement des AP (++) ceux ne disposant pas d'éducateur) et 90% par une séance d'information globale destinée à l'ensemble du personnel
- 85% des EHPAD indiquaient que l'AP faisait partie du projet d'établissement

Dans le même temps et en cohérence avec le Plan Régional Sport Santé Bien-Être et le Schéma Régional de Prévention (issu du PSRS), l'ARS Midi-Pyrénées a décidé de financer la mise en place d'activité physique dans les EHPAD de la région sur la base de crédits de prévention, crédits non reconductibles donc non pérennes.

Il s'agit d'instaurer une dynamique autour des activités physiques, et d'initier ou renforcer leur mise en place au sein des EHPAD à travers une première étape accompagnée par l'ARS, telle une amorce vers une inscription durable et autonome de ce type d'actions au sein des établissements. Avec le déploiement de ce dispositif, il est donc attendu que les établissements bénéficiaires se saisissent de la thématique AP, s'approprient les enjeux et conditions de mise en place avant de poursuivre par leurs propres moyens (financiers, humains, etc...) la mise en œuvre de cette activité. In fine, l'objectif visé est de généraliser la pratique régulière d'activités physiques dans les EHPAD de la région Midi-Pyrénées.

Avec plus de 400 EHPAD en Midi-Pyrénées, l'action AP doit être proposée sur plusieurs années consécutives (5-6 ans), chaque année à des EHPAD différents, afin de couvrir progressivement l'ensemble

du territoire pour une « sensibilisation » exhaustive ou quasi-exhaustive des établissements de la région.

Le choix des opérateurs

Pour le déploiement de l'AP sur la région, l'ARS s'est appuyée sur 3 opérateurs. Au regard de l'étendue de la région et du nombre d'EHPAD à couvrir, l'ARS a fait le choix de financer les 3 opérateurs qui se sont proposés d'intervenir sur la base des éléments ci-après. Chacun de ces 3 opérateurs disposaient à la fois d'une capacité d'intervention à l'échelle régionale (possibilité de couverture de plusieurs établissements répartis sur différents départements de la région) et d'un programme spécifique, et pré-existant, dédié aux EHPAD. Des zones d'intervention ont néanmoins été définies et attribuées à chaque opérateur afin de limiter leurs déplacements et d'optimiser leurs interventions sur un périmètre donné.

L'engagement de ces 3 opérateurs s'est formalisé par la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS. Il s'agit de Siel Bleu, Capacity et EFORMip dont les principales caractéristiques sont présentées dans le chapitre 4 du rapport.

Les critères de ciblage des EHPAD

Pour EFORMip, les EHPAD ayant indiqué être intéressés par leur intervention suite à leur enquête ainsi que ceux qui avaient un éducateur sportif, si possible, ont été sélectionnés pour bénéficier de l'action de cet opérateur.

Pour Capacity et Siel Bleu, les critères définis pour cibler les EHPAD bénéficiaires pour la première année (2014/2015), en lien avec le médecin référent « Personnes âgées » de la DOSA et avec l'appui des données disponibles dans la base RAMEHPAD, sont les suivants :

- EHPAD sans éducateur physique et sportif spécialisé dans la personne âgée et sans suivi des chutes,
- EHPAD sans éducateur physique et sportif spécialisé dans la personne âgée avec un taux de chutes élevé
- EHPAD sans éducateur physique et sportif spécialisé dans la personne âgée avec un taux de dénutrition élevé.

Pour finaliser la sélection des structures, il fallait également à l'échelle de chaque département :

- Veiller à la cohérence territoriale et répartition départementale des EHPAD (ex : selon leur statut)
- Prendre en considération les distances kilométriques entre les EHPAD et la situation géographique des intervenants
- Privilégier les EHPAD situés sur des zones géographiques prioritaires (CLS...) et ceux n'ayant pas renseigné le RAMEHPAD
- Exclure les EHPAD :
 - Bénéficiaire déjà d'autres actions financées par l'ARS sur la même année (quel que soit la thématique) comme par exemple celles sur le bucco-dentaire (Mutualité Française et UFSBD),
 - Bénéficiaire déjà de l'intervention des opérateurs Siel Bleu et Capacity sur la même année,
 - Ayant participé à l'étude Iquare (2011-2014) : démarche qualité et mise en place d'actions d'amélioration des pratiques professionnelles

Enfin, selon les priorités et enjeux locaux, d'autres critères spécifiques, non listés ci-dessus, pouvaient être pris en compte par les DT-ARS de chaque département afin d'affiner le ciblage des structures bénéficiaires sur leur territoire.

3/OBJECTIFS ET MÉTHODE DE L'ÉVALUATION

Les objectifs de l'évaluation

Au regard de ces éléments de contexte qui témoignent bien de l'intérêt de la pratique physique pour les personnes âgées, de ses bienfaits physiques et fonctionnels largement démontrés, un des enjeux maintenant est de définir comment favoriser le déploiement et la pérennisation de cette activité dans les EHPAD.

C'est dans ce cadre que se situe ici l'évaluation des trois modes d'intervention proposés aux EHPAD de Midi-Pyrénées afin de comprendre ce qui fonctionne ou pas, selon le contexte et les attentes, ce qui est le plus adapté, ce qui pourrait être amélioré.

L'évaluation du « Programme d'activité physique en EHPAD » doit donc permettre d'apporter des éléments d'éclairage sur les conditions d'implantation et de développement de l'activité physique en EHPAD à travers le retour d'expérience du terrain vis-à-vis des interventions proposées. Il s'agit donc de :

- Caractériser **les modalités d'intervention**
- Préciser **les conditions de mise en place**
- Apprécier **la faisabilité** et **l'adhésion** à ce type d'intervention
- Apprécier **leur « impact »** à court et moyen termes
 - Sur l'organisation de l'EHPAD, notamment l'intégration de l'AP dans le projet d'établissement
 - Sur les pratiques professionnelles, notamment le repositionnement des animateurs
- Identifier **les facteurs facilitateurs ou freins/obstacles**, éléments à préserver ou améliorer et les stratégies à envisager pour une éventuelle extension et pérennisation de la pratique régulière de l'activité physique en EHPAD souhaitée par l'ARS

Les outils d'évaluation

Plusieurs sources d'informations, recueils et enquêtes ad hoc ont été mobilisés/conduits pour réaliser l'évaluation :

- **Des documents écrits** transmis par l'ARS et les opérateurs dont :
 - Les comptes rendus des réunions concernant le programme et l'évaluation
 - Les documents décrivant les actions des 3 opérateurs
 - Les conventions signées entre l'ARSMIP et les 3 opérateurs (et annexes jointes)
 - Les bilans des interventions réalisées dans les EHPAD (quand disponibles)
 - La liste des établissements participant à l'action
- **Des entretiens semi-directifs** conduits auprès des 3 opérateurs afin de :
 - Mieux connaître et décrire l'histoire de l'association, les concepts mobilisés, leur logique d'intervention et de fonctionnement
 - Dégager sur la base de leur expérience et de leur bilan, les difficultés/freins rencontrés, facteurs favorisant, pistes d'amélioration potentielles, perspectives...
- **Des entretiens téléphoniques** réalisés avant le lancement des enquêtes quantitatives et suite aux entretiens auprès des opérateurs, auprès d'un échantillon d'EHPAD bénéficiaires, afin de tester la trame du questionnaire destiné à recueillir l'appréciation de l'ensemble des EHPAD ayant bénéficié du programme d'AP
- **Des enquêtes quantitatives via des questionnaires en ligne** auprès des EHPAD bénéficiaires :
 - Cette enquête rétrospective doit permettre de décrire les principales caractéristiques des EHPAD bénéficiaires (attentes, motivations, implication...), de recueillir leur appréciation de l'intervention et de ses effets et d'identifier à travers leur retour d'expérience les différents

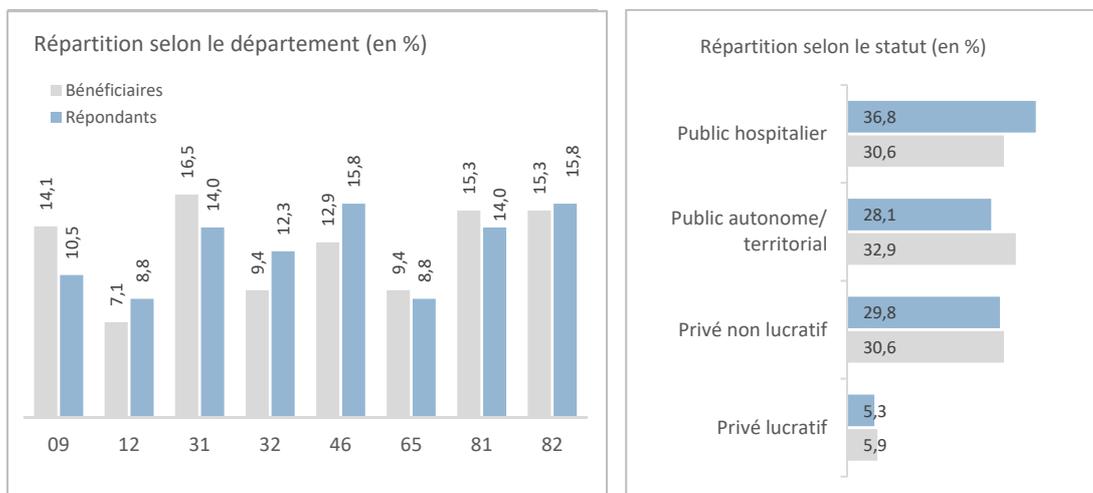
facteurs à prendre en compte (intérêts, limites, difficultés, leviers, pistes d'amélioration, perspectives pour l'AP...)

- Au-delà des questions communes et des items transversaux, le questionnaire a été adapté au type d'actions proposées ; il y a donc 2 versions, avec des questions spécifiques liées aux différentes modalités d'interventions des opérateurs (pour Capacity et Siel Bleu d'une part et eFORMip d'autre part)
- Il s'agit d'une enquête par EHPAD (une seule réponse par établissement) ; le professionnel le plus informé et impliqué était chargé de renseigner le questionnaire avec l'appui de l'équipe si besoin
- Le taux de participation à cette enquête s'élève à 70% avec une bonne représentativité des bénéficiaires.

Tableau 1. Taux de participation à l'enquête auprès des EHPAD bénéficiaires du programme

	Bénéficiaires	Répondants	Taux participation
Enquête AP 1	41	29	70.7 %
Siel Bleu	16	9	56.3 %
Capacity	25	20	80.0 %
Enquête AP 2 - eFORMip	44	28	63.6 %
TOTAL	85	57	67.1 %

Figure 2. Représentativité des répondants à l'enquête « bénéficiaires »



Les critères d'évaluation

Des critères d'évaluation ont été définis (liste non exhaustive) afin d'alimenter les différents axes de l'analyse :

<p>PROCESSUS Conditions de mise en œuvre Niveau de réalisation (écarts / prévu)</p>	<p>En amont de l'action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivations et attentes - Préparation de la mise en place - Niveau de mobilisation des acteurs - Sensibilisation du personnel <p>Déroulement de l'action</p> <ul style="list-style-type: none"> - Écarts « prévu / réalisé » mais également « attendu / réalisé » - Accessibilité, adaptation et couverture des besoins - Organisation et logistique - Collaborations mises en place - Appréciation de l'action (critères spécifiques) / Satisfaction globale - Difficultés rencontrées et leviers mobilisés - Pistes d'amélioration concernant l'intervention
<p>RESULTATS Impacts / effets immédiats ou à moyen termes ; Perspectives</p>	<p>Sur les résidents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorations perçues par les professionnels sur les capacités/l'état de santé - Intégration/place des AP dans les projets de vie et de soins <p>Sur les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implication / participation des professionnels - Évolution des pratiques professionnelles - Articulation des professionnels autour de l'AP <p>Sur l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Place/Intégration des AP dans le projet d'établissement - Maintien/lancement d'une dynamique structurée autour des AP (ou projets) - Apport de cette activité à l'échelle de la structure (visibilité ?) <p>Poursuite de l'action et perspectives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'initiative et sous quelle forme - Motifs en cas d'abandon - Mise en place de nouvelles initiatives - Propositions/conditions pour l'extension et/ou la pérennisation

4/ LES DIFFÉRENTS TYPES D'INTERVENTION PROPOSÉES AUX EHPAD

Les 3 associations financées par l'ARS pour assurer la mise en place de programmes d'activités physiques dans les EHPAD de la région Midi-Pyrénées visent toutes dans la globalité le même objectif, à savoir favoriser le maintien de l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Cependant les entretiens permettent d'affiner leur conception de l'activité physique adaptée et leur logique d'intervention.

Schématiquement deux « formats » d'intervention sont proposés :

- La prestation de service pour Capacity et Siel Bleu
- La formation-accompagnement pour eFORMip

CAPACITY : Le modèle de l'entraînement sportif fondé sur la validation d'un programme.

L'association Capacity a été spécifiquement créée en 2014 pour mettre en place des ateliers d'activité physique dans les EHPAD et depuis deux ans travaille avec l'ARS Midi-Pyrénées. Cette association relativement « jeune », dirigée par un binôme composé d'un ancien professeur de sport (et sportif de haut niveau) et d'un docteur en STAPS mention APAS, se trouve actuellement en pleine expansion. Elle reste toutefois selon ses dirigeants encore « peu visible »

La conception de l'activité physique adaptée repose sur **l'application au domaine de la rééducation et de la prévention des méthodes issues de l'entraînement sportif**. Pour l'un des dirigeants de l'association « c'est bien le modèle de l'entraînement qui a inspiré la conception de l'intervention, quand nous faisons travailler les mains, les poignets ...c'est un entraînement ».

Les dirigeants ont opéré un découpage « en blocs » des fondamentaux de l'exercice physique et de ses effets sur la santé : « *un programme dure environ 20 heures. Il est constitué de blocs (respiration, activité cardio, etc....) et de socles. Le socle 1 dure 20h. Une fois que l'on a passé les 20 heures, on donne un diplôme avant que le résident passe au socle 2...* ». Les blocs sont « incompressibles » et les contenus selon les thèmes sont identiques.

Ces blocs sont constitués en fonction des « recommandations sur le vieillissement ». Les programmes sont présentés comme validés localement par une autorité médicale (le médecin coordinateur) et scientifiquement par une référence à la littérature.

Ils sont définis comme identiques d'un établissement à l'autre permettant (potentiellement) une comparaison des effets de la prise en charge. Le modèle de l'entraînement sportif se complète ainsi d'une conception des bonnes pratiques médicales très proche (au moins dans la forme) de l'essai expérimental. Pour les dirigeants, Capacity est reconnue « comme une thérapeutique non médicamenteuse » qui émerge au budget soin sur d'autres régions mais pas en Midi-Pyrénées. La rigueur des programmes et leur quasi transférabilité permet à Capacity de revendiquer une stabilité de leur offre indépendante de la variabilité des compétences de l'intervenant.

Les programmes se déroulent en position assise et sont plutôt dédiés aux personnes en perte d'autonomie. Tous les animateurs sont des enseignants en activité physique adaptée de niveau licence ou master et se présentent tel des « coachs » sportifs. C'est le sens que l'activité peut avoir pour la personne qui est au centre de la prise en charge.

La participation à des olympiades permet pour les dirigeants de donner une motivation supplémentaire qui poussent les personnes âgées à intégrer le « *projet sportif dans le projet de vie ...là, on est pris par la compétition et le dépassement de soi* ».

Les évaluations se font par un suivi des résidents avec une fiche navette et un « passeport sportif ».

En conclusion Capacity revendique sa filiation au modèle sportif comme une accroche culturelle qui donne un sens à la mobilité (compétition, olympiades...), mais aussi comme une méthode rigoureuse et transférable assimilable au traitement médical. Cette double entrée de l'APA par les attendus des usagers et de la médecine conditionne aux yeux de l'association l'efficacité des programmes et le développement sécurisé des prestations.

SIEL BLEU : le modèle éducatif de l'activité physique adaptée fondé sur la compétence d'un spécialiste

L'association Siel Bleu a été créée en 1997 par deux étudiants en STAPS mention APAS et s'est très largement développée depuis 20 ans avec aujourd'hui 450 salariés en France et une extension à l'international. Si, initialement l'association intervenait uniquement en EHPAD, son périmètre d'intervention s'est étendu au domicile et à l'entreprise.

Spécialisée dans le domaine de l'activité physique adaptée, l'association se présente comme **innovante sur les outils et les méthodes de l'APA** avec l'appui d'un secteur recherche et développement qui se nourrit en permanence de la diversité des expériences de terrain.

Les interventions proposées sont intégrées dans l'établissement soit sous la forme d'une simple prestation d'animation hautement spécialisée ; soit elles s'inscrivent dans un projet plus global « *les EHPAD veulent qu'on utilise aussi leurs propres outils de suivi, ils nous intègrent dans les transmissions, dans leurs réunions et un classeur reste dans la structure pour le suivi* ».

Quel que soit le cas, l'évaluation est menée avec un logiciel propre à l'association « Humani Cura » et complétée par l'intervenant à la fin de chaque séance. Il s'agit d'apprécier sur la base de l'évaluation le niveau d'adaptation de l'activité physique. Toutefois l'évaluation peut aussi se faire avec des outils déjà utilisés par les établissements et se cale aussi sur les habitudes institutionnelles afin de mettre de la continuité dans les pratiques d'un service à l'autre.

La pérennisation de l'intervention repose sur l'affirmation d'une spécialisation en APA avec un référentiel pouvant en attester mais aussi sur les liens tissés avec les équipes en place autour des « cas individuels ». Il s'agit de montrer que le regard différent non médical sur la personne prise dans une autre activité peut être un plus. C'est donc une **dimension pédagogique** qui structure l'évaluation et permet d'orienter les personnes vers l'une des quatre modalités de pratiques créées par l'association : « Équilibre en Bleu », « Gym sur chaise », « Gym Alzheimer », « Gym autour de la table ».

Malgré ces divers types d'ateliers les intervenants tous qualifiés en APA avec un niveau minimum de licence sont libres d'adapter les séances et d'y apporter les régulations utiles. Le format ou programme reste souple et surtout conditionné par les compétences du professionnel de l'APA : « *le contenu est propre à l'intervenant, il individualise tout en suivant un certain schéma. Il y a un référentiel mais on ne se base pas forcément sur le référentiel. On ne veut pas que ce soit cadré. Le professionnel est formé, il a les compétences pour proposer une séance* ».

La durée du programme est de 6 mois, les résidents sont libres de venir aux séances et un référent est présent au sein de l'établissement. Il permet de choisir les résidents pouvant bénéficier de la prestation, qui fait le lien en cas de problème et s'occupe d'accompagner les personnes aux séances. Par ailleurs, en cas de problème, un suivi est aussi fait entre le référent Siel bleu régional et l'établissement.

En conclusion l'association Siel bleu propose aux établissements principalement une compétence en activité physique avec des outils et un référentiel basé sur la mise à disposition d'un spécialiste de l'APA. L'association en s'assurant d'un recrutement de qualité diffuse auprès des établissements une conception plastique de l'adaptation des activités physiques. La régulation des séances, des évaluations, le choix des outils sont autant de déterminants qui permettent à la fois de fusionner

l'activité physique adapté dans le projet de l'établissement que de favoriser la régularité par le maintien des personnes et leur sécurité dans les séances.

EffORMip : Le modèle du réseau de santé fondé sur l'approche de la fragilité

L'association effORMip a été créée en 2004 par un médecin du sport et s'est développée sous la forme d'un réseau régional visant à lutter par les APS contre la sédentarité des porteurs de pathologies chroniques en Midi-Pyrénées. Afin de répondre à cet objectif, l'association forme des professionnels de santé à la prescription des APS et des éducateurs sportifs à la dispense des APS (au cours de formations initiales et continues communes). Le travail de coordination au sein du réseau de médecins prescripteurs et d'intervenants en activité physique permet d'orienter les patients atteints de pathologie chronique mais d'un bon niveau de fonctionnalité vers les clubs ou associations. Le réseau étend sa couverture territoriale favorisant au maximum l'accès aux activités physiques tout en aménageant un suivi au sein du réseau (accompagnement, « coaching santé », évaluation ...).

Reconnu comme un opérateur Régional Sport Santé par les tutelles régionales (ARS et DRJSCS), effORMip a adapté et déployé, depuis 2013, son intervention en direction des EHPAD. Elle se structure autour de deux axes :

1/La formation des professionnels de l'EHPAD en vue de « professionnaliser les intervenants APS » dans les EHPAD. L'action de formation, sur deux jours, a pour but d'engager des coordinations autour de la prévention constituant un « duo » médecin coordonnateur et animateur afin de promouvoir chez les personnes un minimum d'exercice « en moyenne deux séances minimums par semaine pour s'approcher des recommandations ». La lutte contre la « fragilité » et le « maintien de l'autonomie » conduisent à former des animateurs aux vertus du « bouger » et à stimuler l'activité physique « *faire comprendre que l'activité physique c'est tous les jours, il faut en faire le plus possible Ceux qui peuvent aller au réfectoire en marchant, vaut mieux qu'ils marchent plutôt qu'ils y aillent en chaise roulante* ». encourager une simple marche sécurisée, « *mobiliser les articulations* », « *lutter contre la chute* » sont des objectifs qui reposent sur des conceptions différentes de la formation. L'approche minimaliste de la mise en mouvement ou du maintien de la mobilité concerne le renforcement des compétences des personnels d'animation ou soignant en place dans l'établissement. A l'inverse l'intervention sur un programme de réhabilitation fait appel à des compétences attestées par un diplôme APA.

2/L'accompagnement des EHPAD a pour but de rendre les établissements plus autonomes quant-au « développement de leurs outils ». Il consiste en une visite des lieux, du conseil pour l'achat de matériel, l'aménagement de l'espace... Cet accompagnement est rendu possible pour le réseau EffORMip dans la mesure où au sein des établissements il y a des professionnels de santé qui conformément au code de la santé peuvent intervenir sur les personnes âgées (kinésithérapeutes, psychomotriciens). L'accompagnement se fait de façon personnalisée par un travail de sensibilisation au projet en APA (une voire deux réunions de départ avec toute l'équipe afin de sensibiliser les professionnels de l'EHPAD) et par des séances collectives. Le protocole d'accompagnement se caractérise comme suit :

- Durée : 18 mois
- Initialement : 1 à 3 mois après la formation en présentiel -> aide à la mise en place de l'action
- Bilan (en présentiel ou téléphonique) à T+3 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois et 18 mois

Au cours de cette phase, les EHPAD doivent :

- Réaliser un suivi médical : initial et final (1 an) via une fiche médicale
- Réaliser une évaluation des capacités fonctionnelles de chaque résident participant à l'atelier AP tous les 3 mois via la fiche d'évaluation
- Mise en place d'une réunion pluri-professionnelle pour évaluer l'évolution des résidents

Les suivis et les évaluations réalisés par les EHPAD sont transmis à effORMip.

L'intervention en APA est confiée à des éducateurs qui possèdent une formation universitaire spécialisée niveau II ou I (licence APA minimum) « *les enseignants en APA c'est leur domaine ils sont compétents* », par contre pour des diplômés de moindre niveau (Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport, niveau IV (BAC)) ils sont informés des rudiments de l'adaptation. Pour les « animateurs qui mettent en place les choses d'eux même, ils n'ont pas toutes les cartes en main. Certains font remonter qu'ils sentent leurs limites. L'accompagnement consiste alors à sensibiliser les établissements sur la nécessité d'une formation : « *S'ils ont de vrais professionnels des activités physiques dans l'établissement c'est bien mieux* ».

Le modèle d'intervention promu par le réseau EffORMip suit trois finalités :

- Mettre les établissements en capacité de construire un projet d'activité physique par un travail collaboratif interprofessionnel au sein de la structure. Celui-ci repose sur le chaînage de la prescription à sa mise en œuvre par la complémentarité des spécialités entre médecin coordinateur et intervenants spécialisés en APA.

- Diffuser au sein de l'établissement une culture de l'activité physique afin que chaque personne (professionnels ou patients) reconnaisse l'importance de « bouger » pour la santé.

- Agir sur la « fragilité » comme moment décisif ou étape clé du processus de vieillissement afin de maintenir au mieux l'autonomie des personnes âgées.

L'approche de l'activité physique adaptée est construite sur la matrice d'un contrôle médical qui subordonne le travail des éducateurs en APA ou des animateurs à l'autorité du médecin ou des paramédicaux. Il s'agit d'une organisation descendante et hiérarchisée fondée sur la reproduction de la division du travail médical en spécialités.

Tableau synthétique et comparatif des trois opérateurs.

Opérateur	Capacity	Siel Bleu	EffORMip
Tendance globale	Sportive	Éducative	Médicale
Le principe d'intervention	Programme d'entraînement	La plasticité de l'adaptation	Le suivi de la prescription
Intervenants	Spécialiste en APA licence master	Spécialiste en APA licence master	Spécialiste en APA + animateurs sensibilisés
Évaluation	Importée par le programme	Négociée avec l'équipe selon les besoins	Conduite par la coordination médicale
Programmes d'APA	Planification de blocs d'exercices	Situations problèmes types	Mobilité contrôlée/ stimulation à « bouger »
Approche de la personne	Motivation	Adaptabilité	Fragilité
La force de la prestation	Transférabilité du programme	Innovation pédagogique	Coordination des initiatives professionnelles

5/ LES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

1. Les conditions de mise en place : état des lieux, attentes et réalités

Un constat préalable : l'AP déjà « présente » dans la majorité des EHPAD

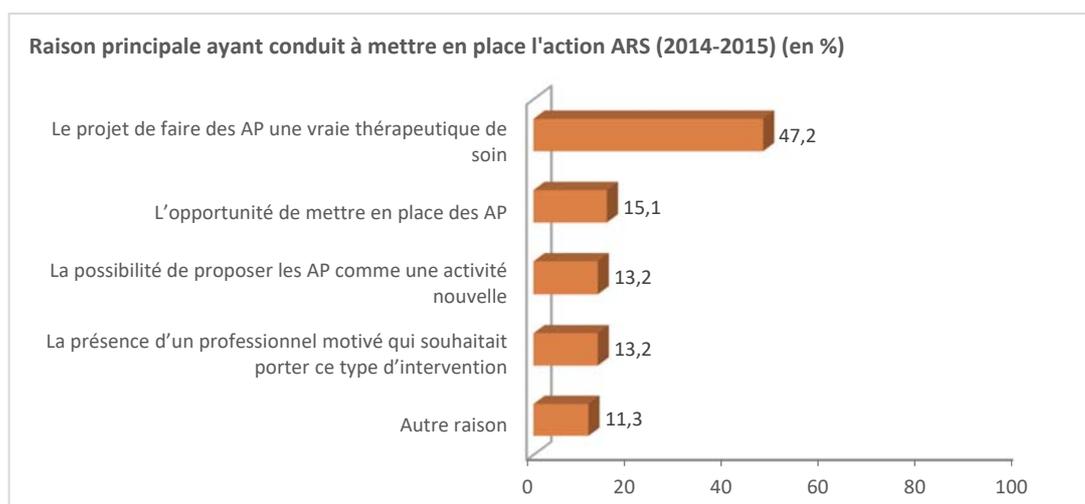
Selon le retour de l'enquête auprès des bénéficiaires de l'intervention, **89%** des EHPAD (51/57) signalent qu'avant la mise en place de l'action de l'ARS en 2014-2015 des ateliers d'AP étaient déjà mis en place dans l'établissement, **principalement par l'animateur** (25/37 EHPAD concernés) avec +/- l'aide ou en complément d'autres professionnels (le psychomotricien par exemple). Pour autant, avant l'intervention, cette AP n'est inscrite dans le projet d'établissement que pour 34% des EHPAD.

Près de **7 EHPAD sur 10 ont déjà eu une action de sensibilisation**, interprétée ici comme une action plutôt collective, ponctuelle et globale/généraliste, quand 5 sur 10 signalent avoir au sein de leur établissement des professionnels **déjà formés** aux bienfaits de l'AP (animateur, personnel soignant, personnel de la rééducation). On peut néanmoins s'interroger sur le niveau de « formation » dont ont pu bénéficier ces professionnels et la différence avec un temps de sensibilisation.

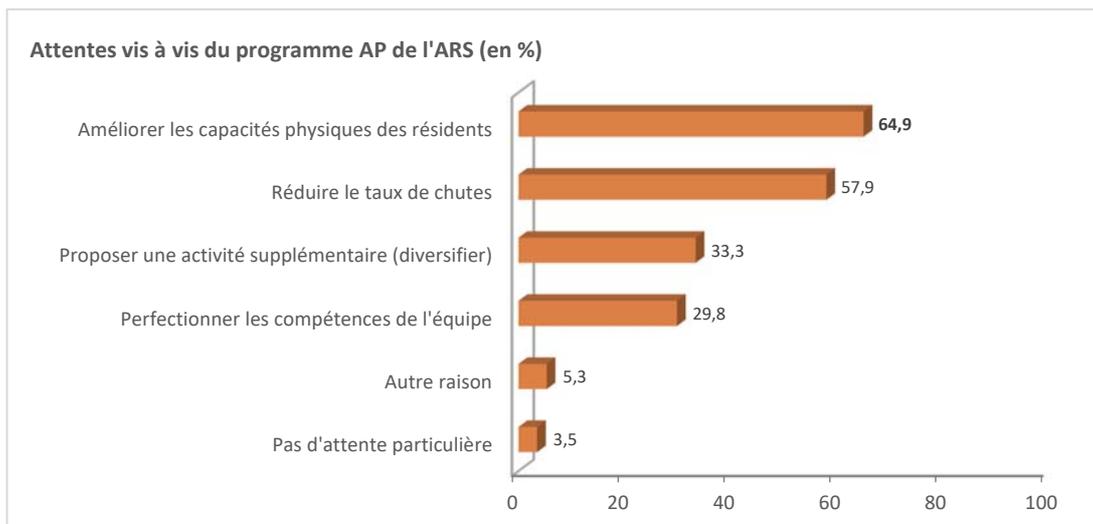
➡ Pour ceux n'ayant pas mis en place d'AP avant l'action ARS (6/57), le manque de ressource en interne (financières ou humaines) est évoqué.

Une attente forte : renforcer l'intégration des AP dans un projet de « prévention » et/ou de « soin »

Parmi les raisons qui ont conduit les EHPAD à mettre en place l'action APA proposée par l'ARS les équipes EHPAD témoignent largement de leur volonté de développer l'AP comme une activité ayant une vocation thérapeutique pour les résidents.



Interrogées sur leurs attentes vis-à-vis de l'action AP proposée, de manière plutôt cohérente avec leur principale motivation, **les professionnels attendent essentiellement des AP qu'elles remplissent une fonction préventive** (« mettre en place une politique de prévention (chute, perte d'autonomie) ») vis-à-vis de l'état de santé des résidents.



Les commentaires des enquêtes montrent que **la grande majorité des professionnels EHPAD sont convaincus des bienfaits de l'AP** et en attendent donc les effets.

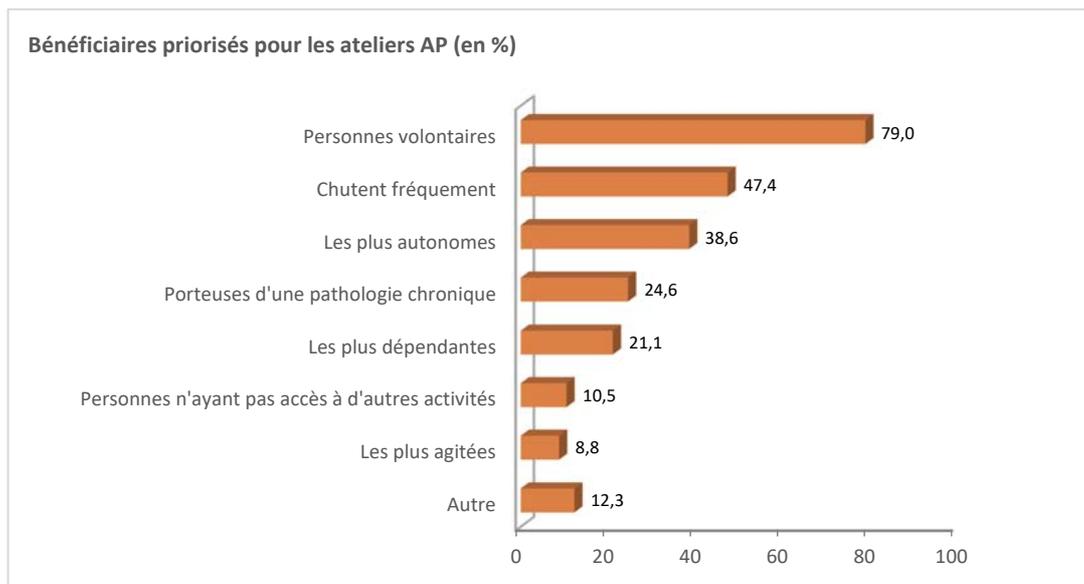
La prévention de la chute et le maintien des capacités fonctionnelles (toujours dans un but de préservation de l'autonomie) sont très fréquemment cités comme les principaux bénéfices attendus de l'AP pour les résidents d'EHPAD : *« Objectifs différents : prévenir les chutes, maintien des capacités physiques, augmenter/conservé son autonomie malgré la maladie et l'avancée en âge » ; « participer au maintien des fonctions physiques » ; « Renforcement musculaire, atelier équilibre, prévention des chutes » ; « [...] et a pour objectif de stimuler les résidents dans le maintien de leur autonomie » ; « Créer du lien entre les participants et contribuer ainsi à l'amélioration de leur qualité de vie au sein de l'établissement (vie sociale) » ; « Importance de la mobilisation active pour diminuer le risque de chute et le maintien de l'autonomie » ; « L'AP chez la PA préserve l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, stimule la mémoire » ;*

Les bénéficiaires ciblés pour l'intervention : pas de véritable logique de priorisation en dehors de la « chute répétée »

Le volontariat est finalement le « critère » le plus cité pour le « choix » des résidents bénéficiaires des ateliers, ce qui laisse finalement supposer que ces ateliers étaient, en première intention, ouverts à l'ensemble des résidents. Précisons par ailleurs que toutes les PA volontaires ont pu intégrer/participer à un atelier AP.

Le seul critère pouvant apparaître comme déterminant dans le choix de certains profils de bénéficiaires, reste la chute répétée ce qui fait écho au bénéfice attendu de réduction du taux de chute (en cohérence avec les bienfaits reconnus de l'AP et les recommandations de BP).

Les opérateurs (Siel Bleu, Capacity) indiquent pourtant que les ateliers d'AP proposés peuvent constituer pour les équipes EHPAD une opportunité de cibler des personnes très dépendantes et habituellement difficiles à mobiliser (difficulté de stimulation, difficulté de participation aux autres activités...). Les retours des EHPAD ne vont pas dans ce sens ; en dehors des chuteurs à répétition, il semblerait que les résidents les plus autonomes soient plus fréquemment sollicités que les plus dépendants ou les plus difficiles à mobiliser (ex : les personnes agitées) : *« Certains résidents sont encore autonomes et peuvent plus facilement participer aux ateliers ».*



- Autres : Tous ; Résidents Alzheimer ; Selon évaluation ; PASA ; selon besoins repérés...

Si les équipes EHPAD ont été interrogées sur les critères de sélection des bénéficiaires des interventions, nous ne disposons d'aucunes données précises quant au profil des résidents ayant réellement participé aux ateliers (sexe, âge, GIR, pathologies, ...).

Une large adhésion des équipes malgré quelques craintes vis-à-vis des interventions AP

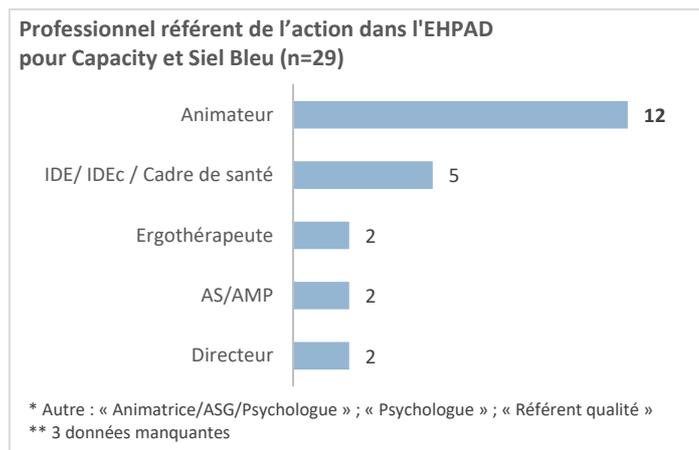
Les interventions proposées par l'ARS ont été très largement acceptées avec peu de réticences relevées en interne (seulement 9 EHPAD/57), renforçant ainsi le **sentiment d'adhésion large des équipes EHPAD à l'initiative** avant même son démarrage.

Par contre, la moitié des EHPAD (31/57) signalent avoir eu des craintes vis-à-vis de l'action ARS, la principale étant **la difficulté à motiver les résidents pour participer aux ateliers AP proposés ou pouvant être proposés (27/31)**, suivie de celle d'intégrer l'action dans l'activité EHPAD (13/31) puis de la création d'un besoin supplémentaire (12/31).

Notons que la crainte de ne pas pouvoir motiver les résidents a rapidement été levée par la suite puisqu'au final, elle n'est pas recensée parmi les difficultés évoquées pour la mise en œuvre de l'intervention et qu'une majorité des EHPAD soulignent la grande satisfaction des résidents bénéficiaires, font état de « *l'enthousiasme général* » et de leur implication dans ces ateliers avec des participants jugés « *très fidèles* » et qui « *attendaient l'éducateur avec impatience* ».

Les référents désignés au sein de l'EHPAD : le rôle clé de l'animateur pour opérationnaliser la mise en œuvre des AP en EHPAD

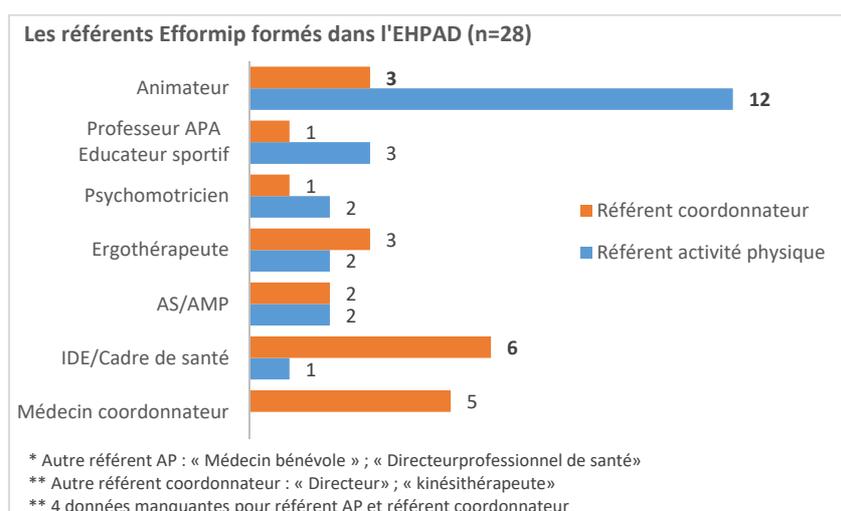
Pour les bénéficiaires de Capacity et de Siel Bleu le référent doit permettre de faire le lien avec l'opérateur. C'est en général l'animateur qui a été désigné et qui a endossé ce rôle ; aucun médecin n'a été rapporté.



Pour eFORMip, deux référents ayant des missions complémentaires, sont désignés au moment de la formation (un référent AP et un référent coordonnateur) : « Dans la perspective de l'accompagnement un référent coordonnateur (medco, IDEc...) et un référent AP (intervenant en AP) sont formés et clairement identifiés au sein de chaque EHPAD. Ces référents ont pour rôle respectif d'assurer par la suite le suivi médical et d'encadrer les AP ainsi que le suivi des capacités fonctionnelles du patient tous les 3 mois. Ces référents deviennent les contacts privilégiés pour échanger et transférer les données à eFORMip...Chaque EHPAD ayant bénéficié de la formation est labellisé eFORMip mais seuls les intervenants formés sont habilités à faire pratiquer des APS »

Comme pour les 2 autres opérateurs, le référent AP, chargé de la mise en œuvre de l'AP, est fréquemment l'animateur (12/28). A noter la présence de 3 référents « éducateurs/enseignants APA ».

Pour le volet « coordination » qui revêt théoriquement un aspect plus médical, ce sont principalement les IDE (6/28) suivies du médecin coordonnateur (5/28), AS/AMP (3/28) et Ergothérapeute/Psychomotricien/Kiné (4/28). Avec eFORMip, l'importance de l'approche médicale semble davantage prise en compte et mise en avant à travers l'implication d'un soignant ou personnel paramédical.



2. L'appréciation de la mise en œuvre des interventions

Les ateliers d'AP par Capacity et Siel Bleu

Créneaux d'intervention

Plus d'un tiers des équipes EHPAD n'ont pas eu le choix du créneau horaire et peut alors être perçu comme une contrainte pour certains professionnels : « *Problème d'horaire car le repas se terminant vers 13h30 difficile d'installer tout le monde pour 14h et difficulté avec les personnes faisant la sieste* ».

Cependant la majorité des EHPAD juge les créneaux adaptés aux contraintes organisationnelles et humaines de l'EHPAD.

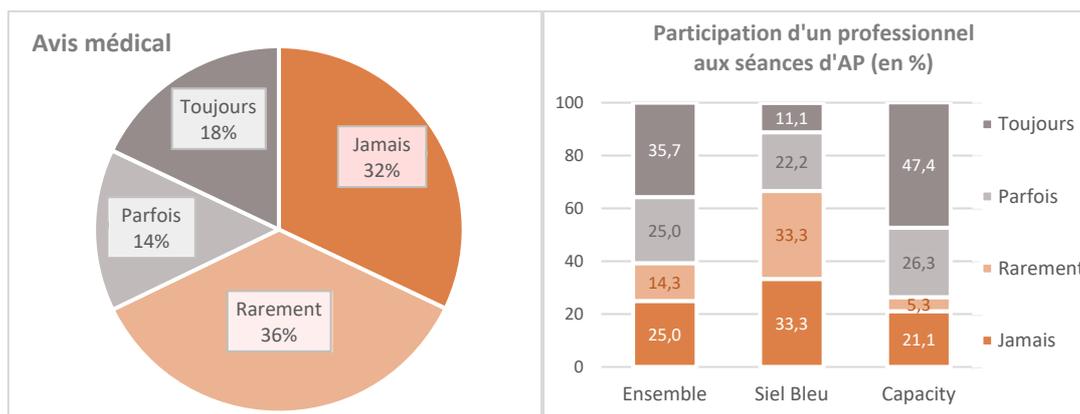
	Ensemble N=29		Siel Bleu N=9		Capacity N=20	
	n	%	n	%	n	%
Choix des créneaux horaires	17	58.6	6	66.7	11	55.0
Créneaux jugés pertinents/adaptés à...						
L'organisation générale de l'EHPAD	25	86.2	6	66.7	19	95.0
L'état de forme des résidents	22	75.9	6	66.7	16	80.0
La disponibilité du personnel	19	65.5	5	55.6	14	70.0

Sécurisation de l'intervention

Pour la majorité des EHPAD (66% soit 19/29) **un avis médical appuie rarement, voire jamais** la proposition de participation faite au résident (pas de différence Capa/SB).

Pour la majorité des EHPAD qui ont bénéficié de l'intervention de Capacity, un professionnel participait aux ateliers (dont de manière systématique pour la moitié d'entre eux) : « *Présence nécessaire de l'animatrice pour accompagner et installer les résidents souhaitant participer à la séance et relayer les indications formulées par l'opérateur afin de pallier à leurs pertes d'autonomie physiques et sensorielles (répéter la consigne, montrer le geste pour qu'il soit reproduit...)* »

Les responsables de Capacity l'ont par ailleurs souligné lors de l'entretien comme un élément entrant dans le cadre de la sécurisation des ateliers et permettant également de « rassurer » les résidents. La plupart des EHPAD « Capacity » s'accordent finalement à dire que la participation d'un professionnel aux ateliers est souhaitable (13/20) quand les EHPAD Siel Bleu ne partage pas cet avis (seulement 2/9).



Coordination / Collaboration avec l'équipe EHPAD

Quel que soit l'opérateur, 7 EHPAD sur 10 (soit 20/29) estiment que **le travail de l'éducateur sportif s'est organisé en collaboration avec les professionnels de l'établissement** : avis partagés et pris en compte, redéfinition des rôles de chacun, complémentarité, participation aux staffs d'équipe.

Pour autant, il ne faut pas négliger que certaines équipes regrettent « *l'absence de communication* », « *le manque d'information pour l'équipe* », qu'il n'y ait eu « *aucune coopération* » de la part de l'intervenant APA ou « *peu d'échanges avec l'équipe* », ce qui est à envisager peut-être comme plus dépendant du professionnel que de l'intervention en soit.

Par ailleurs, près de la moitié des EHPAD (soit 14/29) indiquent que des outils communs ont été mobilisés/utilisés pour favoriser les échanges entre l'éducateur et l'équipe principalement sous forme de **cahier / fiche de liaison** (10/14 dont 9 Capacity ; « *Passport sportif* » / « *Feuille de suivi* » proposés par cet opérateur). Parmi les autres supports cités on trouve : les transmissions infirmières (4), un dossier médical partagé (3), des réunions (3), dossier kiné, messagerie interne et tableau de bord.

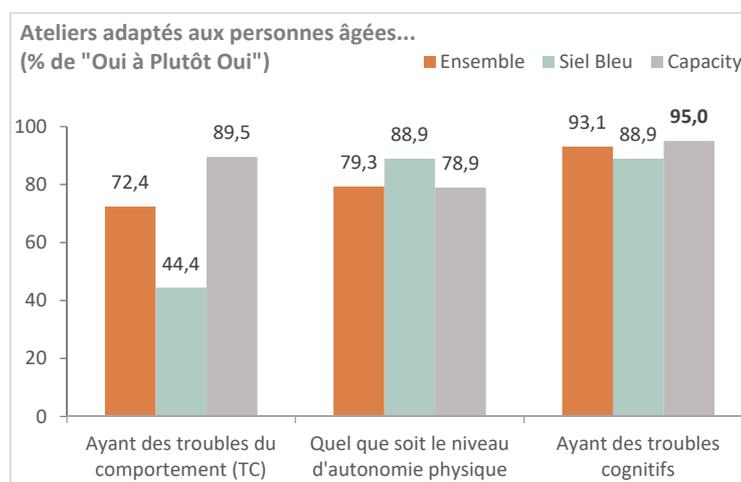
Suivi des résidents

6 EHPAD sur 10 précisent que l'opérateur a mis en place **des outils/procédures spécifiques visant à suivre l'évolution des capacités des participants aux ateliers** (9/9 pour Siel Bleu versus 9/20 pour Capacity).

Les deux opérateurs suivent effectivement l'évolution des résidents (Test Tinetti, force, souplesse, Get Up and Go...) mais Siel Bleu à la différence de Capacity envoie **un dossier bilan EHPAD** à la fin de l'intervention qui présente l'évolution individuelle des capacités de chaque résident ayant participé à un atelier.

Les procédures de suivi semblent, de manière générale, plus formalisées pour Siel Bleu : dossier par EHPAD avec résultats individuels, existence et utilisation d'un logiciel spécifique (dédié à ce suivi), référentiels Siel Bleu...

« 2 groupes : secteur soins et secteur adapté » ; « Nous avons aussi mis en place une intervention dans l'unité sécurisée avec adaptation et cela a été une réussite » ...



Satisfaction globale de l'intervention

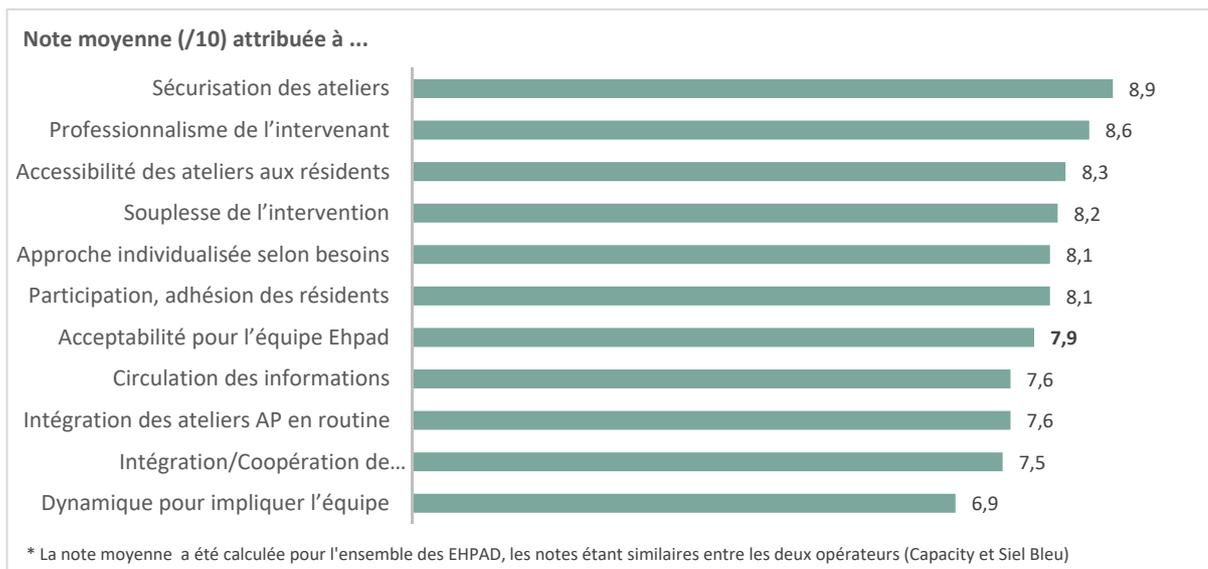
Les interventions font l'unanimité avec une satisfaction globale largement partagée :

- **Par les professionnels de l'EHPAD** : de 65% « Plutôt satisfait » (19/29) à 35% de « Très satisfait » (10/29)
- **Pour les résidents (selon les EHPAD)** : de 35% « Plutôt satisfait » (10/29) à 65% de « Très satisfait » (19/29)
- **Pour les familles (selon les EHPAD)** : de 71% « Plutôt satisfait » (20/29) à 29% de « Très satisfait » (8/29)

Les appréciations concernant les différentes dimensions de l'intervention sont très positives et ce quel que soit l'opérateur (résultats similaires). Certains retours (favorables comme défavorables) sont plus liés à l'intervenant lui-même (comportement, attitude, implication) qu'à l'intervention proposée : « *Programme intéressant mais nous avons été déçus de l'intervenant et nous sommes intéressés pour poursuivre mais avec un autre éducateur sportif* » ; « *Le dynamisme et la motivation de l'intervenante y est pour beaucoup ; elle a su s'intéresser les résidents et s'est parfaitement intégrée à l'équipe de professionnels de l'EHPAD* ».

La sécurisation des ateliers et le professionnalisme de l'éducateur apparaissent comme les éléments les plus satisfaisants, la circulation des informations et l'intégration de l'action et de l'éducateur étant ceux jugés sensiblement moins satisfaisants que les autres.

La « dynamique » pour impliquer le personnel est discutée par certains EHPAD, « *pas réussie* » ou « *parfois difficile* » mais elle est également perçue comme quelque chose qui n'était pas attendu pour cette action : « *L'EHPAD considère que ce n'était pas son rôle (éducateur)* » ; « *Dynamique pas demandée* ». On pourrait pourtant considérer qu'il s'agit d'une retombée indirecte de l'intervention.



Difficultés et réajustements proposés par les EHPAD pour l'intervention des prestataires

Les réajustements proposés par certains établissements ou à travailler pour ces interventions sont généralement en lien avec les difficultés identifiées lors de la mise en œuvre de l'action

- **la circulation d'information (avant, pendant et/ou après l'intervention) :** « Une réunion de présentation en amont auprès des EHPAD et des soignants ainsi qu'une évaluation transmise des progrès réalisés par les résidents » ; « Il manquait un lien et surtout un suivi, des évaluations des résidents pris en charge lors de ces ateliers. À ce jour l'ergothérapeute est présente 1/2 vendredi et peut donc faire le bilan plus facilement. » ; « Amélioration de la communication des intervenants extérieurs avec l'équipe de soin (à ce jour aucun compte rendu, aucune information sur le suivi/la progression des résidents...) »

- **les modalités d'organisation de l'intervention :** « Créneaux horaires » ; « L'intervention s'effectue le vendredi matin, pour des questions de planning et de salle. Or ce jour-là, au départ, nous n'avons pas de rééducateur de disponible, donc l'IDEC faisait le lien mais il n'a pas les compétences requises pour bien suivre un tel atelier. » ; « Difficulté à intégrer les ateliers dans l'organisation du service » ; « Contrainte d'organisation pour tenir prêt les résidents participant à l'activité, prêt en temps et en heure »

- **la formation de l'éducateur AP aux spécificités du public pris en charge :** « Educateur sportif pas assez formé en gérontologie et en psychologie de la personne âgée » ; « Comme cela a été dit plus haut, l'intervenant n'était pas formé aux troubles du comportement, ce qui a donc nécessité des réajustements dans ses modes d'intervention » ; « En termes de bénéficiaires, au regard des besoins individuels »

La formation et l'accompagnement par effORMip

Appréciation de la formation dispensée aux référents EHPAD

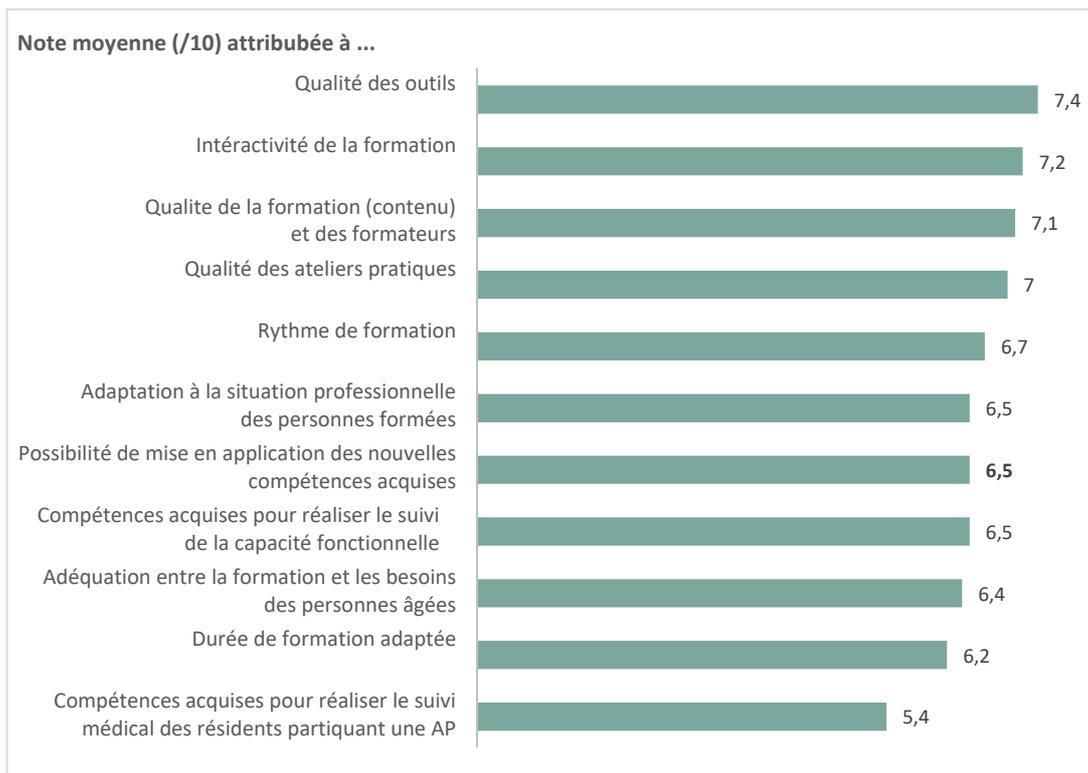
La qualité, des supports (notamment ateliers pratiques) et des outils utilisés jusqu'à l'interactivité et les échanges permis entre les professionnels lors des séances est mise en avant. Elle a « permis de confirmer l'importance de l'activité physique en EHPAD. Elle a permis de donner des outils supplémentaires à l'animatrice pour animer cet atelier ». Certains professionnels regrettent que l'approche pratique ne soit pas plus importante : « Nous aurions souhaité + de pratique » ; « Trop peu d'ateliers pratiques » ; « Trop de théorie, pas assez de pratique ».

La formation est cependant jugée plus limitée, avec une durée insuffisante, pour permettre d'acquérir les compétences nécessaires pour le suivi de résidents participant à des ateliers d'AP : « Journées ne permettant pas d'approfondissement de connaissances ou d'enrichir réellement nos pratiques. » ou encore « On serait favorable à des formations plus régulières des soignantes qui n'ont pas assez de compétences pour poursuivre au quotidien l'action du formateur. On aurait besoin de plus d'heure d'activité par semaine car on ne couvre pas nos besoins actuellement. ».

Dans la même lignée, des commentaires sont relevés quant au **manque d'adaptation et/ou d'adéquation de cette formation** vis-à-vis :

- du type d'établissement et/ou de la population accueillie : « Ne correspond pas aux petites structures » ; « Pas adaptée » ; « La population touchée est particulièrement dépendante » ; « Mise en pratique difficile avec notre population » ; « Manque d'expérience des intervenants et méconnaissance des EHPAD » ; « Formation de qualité mais n'a pas été adaptée aux résidents et aux locaux » ; « Cependant, les conseils donnés lors de la formation ne sont pas toujours adaptés à notre population et donc non adaptables sur le terrain. »

- du profil des apprenants au regard du contenu ou des objectifs visés : « Formation trop médicalisée » ; « Contenu de la formation pas en adéquation avec le public formé. » ; « Évaluation fonctionnel du rôle d'un rééducateur et pas des animateurs ou IDE → évaluation motrice plutôt » ; « Pas de compétences médicales pour un IDE ou une animatrice » ; « Pas de médecin intégré » ; « Pas de médecin formé par effORMip » ; « Au départ pas de rôle des rééducateurs pour ne pas mélanger fonction PUIS cela devient une demande ... » ; « Pas d'intérêt pour un agent formé en tant que PAPA »



Appréciation de l'accompagnement « eFORMip »

Dans la convention signée entre eFORMip et les EHPAD bénéficiaires, eFORMip « s'engage à accompagner l'EHPAD à travers :

- Aide à la mise en place et au développement de l'action
- Aide et conseils sur l'aménagement de l'espace dédié à la pratique de l'AP et sur le matériel
- Information et sensibilisation de l'ensemble du personnel sur un créneau d'une heure
- Développement et ancrage du projet d'AP dans le projet d'établissement
- Aide au recrutement d'un professionnel habilité à dispenser des AP
- Bilans sur les actions »

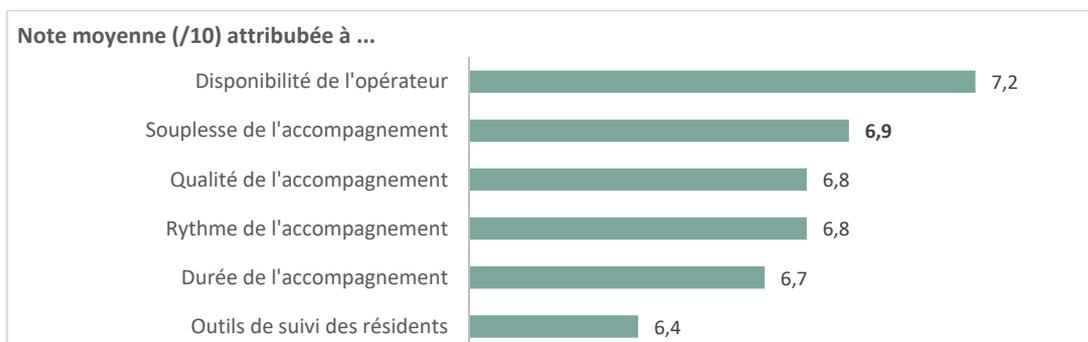
Trois établissements indiquent ne pas avoir encore bénéficié de l'accompagnement au moment de l'enquête ; ils n'ont donc pas renseigné cette partie.

L'accompagnement proposé par eFORMip s'organise sur 18 mois, avec un temps d'échange prévu entre eFORMip et l'EHPAD tous les 3 mois. Il s'agit de soutenir le binôme de référents formés (AP et médical) chargés, suite à la formation reçue, d'organiser la mise en place d'une intervention d'AP au sein de l'établissement.

D'un point de vue « organisationnel » l'accompagnement apparaît plutôt satisfaisant même s'il reste plutôt difficile à qualifier plus précisément. Les EHPAD ont fourni peu d'éléments explicatifs concernant les notes attribuées à chaque dimension (tant positifs que négatifs).

Si la disponibilité et la compétence du réseau eFORMip sont mis en avant, les outils de suivi (dont les évaluations) peuvent apparaître chronophages voire plus limités tout comme le format du programme : « *Le contenu des programmes est pertinent en revanche leur durée l'est moins. [...] De plus, la mise en place et le suivi des personnes sur une année ne permet pas d'intégrer d'autres personnes*

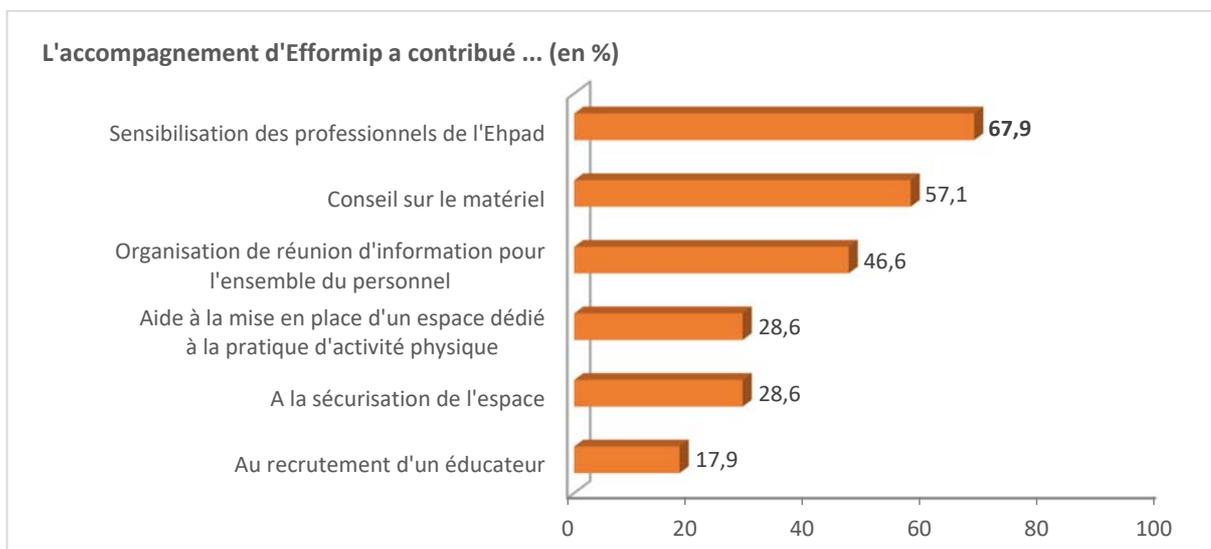
dans les programmes. Autres limites : le suivi et l'évaluation porte exclusivement sur les capacités fonctionnelles. Cependant aucun outil (ex : ISP 25 ou ISP 10) n'est proposé afin d'évaluer les effets de nos interventions sur l'estime de soi. La qualité de vie n'est pas non plus prise en compte. »



Le premier effet de cet accompagnement mis en avant par les EHPAD est celui de la sensibilisation, au sens large, des professionnels de l'établissement et de l'implication de l'ensemble du personnel (68% des EHPAD). On tend à promouvoir les bienfaits de l'AP et recommandations de bonnes pratiques associées à l'échelle collective (au-delà des référents formés et notamment le personnel médical et paramédical : « *L'intervention de l'animatrice efFORMip a permis de sensibiliser le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, de les impliquer plus dans ce projet ainsi que l'ensemble des IDE* ».

L'accompagnement a également constitué une aide concrète pour la mise en place d'une action AP au niveau du choix du matériel (57%). Une réunion d'information destinée à l'ensemble du personnel de la structure a pu être organisée dans 47% des cas. Ce temps d'échange (distinct de la séance de sensibilisation) doit permettre de présenter le projet porté par les référents au reste des professionnels de l'EHPAD, ce qui peut constituer une étape importante avant sa réalisation : « *Le référent efFORMip s'est rendu compte que l'équipe avait besoin d'information pour comprendre le projet et collaborer avec l'éducateur.* »

5 EHPAD, signalent qu'efFORMip a finalement contribué au recrutement d'un éducateur, quelques structures ayant déjà un personnel formé, d'autres évoquant un problème lié au financement de ce type de personnel.



Difficultés et réajustements proposés par les EHPAD pour l'intervention

Près de la moitié des établissements signalent avoir rencontré des difficultés lors du déroulement de la mise en place de l'action :

- **Manque d'adaptation de l'intervention** pour répondre aux besoins de prise en charge des résidents (cf. satisfaction de la formation/accompagnement) : « *Les conseils reçus lors de la formation et de l'accompagnement sont encore difficilement applicables car la population de l'établissement ne s'y prête pas.* » ; « *Nous attendions d'efFORMip une aide pour des techniques d'amélioration de prise en charge des résidents avec des GIR les plus lourds. Donc la formation n'est pas adaptée à nos attentes* » ; « *La formation n'a pas permis d'apprendre de nouvelles techniques adaptées pour les personnes avec un GIR lourd, il y a seulement 15% des résidents de l'EHPAD qui peuvent en bénéficier.* » ; « *1-Revoir le programme de formation : adaptation car le plus souvent les gens impliqués avaient déjà une initiation à ces activités et la formation faisait double emploi - 2-Insister sur le côté pratique qui devrait l'emporter sur le théorique dans le module de formation* » ...

- **Turn-over des personnels formés** pour la suite de l'action (accompagnement et mise en place des ateliers) : « *Mais la disponibilité du médecin co (nouveau sur la structure) retarde la mise en place de l'évaluation* » ; « *A ce jour, nous n'avons pas encore mis en place l'activité physique sur l'EHPAD, nous avons un nouveau médecin coordonnateur. Étant animatrice et éducateur sportif, je peux en effet animer une activité physique et suis en attente du bilan médical des résidents de la part du médecin coordonnateur.* » ; « *En 2014, le medco était à mi-temps sur l'EHPAD et n'a été informé que par le professionnel. En 2015, l'animatrice référent est partie en congé maternité et a été remplacé par la psychomotricienne également formée. En septembre 2015, arrivée d'une nouvelle infirmière cadre, suivie en novembre d'un nouveau medco (moi-même).* » ; « *EHPAD sur 2 sites avec nécessité de coordonner l'action de façon rapprochée et difficulté liée à l'absence en interne d'un des coordonnateurs pendant plusieurs semaines* »

- **Absence de financement d'un temps de professionnel de l'APA** pour la mise en place des ateliers : « *Le poste d'animateur sportif n'est pas prévu dans la convention tripartite de l'EHPAD. Aucun financement n'est prévu sur la section hébergement dépendance pour ce programme qui aurait dû être co-construit avec les conseils départementaux pour assurer le financement des éducateurs sportifs pour encadrer les animateurs formés.* » ; « *Difficulté d'embaucher un éducateur APA dû au manque de financement* » ; « *Manque temps personnel* » ...

Les autres difficultés évoquées sont en lien avec un problème de communication interne, la sélection des résidents bénéficiaires d'ateliers d'AP ou le manque de moyens matériels : « *En interne : communication de la Direction Médicale - délai de prévenance d'intervention / Difficulté à cibler les résidents, les faire adhérer et obtenir les certificats médicaux des médecins traitants* » ; « *Difficultés pour mettre en place un groupe de niveau* » ; « *Manque d'espace dédié à l'activité physique, manque de matériel spécialisé pour démarrer l'activité, manque de communication dans les premiers mois qui a causé l'incompréhension des professionnels.* ».

De façon concordante les réajustements proposés concernent soit la nécessité d'améliorer la formation et/ou l'accompagnement (adaptation à la structure, population ciblée, possibilité de mise en application, ...) soit les possibilités de financement (personnel, matériel) à proposer pour la mise en place des ateliers d'AP à la suite de la formation (ex : subvention spécifique).

Un professionnel indique également qu'il serait pertinent de sensibiliser les résidents de l'EHPAD : « *Étant confronté à une génération qui n'a pas ou a été très peu sensibilisée aux bienfaits de l'activité physique sur la santé et notamment chez les personnes âgées, il aurait été approprié de proposer un atelier de sensibilisation auprès des personnes accueillis en supplément de la sensibilisation du personnel.* ».

3. Les apports, les effets, l'impact des interventions

Le professionnalisme de l'intervenant pour une prise en charge adaptée

Le **professionnalisme de l'intervenant**, vecteur de satisfaction pour les EHPAD et les résidents, constitue le **principal atout** cité dans le cadre des interventions Capacity et Siel Bleu. Le savoir-faire de l'intervenant à travers **sa capacité d'adaptation aux besoins des résidents et sa qualification spécifique** en rapport avec des pratiques mettant en jeu le collectif, « *Le professionnalisme de l'intervenant et sa bonne connaissance des publics accueillis, en termes de caractéristiques et de réponses personnalisées à apporter à chaque personne et ce, dans des séances collectives.* », mais également **son savoir-être avec des qualités** telles que l'écoute ou l'autonomie sont valorisées et renforcent l'adhésion des professionnels de l'EHPAD mais également celle des résidents : « *Une intervenante très à l'écoute de l'équipe et des résidents, bonne adhésion de l'animatrice et des résidents* » ; « *Le professionnel qui intervient qui est fédérateur, professionnel avec une grande expérience de la personne âgée et qui a une très bonne approche auprès des résidents et du personnel de l'EHPAD* » ...

Sur ce même champ certains établissements bénéficiant de l'action eFORMip évoquent le bénéfice d'avoir, au final, « *un personnel soignant formé* » ou encore des compétences permettant de « *mieux cibler les besoins de la population* ».

L'ouverture sur l'extérieur et la dynamique impulsée autour de l'AP

L'ouverture sur l'extérieur, avec « *l'intervention d'une personne qui ne fait pas partie des professionnels de l'EHPAD* » est d'abord vue comme un plus **sur la motivation des résidents**, offrant un nouvel horizon aux résidents qui sont toute l'année entourés des mêmes personnels. Certains professionnels évoquent que cette ouverture apporte de l'assiduité et favorise l'engagement des résidents dans l'activité : « *En tant qu'animatrice, j'ai pu me rendre compte que l'intervention d'un professionnel de l'extérieur amenait les résidents à être plus assidus et volontaires durant l'activité* ».

La venue de cet intervenant peut également constituer **un marqueur temporel nouveau** dans l'établissement pour les résidents « qui attendent le prestataire » et favoriser le **repérage de l'activité AP** par ces derniers : « *Pour le résident, il y a une meilleure identification du professionnel. Ils ne voient l'intervenant que pour cette activité spécifique, contrairement aux autres professionnels de la structure (exemple : l'ergothérapeute peut la même journée faire une toilette thérapeutique, un atelier Gymnastique puis un atelier cognitif).* ».

Un lien particulier peut naître entre les résidents et l'intervenant, « *car l'intervenant vient exprès pour eux, les connaît, une relation résident-professionnel se crée* », basé sur « *un regard nouveau* » et « *une autre approche que celle d'un soignant* » de la part du professionnel AP.

L'intervention peut aussi permettre **d'impliquer les professionnels de l'EHPAD dans la mise en place d'une action d'AP**, à différents temps ou étapes (constitution des groupes de bénéficiaires pour Capacity et Siel Bleu, séances de sensibilisation pour eFORMip, organisation de l'action elle-même quel que soit l'opérateur, ...). Quand les professionnels sont associés au projet, cela permet dans le même temps de les **fédérer autour d'un objectif commun**, dépassant ainsi la motivation de tel ou tel professionnel (individuel) en faveur de la volonté d'agir en équipe (collectif) : « *Lien avec l'équipe para médicale (psychomotricien, ergothérapeute) et réflexion en équipe pour le choix de résidents n'ayant pas d'autre temps de prise en charge physique* » ; « *Nous avons été porteurs de cette action en impliquant l'ensemble du personnel* »... **Une nouvelle dynamique peut alors se trouver impulser à l'échelle de l'EHPAD** comme l'illustre l'exemple suivant : « *Cette expérience a permis de dynamiser l'ensemble*

des services de l'EHPAD et notamment le service d'animation. Cela a eu pour effet positif de professionnaliser encore plus les salariés concernés, de structurer l'activité et de mieux appréhender la notion de la personnalisation dans le collectif. ».

Enfin, l'action ARS a permis de proposer en interne une « activité supplémentaire » ce qui permet en plus à l'établissement d'élargir le champ des prestations proposées et d'améliorer son attractivité : « *Le test gratuit a permis de se rendre compte de l'intérêt et de la complémentarité de telles interventions. Cela a permis de diversifier nos propositions d'activités ».*

Les bénéfices constatés pour les résidents

Les professionnels des EHPAD sont unanimes concernant l'apport des interventions d'AP pour les résidents. Les bénéfices mis en avant par les EHPAD ayant bénéficié des ateliers Capacity et Siel Bleu sont principalement de trois ordres :

- **Capacités fonctionnelles** : 97% des estiment qu'ils ont permis de contribuer au maintien de l'autonomie : augmentation des capacités physiques des bénéficiaires, amélioration de l'équilibre et de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne : « *Un bénéfice certain pour leur condition physique » ; « Les séances ont permis de développer la mobilité des résidents ; l'amplitude au niveau des membres supérieurs était visible. En ce qui concerne les résidents présentant des troubles cognitifs, nous avons pu remarquer qu'ils avaient des réflexes qui se mettaient en place. Cela a permis de maintenir certains repères dans le temps et l'espace, la stimulation a été très positive. Nous aurions souhaité que cette action demeure les années suivantes. » ; « Parmi les résidents qui peuvent s'exprimer ils vous diront que les mouvements proposés, ne sont pas des mouvements qu'ils ont l'habitude de faire, que ça leur fait travailler certaines parties du corps auxquelles ils n'auraient pas pensé. » ; « [...] l'activité physique diminue la perte d'autonomie et constitue une aide à un meilleur équilibre. » ; « [...] bien entendu l'amélioration musculo squelettique » ; « Prévenir le risque chute, maintenir l'autonomie, offrir une offre personnalisée adaptée au besoin avec des personnes qui connaissent la personne âgée. »*

- **Dimension sociale** : 97% des EHPAD ayant bénéficié estiment qu'ils ont permis d'améliorer le lien social des résidents : « *Une personne extérieure au service, offre un nouvel horizon aux résidents, qui sont entourés toute l'année des mêmes personnels. Les échanges sont différents, ils ne parlent pas de la même chose avec ce nouvel intervenant. Il me semble que sa socialise le résident. » ; « L'activité a favorisé, pour les résidents, le lien social, le "vivre ensemble" » ; « [...] C'est un moment où ils peuvent apprendre à se connaître davantage et à échanger. » ; « Renfort des liens sociaux entre les résidents et entre le professionnel intervenant et les résidents. » ; « Ateliers d'activités physiques proposés aux résidents, développement du lien social entre les différents participants, moments de convivialité appréciés » ; « Une personne extérieure au service, offre un nouvel horizon aux résidents, qui sont entourés toute l'année des mêmes personnels. Les échanges sont différents, ils ne parlent pas de la même chose avec ce nouvel intervenant. Il me semble que sa socialise le résident. »*

- **Bien-être et qualité de vie** : 93% des EHPAD estiment qu'ils ont permis de renforcer l'épanouissement des résidents : « *Le résident est plus épanoui, il garde une vision positive de son corps et de ses aptitudes à faire encore bouger ce corps qui vieillit... » ; « Ce programme leur redonne confiance et leur montre qu'ils sont encore capables de faire. Il leur apporte un bien-être moral, puisqu'ils se retrouvent chaque semaine autour de leur « coach », (coach qu'ils ont pour la plupart, bien identifié) dans une ambiance détendue, de plaisir et d'amusement. » ; « Vu pas comme une contrainte mais*

comme une activité, et valorisant le résident qui a pu participer à une activité physique ; le bien être moral »

À la lecture des commentaires généraux, les mêmes constats sont faits de la part des EHPAD ayant bénéficié de l'accompagnement eFORMip. Un commentaire illustre bien les multiples bénéfices tirés de l'APA : *« Elle est un adjuvant thérapeutique auprès des personnes en parcours de soin. Les ateliers contribuent à entretenir une relation sociale avec ceux qui participent aux séances, à développer l'autonomie fonctionnelle et à participer au soutien psychologique en permettant à la personne de réinvestir son corps. La pratique développe le savoir (connaissance du corps, l'attention, la compréhension des consignes, la mémoire, l'aptitude à faire un choix, l'orientation dans le temps et dans l'espace; Le Savoir être en favorisant la socialisation, la coopération, la découverte, la créativité, l'investissement et la motivation tout en donnant du sens à l'ensemble des actions du résident; Le savoir-faire en améliorant la condition physique pour l'entretien des fonctions vitales ainsi que des grands groupes musculaires et le travail sur l'adresse, la coordination, l'équilibre, l'endurance, la force et la souplesse. L'objectif est de valoriser le statut de la personne au travers de ses capacités de "faire seul" en s'exonérant de handicaps surajoutés, à se déplacer selon ses envies afin de satisfaire ses désirs, pour s'inscrire dans son environnement. L'APA se veut une approche délicate, un accompagnement chaleureux, encourageant la motivation, dans l'écoute des résidents, de leurs attentes et de leurs difficultés ponctuelles ou chroniques pour les réaliser, afin de les contourner doucement, mais au travers d'un suivi personnalisé et sans cesse réévalué »*

Soulignons que ces bénéfices sont identifiés comme **moteur pour poursuivre la mise en place d'actions d'AP** au sein de l'établissement (« contribuer au maintien de l'autonomie » pour 60%, « renforcer l'épanouissement du résidents » pour 45% et « améliorer le lien social des résidents » pour 28%). À cela, vient s'ajouter le fait que **les résidents se trouvent en plus « demandeurs » vis-à-vis de l'AP**, un argument supplémentaire pour la poursuite des actions : *« Demande de la part des résidents » ; « Les résidents étaient ravis et redemandent des interventions » ; « Cette expérience a été bénéfique et appréciée par les résidents. La continuité de cette activité a été sollicitée par les résidents lors d'un Conseil de la Vie Sociale. » ; « L'activité physique pour les résidents de l'EHPAD est très importante, il est nécessaire de pérenniser cette action pour au moins 2 raisons : les résidents ont adhéré à cette animation et du jour au lendemain ils ne l'ont plus (sauf gym douce avec animateur mais pas même niveau) donc nous avons créé un besoin sans le maintenir. L'impact très fort sur l'épanouissement et le lien social est à conserver » ; « L'activité physique a été maintenu à la demande des résidents de l'établissement. ».*

La notion de continuité est d'autant plus importante pour les bénéficiaires qu'*« arrêter les ateliers d'activité physique sera une véritable perte pour les résidents et pour les professionnels. »*

La modification des pratiques professionnelles

Quelque-soit l'opérateur, les établissements se montrent assez positifs par rapport à l'intérêt de l'action sur la sensibilisation du personnel (77%) et plus de la moitié des EHPAD (58%) considèrent que l'intervention a favorisé l'évolution des pratiques professionnelles.

Pour les professionnels concernés par ces modifications de pratique, les animateurs sont les plus fréquemment cités (23/33 EHPAD faisant état d'évolution au niveau des pratiques).

On constate une forme **d'auto-apprentissage** pour les professionnels des EHPAD ayant bénéficié des ateliers Capacity et Siel Bleu qui au contact des professionnels de l'APA acquièrent un certain « savoir-faire » ou renforce leurs compétences qu'ils intègrent pour poursuivre/adapter des ateliers d'AP (que pour la plupart ils animaient déjà avant l'intervention) : *« Prise en compte des techniques utilisées par les intervenants » ; « Exercices plus soutenus » ; « Adaptation de l'atelier "gym douce" » ; « Pérenni-*

sation des ateliers gym douce hebdomadaire pour un groupe » ; « Redéfinition de l'atelier gymnastique douce » ; « Continuité de l'activité après l'intervention » ; « Cela permet un complément à ce qui est déjà proposé, ils apportent de nouvelles compétences et connaissances. Cela nous permet également de faire d'autres ateliers thérapeutiques complémentaires. » ; « En tant qu'animatrice [...] Pour faire perdurer l'activité dans le temps, c'est un support qui m'a permis d'adapter la prise en charge des résidents dans le cadre de l'atelier "Gym douce adaptée". J'ai pu prendre conscience des capacités physiques des résidents et ainsi leur proposer des mouvements que je n'aurai pas fait faire auparavant. » ; « L'animatrice a poursuivi cette activité suite au départ de l'intervenante Capacity en conservant les mêmes groupes et en réalisant les mêmes exercices » ; « Je vais m'équiper en matériel kiné, et aménager un parcours santé adapté fait avec les moyens du bord pour pouvoir les faire "travailler" leurs appuis en extérieur. »...

Des modifications sont également évoquées pour le personnel soignant (AS/AMP pour 17/33 EHPAD, IDE pour 10/33 EHPAD), principalement pour les bénéficiaires de l'intervention efFORMip, qui prennent en compte l'apport de l'AP, et qui peuvent également **contribuer à la stimulation des résidents au quotidien** voire s'impliquer dans un projet en lien avec l'AP : « Nouveau regard sur les apports de cette activité » ; « Le fait de voir ce qui peut être proposé permet de donner des idées d'action » ; « Stimulation des résidents à participer à l'activité » ; « ASG dont le projet était la gym douce »... Comparé aux autres professionnels, il semble que les interventions proposées ont moins d'impact sur le médecin coordonnateur. Il est seulement cité par 9 EHPAD, et essentiellement par ceux ayant bénéficié de la formation et de l'accompagnement efFORMip.

À titre d'exemple, un médecin s'est impliqué en réalisant « une évaluation sur le bienfait de l'éducation physique sur les résidents à la fin de l'intervention de l'éducateur sportif (évaluation sur la diminution des antalgiques et neuroleptiques) ».

Pour efFORMip, de manière assez globale, l'apport **d'outils concrets, et d'un cadre formalisé et « professionnalisant »** est mis en avant : « La mise en place des activités physiques était déjà faite avant la formation mais cette formation nous a permis d'améliorer nos pratiques, de choisir un lieu adapté et de cibler avec plus de précision la population. » ; « L'intervention efFORMip nous a apporté de nouveaux outils pour améliorer l'activité physique au sein de l'EHPAD » ; « L'EHPAD bénéficie d'un professionnel formé » ; « Création d'un poste détaché de l'équipe soignante »...

La formation et l'accompagnement proposés par efFORMip ont également permis d'aider les équipes à **préciser les besoins des résidents voire à y répondre de manière adaptée** : « Accompagnement et conseils d'efFORMip qui nous a permis de mieux cibler les besoins et la population. » ; « Une recherche de méthodes alternatives pour accompagner les résidents avec des troubles cognitifs et un score de dépendance parfois élevé » ; « Le besoin de mettre en place une activité prévention des chutes et maintien de l'autonomie » ; « La création d'un espace spécifique, la prise en compte d'un besoin des résidents »...

L'intégration de l'AP au sein des EHPAD (notamment PVI et PE)

Pour plus d'un tiers (36%) des EHPAD l'action a conduit à désigner un référent sur le thème des AP au sein de la structure (référent qui existait déjà avant la mise en place de l'action pour également environ un tiers des EHPAD).

Par ailleurs, l'action a permis d'intégrer l'AP **dans les projets de vie des résidents pour plus de 40% des EHPAD** contre seulement 27% dans les projets de soins. On peut noter une légère différence entre les opérateurs avec une inscription dans le projet de soin plus favorisée suite à l'intervention efFORMip que celle de Siel Bleu et Capacity (32% versus 22% et 19%). Pour l'inscription dans le projet d'établissement (PE), si l'intervention a eu un effet pour un tiers des EHPAD, on en compte autant pour

lesquels cette activité était déjà prise en compte dans le PE ou qui ne l'ont finalement pas encore inscrit à la fin de l'intervention.

On notera néanmoins que les EHPAD ayant bénéficié de l'intervention effORMip semblaient avoir un profil particulier avec, avant la mise en place de l'intervention, un niveau d'intégration de l'AP dans leur organisation plus important ou plus abouti que les EHPAD ayant bénéficié des actions Capacity et Siel Bleu : 42% avaient déjà un référent désigné, 42% avaient déjà inscrit l'AP dans les projets de vie, 36% dans les projets de soin et 32% dans le projet d'établissement.

L'inscription dans le projet de vie des résidents et projet d'établissement de l'EHPAD semble relativement évidente pour les professionnels, bien qu'elle ne soit pas pour autant systématisée : « *La mise en place d'activités physiques adaptées au sein de l'EHPAD est tout à fait bénéfique de manière générale aux résidents, s'inscrit dans le projet d'établissement et dans les projets de vie.* » ;

Pour la prise en compte dans les projets de soin, un soignant souligne l'importance de définir des objectifs ciblés tout en assurant la traçabilité de ces derniers : « *Programmes construits avec des objectifs ciblés, inscrits et tracés sur Netsoins. Meilleure circulation sanguine, réduction des diabètes, des médicaments plus efficaces voire moins nécessaires... un projet de soin sur les approches non médicamenteuses* ». L'AP est alors intégrée comme une thérapeutique non-médicamenteuse.

Action ayant conduit à ...	Ensemble N=57		Siel Bleu N=9		Capacity N=20		efFORMip N=28	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Désigner un référent sur ce thème								
- Oui	19	35.8	2	22.2	6	30.0	11	45.8
- Non, déjà désigné avant l'action	18	34.0	2	22.2	6	30.0	10	41.7
- Non, pas désigné à ce jour	16	30.2	5	55.6	8	40.0	3	12.5
Intégrer l'AP dans :								
↪ Les projets de vie								
- Oui	24	44.4	6	66.7	8	42.1	10	38.5
- Non, déjà inscrit	19	35.2	2	22.2	6	31.6	11	42.3
- Non, pas inscrit à ce jour	11	20.4	1	11.1	5	26.3	5	19.2
↪ Les projets de soins								
- Oui	13	26.5	2	22.2	3	18.7	8	32.0
- Non, déjà inscrit	16	32.7	1	11.1	6	37.5	9	36.0
- Non, pas inscrit à ce jour	20	40.8	5	62.5	7	43.8	8	32.0
↪ Le projet d'établissement								
- Oui	15	30.0	3	33.3	4	25.0	8	32.0
- Non, déjà inscrit	17	34.0	3	33.3	6	37.5	8	32.0
- Non, pas inscrit à ce jour	18	36.0	3	33.3	6	37.5	9	36.0

* 4 données manquantes pour référent ; 3 pour PVI ; 8 pour le PS ; 7 pour le PE

La poursuite de l'AP au sein des EHPAD

Mise en place d'ateliers d'AP		APRES			Total
		OUI	NON	ND	
AVANT	OUI	42	7	2	51
	NON	5	1	--	6
Total		47	8	2	57

Sur les 6 EHPAD qui ne faisaient pas d'ateliers d'AP avant, 5 en ont mis en place à la suite des interventions (dont 3 avec les associations Capacity/Siel Bleu et 3 avec un professionnel de l'EHPAD).

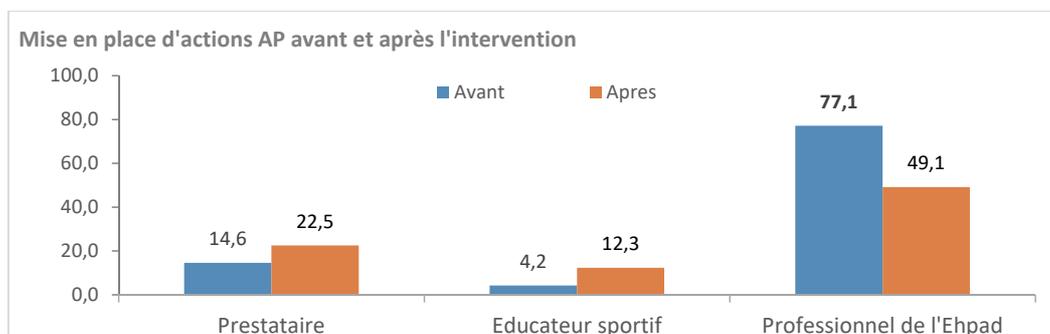
Pour les autres structures, des ateliers étaient déjà mis en place et se sont en général poursuivis après l'action selon les mêmes modalités (prestataires, animateurs) : « *Déjà en place dans la structure, au niveau de l'animation.* »

Seuls 8 EHPAD n'ont pas poursuivi l'AP en interne (4 pour Capacity/Siel Bleu et 4 pour efFORMip). Les raisons suivantes sont évoquées : l'absence de ressources financières et/ou de professionnel qualifié en interne (faute de moyen pour le financer).

Pour les 47 EHPAD qui ont poursuivi les actions d'AP à la suite de l'intervention :

- 22% l'ont fait avec un prestataire (associatif dont Capacity et Siel Bleu, communal, autre) contre 15% avant l'intervention
- 12% l'ont fait avec un éducateur sportif (salarié ou autre) contre 4% avant l'intervention
- 49% l'ont fait avec un professionnel de l'EHPAD (principalement l'animateur, ergothérapeute ou psychomotricien) contre 77% avant l'intervention

On note finalement que l'intervention semble avoir permis d'inciter les EHPAD à modifier les modalités d'organisation de l'AP. Plutôt que cette activité soit mise en place par le personnel de l'animation ou le personnel paramédical (77% avant l'intervention contre 49% après), à l'issue du programme ARS, les actions AP sont plus fréquemment confiées à des professionnels APA, à travers une externalisation de l'activité (= prestataire) ou un recrutement de personnel spécialisé (= éducateur sportif salarié ou autoentrepreneur) : « *Avis très favorable pour la mise en place au sein des EHPAD d'ateliers sportifs par un professionnel extérieur à l'établissement.* » ; « *Intervention d'un enseignant en activité physique adaptée* » ; « *PAPA* » ...



Pour les établissements ayant bénéficié des prestations d'ateliers d'AP (Capacity et Siel Bleu), **il est intéressant de noter que 8 EHPAD** (dont 3 qui ne proposaient rien avant) **ont poursuivi l'intervention avec le même prestataire** (5 avec Siel Bleu et 3 avec Capacity) en précisant les raisons ou modalités de poursuite : « *Poursuivre l'action dans les meilleures conditions* » ; « *Professionalisme et satisfaction des résidents* » ; « *Même association pour la qualité de l'intervenant.* » ; « *Le retour des résidents et des équipes sur le bienfait de l'activité physique pour nos résidents* » ; « *Maintien de l'activité devenue incontournable, avec le même éducateur.* » ; « *Partenariat installé et qui se passe bien, retour positif pour les résidents. Nous avons en plus un atelier gym par l'animatrice, un atelier équilibre et coordination, un atelier prévention des chutes et un atelier déplacement par les rééducatrices salariés (psychomotricienne et ergothérapeute).* » ; « *Même association, 2 heures tous les 15 jours jusqu'à la fin de l'année voir pour 2017 car cela a un coût.* ».

Mais de nombreux EHPAD soulignent que la poursuite des ateliers **par un professionnel en interne** (notamment l'animateur), perçu comme un « *redéploiement, en interne, de la compétence d'éducateur sportif adapté* » se fait **faute de pouvoir continuer à financer l'intervention du prestataire (Capacity, Siel Bleu) ou d'un éducateur sportif spécialisé APA** : « *Problème de budget, plus économique en utilisant les compétences des animateurs que faire venir un intervenant extérieur. Il est clair que si le budget nous l'avait permis nous aurions continué cette activité* » ; « *Impossible aux vues du budget de pouvoir financer l'intervention avec l'association Capacity, non prévu dans la convention tripartite de pouvoir recruter un éducateur ; notre seule solution pour conserver cette activité physique était de le faire avec un salarié de l'établissement* » ; « *Regret de l'arrêt de l'activité ; il reste le problème financier* » ; « *Nous aurions vivement souhaité la poursuite de l'intervention par CAPACITY mais nous n'avons pas les moyens financiers : faire venir un intervenant de CAPACITY une fois par semaine représente le budget annuel du service animation.* » ; « *Les éducateurs sportifs ont une formation plus poussée que les animateurs donc leur intervention est plus efficace, plus fine. Le budget pour financer cette activité avec intervenant extérieur ne peut être pris en charge par l'EHPAD car trop onéreux mais très important pour l'autonomie et surtout l'épanouissement des résidents* »

Pour quelques EHPAD la poursuite de ces actions par des professionnels « interne » de l'EHPAD peut néanmoins relever d'un choix argumenté : « *Ateliers plutôt non adaptés à ce type de population et sur les recommandations de notre ARS, nous avons en cours un projet d'atelier de prévention des chutes évolutif en accord avec les kinés intervenant sur notre établissement, la psychomotricienne et l'animatrice en relais* ».

Parmi les modalités de poursuite, il est également proposé **une solution mixte permettant de combiner l'intervention d'un professionnel spécialisé APA « externe » en complément d'actions portées en interne par certains professionnels de l'EHPAD** : « *Une prise en charge qui alternerait entre l'intervention d'un professionnel extérieur et celle des ressources internes à l'établissement* ».

Notons qu'aucun des EHPAD ayant bénéficié de l'intervention effORMip n'indique avoir fait appel à un « prestataire » à la suite de l'intervention alors qu'à l'inverse **les seuls éducateurs sportifs recrutés se trouvent dans ces EHPAD « effORMip »** (dont pour 5 d'entre eux le recrutement s'est fait à la suite de l'intervention sans que l'accompagnement effORMip ait été identifié pour autant comme aidant).

77% des EHPAD parmi ceux ayant poursuivi l'AP (soit 36/47), dispensent au moins 2h hebdomadaires d'AP au sein de leur structure. On constate que près de 71% des EHPAD effORMip proposent même plus de 2h d'AP par semaine (versus 56% pour SB et aucun EHPAD pour Capacity).

	Ensemble N=57		Siel Bleu N=9		Capacity N=20		EfFORMip N=28	
	n	%	n	%	n	%	n	%
EHPAD ayant poursuivi les AP	47	82.5	9	100	14	70.0	24	85.7
- Avec la même association	8	14.0	5	55.5	3	15.0	--	--
- Avec un autre prestataire	4	8.5	3	33.3	1	5.0	0	0
- Avec un éducateur sportif (salarié ou autre)	7	12.3	0	0	0	0	7	25.0
- Avec un autre professionnel de l'EHPAD* dont	28	49.1	4	44.4	9	45.0	15	53.6
Animateur	19	--	4	--	7	--	8	--
Ergothérapeute	6							
Psychomotricien	5	--						
Parmi les EHPAD ayant poursuivi l'action (N=47), nb d'heures d'activité hebdomadaire								
- 1 heure/semaine	11	23.4	0	0	8	57.1	3	12.5
- 2 heures/semaine	14	29.8	4	44.4	6	42.9	4	16.7
- > 2 heures/semaine	22	46.8	5	55.6	0	0	17	70.8

* Plusieurs professionnels cités dans certains cas - Autres professionnels cités : AMP (X4) ; Kinés (X3) ; AS ; ASG ; Comité de pilotage

Les pistes évoquées par les EHPAD pour pérenniser l'AP au sein des EHPAD

Pour la majorité des EHPAD, la pérennisation de l'AP reste principalement conditionnée par **son financement**. Il s'agit « d'avoir les moyens financiers » pour pouvoir :

- principalement faire **intervenir un professionnel qualifié**, qu'il s'agisse d'un prestataire extérieur ou d'un éducateur sportif recruté par l'EHPAD : « 1 PAPA à temps plein » ; « Le recrutement d'un éducateur sportif » ; « Financement des prestataires extérieurs formés » ; « un budget spécifique et pérenne afin de pouvoir reprendre l'action avec SIEL BLEU ou un intervenant extérieur spécialisé »
- donner la possibilité à l'EHPAD **d'élargir/étendre l'activité** quand elle est déjà en place (nombre de séances, nombres de résidents, type de bénéficiaires...) : « L'intervention de l'éducateur sportif est en place depuis plusieurs années. Il prend en charge les mardis et jeudis un groupe de résidents autonomes. Malheureusement nous n'avons pas les moyens humains et financiers de proposer ce type d'activité à des résidents plus dépendants. » ; « Augmenter les heures au sein de la résidence afin de toucher plus de résidents » ; « Possibilité de financer des activités supplémentaires animées par un EAPA » ;
- **se doter de matériel** : « financement du matériel adapté » ; « Subvention création salle d'activités physiques et achat matériels » ; « Des moyens financiers spécifiques pour s'équiper de matériel adapté complémentaire »

Les autres leviers évoqués par les EHPAD pour favoriser la pérennisation de l'AP dans leur établissement sont :

- **La prise en compte de l'AP dans la convention tripartite (CTP)** : Outre le financement qui en découlerait, l'inscription de l'AP dans la convention tripartite peut permettre de structurer et formaliser l'AP avec « un vrai projet initial déposé lors de la CTP associé à un recrutement d'un professionnel expérimenté a permis de conduire la mise en place des APA ». Cette prise en compte dans la CTP constitue également un moyen de reconnaître l'AP comme une activité de prévention à part entière

et son intégration dans le budget soin serait souhaitée par les professionnels : « *Valoriser l'activité comme action incontournable de prévention dans le cadre des budgets.* » ou encore « *Inscrire l'activité comme une obligation de prévention, dans le cadre du budget soin (ce qui n'est pas le cas en Midi-Pyrénées pour le moment)* ». Pour d'autres « un relais » est également à trouver auprès des conseils départementaux (qui signent également la CTP) : « *L'activité physique est un objectif important pour le bien être des résidents et la réduction de la perte d'autonomie et la prévention des chutes. Ce projet doit pouvoir trouver un relai avec les conseils départementaux pour pérenniser la démarche.* » et « *Aucun financement n'est prévu sur la section hébergement dépendance pour ce programme qui aurait dû être co-construit avec les conseils départementaux* ».

Certains professionnels avancent également une possibilité de mutualisation d'un temps d'éducateur sportif sous condition d'une prise en compte dans la convention tripartite (et donc d'un financement de la part des tutelles) : « *Mutualiser un ETP entre toutes les structures et inscrire cette qualification dans les conventions tripartites* ».

- **La formation des professionnels volontaires** : Au-delà de la sensibilisation de l'ensemble du personnel « *afin que chacun, à son niveau puisse stimuler les résidents à l'activité physique (aide au ménage par exemple...)* », la possibilité de former un professionnel de l'EHPAD pour organiser la mise en place de l'AP au sein des établissements constitue un moyen évident pour les établissements d'assurer la poursuite de l'APA au sein de la structure. Cette formation peut revêtir différentes formes, du « *véritable tutorat* » aux formations qualifiantes qui pourraient être prises en charge par les organismes de formation, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement : « *Aujourd'hui pas de possibilité de formation sur l'activité physique pour le personnel par notre organisme de formation : CNFPT.* ». Le but étant d'avoir un personnel formé pouvant être « détaché » au sein de l'établissement pour assurer cette activité auprès des résidents. Multiplier le nombre de professionnels formés et pouvant être identifiés comme des référents pour ces AP offre la « *possibilité de multiplier les séances (adaptation au rythme de vie des résidents)* », d'assurer leur continuité ou leur déploiement « *avoir plusieurs référents pour pouvoir suppléer en cas d'absence et/ou optimiser l'activité* ».

- **Le développement d'une collaboration avec les professionnels du « Sport-Santé » et de l'APA** : La « *rencontre* » des professionnels de l'APA constitue un élément essentiel pour les professionnels des EHPAD qui peuvent selon les cas « *concrétiser* » leur projet, permettre au personnel EHPAD de collaborer avec un professionnel APA, ou encore proposer une prestation « *de qualité* » au sein de la structure. Favoriser la mise en lien des professionnels EHPAD avec ceux de l'APA et du monde du Sport-Santé semble donc une piste intéressante à développer.

- **La création d'un aménagement dédié à l'AP au sein de la structure** : ce type d'aménagement est perçu comme un support pour le personnel encadrant l'AP dans l'EHPAD, et mobilisable sur le long terme, que les résidents pourraient utiliser de manière plus ou moins autonome, accompagnée ou prescrite : « *Nous menons une réflexion sur l'aménagement d'un jardin avec agrès pour permettre au résident d'avoir accès à un parcours de santé mais le principal frein repéré est qu'actuellement la génération n'a pas la culture de l'activité physique donc si ce n'est pas de l'ordre du prescrit, la mise à disposition de cet équipement ne peut se faire que pour favoriser le travail de l'éducateur* ».

6/SYNTHÈSE – DISCUSSION

Afin de promouvoir l'activité physique dans les EHPAD de l'ex région Midi-Pyrénées (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) l'ARS a organisé l'intervention de 3 opérateurs : Capacity, Siel Bleu et effFORMip qui déclinent chacun depuis 2014 leur programme spécifique (dédié aux EHPAD) dans une partie des établissements.

Si ces programmes visent tous à favoriser le maintien de l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées vivant en EHPAD, les modalités d'intervention, en lien avec les principes qui les sous-tendent, diffèrent d'un opérateur à l'autre. Schématiquement, deux « formats » d'intervention sont proposés :

- la **prestation de service** pour Capacity et Siel Bleu avec :
 - une approche « sportive » et un programme calibré de réentraînement pour Capacity
 - une approche « éducative » et un programme modulable de réhabilitation pour Siel Bleu
- la **formation-accompagnement** pour effFORMip avec une approche « médicale ».

L'objectif, à travers ces interventions financées par l'ARS, est d'instaurer une dynamique autour des activités physiques, et d'initier ou de renforcer leur mise en place au sein des EHPAD.

Avec le déploiement de ce dispositif, il est donc attendu que les établissements bénéficiaires se saisissent de la thématique AP, s'approprient les enjeux, les conditions de mise en place afin de pouvoir intégrer cette pratique de façon durable et autonome.

Après 2 ans de mise en œuvre de ces interventions nous avons analysé les « retours d'expérience du terrain » vis-à-vis des interventions proposées en vue d'apporter des éléments d'éclairage sur les conditions d'implantation et de développement de l'activité physique en EHPAD.

L'évaluation de ce « programme d'activité physique en EHPAD » permet en effet de mieux saisir le contexte et les attentes des EHPAD vis-à-vis de ce type d'intervention, d'apprécier la faisabilité et l'adhésion qu'elle suscite.

L'évaluation permet également au regard des caractéristiques de chacune des interventions de dégager leurs apports et leurs limites.

Mais elle est aussi l'occasion d'identifier les questions de fond qui traversent actuellement les EHPAD autour de cette problématique et qui conditionnent l'intégration pérenne de la pratique d'une activité physique adaptée au sein des EHPAD.

Nous présentons ici de façon très synthétique ces différents éléments autour de 2 axes : les principaux faits marquants de l'évaluation et les pistes de réflexion.

Faits marquants

Des représentations mais aussi des pratiques de l'activité physique dans les EHPAD qui apparaissent avant l'intervention peu « fixées et peu structurées »

Les actions développées par les 3 opérateurs interviennent à un moment où la plupart des EHPAD réalisent ou ont déjà proposé de « l'activité physique » dans leur établissement. Cette activité est généralement portée par l'animateur de l'EHPAD et n'apparaît pas le plus souvent inscrite ni dans le projet d'établissement, ni dans le projet de vie.

Les professionnels des EHPAD adhèrent relativement facilement aux prestations qui leur sont proposées alors qu'elles pourraient apparaître relativement déstabilisantes. Mais renforçant les activités de soins et de prévention, elles sont bien reçues.

Le projet de faire des activités physiques « une vraie thérapeutique de soin » est en effet principalement justifié par des attentes sur l'amélioration de l'état du résident et la réduction de la chute, ces deux dimensions étant associées. Ces attentes correspondent ou se confondent le plus souvent avec la préconisation ou les recommandations de l'activité physique et s'alignent sur la norme médicale de la prescription de l'activité physique.

Les ateliers sont proposés en priorité aux personnes volontaires, à celles qui chutent fréquemment et à celles qui sont les plus autonomes mais l'on ne peut observer de configuration particulière sur un profil type d'adhérent bénéficiaire. Alors qu'ils pourraient constituer une opportunité de cibler les résidents les plus « difficiles » à mobiliser, les ateliers restent finalement ouverts sans modalités d'inclusion ou de sélection spécifiques des pratiquants, et à priori sans « indications médicales » particulières non plus.

Inscrites dans une temporalité limitée les interventions proposées éveillent quelques craintes avant leur mise en place quant à la motivation des résidents, l'intégration de l'intervention au sein de l'EHPAD et le fait de créer des besoins supplémentaires. Mais ces difficultés à venir sont finalement peu construites.

Ainsi à partir des craintes formulées et des modalités d'inclusion des pratiquants dans le programme nous n'observons pas de configuration particulière qui donne du sens ou confirme l'approche médicale revendiquée. Il est alors possible qu'un décalage existe entre ce vers quoi les équipes EHPAD aimeraient tendre dans l'absolu, la fonction « idéale » de l'activité physique et son usage effectif dans le cadre des ateliers finalement mis en place.

Si l'intention initiale des établissements est bien d'inscrire l'activité physique dans le champ plus fonctionnel des thérapeutiques non médicamenteuses, les usages qui en sont faits traduisent certainement une approche plus culturelle fondée sur les dimensions communicationnelles du corps dans le maintien du lien social et de l'autonomie.

Des interventions globalement appréciées et jugées adaptées mais des limites propres à chaque type d'intervention

L'intervention « prestation » de Capacity et de Siel Bleu : Une évaluation positive du professionnalisme en activité physique adaptée

Les professionnels des EHPAD sont très satisfaits des interventions proposées par Capacity et Siel Bleu. Les appréciations concernant les différentes dimensions de l'intervention sont très positives et les EHPAD témoignent :

- De l'adaptation aux contraintes organisationnelles même si quelques réajustements sont souhaités au niveau des créneaux horaires ou de la préparation des séances (mobilisation des résidents avant les ateliers, intégration dans le planning et l'organisation du service...).
- De la sécurisation des ateliers, renforcée par l'implication ou la participation d'un professionnel de l'établissement aux ateliers ; même si un avis médical appuie rarement la participation des résidents aux ateliers.
- De l'accessibilité des ateliers à tous les résidents et de leur adéquation aux besoins (en termes de contenu, durée, fréquence et intensité). Certaines conditions sont mises en avant pour favoriser le « bon » déroulement de ces derniers : travail en petits groupes, constitution de groupes homogènes,

présence d'un professionnel... ; des précautions et adaptations particulières ont parfois été prises (ex : pour la mise en place des ateliers auprès des résidents d'une unité spécifique) montrant ainsi la capacité d'adaptation des prestataires mais également la nécessité de « personnaliser » les interventions au regard des besoins et attentes.

- Du professionnalisme des intervenants ayant animé les ateliers ; même si leurs connaissances des problématiques gériatriques et leurs compétences pour gérer certaines situations ou « profils » de résidents (ex : troubles du comportement) mériteraient pour certains d'être renforcées.

- De la collaboration de l'éducateur prestataire vis-à-vis de l'équipe de l'EHPAD pour organiser son intervention même si finalement des outils communs n'ont pas toujours été mobilisés. La communication et la rétro-information en direction des équipes EHPAD, notamment au niveau du suivi et de l'évolution des résidents dans le cadre des animations, reste à améliorer. La remise d'un dossier personnalisé à chaque EHPAD, avec un bilan concernant l'évolution des capacités des résidents participants aux ateliers, tel que proposé par Siel Bleu pourrait être généralisé.

Une relative moins bonne appréciation concerne l'intégration de l'intervention à l'échelle de la prise en charge individuelle mais également au niveau de l'établissement.

La notification de la participation des résidents aux ateliers dans leur projet de vie n'a pas été systématisée partout et l'absence de projection et perspective sur le long terme est souvent regrettée.

À l'échelle des professionnels, la dynamique pour impliquer l'ensemble du personnel a été jugée aussi un peu moins satisfaisante, ce qui constitue de fait un facteur limitant pour construire un projet autour de l'activité physique.

La formation-accompagnement effORMip : Une évaluation positive des conditions de mise en œuvre de l'activité physique adaptée.

Les EHPAD ayant bénéficié de l'intervention de formation-accompagnement d'effORMip soulignent en premier lieu l'apport de la démarche d'effORMip, pour sensibiliser l'ensemble des professionnels à l'intérêt et aux bienfaits de l'AP en dépassant le cadre des ateliers APA ou du sport : « bouger » ou « faire bouger » au quotidien pour lutter contre la perte d'autonomie.

La qualité tant de la formation (formateurs, contenu, supports, ateliers pratiques) que de l'accompagnement (disponibilité et compétences de l'intervenante) se trouve largement mise en avant par les professionnels qui reconnaissent effORMip, réseau santé-sport expérimenté, comme une véritable ressource pour informer, sensibiliser et aider à la mise en place des activités physiques ou à l'aménagement des espaces dédiés à cette pratique. Mais la formation d'effORMip est jugée trop limitée pour permettre d'acquérir suffisamment de compétences pour assurer le suivi des résidents pratiquant de l'activité physique ; certains professionnels estiment que l'approche pratique serait à renforcer.

Avec l'identification d'un binôme de référents, dont les fonctions sont complémentaires, l'intervention d'effORMip propose un cadre favorable à la construction d'un projet AP. Elle permet également d'impliquer, au-delà des référents EHPAD « formés », plus largement l'ensemble du personnel dans les actions AP à développer et les changements associés. Ce temps d'information dédié au projet AP permet une meilleure compréhension de la démarche et favorise la collaboration des équipes avec les référents AP de l'établissement qui sont chargés de sa mise en œuvre.

Quelques établissements n'ont pu pleinement bénéficier de l'intervention effORMip ; certaines conditions semblent à prendre en compte pour renforcer l'efficacité du programme :

- la participation du médecin coordonnateur à la formation pour intégrer le volet médical et endosser le rôle de référent coordonnateur

- le fait d'avoir amorcé des actions favorisant l'activité physique des résidents ou d'avoir pour projet de le faire
- l'organisation d'un relais en interne pour pallier au turn-over des référents formés et poursuivre la démarche
- le nécessité d'adapter l'intervention aux spécificités des structures, publics accueillis, compétences et attentes des professionnels
- l'identification d'un professionnel APA ou des moyens permettant d'avoir recours à ce type de professionnels

Les apports et les limites de ces actions ponctuelles

Du professionnalisme à la professionnalisation : un des apports essentiels des interventions

Un des principaux atouts mis en avant dans le cadre des interventions Capacity et Siel Bleu est en effet relatif à l'approche professionnelle : au savoir-faire de l'intervenant à travers **sa capacité d'adaptation aux besoins des résidents et sa qualification spécifique** en rapport avec des pratiques mettant en jeu le collectif.

Alors qu'une majorité d'EHPAD propose ou avait proposé de l'activité physique à leurs résidents, les prestations viennent donner du sens à ce que peut être l'APA dans les EHPAD, ce que sont ces pratiques professionnelles, ce qu'elles recouvrent en termes de niveau de spécialisation et d'adaptation au public cible mais aussi en termes d'organisation et de matériel.

Pour les professionnels, principalement les animateurs, des EHPAD ayant bénéficié des animations Capacity et Siel Bleu, une forme d'auto-apprentissage est rapportée du fait d'une observation de la pratique. L'acquisition de ce savoir-faire peut permettre de poursuivre les ateliers ou d'adapter ce qui était déjà en place avant l'intervention. Pour eFORMip, l'apport d'un cadre « professionnalisant » avec un renforcement des compétences et une meilleure identification des besoins des résidents et moyens d'y répondre est valorisé par les équipes.

Des modifications de pratiques sont également évoquées par le personnel soignant mais concernent principalement les bénéficiaires de l'intervention eFORMip qui soulignent leur contribution à la stimulation des résidents au quotidien. L'approche médicale de cette activité, l'intérêt pour le médecin coordonnateur et son implication dans le suivi des résidents est essentiellement permis par la formation et l'accompagnement d'eFORMip.

Les bénéfices perçus comme moteur pour adhérer, justifier et poursuivre les actions APA

Les apports préventifs rapportés par les EHPAD pour les bénéficiaires de l'APA concernent les aspects fonctionnels liés à la locomotion, mais aussi les bénéfices qui touchent au lien social, au maintien des relations, au bien être moral. Ils sont largement reconnus et mis en avant par tous les établissements.

La satisfaction des résidents est particulièrement bien lue à travers l'enthousiasme, l'intérêt qu'ils éprouvent dans la participation aux activités et que décrivent les EHPAD. Les résidents se mettent même en position de demander la poursuite de ces ateliers justifiant ainsi la nécessité pour l'équipe d'assurer la continuité de cette activité.

Pour les EHPAD bénéficiaires de l'animation un autre atout concerne « l'ouverture sur l'extérieur » qui à travers l'intervention d'un professionnel extérieur apparaît pour des établissements un facteur

de motivation supplémentaire, pouvant même servir de marqueur temporel nouveau pour les résidents qui « attendent » le prestataire. Un nouveau regard est porté sur le résident avec une approche ne se limitant pas au « soin » et/ou à la relation « résident-soignant ».

Le développement d'une culture « sport et activité physique adaptée » est également rapporté par les EHPAD. Cet effet positif est lié aussi au niveau plus ou moins fort de l'implication du personnel dans la dynamique de groupe. Il apparaît plus structuré et généralisé dans la démarche EffORMip.

L'intégration et la poursuite de l'APA au sein des EHPAD ... encore perfectible

Parmi les indicateurs permettant de témoigner de l'effet des actions financées par l'ARS sur l'inscription de l'AP au sein des EHPAD, on relève qu'à l'issue des interventions (sur 57 répondants) :

- Parmi les 37 établissements qui disposent **d'un référent AP**, pour 51% d'entre eux l'intervention a permis de désigner ce référent (soit 19/37, les autres l'ayant déjà fait avant l'action)
- Parmi les 32 établissements qui ont inscrit l'AP dans leur **projet d'établissement**, 47% des structures indiquent que l'intervention a impulsé cette inscription (soit 15/32)
- Parmi les 43 établissements qui ont inscrit l'AP dans les **projets de vie** des résidents, 56% d'entre eux indiquent que l'intervention a permis cette inscription (soit 24/43)
- Parmi les 29 établissements qui ont inscrit l'AP dans les **projets de soin** des résidents, 45% d'entre eux indiquent que l'intervention est à l'origine de cette inscription (soit 13/29)

Si l'inscription de l'AP dans le projet de vie des résidents et le projet d'établissement de l'EHPAD semble relativement évidente pour les professionnels, on constate pourtant qu'elle n'est pas systématisée. L'inscription dans le projet de soin, la moins fréquente, est sans doute conditionnée par les objectifs fixés et la visée thérapeutique ou non que l'on attribue à l'activité physique ; elle est plutôt favorisée pour les EHPAD ayant bénéficié de l'intervention efFORMip.

Pour les 47 EHPAD ayant poursuivi les actions d'AP :

- 22% l'ont fait avec un prestataire (associatif dont Capacity et Siel Bleu, communal, autre) contre 15% avant l'intervention
- 12% l'ont fait avec un éducateur sportif (salarié ou autre) contre 4% avant l'intervention
- 49% l'ont fait avec un professionnel de l'EHPAD (principalement l'animateur, ergothérapeute ou psychomotricien) contre 77% avant l'intervention

L'intervention a permis d'inciter les établissements à confier plus fréquemment l'organisation de l'AP à des professionnels de l'APA, à travers l'externalisation de l'activité (recours à prestataire) ou le recrutement d'un éducateur sportif spécialisé (salarié ou autoentrepreneur).

Cependant pour près de la moitié des structures qui poursuivent les actions avec un professionnel salarié de l'EHPAD, non spécialisé APA (principalement l'animateur), il ne s'agit pas d'un choix ; le fait de mobiliser son personnel en interne se fait par défaut, faute de moyens. Le regret de ne pouvoir faire appel à un spécialiste ou de continuer à travailler avec le prestataire est d'autant plus important que les EHPAD ont alors pleinement mesuré l'intérêt d'une AP encadrée, organisée et dispensée par un professionnel compétent et spécialisé : *« Les éducateurs sportifs ont une formation plus poussée que les animateurs donc leur intervention est plus efficace, plus fine. Le budget pour financer cette activité avec intervenant extérieur ne peut être pris en charge par l'EHPAD car trop onéreux mais très important pour l'autonomie et surtout l'épanouissement des résidents ».*

La pérennisation de l'APA se heurte principalement à l'obstacle du financement et des moyens attribués pour sa structuration, sa mise en œuvre et son intégration dans des conditions optimales, tant pour l'établissement, que pour les professionnels ou les résidents.

Pistes de réflexion

Un positionnement différencié des prestataires par rapport à l'offre d'activité physique adaptée a pu être identifié. Cette partition recouvre bien les sensibilités actuelles dans ce nouveau champ professionnel à **l'interface du sport, de l'éducation et de la médecine**.

Si pour les opérateurs le guidage et la définition de l'APA évoquent bien des méthodes de travail et des domaines de compétences différents voire divergents en revanche pour les établissements les frontières sont bien floues.

L'un des professionnels interrogés soulève une « difficulté » qui pourrait finalement illustrer l'une des problématiques actuelles quant au développement et à l'intégration de l'AP dans la prise en charge des résidents d'EHPAD : « **Une difficulté : la différenciation entre activité thérapeutique et activité physique ?** ».

À cette question s'ajoutent d'autres interrogations plus précises sur **l'utilité de l'activité physique** : occupationnelle « stimulante », traitement d'un déficit fonctionnel (ex : la chute), prise en charge globale, intégration à un projet de soin... Certains y voient tout ça en même temps : « [...] Cette animation (activité « gym douce ») a pour objectif de stimuler les résidents dans le maintien de leur autonomie. Vient s'y ajouter la mise en place d'atelier type prévention des chutes et une évolution vers une thérapeutique de soins ».

Par-delà une multiplicité d'objectifs, les interrogations portent sur le métier : qui fait quoi ?

Si la plus-value amenée par un spécialiste APA ne fait aucun doute dans les retours d'évaluations, en revanche il peut être compliqué de discerner la place de ces professionnels dans l'ensemble des prises en charge centrées sur le corps : « *présence des kinés matin et après-midi, gym douce en animation, ateliers psychomotricité* ». L'activité physique doit à priori viser le maintien, l'entretien et la stimulation et serait à distinguer des soins de rééducation nécessitant une technicité particulière visant la réadaptation. Son périmètre et ses indications semblent pourtant à préciser.

Enfin, l'inscription de l'activité physique adaptée dans un espace-temps institutionnel, interroge de façon récurrente les moments de sa mise en œuvre, sa planification, sa fréquence, sa visibilité mais aussi les lieux et le matériel qu'elle utilise.

Au vu des problématiques soulevées par les professionnels des EHPAD et des différents éléments d'évaluation qui ont pu dégager l'intérêt et les limites des différents modes d'intervention il paraît important de conduire une réflexion autour de 2 questions :

- Comment renforcer ou adapter les interventions afin qu'elles puissent être déclencheur d'initiatives et participent à la construction d'un « projet » qui s'intègre dans l'activité de l'établissement ?
- Quelles sont les ressources nécessaires et les scénarios possibles qui peuvent permettre de poursuivre l'activité physique en EHPAD ?

De la sensibilisation à l'ancrage institutionnel : Passer de l'activité physique (AP) à « l'activité physique adaptée » (APA)

La sensibilisation entendue comme la connaissance des bienfaits de l'AP ne semble pas se poser à l'échelle des EHPAD au sein desquels les professionnels apparaissent déjà convaincus de son intérêt.

Il s'agit finalement de voir comment passer de la simple « sensibilisation-information » (connaissance des bienfaits) à l'intégration de l'AP comme levier d'intervention dans sa propre pratique professionnelle : chacun à son niveau peut contribuer à la préservation de l'autonomie en favorisant la mobilité des résidents. Il s'agit toutefois de donner du sens à cette AP pour que chaque professionnel y adhère et l'intègre naturellement dans une prise en charge au quotidien. Pour cela une véritable action de promotion de la santé sous forme de sensibilisation-diffusion des bonnes pratiques doit s'organiser à l'échelle du collectif pour toucher l'ensemble du personnel de l'EHPAD.

L'étape suivante qui constitue finalement tout l'enjeu de la généralisation de l'AP en EHPAD est le **passage de l'intérêt de l'AP à l'intérêt d'une APA** planifiée et programmée qui s'inscrit dans un véritable projet institutionnel.

C'est sur cette étape qu'il semble indispensable de réfléchir en prenant en compte la diversité des réponses possibles / solutions disponibles d'une part, l'hétérogénéité des EHPAD et leur niveau de « maturité » vis-à-vis de l'APA d'autre part ainsi que la confrontation des deux. Il ne s'agit pas de proposer une solution mais plutôt de structurer le questionnement permettant d'aboutir à la construction de la réponse la plus pertinente à apporter au regard des objectifs, besoins et attentes identifiés.

Deux conditions semblent donc nécessaires pour que les interventions proposées soient déclencheurs d'initiatives et de projets via la pérennisation de l'APA en EHPAD :

- La culture de la mobilité doit être portée par tous et en tout lieu au sein de l'EHPAD : il s'agit d'implanter la promotion de la santé à l'échelle des professionnels et des résidents.
- Un accompagnement est à organiser pour suivre l'évolution et le montage du projet et sa mise en autonomie.

Dans ce cadre le modèle EffORMip qui vise la sensibilisation de l'ensemble des personnels à la culture de la mobilité et propose à des professionnels de l'établissement d'être des référents formés capables d'implanter le projet et d'assurer son développement apparaît plus structuré.

Il s'appuie sur une logique fortement médicale qui hiérarchise la prestation sous couvert d'une approche prescrite mais cette modalité d'intervention doit aussi pouvoir s'appuyer sur une identification plus précise des besoins et des ressources des usagers et de l'établissement afin de tenir compte des diversités des situations et de participer activement au montage du projet.

Les prestataires d'un service « clé en main » démontrent quant à eux un savoir-faire largement apprécié tant par les professionnels que les résidents. Mais cette compétence professionnelle de prise en charge n'est pas forcément positionnée ni inscrite comme élément initiateur voir fédérateur d'un projet d'établissement. Ces intervenants compte tenu de leurs formations initiales, compétences et de leurs expériences antérieures devraient pouvoir mener un travail collectif avec l'équipe de l'EHPAD sur les conditions d'implantation du projet au regard de la situation et des ressources propres à l'EHPAD.

Un niveau de spécialisation de l'intervenant en interne revendiqué comme positif et nécessaire pour la poursuite d'activité physique

Trois scénarios ont été identifiés et soulèvent chacun à leur niveau des questionnements spécifiques, à étayer et discuter :

- **le recrutement d'un professionnel de l'APA** : quels budgets ? quels financements ? mutualisations inter-établissement possibles ?...

- **le recours à des organismes prestataires** : quels financements ? possibilité d'assurer une continuité de l'activité dans le temps ?...

- **la professionnalisation de salariés de l'EHPAD pour aboutir à une véritable autonomie** : quelle formation (diplômante et/ou qualifiante ?) et sous quelle forme (formation continue accessible ?) ? Quels profils de professionnels à former ? Suite à la formation, possibilité d'un temps dédié à l'AP au sein de l'établissement (réorganisation du temps de travail, inscription dans ses missions) ?...

Plusieurs leviers, pour la plupart évoqués par les professionnels pour la poursuite de l'AP, sont à prendre en compte pour structurer les différentes réponses possibles, pistes à explorer pour accompagner la généralisation et pérennisation de l'AP au sein des EHPAD :

- Le recensement des modalités de financement possibles

- La prise en compte de l'AP dans la convention tripartite (temps dédié, budget, place donnée)

- L'implication des conseils départementaux dans le portage de la promotion de l'activité physique adaptée dans les EHPAD

- Le développement d'une collaboration structurée avec le monde du Sport-Santé et de l'APA : ligues, comités, clubs (initiatives existantes) mais également l'université (ex : organisation des stages de fin d'études des masters APA en EHPAD ? co-construction / pilotage de projet en faveur du déploiement de l'AP dans les EHPAD ?)

7/RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Activité physique. Contexte et effets sur la santé. Expertise collective INSERM, 2008.

Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Expertise collective INSERM, Janvier 2015.

Analyse des rapports d'activité médicale des médecins coordonnateurs des EHPAD de Midi-Pyrénées. ORSMIP, ARS MP, Avril 2016 - <https://orsmip.org/analyse-des-rapports-dactivite-medicale-2013-des-medecins-coordonnateurs-des-EHPAD-de-midi-pyrenees/>

Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Comité avancée en âge prévention et qualité de vie. Rapport du Dr AQUINO, Février 2013

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. HAS, Avril 2011 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

Développer l'activité physique pour la santé des séniors. Pr RIVIERE, *La Santé en Action*, Septembre 2014.

Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Rapport établi sous la présidence du Pr RIVIERE, Décembre 2013 - http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapportseniors_m3-3.pdf

Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). DRESS, 2011

IQUARE - Une démarche d'amélioration de la prise en charge des résidents en EHPAD de Midi-Pyrénées. ORSMIP, ARS MP, Gérontopôle de Toulouse, Avril 2015 - <https://orsmip.org/iquare-une-demarche-damelioration-de-la-prise-en-charge-des-residents-en-EHPAD-de-midi-pyrenees/>

Instruction n°DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012

Le sport et les seniors : des pratiques spécifiques ? BURLOT & LEFEVRE, *Retraite et société*, 2009.

Les bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS et SFGG, Octobre 2007 <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/EHPAD-2.pdf>

Les pratiques sportives en France. Enquête 2000. MIGNON & TRUCHOT, Ministère des Sports et Insep, 2002.

Physical activity, exercise, and physical fitness : definitions and distinctions for health-related research. CASPERSEN & Coll., *Public Health Reports*, 1985.

Plan Alzheimer 2008-2012 - http://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf

Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, Septembre 2015 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf

Plan national bien vieillir (PNBV), 2003 et 2007 - http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

Plan national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 - <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Le-PNNS-2011-2015>

Plan national sport santé bien-être (PNSSBE) 2013-2016 - <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>

Prévention des chutes en EHPAD. PODVIN-DELEPLANQUE & Coll., *La Revue de la Gériatrie*, Juin 2015

Recommandations concernant la qualité de vie en EHPAD (4 volets). ANESM, 2012 - http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=589

Référentiel métier d'activité et de compétences de l'enseignant en APA. SFP-APA, version mai 2016 <https://www.sfp-apa.fr/actualites/les-articles/referentiel-metier-enseignant-apa.html>

Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles. LIVRE BLANC, 2015.

Représentations des activités physiques à la retraite. FEILLET, *Activités Physiques et santé*, 2000.

Retrouver sa liberté de mouvement. Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS), TOUSSAINT, 2008.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Retrouver_sa_liberte_de_mouvement.pdf

Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé- OMS (2016)

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/