

ACTIVITE PHYSIQUE ET VIEILLISSEMENT DANS LA PRISE EN
CHARGE

DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD

Rôle du Médecin Coordonnateur



MEMOIRE DR Darius LELLOUCHE
DIU MEDECIN COORDONATEUR D'EHPAD

2011-2012

Faculté Cochin-Port-Royal

75014 PARIS





Je fais fonction de Médecin Coordinateur dans un EHPAD depuis 4 ans et j'ai vraiment pris conscience, au fil des cours donnés dans le cadre du diplôme universitaire de Médecin Coordinateur, de l'importance de mon rôle au sein d'un EHPAD.

J'ai voulu m'intéresser à la possibilité d'introduire le sport en EHPAD. J'ai commencé cette recherche par la constatation des bienfaits du sport chez la personne âgée.

Et puis, au cours de mes recherches que j'ai faites sur internet, je me suis aperçu que l'introduction du sport ne serait-ce que dans la vie courante et pour des gens dits « jeunes et en bonne santé » ne s'était pas faite si facilement, à fortiori Comment institutionnaliser le sport ou l'activité physique au sein d'un EHPAD ?

J'ai pris beaucoup de plaisir à écrire ces quelques pages et je souhaite que vous en ayez tout autant à me lire.

Médecin Coordinateur à mi-temps et Médecin Généraliste en ville, sans oublier mon rôle de père de famille, j'ai donné tout le temps Dont je disposais à la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui m'ont aidé et encouragé à m'engager dans cette formation.

Merci à tous les professeurs pour leurs interventions.

Merci à Fanny, association Siel Bleu, qui m'a fait découvrir un aspect de sa profession.

Merci à Benjamin, kinésithérapeute, qui n'a pas hésité à me consacrer du temps.

Merci au personnel de l'EHPAD avec qui j'ai pu m'entretenir sur la lourdeur de la prise en charge des Résidents en perte d'autonomie et grâce à qui j'ai compris combien il était important d'aider nos aînés à maintenir leur autonomie et tout particulièrement à la Directrice de l'EHPAD qui m'a soutenu dans cette aventure.
Merci à ma famille et à ma mère qui m'a montré le chemin.

Darius LELLOUCHE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
I LE ROLE DU MEDECIN COORDONATEUR EN EHPAD	7

II LE VIELLISSEMENT ET SES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES	8
A. Le vieillissement	
B. L'atrophie musculaire	
C. La limitation de l'amplitude du mouvement	
D. Le vieillissement proprioceptif	
E. L'appareil cardio vasculaire	
F. L'appareil respiratoire	
G. DMO	
H. Le vieillissement sensoriel	
I. Les modifications associées au vieillissement	
III LES BIENFAITS DU SPORT CHEZ LA PERSONNE AGE	11
A. Sur la fonction musculaire	
B. Sur la fonction respiratoire et cardio vasculaire	
C. Sur la DMO	
D. Synthèse	
IV LES CONTRE INDICATIONS DU SPORT CHEZ LA PERSONNE AGE	13
V POURQUOI LE SPORT EN EHPAD ET POUR QUI ?	13
A. Le vieillissement dit « réussi »	
B. Personnes âgées en fauteuil	
C. Personnes âgées démentes	
D. Personnes âgées souffrant de troubles sensoriels	
E. Les objectifs de l'activité physique	
F. La prévention de l'ostéoporose et ses complications	

G. La prévention des chutes

VI DES REFERENCES	16
A. Une étude d'Yves MORALES	
B. Généraliser et professionnaliser les activités sportives en EHPAD	
C. Evaluation de l'expérimentation	
D. Evaluation des Résidents	
E. Evaluation des professionnels	
VI SIEL BLEU OU LE SPORT EN EHPAD	21
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31

INTRODUCTION

L'autonomie, les fonctions motrices et cognitives diminuent avec l'âge impliquant pour ces personnes âgées une prise en charge adaptée et spécifique.

Véritable remède au mauvais vieillissement, l'activité physique doit être poursuivie ou même introduite avec l'avancée en âge et cela même chez les plus de 65, 75 et 85 ans.

Depuis 1999, tous les établissements sont appelés à entrer dans une démarche d'amélioration de la qualité et en suivant les recommandations de l'ANESM.

Celles-ci, centrées sur les Résidents, s'appuient sur le projet d'établissement définissant les principes d'amélioration des prestations, des projets de vie et de soins.

La convention tripartite signée entre l'établissement, l'ARS et le Conseil Général précise les moyens alloués à l'établissement, des objectifs « qualité » seront déterminés en annexe de cette convention.

Le Médecin Coordonnateur, au sein d'un établissement pour personnes âgées dépendantes ou EHAPD est le lien entre la Direction de l'établissement, l'équipe soignante, le résident et sa famille. Il a également un rôle de conseil auprès du Directeur et d'aide à la mise en place de projet sur la base de la faisabilité par rapport aux possibilités médicales des personnes âgées.

Nous nous interrogeons, dans cette recherche, sur la possibilité d'introduire le sport en EHPAD et le rôle du Médecin Coordonnateur.

Cette recherche est déclinée en plusieurs thèmes. Il nous a fallu, en priorité, définir le vieillissement et ses modifications physiologiques, puis nous interroger sur les bienfaits du sport chez la personne âgée. Notre problématique est donc de savoir comment introduire le sport en EHPAD avec toutes les difficultés environnementales et les variabilités inter individuelles que cela comporte.

Nous introduirons ce devoir sur des définitions ou précisions indispensables concernant le rôle du Médecin Coordonnateur, l'EHPAD, et la personne âgée en EHPAD

I LE ROLE DU MEDECIN COORDONATEUR EN EHPAD

Il a plusieurs missions au sein de l'établissement dont le but essentiel est l'optimisation des moyens à mettre en œuvre pour le « bien être » du résident.

Il établit, à l'arrivée de chaque résident, un projet de soins en coopération avec le Médecin traitant et l'équipe soignante et un projet de vie avec la famille du résident, la psychologue et l'animatrice.

Les capacités, les incapacités et déficiences de la personne âgée ainsi que les facteurs personnels et environnementaux déterminent le degré d'autonomie des personnes âgées et sont analysées.

Une relation de confiance avec la personne âgée et son entourage est indispensable pour apporter la meilleure réponse aux besoins et aux attentes de la personne accueillie en EHPAD. L'action primordiale et principale sera d'éduquer et conseiller la personne âgée et son entourage en vue d'une démarche d'autonomisation.

Il s'agit d'un travail d'équipe transversale avec, comme fil conducteur, de ne pas oublier que la personne âgée est avant tout une personne, un citoyen et qu'elle est donc le principal acteur et décideur de son projet de vie.

A l'arrivée à la résidence, le Médecin interrogera le résident et l'examinera. L'équipe soignante observera et chacun, au cours de la première réunion du projet de vie, apportera ses constatations qui aboutiront à l'élaboration du projet de vie.

Cette recherche traitant du « sport » en établissement nous ne parlerons ici que des activités physiques, les autres possibilités et incapacités n'étant pas pour autant négligées, ne seront pas traitées.

Le Médecin établira une prescription médicale pour l'exercice physique, rééducative ou « d'entretien », afin que le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et le psychomotricien le prennent en charge en fonction des besoins. Nous noterons également la prestation d'associations telle que « Siel Bleu » dans certains EHPAD dispensant « l'Activité Physique Adaptée ». Nous consacrerons un chapitre à cette association plus loin dans notre travail.

Le Médecin Coordonnateur est également un lien avec les médecins traitants et le personnel soignant. La prise en charge s'effectue sur avis médical pour que le Médecin signale d'éventuelles contre indications.

L'EHPAD est un Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes. Compte tenu du développement des aides au maintien à domicile, les personnes âgées restent plus longtemps chez elles et intègrent un EHPAD dès lors que la prise en charge devient quasi impossible.

L'EHPAD est un lieu de vie médicalisé, d'où la présence d'une équipe soignante dirigée par le Médecin Coordonnateur, garant de la bonne prise en charge des Résidents et des bonnes pratiques du personnel.

Lors de son entrée en EHPAD, le consentement de la personne est toujours recherché. Bien entendu, une grande majorité se résigne à cette entrée du fait de la perte d'autonomie quand elle est physique. Dès lors que la personne entre en institution pour des troubles cognitifs, le consentement est difficile à recueillir.

Ceci étant dit, la personne dans un EHPAD ne doit impérativement pas rompre avec ses habitudes de vie : heures de la toilette, heures des repas, promenade, sieste, émission télévisée et activités physiques. Dans le contexte d'une vie en société, le maximum est fait pour que chaque personne résidant dans ces structures conserve au mieux ses habitudes de vie, cela étant étudié en équipe pluridisciplinaire par le biais du projet de vie.

II LE VIEILLISSEMENT ET SES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES

A - Le vieillissement

Il désigne le processus naturel de baisse des capacités physiques qui fait place lentement ou subitement à une détérioration, à une limitation fonctionnelle, puis à une impotence pour aboutir à la mort.

Très variable d'une personne à l'autre dans la vitesse et son étendue, la sénescence est normale et inévitable.

Elle a pour effet de diminuer la réserve physiologique de la personne âgée et sa capacité à faire face aux différentes formes de stress physique.

Les modifications physiologiques liées au vieillissement consistent essentiellement à une majoration de la masse grasseuse et à une perte de l'aptitude aérobie, de la masse maigre, de la force et de l'endurance musculaire, de la masse et de la densité osseuse, de la capacité oxydative des muscles, des fonctions neurologiques, de certaines fonctions cognitives et de certaines fonctions sensorielles.

B - L'atrophie musculaire ou sarcopénie

Elle repose sur un déséquilibre entre les flux de synthèse des protéines musculaires et le flux de dégradation. C'est surtout une diminution de la synthèse des protéines contractiles :

- La propagation des cellules myogéniques diminue avec le temps.
- La réduction de la transcription des gènes codant les formes rapides de myosine et pour cela réduction de la vitesse maximale de contraction des muscles.

Cette atrophie est causée, principalement, par une utilisation graduelle et sélective des fibres musculaires surtout celles à contraction rapide.

Elle s'accompagne d'une diminution de la force et de l'endurance musculaire et réduit entre autre la capacité de marcher et l'équilibre ce qui affecte d'autant l'autonomie fonctionnelle, plusieurs considèrent à tort que la perte de la masse, de l'endurance et de la force musculaire n'est qu'une conséquence normale du vieillissement, or elle résulte en grande partie d'une inactivité physique chronique qui accompagne habituellement l'avancée en âge.

C - Limitation de l'amplitude du mouvement

Avec le vieillissement les muscles se raccourcissent tandis que les tissus conjonctifs des ligaments et des tendons deviennent plus raides, ce qui accompagne l'ankylose dans les articulations. De même la stabilité posturale diminue. Les personnes âgées ont plus de mal à contrôler un équilibre statique, notamment dans la situation stressante et nécessite dans 50% des cas une aide (déambulateur, canne ...)

D - Le vieillissement proprioceptif

Les sensibilités proprioceptives et tactiles sont altérées, perturbant la perception du corps dans l'espace. Les temps de conduction nerveuse périphérique et centrale s'allongent, perturbant l'adaptation des stratégies posturales.

E - L'appareil cardio vasculaire

Les principales caractéristiques fonctionnelles du vieillissement de l'appareil cardio vasculaire sont l'atteinte de la fonction diastolique, la diminution de la fonction cardiaque artérielle responsable de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge.

F - L'appareil respiratoire

La capacité ventilatoire diminue elle aussi progressivement avec l'âge, résultant essentiellement de la diminution de la compliance pulmonaire, compliance thoracique, réduction des muscles respiratoires, le volume aérien non mobilisable en fin d'expiration augmente et le calibre des bronches distales diminue ce qui provoque une réduction des débits respiratoires.

En parallèle on note une diminution de la capacité de diffusion de l'oxygène et de la pression

artérielle en oxygène dans le sang (PAO2).

G - DMO ou baisse de la densité osseuse

Elle correspond à l'ostéoporose, il y a une augmentation du risque de fracture dont les conséquences individuelles et sociales sont importantes :

- ✓ 20% de mortalité à 1 an et 50% à 5 ans
- ✓ 50% des patients gardent un handicap chronique
- ✓ 10 à 20% perdent leur autonomie et doivent être placés en institution

H - Le vieillissement sensoriel

Les baisses de la vision et du champ visuel sont des risques supplémentaires de chutes.

I - Modifications associées au vieillissement (- diminution, + augmentation, = stabilisation)

Consommation maximale d'O ₂ (VO ₂ max)	-	Nombre de fibres musculaires	-
Différence artérioveineuse en O ₂	-	Capacité oxydative du muscle	-
Fréquence cardiaque maximale	-	Intelligence cristallisée	= ou +
Débit cardiaque	-	Intelligence fluide	-
Volume d'éjection systolique	-		
Pression sanguine (sys. Et dias.)	+ ou =	Vitesse de la conduction nerveuse	-
Volume expiratoire maximale en 1 seconde (VEMS)	-	Fonctionnement des unités motrices	-
Masse grasse	+	Acuité visuelle	-
Masse maigre	-	Audition	-
Masse et densité osseuses	-	Goût	= ou -
Force et endurance musculaires	-	Odorat	=

III LES BIENFAITS DU SPORT CHEZ LA PERSONNE AGÉE

A - Sur la fonction musculaire

Un entraînement progressif de résistance au rythme de trois fois une heure par semaine, pendant dix semaines, permet, chez la personne âgée, d'augmenter :

- ✓ La vascularisation musculaire
- ✓ La force musculaire
- ✓ La vitesse du déplacement
- ✓ La facilité à monter les escaliers
- ✓ Ralentit le déclin spontané de la VO₂

Indépendamment de l'âge, la pratique régulière d'activité aérobie peut en particulier, augmenter la consommation d'oxygène, permettant à la personne âgée de repousser de dix à vingt ans le moment où la consommation maximale d'oxygène atteignant les valeurs proches du seuil d'autonomie fonctionnelle.

B - Sur les fonctions respiratoires et cardiovasculaires

Un entraînement adapté et régulier prévient le vieillissement de l'appareil respiratoire en ralentissant fortement l'altération des fibres élastiques pulmonaires et la rigidité du système vasculaire.

C - Sur la DMO

Le sport ralentit la perte osseuse. L'effet bénéfique est réversible, le sport implique que l'activité physique doit être maintenue le plus longtemps possible.

D - En synthèse nous élaborerons un tableau avec les effets comparés des activités aérobies et des activités de musculation sur différentes composantes de la condition physique.

COMPOSANTES DE LA CONDITION PHYSIQUE	ACTIVITES AEROBIES	ACTIVITES DE MUSCULATION
Densité osseuse	+	++
Composition corporelle		
Masse grasse	--	-
Masse maigre	=	++
Force	+	+++
Métabolisme du glucose		
Réponse à l'insuline	--	-
Sensibilité à l'insuline	++	+
Niveau d'insuline basal	-	-
Profil lipidique		
Cholestérol des HDL	++	+=
Cholestérol des LDL	--	-=
Fréquence cardiaque au repos	--	=

Volume d'éjection systolique	++	=
Pression artérielle au repos		
<i>systolique</i>	--	=
<i>diastolique</i>	--	- =
Consommation maximale d'O₂ (VO₂max)	+++	+
Endurance	+++	++
Capacité fonctionnelle	++	+++
Métabolisme basal	+	++

En conclusion le sport :

- Améliore les fonctions cardiovasculaires
- Limite l'hypertension artérielle
- Améliore la fonction respiratoire, la fonction ostéo articulaire, musculaire, limitant ainsi le risque de chute, les troubles métaboliques (cholestérol, diabète).
- Améliore le psychisme en général (anxiété, dépression)
- Améliore le sommeil
- Retarde la survenue des démences => limite les troubles du comportement liés à ces démences
- Ralentissement du vieillissement cérébral.
- Le sport améliore et préserve l'autonomie et l'intégration sociale.

Outre la prévention des maladies, les activités physiques qui développent la force musculaire, la consommation maximale d'oxygène, la flexibilité ou l'équilibre ont le pouvoir d'accroître l'autonomie fonctionnelle et la mobilité.

A noter que le bénéfice de cette activité physique s'estompe à l'arrêt de celle-ci.

IV LES CONTRE INDICATIONS DU SPORT CHEZ LA PERSONNE AGÉE

Les contres indications de l'exercice physique chez la personne âgée ne sont pas différentes de celles applicables aux adultes plus jeunes et en meilleure santé.

Les seules contres indications formelles sont donc comparables aux sujets plus jeunes. Il s'agit essentiellement des événements cardiovasculaires récents ou instables :

- Modification électrique de l'ECG
- Angor instable
- Arythmie incontrôlée

- BAV 3^{ème} degré
- Insuffisance cardiaque aigue

Une maladie cardiovasculaire stable, un diabète, un antécédent d'AVC, l'ostéoporose, la dépression, la démence, une maladie pulmonaire chronique, une insuffisance rénale chronique, une maladie vasculaire périphérique, de l'arthrite qui peuvent être tous présents chez un individu, n'est pas, en elle-même, une contre indication à l'exercice.

En fait pour plusieurs de ces maladies, l'exercice physique apporte même un effet bénéfique.

V POURQUOI LE SPORT EN EHPAD ET POUR QUI ?

Il n'y a pas d'âge pour pratiquer une activité sportive. L'âge ne constitue pas une contre indication pour bouger.

Bien sur il sera bien entendu nécessaire d'adapter aux différents âges de la vie et aux particularités de chacun. Il est possible d'obtenir des effets bénéfiques sur plusieurs paramètres de santé et l'on peut acquérir de nouvelles compétences motrices, même chez les personnes âgées néophytes.

Le Médecin, le professionnel de l'Activité Physique Adaptée ou APA doivent être en mesure d'établir le profil des personnes auxquelles ils s'adressent.

On distingue environ 4 grands groupes de personnes âgées

A - les personnes qui ont un vieillissement dit « réussi », capable de marcher. L'enjeu de ces dernières est de conserver la marche le plus longtemps possible, mais dans des conditions sécurisées. Pour cela nous devons agir sur 3 composantes en même temps :

- La force
- L'équilibre
- L'aptitude physique aérobie, cette dernière étant définie par 2 composantes essentielles : la consommation maximale d'oxygène et le seuil ventilatoire.

B - les personnes en fauteuil

Elles sont tout à fait capables de pratiquer des activités physiques assises. On favorise les déplacements en fauteuil roulant pour que celles qui ne peuvent plus marcher soient encore autonomes en se déplaçant seules avec leur fauteuil. Si elles ont gardé la capacité de réaliser des transferts, on essaie de les maintenir actives le plus longtemps possible. De cette manière on limite l'aggravation de la dépendance et on facilite le travail des soignants.

C - les personnes démentes.

Le bon examen clinique et para clinique est nécessaire chez cette population car outre le fait de surmonter des difficultés liées à l'évolution de la maladie, le renoncement du patient en raison de la maladresse motrice et du ralentissement, l'apprentissage des compétences motrices reste tout à fait possible chez la personne démente. La démence majore le risque de chute, il faut mettre l'accent sur le travail de l'équilibre et de la marche qui fait découvrir les schémas corporels, préserve les capacités fonctionnelles restant le plus longtemps possible, améliore la confiance et le moral, restitue une estime de soi et aide au maintien d'une certaine qualité de vie. Cette catégorie de personnes peut parcourir jusqu'à plusieurs kilomètres par jour, donc avant de s'engager dans un programme d'APA, il faut veiller à ce que les rations hydriques et caloriques soient suffisantes.

De nombreuses recherches scientifiques ont démontré que les activités physiques ont un effet positif sur l'humeur, la qualité de sommeil et les capacités physiques du malade d'Alzheimer, et sur son habilité de communication.

Une activité physique régulière peut retarder la survenue et ralentir la progression de la maladie d'Alzheimer.

D - Les personnes souffrant de troubles sensoriels

La sénescence visuelle se caractérise par la diminution de la sensibilité de la vision au contraste, associé à un rétrécissement du champ visuel. Les obstacles sont moins bien repérés, notamment si l'éclairage est faible, les troubles sensoriels, souvent associés aux troubles proprioceptifs, sont responsables, avec la baisse de la sensibilité des récepteurs labyrinthique, de l'existence de troubles de l'équilibre. Ces derniers se manifestent par une augmentation de l'amplitude et de la fréquence des oscillations, le maintien de l'équilibre antéropostérieur latéral est plus délicat.

Pour les personnes âgées ayant des déficiences auditives ou visuelles, l'enjeu est de trouver un moyen de communiquer pour que les consignes soient comprises.

Pour éviter un isolement provoqué par ces déficits, les séances devront être collectives, afin de maintenir les relations sociales.

E - Les objectifs de l'activité physique

L'activité physique est telle que la définit par l'OMS : « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettique, entraînant une dépense énergétique supérieure à celle du repos »

L'OMS toujours classe la sédentarité comme un facteur de risque de mortalité des plus importants (1 personne sur 10 meurt par sédentarité).

Plusieurs activités physiques sont adaptées pour les personnes âgées dépendantes, il peut s'agir d'activités sportives ou de loisirs. Toutes peuvent contribuer à l'amélioration et au maintien des capacités physiques, bien sur en se fixant des objectifs réalistes à partir d'une bonne évaluation qui est pour les personnes âgées l'élément important de motivation en faveur de la poursuite d'un mode de vie actif et de la pratique régulière d'exercices appropriés. Ces activités doivent être le plus régulières possible et bien sur raisonnables c'est à dire ne pas forcer sur les limites quelles qu'elles soient de la personne âgée.

Parmi les objectifs qui peuvent être déclinés, les priorités seront la prévention de l'ostéoporose, la prévention primaire et secondaire des chutes et de la prise en charge des troubles de l'équilibre.

F - Prévention de l'ostéoporose et de ses complications

Le meilleur rendement est obtenu lorsque l'exercice physique consiste en des mouvements répétitifs, de courte durée, assurant une charge importante sur les sites osseux à risque de fractures tel que le fémur, la colonne lombaire et le poignet. L'association d'une activité physique telle que la marche, marche rapide, course à pied, le ski de fond ou la danse, à des exercices de force musculaire est certainement la stratégie la plus efficace sur la DMO. On peut proposer des exercices dynamiques d'amplitude modérée contre une forte résistance, par exemple les haltères, qui recrutent les muscles insérés sur les régions osseuses ou siège habituellement les fractures liées à l'ostéoporose.

Ces mesures sont d'autant plus efficaces et n'ont de sens que si elles sont associées à des apports nutritionnels suffisants, calciques et en vitamine D.

G - La prévention les chutes

C'est un des buts le plus recherché, car nous savons que les chutes sont la première cause de mortalité des personnes âgées.

En effet, la personne qui chute et se retrouve immobilisée perd alors toute autonomie et par le fait toute vie sociale.

La chute est définie par l'OMS comme « la conséquence de tout évènement qui fait tomber un individu contre sa volonté ». Malgré une apparente banalité, la chute dite « mécanique » est presque toujours, chez la personne âgée, un évènement majeur dont les conséquences sont médicales mais aussi sociales (placement en institution). On estime qu'un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans font au moins une chute par an. La chute s'accompagne de la peur de rechuter dans 50% des cas et d'une réduction d'activité dans 25% des cas. Certains patients âgés développent une véritable phobie de la chute, particulièrement invalidante sur le

plan fonctionnel. En France les chutes représentent 30% des motifs d'hospitalisation des plus de 65 ans. Les conséquences à type de fractures concernent, selon les populations étudiées (ambulatoires, institution), 5 à 10% des cas. Les chutes sont un facteur de surmortalité puisque 25% des chuteurs décèdent dans l'année contre 6% chez les non chuteurs. Elles seraient responsables de 9 à 12000 décès par an, soit plus que les accidents de la route. Une activité physique permet de renforcer la masse musculaire et d'établir un contact avec la personne en charge de la mobilisation.

Prévenir une chute, c'est apprendre à en reconnaître les paramètres : se déplacer mieux, s'asseoir et se lever en confiance, apprivoiser le sol. C'est aussi agir pour modifier ses défauts : s'exercer, se concentrer et comprendre. En somme il faut apprendre à adopter un comportement préventif.

VI DES REFERENCES

A. Selon Yves MORALES

Yves MORALES, Maître de Conférence STAPS (spécialité : histoire du sport) - UFR STAPS - Université Paul Sabatier - Toulouse 3, a écrit de nombreux ouvrages et a notamment travaillé sur l'évolution des modes de gestion publique de prévention santé par l'exercice. Nous retiendrons, pour cette recherche, l'ouverture du mouvement associatif sportif aux séniors (1960-2012). Afin d'étoffer notre recherche, voici ce que nous avons retenu.

La catégorie « senior » est utilisée dans le domaine sportif, depuis la fin du XIXe siècle, pour caractériser les licenciés généralement situés entre 19 et 39 ans, soit entre les juniors et les « vétérans ».

Or, depuis les années 1990, sous l'effet du marketing et des facteurs sociaux, le vocable « seniors » s'impose dans le langage courant pour dénommer généralement les personnes de plus de 45 ans. C'est cette acception que nous retenons ici afin d'évoquer le prolongement des pratiques physiques dans les cycles de vie.

Plusieurs dénominations se sont succédées et superposées au cours du temps pour qualifier la population âgée : vieillards, vieux, anciens, aînés, 3ème âge, vétérans, âge d'or, avant que ne s'impose, dans les années 1990, le terme générique de « seniors ».

On assiste depuis les années 1990 à un phénomène de « papy boomer » que les sociologues

expliquent par le vieillissement démographique, par la diminution de l'âge de départ à la retraite et par l'arrivée de générations sensibilisées davantage à la jouissance de leur temps libre et à l'entretien de leur corps dans un contexte de diversification des loisirs des sociétés industrialisées. A la lecture de ce paragraphe, nous pouvons, légitimement, nous poser la question du sport en EHPAD. En effet ces générations qui entreront en EHPAD dans quelques années auront, pour la grande majorité, pratiqué un sport régulièrement, ce dernier s'inscrivant évidemment dans le projet de vie.

Ce public apparaît désormais comme une communauté d'âge expérimentée, globalement plus active, plus consumériste mais aussi relativement hétérogène.

Au 3e âge s'ajoute d'ailleurs un 4e âge caractérisant les seniors fragiles et dépendants. Dans ces deux dernières catégories, nous noterons qu'une partie de ces personnes vit en EHPAD.

Un constat: Le prosélytisme en faveur d'une activité physique favorable à la santé du public senior augmente depuis les années soixante. Il implique l'éclosion d'un style de vie plus sain maintenu jusqu'aux frontières de la vie. Le constat que nous pouvons faire est que la démocratisation du sport s'est faite par étapes. La pratique sportive organisée est introduite dans l'Hexagone par les Romains. En 1868, une commission sur l'enseignement de la gymnastique diligentée par le ministère de l'Instruction publique signale que « *depuis longtemps, on remarque que les élèves ne jouent plus, que les récréations se passent en promenades et conversations, surtout chez les élèves des classes supérieures, ce qui n'est pas fait pour les reposer des travaux intellectuels assidus* ». Les années 1960 marqueront un tournant du sport français et constitueront son originalité enviée par les plus grandes nations sportives, en effet, le Général de Gaulle a créé un corps de techniciens spécialisés pour le monde sportif : les Conseillers Techniques Sportifs. La bataille entre sport professionnel et sport amateur reste vive en France. Il faut attendre les années 1990 et la professionnalisation des Jeux Olympiques (1992) et du sport symbole de l'amateurisme, le rugby à XV (1995) pour voir ce débat vieux d'un siècle prendre fin dans l'Hexagone. Toutefois certaines disciplines comme le football féminin ne bénéficient pas encore du statut de professionnel alors que les joueuses ou volleyeuses y ont droit.

Les intellectuels qui avouent leur penchant pour le sport resteront ainsi l'exception jusqu'à l'extrême fin du XXème siècle. Citons pour l'exemple Albert Camus, qui excellant dans le football qui est sa passion, en 1929, a rejoint l'équipe junior du racing universitaire d'Alger où il occupe le poste de gardien de but.

La victoire de l'équipe de France de football à l'occasion de la coupe du monde en 1998 modifia un peu la donne.

Vivre « jeune » plus longtemps ou « vieillir jeune », sont des slogans qui caractérisent les aspirations d'une frange de la population que les statistiques annoncent de plus en plus nombreuse, posant le problème de sa prise en charge et, d'une certaine manière, accompagnant le débat sur l'âge du départ à la retraite.

Un des premiers aspects du questionnement relatif au souci de compréhension des problèmes publics est de rendre effectivement compte de leur caractère problématique. Si l'on part de l'idée que faire de l'exercice en vue de se maintenir en bonne santé est une affaire privée, comment et pourquoi cela donne-t-il lieu à des actions publiques encourageant la prévention santé par l'exercice ?

Actuellement, les EHPAD commencent à parler de sport sous la forme de « gymnastique douce ». Mais dans un avenir proche, ne devons nous nous poser la question de savoir quel sport pourra être intégré de manière formelle dans les EHPAD ?

Ceci étant dit, nous retiendrons que le sport fait désormais partie d'un schéma de santé publique. Aussi, les personnes font plus de sport à notre époque qu'autrefois, quels que soient les âges de la vie.

Nous devons donc nous interroger sur le projet de vie des personnes qui entreront en EHPAD avec comme habitude de vie le sport au même titre que les besoins en alimentation, hydratation, hygiène ...

B. Généraliser et professionnaliser les activités sportives et physiques en EHPAD

Dans notre recherche, nous avons fait référence à l'évaluation de l'expérimentation « généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en EHPAD ». Cette étude a été réalisée à la demande de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. Cette évaluation a été réalisée entre 2007 et 2010.

Les objectifs généraux étaient :

- La mise en place d'un certificat de spécialisation théorique et pratique « animation et maintien de l'autonomie de la personne ».
- L'intervention, au sein de structures d'accueil de personnes âgées, des éducateurs sportifs formés.

Trois objectifs opérationnels sont assignés à l'expérimentation :

- La généralisation de la pratique régulière d'activités physiques dans les EHPAD
- La limitation des effets de sénescence et le maintien de l'autonomie des personnes âgées hébergées en établissements
- Une contribution à la professionnalisation du champ sportif par la mise en place d'un certificat de spécialisation et par la création d'emplois pérennes d'éducateurs sportifs intervenant au sein des EHPAD.

Des bénéfices attendus de l'expérimentation nous retiendrons les résultats visant les personnes âgées résidants en établissements d'ordre :

- Physique et physiologique
- Psychique
- Social

Nous ne nous étendrons pas sur ces trois points, ceux-ci ayant été traités plus haut.

Un autre bénéfice est celui de la professionnalisation et la spécialisation des éducateurs sportifs diplômés et, bien sûr, la création d'emplois pérennes.

Aucun doute qu'il y aura également des bénéfices pour la société :

- Décroissance des dépenses de santé
- Extension de l'expérimentation et la stabilisation des emplois des éducateurs sportifs

C. L'évaluation de cette expérimentation a été basée sur trois composantes :

Une composante médico-technique et organisationnelle intégrant une observation des processus mis en place : réalité de la montée en charge de l'expérimentation et des moyens mis en œuvre, degré d'atteinte des objectifs en référence aux objectifs opérationnels et aux bénéfices attendus, facteurs facilitateurs, freins et limites observés.

Une composante relative aux besoins, aux attentes et à la satisfaction des bénéficiaires de l'expérimentation (personnes âgées) et des professionnels et/ou partenaires impliqués (éducateurs sportifs, professionnels de santé, EHPAD, institut de formation) : recueils adaptés aux différentes catégories de personnes concernant les attentes, les besoins, les forces et les faiblesses de l'expérimentation, les conditions nécessaires ou encore les freins à sa pérennisation et/ou extension ainsi que la satisfaction globale.

Une composante médico-économique : évaluation de la décroissance des dépenses de santé à partir de données disponibles dans les établissements impliqués.

D. L'évaluation des Résidents

94% des répondants se déclarent globalement satisfaits des ateliers proposés. Parmi les propositions formulées pour améliorer les ateliers nous retiendrons :

Davantage de marche, de mouvements dans l'effort, de jeux collectifs et de musculation, des activités en extérieur l'été, des exercices plus diversifiés, tir à l'arc et jeu de palets, jeu de boules, vélo d'appartement.

L'accroissement de la durée et de la fréquence des ateliers

Le format des ateliers : des groupes de niveau selon les possibilités de chacun, davantage de temps consacré à chaque personne selon ses besoins, une aide personnalisée en fonction des difficultés, des activités uniquement collectives, un personnel plus formé.

E. L'évaluation des professionnels

87% des répondants sont globalement satisfaits. Des professionnels ont rapporté des points d'amélioration possibles et formulé des propositions afin de mieux adapter les prestations aux besoins des Résidents.

Consolider les ressources mises au service du dispositif : augmentation du personnel et des temps consacrés à l'action, temps de présence accru de l'éducateur, salle appropriée à la pratique d'activités physiques, rémunération officielle par les instances de tutelles, budgets alloués aux soins et non à l'hébergement, formation obligatoire de l'éducateur sportif et connaissances médicales plus approfondies, formation des professionnels des établissements sur les bienfaits de l'activité sportive.

Etoffer l'offre d'ateliers : en terme de fréquence et de durée, réduire le nombre de participants aux ateliers, constituer des groupes de niveaux, diversifier les ateliers.

Renforcer le suivi personnalisé de chaque Résident : suivi du Résident en termes d'autonomie et de capacités fonctionnelles, suivi du projet de vie et intégration dans le projet de soins. Faire un bilan initial pour évaluer les capacités de la personne, mieux identifier ses difficultés, prendre connaissance de ses souhaits.

Favoriser l'articulation des différents acteurs intervenants auprès des Résidents avec comme axe majeur la connaissance interprofessionnelle entre éducateur sportif et personnel, de leur travail respectif.

Aux vues de cette expérimentation et des recherches d'Yves MORALES, nous pouvons affirmer que notre questionnement concernant le sport en EHPAD est plus qu'un sujet d'actualité, un sujet de santé publique.

Mais comment le mettre en œuvre dans nos établissements ? Qui doit diriger cette action ?

Comment la pérenniser ? Pouvons-nous considérer une association telle que « Siel Bleu » comme un précurseur du sport en EHPAD ?

VII SIEL BLEU OU LE SPORT EN EHPAD

A- Siel Bleu ou un exemple d'association pratiquant l'activité physique adaptée

Afin d'être précis dans notre recherche nous avons procédé à l'interview d'une intervenante de l'association. Fanny intervient dans un EHPAD de 156 Résidents qu'elle prendra en exemple afin de nous expliquer ses interventions.

Siel bleu est une association créée en 1997. Elle intervient auprès de personnes âgées résidant en EHPAD en proposant une Activité Physique Adaptée ou APA.

Il s'agit de maintenir l'autonomie de la personne âgée en travaillant la mobilisation articulaire et musculaire. Ce travail se fait dans la souplesse.

L'APA s'adresse à un public hétéroclite : personnes mobiles, en déambulateur ou fauteuil roulant, mais également aux personnes ayant des troubles cognitifs.

Le groupe est généralement composé de 15 à 20 personnes au grand maximum. Il a été constaté qu'un nombre plus important de personnes peut nuire au cours. Il s'agit d'un véritable cours de gymnastique qui, hélas, n'a pas encore sa place, ô combien importante, dans toutes les EHPAD. Il a été constaté, par les intervenants, que l'APA est souvent assimilée à une activité délivrée par un service extérieur à la structure. Le temps accordé ne dépasse généralement pas une heure, ce qui est beaucoup trop court si l'on compte le temps de mise en route du groupe.

Les intervenants sont des personnes diplômées nommées « chargée de prévention » par l'association et « éducateur sportif spécialisé » à la sortie de la faculté. Dans l'EHPAD référencée, le temps d'intervention est de 1H30 à 2H00 tous les lundis matin, ce qui est extrêmement rare.

Dès son arrivée, Fanny trouve le groupe installé. Les soignants ont été sensibilisés à l'importance de ce cours et les Résidents l'attendent.

Fanny nous raconte que, parfois, des Résidents ne sont pas « en forme » mais viennent quand même à son cours car ils y prennent du plaisir, tant dans le bien que peuvent leur faire les exercices que dans leur relation avec Fanny.

Elle intervient depuis 5 ans dans cette structure, aussi a-t-elle créé des liens, d'autant plus que quelques personnes n'ont plus de visites et qu'elle est un contact privilégié, hormis le personnel de l'établissement.

Elle arrive avec ses différents matériels légers mais lourds pour nos aînés.

Chacun est installé, ne sont pratiqués que des sports « sur chaise ». En effet, la majorité des personnes du groupe sont en fauteuil roulant ou déambulateur. Quelques unes sont mobiles, mais l'idée est aussi de créer une homogénéité du groupe. Des activités « debout » pourraient être proposées, mais la sécurité prévaut, il a donc été décidé de ne pas la tenter. Pour ce faire il faudrait d'autres intervenants afin de rester derrière chaque personne pouvant utiliser ses jambes ne serait ce que pour tenir debout. Pendant ce temps, les personnes en fauteuil pourraient s'ennuyer. C'est après cette analyse que le sport « sur chaise » a été retenu. Fanny fait travailler tout le corps, tous les membres sont mis à contribution dans un travail adapté à chaque personne. Elle fait un travail avec les articulations et les muscles, ce qui est important dans le maintien de l'autonomie. Les séances sont conçues autour d'un thème en créant le lien social à l'intérieur du groupe et avec le professionnel. Ce dernier prend à cœur de varier les explications et les différents types d'activités physiques, tout en rendant les séances ludiques et attrayantes autour d'un panel d'exercices et de jeux collectifs. Certains Résidents lui demandent des conseils et refont les exercices dans leur chambre régulièrement favorisant le travail sur les articulations des poignets et des chevilles.

Pouvons-nous en tirer des leçons ? Les personnes âgées ont-elles un besoin non verbalisé de mobilisation, d'activité physique ?

Le groupe est important car il fédère. En effet, toute personne est attentive à l'autre et essaie de suivre les consignes du « coach ».

Les personnes atteintes de troubles cognitifs participent bien à ces cours, le mimétisme étant de mise et ce, malgré une grande difficulté à maintenir leur attention.

Il a été noté que l'avancée dans la maladie devient un handicap à la possibilité de suivre ces cours. De même, une chute entraînant un alitement devient, très souvent, une impossibilité à assister aux cours. Fanny nous raconte que des personnes peuvent être présentes au cours sans exercer. Mais cela est très rare car le phénomène de groupe encourage les plus récalcitrants.

Fanny nous fait remarquer qu'elle intervient dans cet EHPAD depuis 5 ans, aussi s'est-il créé des liens avec le groupe. Ceci est un avantage fondamental car lors de l'arrivée d'un nouveau Résident, elle peut prendre son temps avec lui, lui expliquer les objectifs de la séance. Pendant ce temps, les autres Résidents, qui connaissent parfaitement les habitudes de Fanny,

ne se sentent absolument pas délaissés, et poursuivent leurs exercices.

La présence à ce groupe n'est en aucun cas obligatoire. En revanche l'EHPAD a un rôle à jouer en incitant les nouveaux Résidents à y participer. Cela relève très souvent du rôle de l'animatrice, mais aussi des soignants qui, au plus proches des Résidents, peuvent leur en parler et leur proposer de s'y inscrire. Le Médecin Coordinateur joue également un rôle, présentant l'EHPAD et les activités proposées lors de la visite de pré admission. Il joue également un rôle d'encouragement aux activités physiques lors de visites médicales auprès des personnes âgées. Le temps de découverte est généralement bref, toujours grâce au phénomène de groupe.

Néanmoins, la présentation de gym douce a une connotation négative face au public actuel. En effet, les personnes âgées vivant en EHPAD en 2012 ont le souvenir de la gymnastique qui leur était proposée autrefois : corde lisse, corde à nœuds, poutres ...

Aussi l'appréhension est présente dès lors qu'on leur parle de gymnastique en EHPAD, même si le terme choisi est « gym douce ».

Fanny nous parle aussi de la Wii. Cette technologie est quasiment présente dans toutes les EHPAD à ce jour. Elle permet également, d'une certaine manière, de pratiquer un exercice physique. Dirigée par l'animatrice, cette activité se pratique également en groupe. Elle est très appréciée, même si ne faisant pas partie des habitudes de vie de nos aînés. Nous constatons qu'ils sont tout à fait aptes à s'adapter et à pratiquer un sport de manière ludique. On parle déjà de « Wii-thérapie » et de « Wii-rééducation » outre-Atlantique et outre-manche et celle-ci fait même l'objet de recherches cliniques.

La diversité des jeux offre un aspect attrayant, mais on s'intéressera de plus près aux fonctions sollicitées : équilibre, coordination manuelle, force motrice, coordination oculo-manuelle, stimulation cognitive ...

Par ailleurs, Fanny nous précise que ce support suscite de la curiosité chez nos aînés et présente un intérêt social car il crée du lien entre Résidents, mais aussi entre les générations.

Les bénéfices de la Wii sont multiples :

- Sur le plan physique : s'amuser en faisant des exercices physiques et de coordination adaptés à leurs capacités
- Sur le plan cognitif : stimuler leur mémoire, leur logique, leurs capacités cognitives avec le programme « Cérébrale académie »
- Sur le plan social : permettre des jeux en équipe ou individuels, dans un partenariat d'apprentissage avec les jeunes.

- Sur le plan psychologique : estime de soi et bonheur de jeunesse retrouvée.

L'association a élargi son champ d'actions au public sénior vivant à domicile ou en foyer logement. Le but est de maintenir l'autonomie physique et de travailler sur la prévention des chutes, l'objectif premier étant le retard d'institutionnalisation.

En EHPAD des résultats sont déjà connus. Ainsi, il a été constaté que les cours de gym douce ont permis d'évaluer une progression, une stagnation ou une régression du maintien de l'autonomie. Ainsi le résultat du bilan est celui-ci :

- 80% des personnes présentes conservent leur autonomie
- 18% des personnes ont connu une nette progression de leur autonomie
- 2% des personnes ont connu une régression de leur autonomie. Il est à noter, dans ce cas, que l'intensification des troubles cognitifs ou des chutes sont à l'origine de cette régression.

Cette association a pour souci principal d'apporter du bien être au plus grand nombre de personnes âgées, d'une manière professionnelle.

B- Le kinésithérapeute

C'est ainsi que, tout naturellement, nous ferons le lien avec la kinésithérapie qui, jusqu'alors était le seul et principal acteur du maintien de l'autonomie. Pour faire vivre ce paragraphe, nous avons rencontré Benjamin, kinésithérapeute libéral intervenant dans l'EHPAD où intervient également l'association Siel Bleu.

Benjamin est présent chaque après midi dans cette institution. Il a pour mission de faire un bilan de kinésithérapie à chaque nouvel arrivant. En fonction de son bilan, le Médecin établira une prescription correspondant aux besoins de la personne. Les besoins peuvent être de l'ordre du maintien ou de la rééducation.

L'entretien de l'autonomie est décidé dès lors que la personne a encore une bonne mobilité. L'entrée en institution est souvent synonyme de prise en charge, aussi, les personnes ne sollicitent-elles plus autant leur appareil locomoteur et musculaire autant que lorsqu'elles vivaient chez elle, très souvent seules, ne serait-ce que pour assurer leur quotidien : préparation des repas, entretien même sommaire du domicile ...

Benjamin nous explique alors que l'une de ses priorités sera l'évitement des chutes. Il

travaille alors sur le « relevé de sol ».

Il s'agit aussi d'entretenir les réflexes, la réactivité et les champs spatio-temporels en dehors de tout ce qui a été spécifié dans nos chapitres précédents (fonction cardio vasculaire, respiratoires, musculaire ...).

Le kinésithérapeute travaillera aussi avec le Résident sur la peur qu'a pu générer une chute ancienne. Les personnes âgées qui ont chuté ont souvent une véritable crainte de chuter à nouveau et par le fait s'abstiennent de tout mouvement, marche et finissent par se grabatiser.

Benjamin nous fait remarquer que ces prises en charge dans le domaine de l'entretien ont généralement d'excellents résultats, la majorité des personnes reprenant une déambulation quasi normale.

La rééducation est décidée dès lors qu'il y a un déficit physique ou un syndrome de post chute, cela signifie que le patient est en rétro pulsion permanente, il pourra être rééduqué mais ce sera sur le long terme.

La rééducation est autant physique que psychologique. Le lien qui se crée entre le kinésithérapeute et le Résident est important, un climat de confiance instauré donne de meilleurs résultats.

Le lien entre le travail du kinésithérapeute et celui du chargé de prévention est étroit. Le kinésithérapeute rééduque et donne donc la possibilité au Résident d'inclure le groupe formé pour la pratique de la gymnastique. Prenons l'exemple d'une personne ayant une épaule figée, le kinésithérapeute, à force de rééducation, lui redonnera sa mobilité. Le Résident pourra alors participer activement aux activités proposées, ce qui aura un effet certain sur son estime de soi et sa confiance retrouvée. Notons l'importance de cette intégration au groupe qui sera bénéfique sur un plan psychologique.

Benjamin nous dit que son rôle est de redonner les moyens à une personne de pratiquer une activité physique quelle qu'elle soit.

Ne pourrait-on envisager des séances d'activités physiques adaptées auxquelles le kinésithérapeute assisterait ? Il pourrait alors s'apercevoir de certaines déficiences locomotrices encore non diagnostiquées et, de ce fait, envisager la rééducation nécessaire pour une meilleure mobilité.

C – Les sports possibles

Actuellement nous constatons que certains sports voient timidement le jour dans certaines institutions. Ils sont adaptés aux possibilités de chacun, mais restent encore très rares. Nous retiendrons : la pétanque, le criquet, le jeu de quilles, la danse dite « de salon », exit le rock'n roll, la marche. Toutes les activités physiques peuvent contribuer à l'amélioration et au maintien des capacités physiques. Par exemple la marche, la musculation, la gymnastique douce, le vélo d'appartement, l'aquagym, les parcours de motricité, le tennis de table, le badminton sont autant d'activités pratiquées seules ou en groupe, adaptées aux différents niveaux d'autonomie et qui peuvent être régulièrement enseignés au cours des séances d'activités physiques adaptées.

A ce jour, pour les personnes âgées, le mot « sport » s'entend plus comme une activité physique adaptée, rééducation corporelle. Les activités physiques doivent aussi et surtout servir à préserver, maintenir, évaluer et développer un potentiel physique afin de favoriser l'autonomie du Résident.

Dans une majorité d'établissements que ce soit par les soins apportés par les soignants, le kinésithérapeute, la gym douce ou les différents ateliers proposés par les animateurs, trois axes principaux sont travaillés :

- **Le premier axe** est un travail principalement corporel faisant appel à l'équilibration statique et dynamique, la coordination, la vitesse de réaction, l'adresse gestuelle, le contrôle visuel, la dissociation. En fait, on fait appel à la maîtrise du corps par rapport à autrui, par rapports aux objets, par rapport à soi même et par rapport à l'espace.
- **Le second axe** est celui des facultés mentales qui s'altèrent avec l'âge et ses différentes pathologies. On fait appel aux différentes mémoires (visuelle, auditive, immédiate). Mais aussi, on essaie de capter l'attention, de développer des capacités de concentration et le sens de l'observation.
- **Le troisième axe** essentiel, c'est la communication soignant/soigné ou Résident/Résident. Avec les personnes âgées le support ludique est de loin le plus intéressant. En effet, la personne âgée ne joue plus ou très peu. Pourtant jouer libère des énergies inutilisées ou suscite un plaisir indubitable qui entraîne le plus souvent un contact verbalisé ou non. A titre d'exemple, le jeu de quilles (règles simples, jeu calme, visuel) permet de travailler l'adresse, la coordination. Et au niveau cognitif il faut compter les quilles, se souvenir de son score et cumuler les scores. La bonne humeur et la discussion débutent souvent après un jeu.

Peut-on envisager dans un avenir plus ou moins proche d'autres disciplines sportives tel que

le football, le ski ou le golf en EHPAD ?

La condition sine qua non sera bien entendu la condition physique de la personne et ses possibilités cognitives.

Or si nous partons du postulat que les personnes sont actuellement mieux suivies médicalement, mieux éduquées sur le plan nutritionnel, sur un plan sportif, avec un meilleure prise en charge au domicile, nous devons nous poser la question de savoir dans quelles conditions physiques et intellectuelles seront les personnes qui relèveront de l'institutionnalisation.

Pouvons-nous et/ou pourrons-nous introduire une discipline spécifique sportive en EHPAD ?

Le Médecin Coordonateur a un rôle prépondérant dans l'installation en institution du sport ou activités physiques adaptées.

Son premier rôle est bien entendu celui de la formation et de l'information.

En effet, il devra mobiliser l'ensemble du personnel, mettre en exergue la valeur et l'importance de la mobilisation de la personne âgée. Le personnel n'est pas forcément sportif à titre personnel et aucun module concernant les bienfaits du sport ne fait partie des cursus scolaires. Aussi, l'éducation du personnel pourra-t-elle être bénéfique pour les Résidents, mais également à titre personnel pour chacun d'entre eux. Actuellement, un gros travail est fait sur tout ce qui entoure les risques psycho sociaux, aussi, cette démarche pourra-elle être intégrée à la négociation de ses risques psycho sociaux au sein des entreprises.

Le Médecin Coordonateur doit également démontrer au Directeur de l'Etablissement l'importance de mettre en place ce projet. Car ce projet a un coût à qui il va falloir trouver une ligne budgétaire. Pas encore suffisamment reconnu dans notre société, le sport n'a aucune possibilité d'être pris en charge d'une manière ou d'une autre (actuellement) par les tutelles. Très souvent on voit apparaître les dépenses liées à la venue d'une association telle que Siel Bleu sur la ligne « animation ». N'est-ce pas, d'une certaine manière, ignorer l'importance de l'activité physique en EHPAD ?

Le Médecin Coordonateur a également un rôle au regard des discussions avec les tutelles, notamment lors des renouvellements des conventions tripartites, de l'élaboration du GMP et/ou du PMP qui, à eux seuls, déterminent le degré de dépendance et la lourdeur de la prise en charge au sein d'un EHPAD.

Lors de ses discussions, le Médecin Coordonateur pourra alors établir une analyse pointue de

la situation, mettre en relief les avantages de l'activité physique, qui, par ses bienfaits, sera à l'origine d'une économie non négligeable pour la société. En effet, au regard des modifications physiologiques traitées dans notre chapitre II (Le Vieillissement et ses Modifications Physiologiques) : atrophie musculaire, limitation de l'amplitude du mouvement, vieillissement proprioceptif, appareil cardio vasculaire, appareil respiratoire il est évident que le sport ou l'activité physique adaptée auront un effet bénéfique sur ces fonctions. De ce fait, nous serons probablement amenés à dispenser moins de traitement, moins d'actes de kinésithérapie, moins de chutes (donc moins d'examens radiographiques) ... D'où une économie substantielle réalisée.

CONCLUSION

Nous avons abordé dans ce travail, le vieillissement dit « réussi » et le vieillissement pathologique. Incontestablement, nous noterons que le sport pratiqué à tout âge est bénéfique. Nous avons vu ce qui peut être, actuellement, proposé dans les institutions et nous noterons la médicalisation d'une activité sportive en EHPAD. En effet, cette activité physique est cadrée, médicalement conseillée voire prescrite et a des effets indéniables sur une stabilisation de l'autonomie, voire une amélioration des conditions physiques de la personne âgée.

Nous savons que la majorité des problèmes de santé, chez la personne âgée, sont secondaires à une grabatisation le plus souvent en suite de chutes avec ou sans fracture ou suite de manque de verticalisation, il est donc important de prendre en compte l'activité physique, ne serait-ce que pour maintenir un bon niveau d'autonomie, voire l'améliorer (cf. statistiques de l'association Siel Bleu)

Malgré cela, nous ne pouvons oublier le paradoxe du sport qui augmente la conscience des dégradations physiques en même temps qu'il contribue à y résister. Tout ce qui est entrepris en EHPAD aujourd'hui en matière de sport ou d'activité physique doit être basé sur des stratégies visant à dépasser ce paradoxe du sport chez la personne âgée. Parmi ces stratégies

nous retenons l'allègement de l'intensité de la pratique physique (par substitution, adaptation des modalités de pratique ou adaptation de la technique) ainsi que les stratégies de renforcement de la pratique physique (par augmentation de la polyvalence des pratiques ou par l'augmentation de l'assiduité de la pratique).

Dans cet axe, l'intervention d'une association telle que Siel Bleu semble indispensable. Mais ce qui ne l'est pas moins, et nous pensons même que c'est une priorité, est la formation du personnel aux bénéfices du sport pour les personnes âgées en EHPAD. Ne seront meilleurs acteurs que les personnels ayant une bonne connaissance du sujet. Aussi, le Médecin Coordonnateur devra-t-il s'investir et dispenser des formations régulièrement au personnel afin que cette activité physique fasse partie intégrante du projet de vie du Résident au même titre que la surveillance de la prise des repas, des traitements ou autre constante.

Afin de pérenniser cette action, le rôle du Médecin Coordonnateur est également prépondérant auprès du Directeur d'Etablissement et des tutelles. Son rôle est de faire admettre et accepter qu'il s'agit d'un problème de santé publique et qu'une économie non négligeable pourra être réalisée sur un budget soin, qu'il est donc impératif de prendre en considération la nécessité d'introduire l'activité physique en EHPAD. Il pourra argumenter auprès des ARS une prise en charge de cette dépense. De cette hygiène de vie en découlera fatalement une diminution des frais pharmaceutiques, des soins de kinésithérapie et une réduction de la pénibilité au travail pour les soignants. Ce dernier point pourrait également réduire les arrêts de travail générant ainsi une autre économie.

Dans son rôle d'acteur auprès des différents réseaux gérontologiques, hospitaliers ou organismes de formation le Médecin Coordonnateur alertera sur l'indispensable nécessité d'introduire, de toutes les manières possible, des formations au personnel sur la portée des activités physiques des personnes âgées.

Il s'agit d'intégrer un acte, un mode de vie en EHPAD encore balbutiant à ce jour. Considérant la lente progression de la reconnaissance du sport en France nous ne pouvons que nous poser la question de savoir quand l'activité physique sera reconnue comme étant un facteur indispensable en EHPAD ?



BIBLIOGRAPHIE

- Adps N° 67 juin 2009
- Pratique d'une activité physique ou sportive chez les séniors
- Site internet
 - => Aide aux personnes âgées
 - => Capperis le sport chez les personnes âgées
- Evaluation de l'expérimentation « généraliser et

professionnaliser les activités physiques et sportives en EHPAD

- Géroscopie
=> Le sport et les personnes âgées en EHPAD
- Clio revues Thierry TERRET
=> « Le genre dans l'histoire du sport »
- Recommandations des bonnes pratiques de soins en EHPAD, programme qualité de vie en EHPAD, volet 3 : « la vie sociale des Résidents »
- Wikipédia
=> Histoire du sport
- Soins gérontologie N° 95 mai juin 2012 : « l'activité physique adaptée en EHPAD »
- Médiation sportive chez la personne âgée : Gilbert SAVI et Catherine SENECHAL, Infirmiers au service des sports, Centre hospitalier Henri GUERIN, Pierrefeu du Var
- L'activité physique déterminant de la qualité de vie des

personnes de plus de 65 ans => Kino, Québec

- Msport.net

=> Activité physique des personnes âgées

- La pensée de Pierre de Coubertin et la philosophie de la technique sportive

Pierre de Coubertin a sans cesse tenté dans ses écrits de poser la pratique sportive comme une prophylaxie mentale et physique. Son article de 1907 « les sanatoriums pour bien-portants » traduit cette perspective.

Toujours selon Pierre de Coubertin « l'articulation du repos et de l'effort possède une vertu salubre, (celle de la régénérescence physique et d'une compensation du surmenage cérébral) mais l'argumentation même de l'auteur s'inscrit dans une perspective plus vaste : la conception de Coubertin est plus anthropologique que médicale.

Comment oublier l'incidence médicale dans une pratique sportive, à fortiori, chez la personne âgée ? Tout naturellement, nous ferons donc référence au vieillissement et à ses modifications physiologiques.

Le sport, cela n'est plus contestable de nos jours, est une pratique indispensable à tous les âges de la vie. Les personnes qui entrent et surtout entreront en maison de retraite, pour la plupart, pratiquent une activité sportive et/ou physique. Cela doit-il être considéré comme faisant partie intégrante de leur projet de vie actuel et futur ?

Comment peut-on intégrer, de manière pérenne, l'activité physique en EHPAD ? Nous avons voulu, au travers de cette recherche, essayer de répondre à ce questionnement.

